



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 5
(พ.ศ. 2560-2564)

5 STRATEGIC
PLAN

พ.ศ. ๒๕๕๘

คำนำ

ศูนย์อนามัยที่ 5 รับผิดชอบพื้นที่ 8 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ มีบทบาทด้านวิชาการเป็น Regional Lead ทำหน้าที่ชี้เป้า ฝ้าดู รู้การเปลี่ยนแปลงของการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในเขต บูรณาการยุทธศาสตร์ (Strategy) และแนวทางปฏิบัติ (Guideline) การกำกับติดตามประเมินผล (M&E) ตามประชากรกลุ่มวัยและกลุ่มปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการจัดรูปแบบการทำงานร่วมกันเป็น Working team มีแผนยุทธศาสตร์เล่มนี้เป็นเครื่องมือสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ภายใต้การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่

เอกสารแผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเขตสุขภาพที่ 5 พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 6 แผนงาน แบ่งเป็นแผนกลุ่มวัย 5 แผน กลุ่มสิ่งแวดล้อม 1 แผน เริ่มต้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในปัจจุบันและสภาพปัญหาการทำงานที่ผ่านมา เพื่อทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหาที่แท้จริงของประชาชนและสภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ การดำเนินงานมี 3 ระยะ ได้แก่ ในระยะที่ 1 จัดทำร่างแผนมีการจัดประชุมปรึกษาพิจารณาแผน ระยะที่ 2 ปรับปรุงแผน ระยะที่ 3 ถ่ายทอดแผนและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ศูนย์อนามัยที่ 5 เชื่อมั่นว่าเอกสารเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน

ขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์ฯ ที่ปรึกษา คณะผู้จัดทำและทุกท่านที่มีส่วนทำให้เอกสารนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี
มกราคม 2560

สารบัญ

	หน้า
ประวัติศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี	1
- บทบาทหน้าที่	1
- วิสัยทัศน์	4
- พันธกิจ	4
วัฒนธรรมองค์กร	5
โครงสร้างองค์กร	6
ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด	7-8
ข้อมูลทั่วไปของเขตสุขภาพที่ 5	9
แผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมปี พ.ศ.2560-2564	22
- สตรีและเด็กปฐมวัย	22
- เด็กวัยเรียน	30
- วัยรุ่น	37
- วัยทำงาน	45
- ผู้สูงอายุ	54
- อนามัยสิ่งแวดล้อม	58
แนวทางการนิเทศ กำกับทิศทาง ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผล	75

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนประชากร จำนวนหลังคาเรือนและความหนาแน่นประชากร จำแนกรายจังหวัด	15
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลประชากร เป้าหมายปี 2560 แยกรายกลุ่มอายุ	17
ตารางที่ 3	จำนวนประชากรของ 8 จังหวัดแยกชาย-หญิงตั้งแต่ปี 2557-2559	19
ตารางที่ 4	แสดงอัตราเกิดของประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัดปี 2555 – 2558	20
ตารางที่ 5	แสดงอัตราตายของประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัดปี 2555 – 2558	21
ตารางที่ 6	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานสตรีและเด็กปฐมวัย	25
ตารางที่ 7	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวัยเรียน	34
ตารางที่ 8	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวัยรุ่น	43
ตารางที่ 9	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวัยทำงาน	51
ตารางที่ 10	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานผู้สูงอายุ	56
ตารางที่ 11	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5	58
ตารางที่ 12	จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมาย	60
ตารางที่ 13	แสดงปริมาณขยะทั่วไปและการจัดการขยะทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัด	62
ตารางที่ 14	จำนวนและร้อยละเทศบาลที่ประเมิน EHA 4001 จำแนกรายจังหวัด	63
ตารางที่ 15	แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	66

ประวัติศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ได้เริ่มต้น มาจาก ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 7 ราชบุรี กรมอนามัย เปิดให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปเมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2512 ได้รับ พระมหากรุณาธิคุณจากพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินีนาถเสด็จทรงเปิด เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2512 โดยในระยะแรก ได้แบ่งการบริหารงานเป็น 4 ฝ่าย ได้แก่ โรงเรียนผดุงครรภ์อนามัย โรงพยาบาลแม่และเด็ก ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและฝ่ายธุรการ

ปี 2530 รัฐบาลโดยสำนักงาน ก.พ. ได้ปรับโครงสร้างใหม่และปรับตำแหน่งในรูปการกำหนดอัตรากำลัง 3 ปี โดยให้รวมศูนย์วิชาการสายส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์โภชนาการ ศูนย์อนามัยโรงเรียน ศูนย์ทันตสาธารณสุข และใช้ชื่อใหม่ว่า ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 7 ราชบุรี ต่อมาปี 2534 กระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนแปลงพื้นที่รับผิดชอบเป็น 12 เขต และเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ราชบุรี

ต่อมาในการปฏิรูประบบราชการกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายรัฐบาลเมื่อ 1 ตุลาคม 2545 ได้รวมงานบางส่วนของศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเข้ามาและได้รับการเปลี่ยนชื่ออีกครั้งหนึ่งว่า ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี จากนั้น กรมอนามัย มีคำสั่งที่ 1138/2558 ลงวันที่ 3 ธันวาคม 2558 เรื่อง การเปลี่ยนแปลงลำดับที่จังหวัดที่ตั้งและการปรับปรุงพื้นที่เขตจังหวัดที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 1 – 12 โดยกำหนดให้ ศูนย์อนามัยที่ 4 ราชบุรี เปลี่ยนเป็น ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เพื่อให้สอดคล้องกับเขตสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยยังคงมีพื้นที่ปฏิบัติงาน 8 จังหวัดเหมือนเดิม ได้แก่ จังหวัดราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม กาญจนบุรี สุพรรณบุรี สมุทรสาคร และสมุทรสงคราม และมีขอบข่ายของงานครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

บทบาทหน้าที่

1.ภารกิจสนับสนุน

1) กลุ่มอำนวยการ

1. บริหารจัดการทั่วไป งานช่วยอำนวยการและงานเลขานุการของศูนย์ฯ
2. บริหารจัดการงานสารบรรณ การรับส่งพัสดุไปรษณีย์และเอกสารสิ่งพิมพ์
3. บริหารจัดการงานการเงินและบัญชี รวมทั้งการควบคุม กำกับ การใช้จ่ายงบประมาณ
4. บริหารจัดการงานพัสดุ ยานพาหนะ อาคารสถานที่ และการอนุรักษ์พลังงาน
5. บริหารจัดการงานทรัพยากรบุคคลของศูนย์
6. ประสานงานและให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานของกลุ่มงานต่าง ๆ ภายในศูนย์
7. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2. การกิจวิจยพัฒนาและสนับสนุนเขตสุขภาพ

1) กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน

1. กำหนดทิศทางการศึกษาวิจัย และบริหารการใช้ประโยชน์งานวิจัยให้สอดคล้องกับนโยบาย เป้าหมายองค์กร
2. ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพการวิจัยแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ
3. วิเคราะห์นโยบายกระทรวง กรมอนามัย ปัญหาของพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนของหน่วยงานและแผนพัฒนาองค์กร
4. กำหนดกรอบแนวทางการจัดทำแผนงาน งบประมาณ ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมอนามัย
5. ประสานและชี้แจงการทำงานกับภาคีเครือข่ายของศูนย์ฯ (ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา องค์กรเอกชน ฯลฯ)
6. ร่วมปฏิบัติการและบูรณาการแผนของศูนย์
7. จัดระบบการกำกับ ติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการของหน่วยงาน
8. กำกับการจัดทำกรอบแนวทางการจัดทำและรายงานผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
9. จัดทำระบบข้อมูลด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
10. บริหารจัดการและพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
11. บริหารงานพัฒนาองค์กร
12. พัฒนาและบริหารกระบวนการเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะทางด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
13. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

2) กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก, กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน, กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น, กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1. เฝ้าระวังด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
2. ผลิตและพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพ
3. คัดกรองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพตามกลุ่มวัย
4. พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพให้ภาคีเครือข่าย
5. รณรงค์และสร้างกระแสการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนหรือสังคม

6. บริหารจัดการด้านการตลาดเพื่องานด้านส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Marketing)
7. พัฒนาความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพ
8. กำกับ ดูแล ประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
9. ผลักดันมาตรการทางกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
10. ประเมินรับรองมาตรฐานด้านส่งเสริมสุขภาพ
11. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
12. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3) กลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม

1. เฝ้าระวังด้านสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ
2. ผลิตและพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ภาคีเครือข่าย
4. รณรงค์และสร้างกระแสการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
5. บริหารจัดการด้านการตลาดเพื่องานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Marketing)
6. พัฒนาความเข้มแข็งภาคีเครือข่ายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
7. กำกับ ดูแล ประเมินผลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
8. ประเมินรับรองมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
9. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
10. คุ้มครองประชาชนและผู้ใช้บริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
11. ผลักดันมาตรการทางกฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
12. ให้บริการที่เกี่ยวข้องทางด้านกฎหมายในการปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร
13. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

3. การกิจพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพ

1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. วิจัย พัฒนาและผลิตนวัตกรรม รูปแบบการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ
2. ดำเนินงานและพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลที่ส่งเสริมและรักษาสิ่งแวดล้อม
3. ดำเนินงานและพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และศูนย์สาธิตรูปแบบบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย
4. ฝึกอบรม เผยแพร่ ถ่ายทอด องค์ความรู้ นวัตกรรม แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องให้กับภาคีเครือข่าย
5. ผลิตและพัฒนาหลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่าง ๆ
6. ประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
7. พัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสาร คลังความรู้และนวัตกรรม
8. พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
9. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

วิสัยทัศน์

กรมอนามัยเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ

ทำหน้าที่ในการสังเคราะห์ ใช้องค์ความรู้ และดูภาพรวม เพื่อกำหนดนโยบายและออกแบบระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยการประสานงาน สร้างความร่วมมือและกำกับดูแลเพื่อให้เกิดความรับผิดชอบต่อการดำเนินงาน

วัฒนธรรมองค์กร (Corporate Culture Pillar) “ HEALTH ”

1. H = Health Model (เป็นต้นแบบสุขภาพ) หมายถึง การมีพฤติกรรมตามหลักการสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยเฉพาะในเรื่องตรวจสุขภาพแบบทดสอบสมรรถภาพทางกายเป็นประจำทุกปี และออกกำลังกายสม่ำเสมอ
 2. E = Ethics (มีจริยธรรม) หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่ตามจรรยาบรรณของข้าราชการพลเรือนและวิชาชีพ
 3. A = Achievement and Accountability (มุ่งผลสัมฤทธิ์) หมายถึง การมุ่งทำงานให้บรรลุ เป้าหมายเชิงปริมาณและคุณภาพทั้งระดับ องค์กรและบุคคล
 4. L = Learning (เรียนรู้ร่วมกัน) หมายถึง การแสวงหาความรู้ใหม่ๆ กล้าแสดงความคิดเห็นและมีการสรุปบทเรียน (สุ จิ ปุ ลิ)
 5. T = Trust (เคารพและเชื่อมั่น) หมายถึง การเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง เคารพให้เกียรติและไว้วางใจซึ่งกันและกัน และสร้างความมั่นใจให้ลูกค้าว่าจะได้รับบริการที่ดี
4. H = Harmony (เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน) หมายถึง การมีส่วนร่วมในกระบวนการอย่างสร้างสรรค์ ทำงานสอดคล้องเกื้อหนุนกันและกัน สื่อสารอย่างเปิดเผย โปร่งใส ทัวถึง ทันทกาล และรักษามิตรภาพที่ดีต่อ

โครงสร้างจำนวนเจ้าหน้าที่ตามกลุ่มงานของศูนย์

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5

นายแพทย์ (ด้านสาธารณสุขหรือด้านเวชกรรมป้องกันหรือด้านเวชกรรม) (ชช) 2
 นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านสาธารณสุข) (ชช) 1
 นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านโภชนาการ) (ชช) 1

ภารกิจสนับสนุน	ภารกิจวิจัยพัฒนาและสนับสนุนเขตสุขภาพ		ภารกิจพัฒนารูปแบบและนวัตกรรมบริการ
กลุ่มอำนาจการ - 58 นักจัดการงานทั่วไป (ปก) 2 เจ้าพนักงานธุรการ (อว.ชง) 2 เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี (ปง, ชง) 3 เจ้าพนักงานพัสดุ (ปง) 2 พนักงานราชการ 6 ลูกจ้างประจำ 13 พนักงานกระทรวงฯ 17 จ้างเหมาบริการ 13	กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน -18 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ) 2 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก, ชก) 8 นักวิเคราะห์นโยบายและแผน (ชก) 3 พนักงานราชการ 1 จ้างเหมาบริการ 4	กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น - 8 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ) 1 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก, ชก) 1 นักโภชนาการ (ปก,ชก) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 4 เจ้าพนักงานสาธารณสุข (ปง,ชง) 1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ -155 นายแพทย์ (ชพ) 4 ทันตแพทย์(ด้านทันตสาธารณสุข)(ชช) 1 นายแพทย์ (ปก,ชก,ชพ)+มาช่วยฯ 4 ทันตแพทย์ (ปก,ชก,ชพ) 3 เกสักร (ชพ) 1 เกสักร (ปก,ชก) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ชพ) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 52 นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปก,ชก) – พยาบาลเทคนิค (ปง,ชง) 5 จพ.เกสักรรรม (ปง,ชง) 1 จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์ (ปง,ชง) 2 จพ.รังสีการแพทย์ (ปง,ชง) 1 จพ.ทันตสาธารณสุข (ปง,ชง) 3 พนักงานราชการ 3 ลูกจ้างประจำ 18 พนักงานกระทรวงฯ 33 ลูกจ้างชั่วคราว 2 จ้างเหมาบริการ 20
กลุ่มงานข้อมูลข่าวสารและเวชสถิติ - 11 จพ.เวชสถิติ (ชง) 1 พนักงานราชการ (นวก.คอมฯ) 3 ลูกจ้างประจำ 1 พนักงานกระทรวงฯ 2 จ้างเหมาบริการ 4	กลุ่มพัฒนานามัยแม่และเด็ก - 17 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ) 1 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก, ชก) 2 นักโภชนาการ (ปก,ชก) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 5 พนักงานราชการ 2 ลูกจ้างประจำ 1 พนักงานกระทรวงฯ 4 จ้างเหมาบริการ 1	กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน - 9 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ.) 1 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก,ชก) 2 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 6	
	กลุ่มพัฒนานามัยวัยรุ่น - 8 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ.) 1 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก,ชก) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 5 พนักงานราชการ 1	กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ - 9 นักวิชาการสาธารณสุข (ปก,ชก) 3 นักโภชนาการ (ชพ) 1 พยาบาลวิชาชีพ (ปก,ชก) 5	
		กลุ่มพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อม - 7 นักวิชาการสาธารณสุข (ชพ.) 2 นักวิชาการสาธารณสุข (ชก) 3 พนักงานราชการ 1 พนักงานกระทรวงฯ 1	

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. การส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย ประกอบด้วย
 - 1.1 ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ
 - 1.2 ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด
 - 1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
 - 1.4 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์
 - 1.5 ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม
2. สร้างความเข้มแข็งระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนอย่างยั่งยืน
3. อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
4. ปฏิรูประบบงานสู่องค์กรที่มีสมรรถนะสูงและมีธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์

1. ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
2. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
3. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
4. เด็กวัยเรียน เจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ
5. วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
6. ประชากรวัยทำงานหุ่นดี สุขภาพดี
7. ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
8. ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)
9. ภาครัฐหรือข่ายภาครัฐร่วมดำเนินการ สามารถนำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปดำเนินการและพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม
10. เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)
11. เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (HPO)
12. เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล

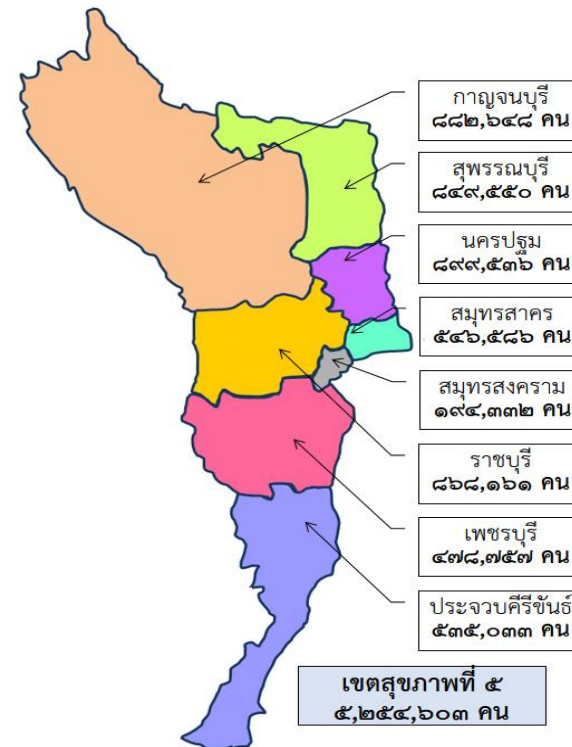
ตัวชี้วัด

1. อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
4. ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปีฟันไม่ผุ
5. ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงสมส่วน และเด็กอายุ 14 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์
6. ร้อยละของเด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และทันตสุขภาพ
7. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
8. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน
9. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี
10. ร้อยละของวัยรุ่น 15-18 ปี สูงสมส่วน และอายุ 19 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ และฟันไม่ผุ
11. ร้อยละของวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
12. ร้อยละของวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
13. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE)
14. ร้อยละของกลุ่มผู้สูงอายุมีฟันแท้อย่างน้อย 24 ซี่
15. ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน อย่างน้อยตำบลละ 1 ชุมชน
16. จังหวัดในพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษมีฐานข้อมูลและการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
17. ร้อยละของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้ และดำเนินการจนได้มาตรฐานตามที่กำหนด
18. ร้อยละความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้
19. จำนวนงานวิจัยและนวัตกรรมที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ ระดับนโยบาย (กระทรวง) และกลไกการขับเคลื่อนนโยบาย (เขตสุขภาพ)
20. การผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
21. คะแนนการประเมินระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน ตามระบบ ITA โดย ปปท.

ข้อมูลทั่วไปของเขตสุขภาพที่ 5

เขตบริการสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วยจังหวัดที่อยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง จำนวน 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครปฐม จังหวัดสุพรรณบุรี จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดราชบุรี จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีพื้นที่รวมกัน ประมาณ 46,088.059 ตารางกิโลเมตร

1. แผนที่ และสภาพทั่วไปของจังหวัด ในเขตบริการสุขภาพที่ 5



1.1 จังหวัดราชบุรี

จังหวัดราชบุรีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคตะวันตก โดยเป็นศูนย์กลางในด้านอุตสาหกรรมแปรรูปสินค้าเกษตร และการปศุสัตว์ของประเทศ รวมทั้งเป็นศูนย์กลางในด้านพลังงานของประเทศในปัจจุบัน โดยมีเมืองราชบุรีเป็นศูนย์กลางด้านการปกครอง เศรษฐกิจ และการคมนาคมในภูมิภาค ทิศเหนือติดต่อกับจังหวัดกาญจนบุรี ทิศใต้ติดต่อกับจังหวัดเพชรบุรี ทิศตะวันออกติดต่อกับจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสงคราม และจังหวัดนครปฐม และทิศตะวันตกติดต่อกับประเทศพม่า มีพื้นที่ 5,196.462 ตารางกิโลเมตร สภาพพื้นที่ประกอบด้วยลักษณะพื้นที่ภูเขาสูง บริเวณชายแดนด้านตะวันตกติดกับประเทศพม่า และด้านใต้ติดกับจังหวัดเพชรบุรี ในระดับความสูง ตั้งแต่ 200 เมตร ถึง 1,400 เมตร ในเขตอำเภอสวนผึ้ง อำเภอบ้านคา และอำเภอปากท่อด้านทิศตะวันตก พื้นที่ราบสูง ได้แก่ บริเวณถัดจากเทือกเขามาทางด้านตะวันออก พื้นที่ตัวจังหวัดเป็นที่ราบสูงและที่เนินลาด นอกจากนี้ ยังประกอบด้วยที่ราบลุ่มและที่ราบลุ่มต่ำ ได้แก่ บริเวณสองฝั่งแม่น้ำแม่กลอง และด้านตะวันออกของพื้นที่จังหวัด เนื้อดินเป็นดินร่วนและดินร่วนปนดินเหนียว มีความอุดมสมบูรณ์ มีระบบชลประทานแม่กลอง ที่เป็นระบบชลประทานขนาดใหญ่มาก มีแม่น้ำแม่กลองที่ติดต่อกับจังหวัดสมุทรสงคราม อยู่สูงจากระดับน้ำทะเลกลางเพียง 1-2 เมตร ดินจะมีความสมบูรณ์ เหมาะแก่การทำสวนผักผลไม้

จังหวัดราชบุรี เป็นจังหวัดที่มีขนาดเศรษฐกิจใหญ่ที่สุดในภาคตะวันตก จากการประมาณในไตรมาสแรกในปี 2553 ของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ราชบุรีมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด(GPP) คิดเป็นมูลค่า 120,200 ล้านบาท มากเป็นอันดับ 17 ของประเทศ และมีรายได้ต่อประชากร (GPP PER CAPITA) สูงถึง 144,062 บาท เป็นอันดับที่ 13 ของประเทศ จังหวัดราชบุรีมีการลงทุนทางอุตสาหกรรมถึง 1,100 โครงการ คิดเป็นเงินลงทุนมากกว่า 100,000 ล้านบาท เป็นศูนย์กลางของภูมิภาคมีธุรกิจการค้าประเภทสินค้าเกษตร และผลิตภัณฑ์แปรรูปทางการเกษตร เป็นโครงสร้างหลักทางเศรษฐกิจ โดยมีศูนย์กลางตลาดผักผลไม้ในภูมิภาค โดยเป็นหนึ่งในตลาดกลางสินค้าเกษตรที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศไทย นอกจากนั้นยังมีตลาดสดและตลาดนัดในท้องที่ต่าง ๆ ควบคู่กับการเลี้ยงปศุสัตว์ และโรงงานอาหารสัตว์ ที่มีมากในเขตอำเภอปากท่อ และอำเภอโพธาราม และยังมีอุตสาหกรรมอื่น ๆ เช่น อุตสาหกรรมไฟฟ้า และก๊าซธรรมชาติ อุตสาหกรรมยานยนต์ อุตสาหกรรมน้ำตาล และอุตสาหกรรมกระดาษ อุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น โดยจังหวัดราชบุรีเป็น 1 ใน 14 จังหวัดที่มีนิคมอุตสาหกรรมขนาดใหญ่ของประเทศไทย มีศูนย์กลางทางการค้าที่สำคัญจะกระจายอยู่ในเมืองใหญ่ ได้แก่ เมืองราชบุรี และเมืองบ้านโป่ง เป็นต้น โดยเป็นที่ตั้งศูนย์ และสำนักงานสาขาในเขตภูมิภาค ของบริษัทชั้นนำหลายแห่ง เช่น ปตท. ไทโยต้า เป็นต้น อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีเศรษฐกิจเติบโตสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี เฉลี่ยปีละประมาณ 5-6 % ทำให้มีการลงทุนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เช่น ศูนย์การค้า โครงการที่อยู่อาศัย บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ เป็นต้น

1.2 จังหวัดกาญจนบุรี

จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ไปทางทิศตะวันตก ประมาณ 129 กิโลเมตร ตามเส้นทางนครปฐม - บ้านโป่ง - กาญจนบุรี มีพื้นที่ทั้งหมด 19,483,148 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12 ล้านไร่ มีขนาดพื้นที่ใหญ่เป็นอันดับ 3 ของประเทศ รองจากจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดเชียงใหม่ มีอาณาเขตทิศเหนือ ติดต่อกับจังหวัดตากและจังหวัดอุทัยธานี ทิศตะวันออก ติดต่อกับจังหวัดสุพรรณบุรีและนครปฐม ทิศตะวันตก ติดต่อกับประเทศพม่า ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดกาญจนบุรี แบ่งออกได้ 3 ลักษณะดังนี้

1. เขตภูเขาและพื้นที่สูงด้านทิศเหนือของจังหวัด ได้แก่บริเวณอำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอศรีสวัสดิ์และอำเภอไทรโยค มีลักษณะเป็นเทือกเขาต่อเนื่องมาจากเทือกเขาถนนธงชัย ถัดไปทางด้านตะวันตกของจังหวัด เทือกเขาตะนาวศรีซึ่งกั้นพรมแดนระหว่างไทยกับประเทศพม่าทอดยาวลงไปทางด้านใต้ บริเวณนี้จะเป็นแหล่งกำเนิดต้นน้ำที่สำคัญของจังหวัด คือแม่น้ำแควใหญ่ และแควน้อย

2. เขตที่ราบลูกฟูก ได้แก่ พื้นที่ตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัด มีลักษณะเป็นที่ราบเชิงเขาสลับกับเนินเขาเตี้ย ๆ อยู่บริเวณอำเภอเลาขวัญ อำเภอบ่อพลอย และบางส่วนของอำเภอพนมทวน

3. เขตที่ราบลุ่มน้ำ ได้แก่พื้นที่ทางด้านใต้ของจังหวัด ลักษณะเป็นที่ราบ ดินมีความอุดมสมบูรณ์ อยู่บริเวณอำเภอด่านมะกอก อำเภอท่าม่วง และบางส่วนของอำเภอพนมทวน อำเภอเมืองกาญจนบุรี ประชากรส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพเกษตรกรรมปลูกข้าว และทำงานโรงงานอุตสาหกรรม ตามลำดับ

จังหวัดกาญจนบุรี เป็นจังหวัดที่อยู่ติดชายแดนประเทศพม่า จึงเป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการค้ามนุษย์ ปัญหาโรคติดต่อ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี อำเภอทองผาภูมิ อำเภอไทรโยค อำเภอศรีสวัสดิ์ และอำเภอเมืองกาญจนบุรี ซึ่งเป็นช่องทางผ่านแดนที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวสู่อำเภอเมืองกาญจนบุรี อำเภอท่าม่วง อำเภอท่ามะกา ตลอดจนจังหวัดใกล้เคียง

1.3 จังหวัดสุพรรณบุรี

จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง ด้านตะวันตก สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลาง อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 107 กิโลเมตร มีเนื้อที่ 5,358.010 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อจังหวัดใกล้เคียง 7 จังหวัด ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดชัยนาท และจังหวัดอุทัยธานี ทิศใต้ ติดต่อกับ จังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดอ่างทอง จังหวัดสิงห์บุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดอุทัยธานี ลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดสุพรรณบุรี แบ่งออกเป็น 2 เขต คือ บริเวณพื้นที่ราบลุ่ม อยู่ทางทิศตะวันออกของจังหวัดตลอดแนว ตั้งแต่เหนือจรดใต้ เป็นบริเวณพื้นที่ราบลุ่มแม่น้ำท่าจีน หรือแม่น้ำสุพรรณบุรี ครอบคลุมพื้นที่ของอำเภอเดิมบางนางบวช อำเภอสามชูก อำเภอดอนเจดีย์ อำเภอศรีประจันต์ อำเภอเมืองสุพรรณบุรี อำเภอบางปลาม้า อำเภอสองพี่น้อง และบางส่วนของอำเภออู่ทอง บริเวณพื้นที่ตอนลาดสลับดอนชัน จนถึงเทือกเขาสูง เริ่มตั้งแต่ด้านทิศตะวันออกเฉียงใต้ ตะวันตกเฉียงใต้ของอำเภออู่ทอง ทอดขึ้นไปทางเหนือลักษณะพื้นที่ลูกคลื่นลอนลาด สลับเชิงเขา ส่วนทางด้านตะวันตกของอำเภอด่านช้าง มีสภาพเป็นลูกคลื่นลอนลาดสลับซับซ้อนจนถึงเทือกเขาสูงชัน มียอดเขาสูงที่สุดอยู่ใกล้กับบ้านห้วยหินดา มีลำธารเล็ก ๆ หลายสายไหลผ่าน และลงสู่ลำห้วยกระเสียว ซึ่งอยู่ในที่ราบหุบเขา และบริเวณหุบเขาแห่งนี้ มีเขื่อนกระเสียว เป็นเขื่อนดินถัดจากที่ราบหุบเขามาทางทิศตะวันออก จะเป็นแนวลูกคลื่นลอนชัน ถึงเนินเขาแล้วค่อย ๆ ลาดเทลงมา ทางทิศตะวันออก จนถึงแม่น้ำท่าจีน ประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลัก รองลงมา ปศุสัตว์ ประมง อุตสาหกรรมและหัตถกรรม

1.4 จังหวัดนครปฐม

จังหวัดนครปฐม เป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งอยู่ในภาคกลาง ห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 58 กิโลเมตร และเป็นจังหวัด 1 ใน 5 ของจังหวัดปริมณฑล (ได้แก่ นครปฐม สมุทรสาคร สมุทรปราการ นนทบุรี และปทุมธานี) มีพื้นที่ประมาณ 2,168.327 ตารางกิโลเมตร และจัดอยู่ในลำดับที่ 62 ของประเทศ มีอาณาเขตติดต่อดังนี้ทิศเหนือ ติดต่อกับ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ทิศตะวันออก ติดต่อกับ จังหวัดนนทบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ กรุงเทพมหานคร ทิศใต้ ติดต่อกับ

กับ จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดราชบุรีทิศตะวันตก ติดต่อกับ จังหวัดราชบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี สภาพภูมิประเทศของจังหวัดนครปฐม พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบไม่มีภูเขาและป่าไม้ ระดับความสูงของพื้นที่แตกต่างกัน 2-10 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง สภาพพื้นที่โดยทั่วไปสูงจากระดับน้ำทะเลปานกลาง 6 เมตร ลาดเอียงจากทิศเหนือสู่ทิศใต้และทิศตะวันตกสู่ทิศตะวันออก มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่านจากทิศเหนือสู่ทิศใต้พื้นที่ทางตอนเหนือ และตะวันออกเฉียงเหนือส่วนใหญ่เป็นที่ดอนมีระดับความสูง 6-10 เมตร ส่วนพื้นที่ตอนกลางของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มมีที่ดอนกระจายเป็นแห่ง ๆ มีแหล่งน้ำกระจายอยู่ทั่วไป พื้นที่ด้านตะวันออกและทิศใต้เป็นที่ราบลุ่มริมฝั่งแม่น้ำท่าจีนมีคลองธรรมชาติ และคลองข่อยที่ขุดขึ้นเพื่อการเกษตรและคมนาคมมากมาย

ประชากรในจังหวัดส่วนใหญ่มีรายได้มาจากอาชีพเกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์ นอกจากนั้นก็มีการทำหัตถกรรมพื้นบ้าน และการค้าขาย

1.5 จังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาคร มีพื้นที่ประมาณ 872.347 ตารางกิโลเมตร มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยมผืนผ้าที่เป็นที่ราบลุ่ม และป่าชายเลนไม่มีป่าไม้ และแร่ธาตุ ไม่มีเกาะและภูเขา มีสภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล น้ำทะเลขึ้นถึงดอนเล็กน้อย มีแม่น้ำท่าจีน ซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่านตลาดกลางของพื้นที่เขตจังหวัด ยาวประมาณ 70 กิโลเมตร และยังเป็นแม่น้ำสาขาหนึ่งของแม่น้ำเจ้าพระยา โดยแยกแม่น้ำเจ้าพระยาที่บ้านปากคลองมะขามเฒ่า อำเภอดุสิต จังหวัดชัยนาท แล้วไหลคดเคี้ยวไปตามแนวเหนือ ขนานกับแม่น้ำเจ้าพระยา ในระยะห่างกันประมาณ 35 กิโลเมตร ลงสู่อ่าวไทยที่จังหวัดสมุทรสาคร รวมความยาวทั้งสิ้น ประมาณ 325 กิโลเมตร ส่วนพื้นที่ส่วนล่างสุดของจังหวัด จดกับอ่าวไทย และส่วนใหญ่ เป็นป่าชายเลน ทำให้บริเวณนี้ไม่เหมาะแก่การเพาะปลูกอาชีพหลักของประชากรคือ อาชีพประมงทะเล การเพาะเลี้ยงชายฝั่ง และการทำนาเกลือ ในปัจจุบันมีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมเพิ่มขึ้นมาอีกหนึ่งอาชีพ

จังหวัดสมุทรสาครเป็นเมืองแห่งเศรษฐกิจที่มีศักยภาพทั้งทางด้านการอุตสาหกรรม การประมง และการเกษตรกรรม จากข้อมูลสถิติผลิตภัณฑ์ภาค และจังหวัด (GPP) พบว่า จังหวัดสมุทรสาครยังเป็นจังหวัด 1 ใน 10 ของประเทศที่มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมสูงตลอดมา

1.6 จังหวัดสมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสงคราม เป็นจังหวัดที่มีพื้นที่น้อยที่สุดในประเทศไทยคือ มีพื้นที่เพียง 416.707 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่ทางตอนล่างของภาคกลาง โดยตั้งอยู่ริมฝั่งทะเลอ่าวไทย บริเวณปากแม่น้ำแม่กลอง ห่างจากกรุงเทพมหานครไปทางตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ 65 กิโลเมตร พื้นที่โดยทั่วไปของจังหวัดเป็นที่ราบลุ่มริมทะเลโดยตลอด สภาพของดินเป็นดินเหนียวปนทราย ไม่มีภูเขาหรือเกาะ เดิมเคยมีป่าไม้โกงกาง ไม้แสน ตามชายฝั่งทะเลและมีป่าตามแนวปากแม่น้ำ แต่ปัจจุบันได้มีการใช้ประโยชน์จากพื้นที่ดังกล่าว ในการเลี้ยงกุ้งกุลาดำเกือบทั้งหมด ต่อมาการเลี้ยงกุ้งได้เกิดการขาดทุน ทำให้ปล่อยบ่อกุ้งร้างจำนวนมาก แม่น้ำสายสำคัญที่ไหลผ่านคือแม่น้ำแม่กลอง ไหลผ่านบริเวณท้องที่อำเภอบางคนที อำเภอมัทพวาไปออกทะเลอ่าวไทย ที่บริเวณปากแม่น้ำแม่กลอง ในเขตอำเภอเมืองสมุทรสงคราม นอกจากนี้ยังมีลำคลองใหญ่น้อยมากมาย แยกจากแม่น้ำแม่กลองกว่า 300 คลอง กระจายอยู่ทั่วทุกพื้นที่ จากสภาพภูมิประเทศเช่นนี้ ทำให้เกิดความสะดวกในด้านการคมนาคมทางน้ำ และการประกอบอาชีพด้านการเกษตร ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและกิจการอื่น มีการทำประมงและทำนาบ้างเล็กน้อย และมีการรับจ้างทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมด้วย

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและการประมง ส่วนอุตสาหกรรมนั้นส่วนใหญ่เป็นอุตสาหกรรมขนาดเล็ก โดยอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ อุตสาหกรรมผลิตน้ำตาล อุตสาหกรรมอาหาร อุตสาหกรรมแปรรูปสัตว์น้ำ อุตสาหกรรมแปรรูปผลผลิตทางการเกษตร และมีโรงงานทั้งสิ้น 270 โรงงาน ทุนจดทะเบียนรวม

5,068,084,947 บาท จำนวนการจ้างงาน 7,099 คน สภาวะเศรษฐกิจโดยรวมของจังหวัดสมุทรสงครามขยายตัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย และการประมงเป็นสาขาการผลิตในภาคเกษตรที่ทำรายได้สูงสุดของจังหวัด รองลงมาคือ กสิกรรม และการแปรรูปสินค้าเกษตรอย่างง่าย

1.7 จังหวัดเพชรบุรี

จังหวัดเพชรบุรี อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 35 ระยะทางประมาณ 123 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 6,225.138 ตารางกิโลเมตรหรือ 3,890,711.20 ไร่ โดยมีส่วนที่กว้างที่สุดวัดได้ 103 กิโลเมตรจากทิศตะวันออก-ตะวันตก และส่วนที่ยาวที่สุดวัดได้ 80 กิโลเมตร จากทิศเหนือ-ใต้ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดและประเทศใกล้เคียงต่อไปนี้ ด้านเหนือ ติดกับอำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี และอำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม ด้านตะวันออก ติดชายฝั่งอ่าวไทย (น่านน้ำติดต่อดตรงข้ามกับน่านน้ำจังหวัดชลบุรี ด้านทิศใต้จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านทิศเหนือ น่านน้ำจังหวัดสมุทรสงคราม น่านน้ำจังหวัดสมุทรสาคร น่านน้ำกรุงเทพมหานคร และน่านน้ำจังหวัดสมุทรปราการ ด้านใต้ ติดกับอำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ด้านตะวันตก ติดกับเขตตะนาวศรีของสหภาพพม่า พื้นที่ด้านตะวันตกเป็นป่าไม้และภูเขาสูงสลับซับซ้อน มีเทือกเขาตะนาวศรีเป็นเส้นกั้นอาณาเขตระหว่างไทยกับสหภาพพม่า เฉพาะในเขตจังหวัดเพชรบุรีมีความยาวประมาณ 120 กิโลเมตร แม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน 3 สาย ได้แก่ แม่น้ำเพชรบุรี มีความยาวตลอดสาย 227 กิโลเมตร แม่น้ำบางกลอย มีความยาว 44 กิโลเมตร และแม่น้ำบางตะบูน มีความยาว 18 กิโลเมตร มีประชากรอาศัยหนาแน่นทางตะวันออกของพื้นที่ ซึ่งเป็นที่ราบลุ่มชายฝั่งทะเล ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็น 3 เขต คือ

1. เขตภูเขาและที่ราบสูง อยู่ทางด้านตะวันตกของจังหวัดติดกับพม่าในบริเวณอำเภอแก่งกระจานและอำเภอหนองหญ้าปล้อง มีภูเขาสูงและเป็นบริเวณที่สูงชันของจังหวัด มีลักษณะเป็นเทือกเขาทอดยาวจากเหนือมาใต้ พื้นที่ถัดจากบริเวณนี้จะค่อย ๆ ลาดต่ำลงมาทางด้านตะวันออก บริเวณนี้เป็นต้นกำเนิดแม่น้ำเพชรบุรีและแม่น้ำปราณบุรี

2. เขตที่ราบลุ่มแม่น้ำ บริเวณตอนกลางของจังหวัดซึ่งอุดมสมบูรณ์ที่สุด มีแม่น้ำเพชรบุรีซึ่งเป็นแม่น้ำสายสำคัญไหลผ่าน และมีเขื่อน แก่งกระจานและเขื่อนเพชรบุรีซึ่งเป็นแหล่งน้ำระบบชลประทาน บริเวณนี้เป็นเขตเกษตรกรรมที่สำคัญของจังหวัด เขตนี้คือบริเวณบางส่วนของอำเภอเมืองเพชรบุรี อำเภอท่ายาง อำเภอชะอำ อำเภอบ้านลาด อำเภอบ้านแหลม และอำเภอเขาย้อย

3. เขตที่ราบฝั่งทะเล อยู่ทางด้านตะวันออกของจังหวัด ติดกับชายฝั่งทะเลด้านอ่าวไทย บริเวณนี้นับเป็นแหล่งเศรษฐกิจที่สำคัญยิ่งของจังหวัดในด้านการประมง การท่องเที่ยว ลักษณะพื้นที่ชายฝั่งเพชรบุรี เหนือแหลมหลวงไปทางทิศเหนือเป็นพื้นที่ชายฝั่งหาดโคลน มีระบบนิเวศป่าชายเลน ด้านทิศใต้ของแหลมหลวงลงไปตามทิศใต้เป็นหาดทราย มีระบบนิเวศเป็นหาดทราย

1.8 จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

ประจวบคีรีขันธ์ เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคกลางตอนล่าง ซึ่งมีเขตแดนติดต่อกับภาคใต้ และมีแหล่งท่องเที่ยวที่น่าสนใจหลายแห่งมีระยะทางห่างจากกรุงเทพมหานครประมาณ 323 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด 6,367.620 ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่แคบเป็นคาบสมุทรยาวลงไปทางใต้ โดยมีส่วนที่แคบที่สุดจากเขตแดนไทย-พม่า ด้านตะวันตก จนถึงฝั่งทะเลด้านตะวันออกเป็นระยะทางประมาณ 11 กิโลเมตร และมีความยาวจากเหนือจรดใต้เป็นระยะทางประมาณ 212 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อ ดังนี้ ทิศเหนือ จดเขตอำเภอชะอำ อำเภอท่ายาง และอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี ทิศใต้ จดเขตอำเภอปะทิว และอำเภอท่าแซะ จังหวัดชุมพร ทิศตะวันออก จดอ่าวไทย

ทิศตะวันตก จดประเทศสหภาพพม่า ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไป มีความลาดเอียงจากทิศตะวันตก ซึ่งเป็นเทือกเขาตะนาวศรี อันเป็นเทือกเขากั้นพรมแดนระหว่างไทยกับพม่า ลงสู่ด้านตะวันออก ซึ่งเป็นอ่าวไทยและมีเทือกเขาและภูเขากระจายทั่วไปทั้งบริเวณชายฝั่งทะเล และบริเวณส่วนกลางของพื้นที่จังหวัดเทือกเขาที่สำคัญได้แก่ เทือกเขาสามร้อยยอด ซึ่งมีความสูงโดยเฉลี่ยของเทือกเขาด้านตะวันออกประมาณ 750 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลสูงสุด 1,215 เมตร ต่ำสุด 306 เมตร

สภาพทางเศรษฐกิจของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีการลงทุนใน 3 ด้าน คือ ด้านเกษตรกรรม ด้านอุตสาหกรรม และด้านการท่องเที่ยว โดยด้านเกษตรกรรม มีอาชีพทำการเกษตร ประมาณ 48,881 ครัวเรือน โดยทำไร่ เลี้ยงสัตว์และทำการประมง พืชเศรษฐกิจที่สำคัญ ได้แก่ สับปะรด มีพื้นที่เพาะปลูกประมาณ 720,382 ไร่ มะพร้าว มีพื้นที่เพาะปลูก ประมาณ 486,858 ไร่ ในด้านอุตสาหกรรม มีการลงทุนด้านอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับการแปรรูปสินค้าเกษตร และอุตสาหกรรมเหล็ก เช่น โรงงานสับปะรดกระป๋อง ผลไม้กระป๋อง สับปะรดกวน และผลไม้กวน อบแห้ง โรงงานหีบน้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม โรงงานผลิตเหล็กแผ่นม้วนรีดร้อน รีดเย็น เหล็กแผ่นเคลือบสังกะสี เป็นต้น

ด้านการท่องเที่ยว มีสถานที่ท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจเป็นจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็น ภูเขา น้ำตก หรือทะเล เพราะแหล่งท่องเที่ยวส่วนใหญ่ ยังคงสภาพความเป็นธรรมชาติ อีกทั้งยังมีความสงบเงียบ รวมถึงสภาพการคมนาคมที่ค่อนข้างสะดวกสบาย ทำให้มีนักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวรวมประมาณ 300,000 คน/ปี

2. ลักษณะภูมิอากาศ

เขตบริการสุขภาพที่ 5 ตั้งอยู่บริเวณภาคกลางตอนล่าง มีลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบทุ่งหญ้าเมืองร้อน คือมีฝนตกปานกลาง และสลับกับฤดูแล้ง มีอากาศชุ่มชื้น เนื่องจากอยู่ใกล้ทะเลมากกว่าภาคกลางตอนบน มีปัจจัยที่ควบคุมอุณหภูมิ ได้แก่ การได้รับอิทธิพลจากลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ที่นำความชุ่มชื้นมาสู่ภาคกลาง การวางตัวของแนวภูเขาตะนาวศรี และภูเขาถนนธงชัยในลักษณะเหนือ-ใต้ ทำให้ส่วนที่เป็นหลังเขามีฝนตกน้อย และความใกล้ไกลทะเลทำให้อุณหภูมิของอากาศแตกต่างกันมาก ระหว่างฤดูร้อนกับฤดูหนาว โดยมีอุณหภูมิเฉลี่ยประมาณ 27-28 องศาเซลเซียส ซึ่งอากาศค่อนข้างร้อน มีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยประมาณ 1,375 มิลลิเมตร พื้นที่ส่วนใหญ่จะอยู่ในเขตอับฝน ฝนตกมากสุดในเดือนกันยายน

3. ทรัพยากรธรรมชาติในภาคกลาง

3.1 ทรัพยากรดิน

ภาคกลางตอนบนเป็นดินตะกอนเก่า ไม่เหมาะสมในการเพาะปลูกเนื่องจากเกิดการจับตัวแข็งในช่วงฤดูแล้ง ดินที่เหมาะสมในการเพาะปลูกควรเป็นดินเหนียวท่าจีน ดินร่วนกำแพงแสน และดินเหนียวคำกรูเทพฯ ซึ่งเป็นดินที่เกิดจากการทับถมของตะกอนที่น้ำพัดพามารวมกันเป็นที่ราบขนาดใหญ่ของภาคกลาง ส่วนดินบริเวณที่ราบเนินภูเขาจะ เกิดจากการสลายตัวของหินปูนและหินอัคนี เหมาะแก่การปลูกพืชไร่ เช่น ข้าวโพด ข้าวฟ่าง มะม่วง ขนุน เป็นต้น

3.2 ทรัพยากรน้ำ

ประกอบด้วยแม่น้ำและลำคลองจำนวนมากจึงเป็นภาคที่อุดมสมบูรณ์ที่สุดของประเทศ ประกอบด้วยแม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำท่าจีน และมีการสร้างเขื่อนต่าง ๆ เช่น เขื่อนเจ้าพระยา จังหวัดชัยนาท เขื่อนกระเสียว จังหวัดสุพรรณบุรี เขื่อนป่าสัก จังหวัดลพบุรี

3.3 ทรัพยากรป่าไม้

ภาคกลางมีพื้นที่ป่าไม้น้อยมาก ส่วนใหญ่พบในภาคกลางตอนบนเป็นป่าเบญจพรรณและป่าดงดิบจังหวัดเพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ และกาญจนบุรี ซึ่งเป็นที่ตั้งของอุทยานแห่งชาติเป็นพื้นที่ที่มีทรัพยากรป่าไม้มากที่สุด

4. กิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญ

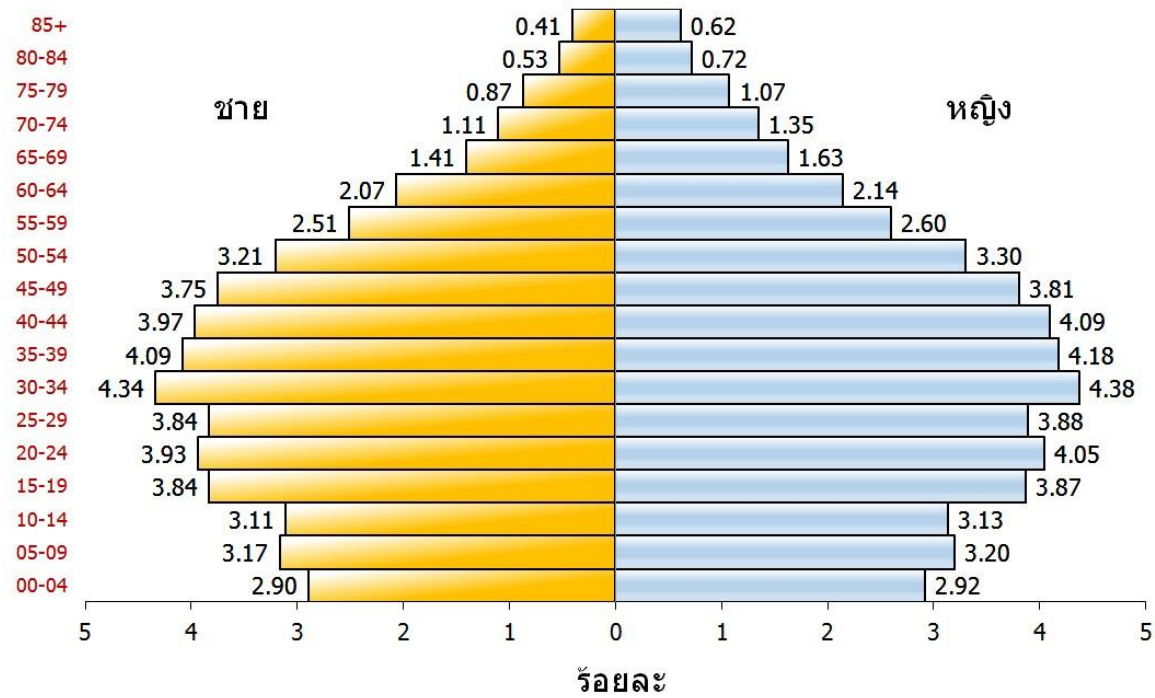
ได้แก่ การเพาะปลูก ประชากรมีการปลูกข้าวเป็นอาชีพหลัก เพราะอยู่ในบริเวณที่อุดมสมบูรณ์และเป็นที่ราบลุ่มแม่น้ำส่วนการปลูกพืชไร่จะปลูกบริเวณจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม มีการเลี้ยงสัตว์ มีการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นอาหาร เช่น สุกร เป็ด ไก่ และการประมง มีการทำประมงน้ำจืด ประมงน้ำเค็มและน้ำกร่อยในบริเวณจังหวัดที่อยู่ติดชายฝั่งทะเล นอกจากนี้ยังมีอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมอาหารกระป๋อง อาหารทะเล น้ำตาล กระดาษ

5. ข้อมูลประชากร และหลังคาเรือน

ตารางที่ 1 จำนวนประชากร จำนวนหลังคาเรือนและความหนาแน่นประชากร จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	พื้นที่ (ตร.กม.)	หลังคาเรือน (หลัง)	ประชากร จากฐานข้อมูล DBPop (30 ก.ย. 57)			ความหนาแน่น (ปชก./ตร.กม.)
			ชาย	หญิง	รวม (คน)	
ราชบุรี	5,196.462	285,387	408,501	422,664	831,165	159.95
กาญจนบุรี	19,483.448	310,254	404,809	401,245	806,054	41.37
สุพรรณบุรี	5,358.010	272,653	381,648	409,493	791,141	147.66
นครปฐม	2,168.327	170,992	394,223	418,451	812,674	374.79
สมุทรสาคร	872.347	235,547	409,152	430,987	840,139	963.08
สมุทรสงคราม	416.707	52,157	94,884	101,450	196,334	471.16
เพชรบุรี	6,225.138	173,448	219,074	232,234	451,308	72.50
ประจวบคีรีขันธ์	6,367.620	217,309	263,752	258,812	522,564	82.07
รวมเขต 5	46,088.059	1,717,747	2,576,043	2,675,336	5,251,379	113.94

กลุ่มอายุ (ปี)



ที่มา : จำนวนประชากรเป้าหมาย จากฐานข้อมูล DBPop ณ วันที่ 30 กันยายน 2558

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลประชากรเป้าหมาย ปี 2560 แยกรายกลุ่มอายุ

	รวม	70 - ราชบ บุรี	71 - กาญ จนบุรี	72 - สุพรรณบุรี	73 - นครปฐม	74 - สมุทรสาคร	75 - สมุทรสงคราม	76 - เพชรบุรี	77 - ประ จวบคีรีขันธ์
ประชากรทั้งหมด	4,338,395	717,837	629,450	679,200	799,131	514,209	162,502	426,101	409,965
ชาย	2,094,914	345,800	313,544	324,760	380,540	251,076	76,862	204,784	197,548
หญิง	2,243,480	372,037	315,905	354,440	418,591	263,133	85,640	221,317	212,417
รวมครบ6เดือน	10,754	1,904	2,330	1,893	1,440	286	327	1,155	1,419
รวมครบ9เดือน	20,439	3,703	4,264	3,583	2,964	548	629	2,180	2,568
รวมครบ1ปี	28,531	5,100	5,682	5,055	4,370	800	901	3,046	3,577
รวมครบ 18 เดือน	35,630	6,025	6,462	5,742	5,850	2,949	1,088	3,508	4,006
รวมครบ2ปี	68,041	11,486	12,304	10,991	10,922	5,750	2,035	6,787	7,766
รวมครบ 30 เดือน	41,600	6,779	6,810	6,281	6,908	5,348	1,240	3,851	4,383
รวมครบ3ปี	42,646	6,939	7,127	6,329	7,149	5,491	1,306	3,917	4,388
รวมครบ 42 เดือน	43,487	7,050	7,297	6,443	7,441	5,573	1,315	3,949	4,419
รวมครบ4ปี	45,547	7,465	7,533	6,719	7,863	5,831	1,395	4,232	4,509
รวมครบ5ปี	50,472	7,989	8,410	7,331	8,917	6,686	1,496	4,563	5,080
3-5ปี	135,311	21,900	22,433	19,917	23,341	17,544	4,097	12,427	13,652
5-14ปี	541,344	86,861	87,994	81,753	96,716	68,702	16,867	49,181	53,270
6-9ปีTOBE1	234,838	60,747	33,724	30,156	37,844	26,701	6,222	19,190	20,254
6-12ปี	363,432	45,683	61,517	56,287	68,259	48,271	11,700	34,507	37,208
10-14ปี	284,922	46,920	45,886	44,282	49,973	35,328	9,152	25,436	27,945
10-24ปีTOBE1	815,947	68,403	138,722	135,337	164,844	109,916	30,595	83,303	84,827
15-19ปี	846,618	604,949	44,575	45,023	50,627	35,863	10,057	27,279	28,245
15-21ปี	542,785	191,527	63,265	64,794	76,137	51,985	14,825	39,902	40,350
15ปีขึ้นไป	3,447,469	413,422	513,907	573,272	676,384	427,744	140,871	361,954	339,915
15-34ปี	1,265,370	271,811	175,503	173,605	224,562	146,547	43,130	117,711	112,501
หญิง15-49ปี	1,082,888	171,119	150,545	157,807	211,838	136,102	40,283	109,129	106,065
หญิง15-49ปีคู่	607,130	211,461	75,946	84,439	88,224	40,493	15,767	43,275	47,525
25ปีขึ้นไป	2,666,116	141,611	421,071	482,217	561,513	353,156	119,428	304,087	283,033
35ปีขึ้นไป	2,105,630	65,142	338,404	399,667	451,822	281,197	97,741	244,243	227,414

	รวม	70 - ราชบุรี	71 - กาญจนบุรี	72 - สุพรรณบุรี	73 - นครปฐม	74 - สมุทรสาคร	75 - สมุทรสงคราม	76 - เพชรบุรี	77 - ประจวบคีรีขันธ์
35-59ปี	1,385,464	24,563	226,544	246,936	308,235	199,503	60,523	162,626	156,534
หญิง30-60ปี	1,038,193	177,005	140,500	155,887	197,325	125,142	38,577	103,705	100,052
หญิง30-70ปี	1,121,287	70,067	171,838	197,630	237,647	148,544	48,831	126,355	120,375
50-70ปี	1,077,702	143,093	157,141	191,661	203,275	123,798	44,808	110,289	103,637
60 ปีขึ้นไป	712,791	33,204	111,860	152,731	143,587	81,694	37,218	81,617	70,880
65 ปีขึ้นไป	980,352	507,539	76,771	109,311	99,236	55,413	26,907	57,152	48,023
70 ปีขึ้นไป	412,995	98,906	49,967	73,892	66,226	36,000	18,399	38,359	31,246
80 ปีขึ้นไป	310,929	190,976	18,189	28,148	26,401	13,378	7,258	14,844	11,735
90 ปีขึ้นไป	23,314	2	3,363	5,119	6,117	2,881	1,288	2,542	2,002
100 ปีขึ้นไป	3,354	367	444	494	1,092	560	49	208	140
ค ำนวณอายุไม่ได้	8,154	3,515	313	42	2,985	670	625	4	-

แหล่งข้อมูล : จากแฟ้มข้อมูล PERSON ซึ่งมีสถานะบุคคล(TYPEAREA) = 1,3 TYPEAREA 1 = มีชื่ออยู่
 TYPEAREA 3 = มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ(ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ) แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ
 ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2559 แก่ไขล่าสุดวันที่ 01/12/2559
 กลุ่มงานวิชาการ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรของ 8 จังหวัดแยกชาย-หญิงตั้งแต่ปี 2557-2559

จังหวัด	ประชากร ณ 1 มค. 2557			ประชากร ณ 1 มค. 2558			ประชากร ณ 1 มค. 2559		
	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม	♂ ชาย	♀ หญิง	รวม
ราชบุรี	414,517	435,686	850,203	415,742	437,555	853,297	423,421	444,740	868,161
กาญจนบุรี	422,468	420,618	843,086	425,602	423,193	848,795	444,037	438,611	882,648
สุพรรณบุรี	410,700	437,301	848,001	410,980	437,929	848,909	411,206	438,344	849,550
นครปฐม	424,130	458,599	882,729	428,241	463,317	891,558	432,023	467,513	899,536
สมุทรสาคร	251,425	268,921	520,346	257,342	275,544	532,886	263,958	282,628	546,586
สมุทรสงคราม	93,254	100,821	194,075	93,271	100,841	194,112	93,370	100,962	194,332
เพชรบุรี	228,180	243,101	471,281	229,660	244,743	474,403	231,838	246,919	478,757
ประจวบคีรีขันธ์	258,940	261,775	520,715	260,621	264,779	525,400	265,027	270,006	535,033
รวม	2,503,614	2,626,822	5,130,436	2,521,459	2,647,901	5,169,360	2,564,880	2,689,723	5,254,603

ตารางที่ 4 แสดงอัตราเกิดของประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัดปี 2555-2558

จังหวัด	อัตราเกิด (ต่อ1000 ประชากร)			
	ปี2555	ปี2556	ปี2557	ปี2558
ราชบุรี	12.97	12.36	12.63	11.70
กาญจนบุรี	11.65	11.27	11.19	10.19
สุพรรณบุรี	11.07	10.59	10.59	9.78
นครปฐม	11.18	10.8	10.49	9.94
สมุทรสาคร	24.23	26.23	26.47	25.69
สมุทรสงคราม	7.52	7.55	7.64	7.03
เพชรบุรี	10.56	9.86	9.96	9.37
ประจวบคีรีขันธ์	13.94	13.09	13.34	12.6
เขต 5	12.89	12.72	12.79	12.04

ตารางที่ 5 แสดงอัตราการตายของประชากรในเขตสุขภาพที่ 5 จำแนกรายจังหวัดปี 2555-2558

จังหวัด	อัตราการตาย (ต่อ1000 ประชากร)			
	ปี2555	ปี2556	ปี2557	ปี2558
ราชบุรี	4.10	4.05	4.20	4.19
กาญจนบุรี	3.37	3.56	3.58	3.40
สุพรรณบุรี	4.43	4.49	4.52	4.28
นครปฐม	3.57	3.67	3.66	3.69
สมุทรสาคร	3.05	3.20	3.76	4.19
สมุทรสงคราม	4.25	4.61	4.01	4.09
เพชรบุรี	3.89	3.87	3.85	3.91
ประจวบคีรีขันธ์	3.40	3.29	3.76	3.62
เขต 5	3.76	3.82	3.93	3.90

แผนยุทธศาสตร์ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมปี พ.ศ.2560 - 2564

1. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย(0-5 ปี)

1.1 สถานการณ์

ผลการดำเนินงานภาพรวมทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ (ตุลาคม 2557 – กันยายน 2558 พบจำนวนแม่ตาย 74 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาเท่ากับ 22.73 ต่อแสนการเกิดมีชีพ เมื่อพิจารณารายเขตบริการสุขภาพ พบอัตราส่วนการตายมารดา มากกว่า 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพได้แก่ เขตบริการสุขภาพที่ 1 , 2 , 3 , 4 , 7 , 9 , 10 11 และ 12 คือ 32.69 33.34 33.50 17.02 19.28 21.20 42.17 15.59 และ 44.38 ตามลำดับ อัตราส่วนมารดาตายในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ปี 2554-2559 เท่ากับ 11.1, 16.4, 27.2, 19.4, 12.99 และ 11.95 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าอัตราการตายระดับประเทศ ที่พบ 29.80 ต่อแสนเด็กเกิดมีชีพ สาเหตุการตาย 3 อันดับแรกของเขตได้แก่ Post Partum Hemorrhage , Amniotic Fluid Embolism และ Pregnancy Induce Hypertension ในปี 2559 (1 ตุลาคม 58 – 30 มิ.ย. 2559) มีมารดาเสียชีวิต 4 ราย ใน จังหวัดสุพรรณบุรี 3 ราย สาเหตุจาก direct Cause ได้แก่ Amniotic Fluid Embolism สาเหตุจาก Indirect Cause ได้แก่ Pulmonary edema with Heart Failure , Cardiac Shunt , Respiratory and Cardiac Failure และ Impression Rupture Thalamic AVM with Intravascular Hemorrhage with Hypokalemia สมุทรสาคร 1 ราย สาเหตุจาก Post- partum Hemorrhage & Hypovolemic shock & Pulmonary Embolism

ด้านการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ ภาพรวมเขต ในช่วง 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 54.17 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 51.9 จังหวัดที่มีผลงานดี ใกล้เป้าหมายในเรื่องฝากครรภ์เร็ว ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี เพชรบุรี ผลงานร้อยละ 58.06 , 56.26 , 55.21 และ 55.0 ตามลำดับ ผลงานฝากครรภ์ครบคุณภาพ 5 ครั้ง เกินร้อยละ 50 ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี นครปฐม นอกจากนี้ยังพบว่ามีหญิงคลอดไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC) 476 ราย ร้อยละ 1.68 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Hct. ครั้งที่ 1) ภาพรวมเขต พบว่าสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย คือร้อยละ 18.79 ค่าเป้าหมายร้อยละ 18.0 (Hct. ครั้งที่ 2) ร้อยละ 10.34 ค่าเป้าหมายร้อยละ 10.0 จังหวัดที่มีภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงเกินเกณฑ์ ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม และ สมุทรสงคราม ตามลำดับ ส่วนมากจังหวัดมีการกำกับการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก จนสามารถแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางได้ดีลดลงต่ำกว่าร้อยละ 10 อัตราการตกเลือดในมารดาหลังคลอด ภาพรวม ร้อยละ 1.6 (เกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5) อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ลดลงอย่างต่อเนื่อง ด้านการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก ≤ 12 สัปดาห์ ภาพรวมเขต ในช่วง 9 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 54.17 ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 51.9 จังหวัดที่มีผลงานดี ใกล้เป้าหมายในเรื่องฝากครรภ์เร็ว ได้แก่ ราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี เพชรบุรี ผลงานร้อยละ 58.06 , 56.26 , 55.21 และ 55.0 ตามลำดับ ผลงานฝากครรภ์ครบคุณภาพ 5 ครั้ง เกินร้อยละ 50 ได้แก่ ราชบุรี สุพรรณบุรี เพชรบุรี นครปฐม นอกจากนี้ยังพบว่ามีหญิงคลอดไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC) 476 ราย ร้อยละ 1.68 ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (Hct. ครั้งที่ 1) ภาพรวมเขต พบว่าสูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย คือร้อยละ 18.79 ค่าเป้าหมายร้อยละ 18.0 (Hct. ครั้งที่ 2) ร้อยละ 10.34 ค่าเป้าหมายร้อยละ 10.0 จังหวัดที่มีภาวะ

โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์สูงเกินเกณฑ์ได้แก่ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ นครปฐม และ สมุทรสงคราม ตามลำดับ ส่วนมากจังหวัดมีการกำกับการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กจนสามารถแก้ไขปัญหาภาวะโลหิตจางได้ดีลดลงต่ำกว่าร้อยละ 10 อัตราการตกเลือดในมารดาหลังคลอด ภาพรวม ร้อยละ 1.6 (เกณฑ์กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5) อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) ตั้งแต่ปี 2557 - 2559 เท่ากับ 19.69, 20.45 และ 20.02 ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม สูงเกินเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง ปี 2557 -2559 9.1 , 18 และ 8.89 ตามลำดับ สาเหตุหลักๆได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (SGA) และมารดาอายุน้อยกว่า 20 ปี

การเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เด็กปฐมวัย 4 ช่วงอายุ (9,18,30,42 เดือน)

ผลงานการคัดกรอง 9 เดือน(ตุลาคม2558-มิถุนายน 2559) ฐานข้อมูลเด็กปฐมวัย 4 ช่วงอายุ (9,18,30,42 เดือน)เป้าหมายทั้งปี ของเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 165,4497 ราย เป้าหมาย 9 เดือน จำนวน 115,523 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ 98,601 ราย ร้อยละ 59.60 (เปรียบเทียบเป้าหมายทั้งปี) ร้อยละ 85.35 (เปรียบเทียบเป้าหมาย 9 เดือน) มีพัฒนาการสมวัย 81,702 ราย ร้อยละ 82.86 พัฒนาการสงสัยล่าช้า จำนวน 16,899 ราย ร้อยละ 17.14 ส่วนมากมีพัฒนาการล่าช้า ด้านการใช้ภาษา ความเข้าใจภาษา การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ตามลำดับ

การติดตามเด็กมารับการกระตุ้น ภายหลัง 1 เดือน เป้าหมาย 16,899 ราย ติดตามได้ 14,838 ราย ร้อยละ 87.80 ผลการประเมินเด็กมีพัฒนาการสมวัย 13,060 ราย ร้อยละ 88.02 พัฒนาการสงสัยล่าช้า 1,778 ราย ร้อยละ 11.98 อยู่ระหว่างได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือTEDA4I จำนวน 528 ราย ความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ส่วนมากแต่ละจังหวัดสามารถตรวจคัดกรองได้มากกว่า ร้อยละ 80 ด้านการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย มีเด็ก 0-5 ปีที่ได้รับการชั่งน้ำหนักจำนวน 226,128 ราย ผลมีส่วนสูงระดับดี รูปร่างสมส่วน จำนวน 157,486 ราย ร้อยละ 69.64 สูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 65) ข้อค้นพบปีงบประมาณ 2559 (ตุลาคม 58 – พค.59) โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลบ้านแพ้วเจาะเลือดเด็กอายุ 9-12 เดือน จำนวน 461 ราย เด็กมีผล Hematocrit $\leq$ 33 % จำนวน 104 ราย ร้อยละ 22.56

1.2 สรุปปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ

ในเขตสุขภาพที่ 5 พบปัญหามารดาเสียชีวิต จากสาเหตุโดยตรง (Direct Cause) ได้แก่ การตกเลือดหลังคลอด (Post Partum Hemorrhage) ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ (Pregnancy Induce Hypertension) และภาวะการฉีกขาดของน้ำคร่ำ (Amniotic Fluid Embolism) นอกจากนี้ยังพบสาเหตุการตายโดยอ้อมเพิ่มขึ้น (Indirect Cause) ได้แก่ Pulmonary edema with Heart Failure / Hypovolemic shock & Pulmonary / Embolism Impression Rupture Thalamic AVM with Intravascular Hemorrhage with Hypokalemia ด้านการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก $\leq$ 12 สัปดาห์ ผลงาน 54.17 และรับการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ 51.9 ต่ำกว่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทารกแรกเกิดน้ำหนัก

น้อยกว่า 2500 กรัม 8.89 สูงเกินเกณฑ์ อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 20.02 : 1000 LB ไม่เกินเกณฑ์ แนวโน้มลดลง แต่ยังพบว่าในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ อัตราการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดยังค่อนข้างสูงเนื่องจากรับส่งต่อ (Refer in) จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงอื่นๆ

ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Coverage) ภาพรวม ทำได้ตามเป้าหมาย คือมากกว่าร้อยละ 80 สำหรับด้าน คุณภาพการคัดกรอง (Quality) การค้นหาเด็กสงสัยล่าช้า ภาพรวม ร้อยละ 16.48 โดยพบว่าผู้ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (Child development manager) ในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สามารถค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้มากกว่าร้อยละ 30 ส่วนระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้ประมาณ ร้อยละ 10 หรือต่ำกว่า เนื่องจากส่วนหนึ่งยังขาดทักษะ ความชำนาญ บางคนไม่ได้ผ่านการอบรมการประเมินพัฒนาการด้วย DSPM เพราะเพิ่งมาทำงานพัฒนาการเด็ก ยังไม่ชำนาญการใช้คู่มือคัดกรอง เป็น Human error

ตารางที่ 6 เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานสตรีและเด็กปฐมวัย

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย								
1.1 ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ								
1. ตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย	1) อัตราส่วนมารดาตายต่อการเกิดมีชีพแสนคน	-	-	-	-	ไม่เกิน 15	1. พัฒนาระบบบริการและการจัดการเพื่อการตั้งครรภ์คุณภาพ และการคลอดที่ปลอดภัยได้มาตรฐานและมีคุณภาพ	1.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง ขณะตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีคุณภาพ 1.1.1 พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉิน (Unlimited Refer) และการเตรียมความพร้อมด้านบริการทางการแพทย์ในพื้นที่เสี่ยงที่มีมารดาเสียชีวิตโดยการจัดระบบ Zonning ของจังหวัด 1.1.2 พัฒนาความรู้ ทักษะ การเฝ้าระวังสุขภาพหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงด้วยระบบเครือข่ายคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH.Board) ระดับเขตและระดับจังหวัด 1.1.3 พัฒนาระบบการทำ Dead Case Conference ในพื้นที่เสี่ยงที่มีมารดาเสียชีวิตให้รวดเร็ว โดยเน้นตามแนวทาง Confidential Enquiries

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
								1.2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนนำ อสม. เพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ และเชื่อมโยงการส่งต่อให้หน่วยบริการตามระบบ 1.3 พัฒนาระบบรายงานการตายของมารดาให้รวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ทุกเดือน
2. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	2) ร้อยละของ เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	-	-	-	ร้อยละ 80 (วัดที่อายุ 42 เดือน)	1. ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม	1.1 สร้างการรับรู้และความเข้าใจให้พ่อแม่ผู้ปกครอง เลี้ยงดูเด็กด้วยสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 1.2 พัฒนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เป็นชุดความรู้ที่ น่าอ่าน น่าใช้ เข้าใจง่าย เข้าถึงง่าย สะดวกด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Application) 1.3 สนับสนุนและส่งเสริมการใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก (DSPM) ให้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง 1.4 ปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนให้เด็กไทยได้กินนมแม่อย่างเดียตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน ตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่และลูก 1.5 ส่งเสริมพฤติกรรมการเล่นดูเด็กด้วยกระบวนกร กิน กอด เล่า เล่น

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
							2. การพัฒนาระบบบริการและกลไกในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	2.1 ประสานงานและขับเคลื่อนกลไกการบริหารจัดการผ่าน คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติและคณะกรรมการส่งเสริมเด็กและเยาวชนแห่งชาติ 2.2 พัฒนาระบบการคัดกรองส่งเสริมพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ (DSPM/DAIM) และส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการอย่างครอบคลุมเท่าเทียมและมีคุณภาพด้วยการ Coaching ทั้งระดับเขต จังหวัดและอำเภอ 2.3 พัฒนาคุณภาพการรายงาน ผลการคัดกรองในระบบให้ถูกต้อง ทันเวลา 2.4 สนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ รูปแบบเทคโนโลยีเพื่อการพัฒนาเด็กที่เหมาะสม
2. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	2) ร้อยละของ เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	-	-	-	ร้อยละ 80 (วัดที่อายุ 42 เดือน)	3. บูรณาการและสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กองค์รวม	3.1 สนับสนุนชุมชนท้องถิ่นจัดทำแผนระดับตำบลเพื่อการพัฒนาเด็กองค์รวมอย่างมีส่วนร่วม รัฐ เอกชน ประชาสังคม 3.2 พัฒนาศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กแห่งชาติ 3.3 สนับสนุนให้ท้องถิ่นสร้างพื้นที่ต้นแบบ “ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาท” เพื่อการพัฒนาเด็ก 3.4 สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับ ระดับจังหวัด (Child PM) ระดับอำเภอ CDM (Child Development Manager)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
3. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	3) ร้อยละของ เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ 51 (ระดับเขต)	-	-	-	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 (ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ชาย 113 ซม. และหญิง 112 ซม.)	1. พัฒนาระบบและกลไกการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากฟันผุ	1.1 ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายโภชนาการ 1,000 วันแรก และนโยบายดื่มนมแห่งชาติ 1.2 พัฒนาเมนูอาหารสำหรับเด็กปฐมวัย 1.3 พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ ให้จัดบริการด้านโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ 1.4 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมเด็กไทยสูดดีสมส่วน และการเฝ้าระวังสุขภาพอนามัยช่องปาก 1.5 สร้างระบบพี่เลี้ยง (Coaching) ในการกำกับติดตาม ช่วยเหลือการดำเนินงานในระดับจังหวัดอำเภอและตำบล
3. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	4) เด็กอายุ 3 ปี ฟันไม่ผุ	ร้อยละ 52 (ระดับเขต) ร้อยละ 50 (ระดับประเทศ)	-	-	-	ร้อยละ 54 (ภาพรวมประเทศ)	2. สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากฟันผุ	2.1 ส่งเสริมการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคมเพื่อส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพฟัน) โดยผ่าน social marketing, social media และ national champion 2.2 สร้างทักษะการจัดอาหาร เฝ้าระวังทางโภชนาการและสุขภาพอนามัยช่องปากด้วยตนเองแก่พ่อแม่หรือผู้ปกครอง

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
3. เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	4) เด็กอายุ 3 ปีฟันไม่ผุ	ร้อยละ 52 (ระดับเขต) ร้อยละ 50 (ระดับประเทศ)	-	-	-	ร้อยละ 54 (ภาพรวมประเทศ)	2. สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและปราศจากฟันผุ	2.3 สร้างระบบ กลไกและเร่งรัดการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยในช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน 2.4 สร้างบทบาทครอบครัว ชุมชน อปท.และ อสม.ส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน) และการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก 2.5 ศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ได้รูปแบบในการส่งเสริมเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและฟันไม่ผุ

2. กลุ่มเด็กวัยเรียน(5-14 ปี)

2.1 สถานการณ์

เด็กวัยเรียนถือเป็นทรัพยากรและสมบัติอันล้ำค่าของประเทศชาติ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง เจริญเติบโต เต็มศักยภาพ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนเด็ก ซึ่งพบภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะซีด ภาวะเตี้ยมีสาเหตุจากการขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ยและแคระแกร็น ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย และมีสติปัญญาต่ำ ซึ่งแตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากการพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกายและพฤติกรรมออกกำลังกายไม่เพียงพอ อาจนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ (Non-communicable chronic diseases: NCD) ต่างๆ ในที่สุด จากการสำรวจในปีพ.ศ. 2558 พบว่า เด็กมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 12.5 (World Health Report, 2004)

ปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่ง จากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ 5 ปี 2546 พบว่า ความชุกของภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-8 ปี คิดเป็น ร้อยละ 46.7 ในเด็กอายุ 9-11 ปี คิดเป็นร้อยละ 25.4 และในเด็กอายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7 เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนจึงมีข้อเสนอแนะว่าการมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity :PA)แบบแอโรบิกด้วยความหนักระดับปานกลางถึงหนักมากทุกวัน อย่างน้อยวันละ 60 นาทีต่อสัปดาห์จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้ออย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต และหากทำกิจกรรมที่มีแรงกระแทกของข้อต่อเช่น การวิ่ง การกระโดด เป็นต้น จะทำให้มีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอีกด้วย(WHO, 2010) นอกจากนี้ภาวะโภชนาการยังส่งผลต่อปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนเช่นเดียวกัน หากเด็กกินอาหารที่มีรสหวานเป็นประจำและแปรงฟันไม่ถูกวิธี จะทำให้เกิดฟันผุได้ ซึ่งพบเป็นโรคฟันผุมากกว่า ร้อยละ 50 และยังพบว่า ในจำนวนเด็กที่มีฟันผุมากกว่า 3 ซี่ จะมีฟันผุอย่างน้อย 1 ซี่สูงถึงร้อยละ 25(ข้อมูลสำรวจปี 2555) ทำให้เด็กจะไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารที่มีกากใยและมักหลบเลี่ยงการบริโภคผักและผลไม้ การศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการเกิดโรคฟันผุของเด็กมีความสัมพันธ์กับการกินอาหารของเด็ก โดยเด็กที่มีฟันผุจะมีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ (ภาวะผอมและเตี้ย) มากกว่าเด็กที่มีสุขภาพช่องปากดี ทั้งนี้การกินอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นปัจจัยหลักที่มีการพิสูจน์แล้วว่ามีผลทำให้เกิดโรคฟันผุและโรคอ้วน และที่สำคัญยังพบว่าเด็กวัยเรียนมีความเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรเร็วขึ้นอีกด้วย จากสถิติของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์พบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้น รวมถึงปัญหาการตั้งครรภ์ในเด็กหญิงอายุ 10-14 ปี ซึ่งพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราคลอด 1.2 ต่อพันประชากรหญิง และเพิ่มขึ้นเป็น 1.8 ต่อพันประชากรหญิง ในปี พ.ศ. 2555 ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนให้มีความสามารถและทักษะสุขภาพได้นั้น จะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ทั้งด้านการบริโภคอาหาร การดูแลน้ำหนัก การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก สุขอนามัยส่วนบุคคล และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการดูแลสุขภาพร่วมกับครอบครัว

การดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนอายุ 6 – 14 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งปัจจุบันมีโรงเรียนเข้าร่วมโครงการจำนวน 2,472 แห่ง จากจำนวนโรงเรียนทั้งหมด 2,492 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 99.31 โดยมีโรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงเรียนสุขภาพ

จำนวน 2,388 แห่ง (ร้อยละ 96.60) มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร จำนวน 34 แห่ง (ร้อยละ 1.38)

ผลการติดตามภาวะสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 5 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2558 ใน 2,492 โรงเรียน พบนักเรียนมีปัญหาวิกฤตสุขภาพ ดังนี้

1. ภาวะโภชนาการ : จากรายการการตรวจราชการ รอบ 2 ปี 2559 ของเขตสุขภาพที่ 5 ระบุว่า 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 มีการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงนักเรียนจำนวน 452,441 คน พบนักเรียนสูงตีสมส่วน ร้อยละ 62.60 (จำนวน 283,229 คน) และมีภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ภาวะเตี้ยต่ำกว่าเป้าหมาย คือ ร้อยละ 3.70 (จำนวน 16,740 คน เป้าหมายกำหนดไม่เกิน ร้อยละ 10) ภาวะผอมต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย คือ ร้อยละ 4.56 (จำนวน 20,631 คน เป้าหมาย กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 5) และภาวะเริ่มอ้วน + อ้วนสูงกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 11.22 (จำนวน 50,756 คน เป้าหมายกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 10) โดย 8 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 5 มีภาวะเริ่มอ้วน+อ้วนสูงกว่าเป้าหมาย ยกเว้นจังหวัดกาญจนบุรีที่ต่ำกว่าเป้าหมาย เรียงตามอันดับจากมากที่สุดไปหาน้อยสุด ได้ ดังนี้ จังหวัด นครปฐม (ร้อยละ 14.42) สมุทรสาคร (ร้อยละ 13.59) เพชรบุรี (ร้อยละ 13.07) ราชบุรี (ร้อยละ 11.40) ประจวบคีรีขันธ์ (ร้อยละ 10.85) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 10.80) สุพรรณบุรี (ร้อยละ 10.34) และกาญจนบุรี (ร้อยละ 7.66) และเมื่อเปรียบเทียบภาวะโภชนาการระหว่างเทอม 1 กับเทอม 2 ปี 2558 พบว่า ภาวะเริ่มอ้วน+ อ้วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือ เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.07 (จากร้อยละ 11.15 ในเทอมที่ 1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.22 ในเทอมที่ 2) โดยเฉพาะจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ (เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.07) สมุทรสาคร (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.56) และราชบุรี (เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.38)

นอกจากนี้จากการตรวจภาวะ Obesity sign (สัญญาณบ่งชี้ของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในเด็กอ้วน จำนวน 3,280 คน (ร้อยละ 12.9) จากจำนวนเด็กอ้วนทั้งหมด 25,349 คน พบนักเรียนมีอาการ Obesity sign ตั้งแต่ 3 – 4 อาการ (คอดำ น้หนัก นอนกรน และประวัติ ครอบครัวมีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและหัวใจและหลอดเลือด) จำนวน 106 คน (ร้อยละ 3.2) และจากการส่งต่อเข้ารับการรักษาในระบบ Service plan จำนวน 43 คน พบเป็นเบาหวาน จำนวน 8 คน (สุพรรณบุรี 6 คน และนครปฐม 2 คน) หากมีการติดตามตรวจ Obesity sign ในเด็กอ้วนได้ครบทุกคน อาจจะตรวจพบ นักเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรค NCD ก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น

2. นักเรียนมีปัญหาสายตาสั้น จากการตรวจวัดสายตานักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 52,608 คน (ร้อยละ 84.62) จากจำนวนทั้งหมด 62,168 คน พบนักเรียนสายตาสั้น จำนวน 1,568 คน คิดเป็นร้อยละ 2.98 และได้รับการส่งต่อรักษา/แก้ไข 1,103 คน (ร้อยละ 70.34)

3. นักเรียนจมน้ำ ในเขตสุขภาพที่ 5 ปี 2559 มีการตรวจพบอัตราตาย 4.1 ต่อประชากรเด็กแสนคน ของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการจมน้ำตายจาก การท่องเที่ยวทางทะเล สูงเป็นอันดับที่ 8

4. สุขภาพช่องปาก ปัญหาฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี เขตสุขภาพที่ 5 มีแนวโน้มลดลงในช่วงปีงบประมาณ 2554-2557 เท่ากับ ร้อยละ 56.1, 58.0, 48.2, และ 44.4 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2558 อัตราฟันผุเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็นร้อยละ 45.6 โดย 3 จังหวัดที่มีอัตราฟันผุในเด็กอายุ 12 ปีสูงในเขต สุขภาพที่ 5 คือ ราชบุรี (ร้อยละ 53.3) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 49.9) และนครปฐม (ร้อยละ 48.4) บริการทันตกรรมป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียนที่ดำเนินการ อย่างต่อเนื่อง พร้อมกับการสนับสนุนกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน การเรียนการสอนเรื่องทันตสุขภาพในโรงเรียน และการควบคุมการจำหน่ายขนมและ

เครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อโรคฟันผุในโรงเรียน คือ บริการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กนักเรียนชั้น ป.1 ซึ่งปีการศึกษา 2558 นักเรียน ป.1 ได้รับบริการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 92.5 และเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 54.6 สุ่มตรวจคุณภาพบริการพบว่าหลังได้รับการบริการ 6 เดือนเคลือบหลุมร่องฟันหลุดต้องซ่อมร้อยละ 13.6 (ค่าเฉลี่ยเขต5) ผ่านเกณฑ์เป้าหมายเขต แต่ยังพบว่าผลงานของหลายอำเภอเคลือบหลุมร่องฟันหลุดต้องซ่อมมากกว่าร้อยละ 30 สาเหตุหลักของปัญหาฟันผุในเด็กวัยเรียน คือ พฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อฟันผุและการทำความสะอาดช่องปากไม่มีประสิทธิภาพ ผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพช่องปากในนักเรียนชั้น ป.6 ปีงบประมาณ 2557 พบว่ากินขนมกรุบกรอบเฉลี่ย 1.6 ครั้ง/วัน กินลูกอมที่ออฟฟี่เฉลี่ย 1.4 ครั้งต่อวัน แต่แปรงฟันทุกวันก่อนนอนเพียงร้อยละ 75.3 การบริโภคน้ำอัดลมของเด็กวัยเรียนลดลงเป็น 1.0 ครั้ง/วันสอดคล้องกับข้อมูลร้อยละ 92.5 ของโรงเรียนประถมศึกษาปลอดน้ำอัดลม แต่ร้อยละ 41.3 ของโรงเรียนประถมศึกษา ยังมีการจำหน่ายขนมและเครื่องดื่มที่เสี่ยงต่อฟันผุ

2.2 สรุปปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ

จากรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 ปี 2559 มีการวิเคราะห์จุดเสี่ยงและตั้งข้อสังเกตถึงสาเหตุสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในเขตสุขภาพที่ 5 ยังไม่บรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ อาจเป็นผลมาจาก

1. สุขภาพช่องปาก อัตราฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี เขตบริการสุขภาพที่ 5 เท่ากับร้อยละ 45.6 มีแนวโน้มลดลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา สาเหตุหลักของปัญหา คือ พฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อฟันผุและการทำความสะอาดช่องปากไม่มีประสิทธิภาพ บริการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กนักเรียนชั้น ป.1 มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 50 และโรงเรียนประถมศึกษาร้อยละ 96 มีกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียน ป.1-6 และมีระบบส่งต่อนักเรียนไปรับบริการรักษาทันตกรรม การสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับประเทศ ปี 2555 พบว่าเด็กอายุ 12 ปีมีฟันดีไม่ผุ (cavity free) ร้อยละ 70.9 และถูกถอนฟันแท้ ร้อยละ 3.9 แต่ยังไม่มีข้อมูลระดับเขตและระดับจังหวัด ทำให้ไม่สามารถประเมินผลความครอบคลุมของบริการรักษาทันตกรรมในโรงเรียน

2. คุณภาพข้อมูลภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพนักเรียน (การวัดสายตา การตรวจการได้ยิน อนามัยช่องปาก) ยังต้องปรับปรุงและแก้ไข โดยเฉพาะเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูงยังไม่ได้มาตรฐานและการดำเนินงานไม่ครบวงจร PDCA เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการชั่งวัดที่ถูกต้อง การแปลผลภาวะโภชนาการรายคนในระบบรายงาน JHCIS, HOS-xp, HDC ไม่ถูกต้อง การ Key และดึงข้อมูลเข้าสู่ระบบ HDC ได้ต่ำกว่าข้อมูลที่ปฏิบัติจริง (ดึงข้อมูลได้ประมาณร้อยละ 40) ขาดระบบการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหน้างาน ส่งผลให้ จนท.ต้องทำงานซ้ำซ้อน ติดตามเด็กกลุ่มเสี่ยงรายคนได้ไม่ครบทุกคน ดำเนินงานไม่ทันตามไตรมาส และยากต่อการนำข้อมูลมาใช้เชิงยุทธศาสตร์ เพื่อกำหนดนโยบายเชิงรุกในแต่ละจังหวัด

3. ความร่วมมือและความตระหนักในการจัดการภาวะอ้วนและอาหารหวาน มัน เค็ม ทั้งใน-รอบรั้วโรงเรียนยังไม่มากพอที่จะส่งผลให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะปัญหาการจัดการอาหารเป็น Conflict of Interest ประกอบกับแต่ละจังหวัดขาดข้อมูลที่เพียงพอต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น ไม่มีข้อมูลการประเมินคุณภาพอาหารกลางวันนักเรียน ว่าได้มาตรฐานโภชนาการ สุขาภิบาลอาหาร และอาหารปลอดภัยก็โรงเรียน ไม่ได้มาตรฐานก็โรงเรียน ข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ชี้ให้เห็นผลกระทบต่อนักเรียนอย่างชัดเจน ระหว่างโรงเรียนที่จำหน่ายอาหารหวาน มัน เค็ม กับโรงเรียนที่ไม่จำหน่ายแตกต่างกันอย่างไร

4. ความรู้และทักษะของผู้บริหาร ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู ยังต้องการเติม โดยเฉพาะการดูแลเด็กอ้วนที่มี Obesity sign และเทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ปกครอง และนักเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก DPAC คู่มือ ชุดความรู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางไม่เพียงพอกับความต้องการในระดับพื้นที่ ในคู่มือจะเน้นเนื้อหาวิชาการไม่มีการแนะนำแหล่งเรียนรู้ หรือรูปแบบ/แนวทางการปฏิบัติที่เป็น Good Practice เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับพื้นที่นำไปปรับใช้ หรือคำแนะนำในการติดต่อขอรับคำปรึกษา

5. กลยุทธ์/มาตรการที่กำหนดไว้ในแผนงาน/โครงการของทุกระดับยังเป็นการทำงานแบบตั้งรับ และยังไม่เห็นการบูรณาการกับงานอื่นๆ อย่างชัดเจน เช่น ระบบ Service plan งาน ICT งาน DPAC งานคุ้มครองผู้บริโภค อาหารปลอดภัย สุขภาพอาหาร เกษตรอินทรีย์ กลุ่มพัฒนาผลิตภัณฑ์ และงานภาคประชาสังคม

6. มีการถอดบทเรียนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร ระดับประเทศ แต่การนำบทเรียนมาปรับใช้ในระดับเขตยังไม่ชัดเจน และยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนด้านประสิทธิภาพประสิทธิผล และความพึงพอใจของผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับเพชร ผลลัพธ์ต่อสุขภาพนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเหมือนหรือแตกต่างจากโรงเรียนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาใช้ในการพัฒนางาน และสร้างแรงจูงใจ/ความเชื่อมั่นต่อตัดสินใจของผู้บริหารและภาคีเครือข่าย

ตารางที่ 7 แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวัยเรียน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย								
1.2 ส่งเสริมเด็กวัยเรียนให้แข็งแรงและฉลาด								
4. เด็กวัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ	5) ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงสมส่วนและเด็กอายุ 14 ปีมีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	ร้อยละ 66	ร้อยละ 67	ร้อยละ 68	ร้อยละ 69	ร้อยละ 70 (ส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 14 ปี ชาย 166 ซม. และหญิง 159 ซม.)	1. พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	1.1 ผลักดันและขับเคลื่อนนโยบายระดับท้องถิ่นและระดับชาติ 1.2 ผลักดันให้ภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่มีแผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นรูปธรรม 1.3 สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐและบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ
	5) ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) มีสมรรถภาพทางกายระดับผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 72	ร้อยละ 74	ร้อยละ 76	ร้อยละ 78	ร้อยละ 80	2. พัฒนางค์ความรู้และวิจัย	2.1 พัฒนาชุดความรู้การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) 2.2 พัฒนางานวิจัยส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนที่มีคุณภาพ 2.3 ผลิต พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้และนวัตกรรม (Holistic Package) 2.4 พัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
4. เด็กวัยเรียน เจริญเติบโตเต็ม ศักยภาพและมีทักษะ สุขภาพ	6) ร้อยละเด็กวัย เรียนมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ ด้านการบริโภค อาหาร สมรรถภาพ และทันตสุขภาพ - เด็กวัยเรียนกินผัก ต่อมือตามเกณฑ์ - เด็กวัยเรียน สามารถแปรงฟัน ด้วยตนเองอย่างมี คุณภาพ - เด็กวัยเรียนมี กิจกรรมทางกาย เพียงพอ	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80	3. ส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ของเด็กวัยเรียน	3.1 พัฒนาระบบและกลไกการขับเคลื่อน กระบวนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ 3.2 ขับเคลื่อนนโยบายลดเวลาเรียน เพิ่มเวลา รู้ ด้านสุขภาพ 3.3 ผลักดันการจัดบริการสุขภาพนักเรียน ตามประเภทและขอบเขตบริการสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคฯ ในระบบประกัน สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2559
							4. สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และพัฒนาต่อยอดให้กลายเป็นการ ทำงานในลักษณะของ Partnership มากขึ้น	4.1 พัฒนาโรงเรียนต้นแบบด้านการส่งเสริม สุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมเครือข่าย 4.2 ตามรอยพระบาทพัฒนางานอาหาร โภชนาการ และสุขภาพนักเรียนอย่างครบวงจร
							5. สร้างการตลาดทางสังคมให้มากขึ้น	5.1 สร้าง Coach ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริม สุขภาพเด็กวัยเรียน 5.2 พัฒนารูปแบบผ่าน Game การแข่งขัน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
4. เด็กวัยเรียนเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ	6) เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร สมรรถภาพ และทันตสุขภาพ - เด็กวัยเรียนกินผักต่อมื้อตามเกณฑ์ - เด็กวัยเรียนสามารถแปรงฟันด้วยตนเองอย่างมีคุณภาพ - เด็กวัยเรียนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 80		5.3 พัฒนาสื่อ นวัตกรรมสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ ในรูปแบบ Healthy Edutainment
							6. พัฒนาระบบข้อมูลและติดตามประเมินผล	6.1 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบ มีความเชื่อมโยงกับ service plan และเป็นปัจจุบัน 6.2 ส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อนำมาพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม 6.3 สร้างแรงจูงใจผู้ปฏิบัติงานส่งเสริม สุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างต่อเนื่อง 6.4 กำกับ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 6.5 ประเมินผลการดำเนินงานแบบบูรณาการ

3. กลุ่มวัยรุ่น(15-21 ปี)

3.1 สถานการณ์

เนื่องจากสภาพสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ส่งผลให้ประชากรวัยแรงงานต้องเข้าสู่ระบบการทำงานที่เร่งรีบและแข่งขันสูงจึงทำให้ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรหลานน้อยลง เด็กก็มีโอกาสเรียนรู้เรื่องทักษะชีวิตน้อย และการเข้าถึงบริการปรึกษาแนะนำที่เป็นมิตรยังอยู่ในวงจำกัด สาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ โดยเฉพาะในยุคไอทีที่ใช้การสื่อสารในสังคมออนไลน์อย่างกว้างขวางและมีการไหลเวียนทางวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเข้าถึงสื่อต่างได้อย่างไร้ขีดจำกัด ซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่า วัยรุ่นมีแนวโน้มในการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเร็วขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2543 พบว่า แม่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดประมาณปีละ 90,000 คน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปีละกว่า 120,000 คนในปัจจุบัน การตั้งครรภ์โดยแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่มักเป็นการตั้งครรภ์แบบไม่ได้ตั้งใจและมักจะนำไปสู่ปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาการทำแท้งเถื่อน ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เป็นต้น นอกจากนี้การคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นยังอาจส่งผลกระทบต่อตัวมารดาวัยรุ่นเอง เช่น โอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รายได้ในอนาคตของมารดา และส่งผลอย่างมากต่อการเลี้ยงดูบุตร เช่น เด็กอาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูให้ดีเท่าที่ควร ปัญหาสำคัญที่พบในกลุ่มวัยรุ่นคือ พฤติกรรมอนาถาการเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม ดังนี้

1) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV พ.ศ. 2557 ในกลุ่มนักเรียน พบว่าประมาณ 1 ใน 4 ของนักเรียนชายและประมาณ 1 ใน 5 ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีเพศสัมพันธ์แล้ว และ 1 ใน 2 ของนักเรียนชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 ทั้งชายและหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกล้วนทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และประกาศนียบัตรวิชาชีพทั้งเพศชายและหญิงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่เพิ่มต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 จากประมาณร้อยละ 50 จนถึงประมาณร้อยละ 60 ในปีพ.ศ. 2557

2) การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

จากการสำรวจการใช้ถุงยางอนามัยในนักเรียนปี พ.ศ. 2557 พบว่า ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพิ่มมากขึ้นกว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและยังเพิ่มขึ้นในช่วงระยะ 5 ปีที่ผ่านมาในกลุ่มนักเรียนชายทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และประกาศนียบัตรวิชาชีพ แต่ในกลุ่มนักเรียนหญิงทั้งในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และประกาศนียบัตรวิชาชีพพบว่ามีอัตราการใช้ลดลงจากปีที่ผ่านมา

3) การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีเพิ่มขึ้นจาก 31.1 ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 47.9 ในปี พ.ศ. 2557

4) การตั้งครรรค์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

จากข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการคลอดซ้ำในกลุ่มอายุ 10-19 ปี ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557 และในกลุ่มอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.8 ส่วนข้อมูลการตั้งครรรค์ซ้ำที่รวมการเก็บข้อมูลจากการคลอดและการแท้งจากรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่าในรอบ 6 เดือนแรกของปี 2559 เท่ากับร้อยละ 11.64 หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) และจากการติดตามข้อมูลในระบบ Health data center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปัจจุบัน (ตุลาคม 2558-มิถุนายน 2559) มีการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีหลังคลอดหรือหลังแท้ง คิดเป็น ร้อยละ 62.62

สถานการณ์ : ข้อมูลจาก HDC : อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 ในปี 2559 มีอัตรา 51.8 ต่อประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี พันคน(ประเทศ ปี 2558 อัตรา 44.3 ต่อพันประชากร) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี มีอัตรา 2.0 ต่อประชากร หญิงอายุ 10-14 ปี พันคน (ประเทศ ปี 2558 อัตรา 1.5 ต่อพันประชากร) ร้อยละของการตั้งครรรค์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี เป็นร้อยละ 11 (ประเทศ ปี 2559 ร้อยละ 10.27) ส่วนร้อยละของวัยรุ่น 15-18 ปี สูงสมส่วน และอายุ 19 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์ อยู่ระหว่างการเตรียมการสำรวจข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน (ข้อมูลพื้นฐานประเทศ ร้อยละ 65)

ข้อมูลจากการตรวจราชการ : การดำเนินงานด้านการส่งเสริมป้องกันแก้ไขเรื่องการตั้งครรรค์ในวัยรุ่นและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ปี 2556-2558 มีหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตร ร้อยละ 19.93, 19.88 และ 19.06 ของการคลอดทั้งหมด การคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี อัตรา 2.77, 2.20 และ 2.08 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี ภาพรวมจังหวัดมีแนวโน้มลดลง การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี อัตรา 55.81, 56.82 และ 49.27 ในภาพรวมมีอัตราลดลง (เป้าหมายไม่เกิน 50 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) การคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี ที่ตั้งครรรค์ซ้ำ(ครรรค์ที่ 2 ขึ้นไป) ในภาพรวมจังหวัดปีงบประมาณ 2556-2558 มีร้อยละ 13.45, 17.91 และ 18.37 ยังคงสูงเกินเป้าหมายและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทุกจังหวัด (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 10)

สถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานการณ์โรคเอดส์ ในปี 2557-2559 ในระดับประเทศ การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรรค์อายุ 15-24 ปี ลดลง ร้อยละ 0.52 0.42 และ 0.33 สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 5 จากรายงาน 506 สำนักระบาดวิทยา พบว่า สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลัก ทั้ง 5 โรค (โรคซิฟิลิส หนองใน หนองในเทียม แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2553 ถึง ปี 2558 มีอัตราป่วย 14.64 11.91 15.03 14.67 12.49 และ 13.76 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดเพชรบุรีมีอัตราป่วยสูงสุด 29.73 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา จังหวัดสมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม ราชบุรี สุพรรณบุรี กาญจนบุรี และจังหวัดนครปฐม อัตราป่วย 24.44 20.0 11.84 11.37 8.60 8.25 และ 8.08 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ โรคที่พบป่วยมากที่สุดได้แก่โรคหนองในและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2553-2558 อัตราป่วยเป็น 9.63 7.16 8.07 8.04 7.93 และ 8.90 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาโรคซิฟิลิส อัตราป่วย 2.45 2.73 1.83 2.13 2.25 และ 1.97 ต่อประชากรแสนคน ในกลุ่มประชากรอายุ 15-24 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึง 2558 พบว่าป่วยเป็นโรคหนองในมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราป่วย 37.67 27.86 33.78 36.15 37.88 และ 49.84 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกตามกลุ่มอาชีพ พบว่า จากจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งหมด 609 ราย มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 5.71

รองลงมาคือกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 3.14 ทหาร/ตำรวจ ร้อยละ 0.95 เกษตรกรรม ร้อยละ 0.39 ค้าขาย ร้อยละ 0.02 รับราชการ ร้อยละ 0.1 งานบ้านร้อยละ 0.35 ประมง ร้อยละ 0.02 และไม่ทราบอาชีพ ร้อยละ 1.03

สถานการณ์ด้านพฤติกรรมจากข้อมูลการสำรวจในระบบเฝ้าระวัง IBBS ของสำนักกระบาดวิทยา ปี 2557 ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี ในภาพรวมมีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 66.1 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อพิจารณากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.2) ในปี พ.ศ. 2554-2558 พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนอยู่ระหว่าง 14.7-17 ปี โดยนักเรียนให้ประวัติมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้วสูงในกลุ่ม ปวช.2 ทั้งชายและหญิง นอกจากนี้ในกลุ่มทหารกองประจำการ พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทพนักงานบริการ หญิงอื่น และผู้ชายมีแนวโน้มสูงขึ้น (ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 87.1, 75.1 และ 67.7) ยกเว้นแฟนหรือคนรักมีแนวโน้มการใช้ถุงยางครั้งล่าสุดลดลง (ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 35.7)

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาปีที่ 5 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2555 ถึง 2558 อัตราการใช้ถุงยางอนามัย 62.84 61.55 63.61 65.47 แต่ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละเท่ากับหรือมากกว่า 75

การป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี การสำรวจความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในประชากรอายุ 15-19 ปี โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์ปี 2554 เขตสุขภาพที่ 5 มีความชุกร้อยละ 7.2 ในปี 2557 ร้อยละ 8.2 จังหวัดที่มีความชุกสูงที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 10.7 รองลงมาจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ร้อยละ 10.5 และจังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 10.2 จังหวัดนครปฐม ร้อยละ 9.9 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 5.0 จังหวัดราชบุรี ร้อยละ 5.3 จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 3.2 และจังหวัดเพชรบุรี ร้อยละ 2.5 ส่วนการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง(BSS) ปี 2558 ระดับประเทศ ความชุกการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัยรุ่น ร้อยละ 51.4 (ไม่มีข้อมูล BSS รายเขตและรายจังหวัด เนื่องจากสุ่มตัวอย่างเก็บข้อมูลจังหวัดราชบุรีและสมุทรสงครามแต่ไม่สามารถเป็นตัวแทนประชากรระดับเขตได้) จังหวัดที่มีข้อมูลใช้เพื่อดูแนวโน้มของจังหวัดไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดได้ คือ จังหวัดเพชรบุรี ปี 2558 ร้อยละ 5.49 ปี 2559 ร้อยละ 4.16 จังหวัดราชบุรี ปี 2558 ร้อยละ 51.4 ปี 2559 ร้อยละ 45.8 จังหวัดสมุทรสงคราม ปี 2558 ร้อยละ 21.54

ผลการดำเนินงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี (ข้อมูลจากการตรวจราชการ เดือน ตุลาคม 2558-มิถุนายน 2559) มีหญิงคลอดทั้งหมด 31,604 ราย อายุต่ำกว่า 20 ปี 5,759 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.22 เป็นหญิงคลอดอายุ 10-14 ปี จำนวน 205 คน คิดเป็นอัตรา 1.41 ต่อพันประชากร หญิงคลอดอายุ 15-19 ปี จำนวน 5,554 คน คิดเป็นอัตรา 33.45 ต่อพันประชากร จังหวัดที่มีอัตราหญิงหลังคลอดอายุ 10-14 ปีต่อประชากรพันคน มากที่สุด คือจังหวัดราชบุรี อัตรา 2.12 คือ จังหวัดที่มีอัตราหญิงหลังคลอดอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรพันคน มากที่สุด คือ ประจวบคีรีขันธ์

อัตรา 40.11 หญิงหลังคลอดอายุ ต่ำกว่า 20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำ ในภาพรวมจังหวัดรวมหญิงหลังคลอด อายุ<20 ปี จำนวน 5,759 คน มีท้องซ้ำ 988 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.16 จังหวัดเพชรบุรี สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ และ นครปฐม มีสัดส่วนการคลอดของหญิงอายุ<20 ปี ตั้งครรภ์ซ้ำมากที่สุดในไตรมาสนี้ ร้อยละ 21.31, 20.68 19.82 และ 19.23

การคุมกำเนิดในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี หลังคลอดและหลังแท้งก่อนออกจากโรงพยาบาล (ข้อมูลจากการตรวจราชการ เดือน ตุลาคม 2558-มิถุนายน 2559) มีการคุมกำเนิดรวมทุกวิธี ร้อยละ 68.33 เป็นวิธีชั่วคราว ร้อยละ 59.90 มีการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวรเพียง ร้อยละ 37.02 วิธีถาวรร้อยละ 3.08 จังหวัดที่สามารถให้บริการคุมกำเนิดรวมทุกวิธีได้มากที่สุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 97.62 จังหวัดที่ให้บริการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวรได้มากที่สุด คือ จังหวัดกาญจนบุรี ร้อยละ 66.44 เมื่อเปรียบเทียบการคุมกำเนิดในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี 2558 และ 2559(ตุลาคม 58-มิถุนายน 59) การคุมกำเนิดรวมทุกวิธีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.45 เป็นร้อยละ 68.33 (เป้าหมายร้อยละ 100) วิธีชั่วคราวลดลงจากร้อยละ 82.98 เป็นร้อยละ 59.90 แต่มีการคุมกำเนิดวิธีกึ่งถาวรเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 14.2 เป็นร้อยละ 37.02 (เป้าหมาย ร้อยละ 40 ใน 6 เดือน และร้อยละ 80 ใน 12 เดือน) วิธีถาวรจากร้อยละ 2.85 เป็นร้อยละ 3.08

การพัฒนาระบบการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น และการดำเนินงานบูรณาการกับระบบการดูแลสุขภาพระดับอำเภอ ((DHS= District Health System) โดยใช้มาตรฐานการให้บริการที่บูรณาการระหว่างกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค เพื่อให้การบริการปรึกษาและช่วยเหลือวัยรุ่น ทั้งด้านการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว การปรึกษาเรื่องเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น การดูแลต่อเนื่องด้านสุขภาพจิต และการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาการดูแลสุขภาพอนามัยของวัยรุ่นเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยใช้กลวิธีพัฒนาเครือข่ายในอำเภอ ร่วมดูแล วางมาตรการและมีแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นร่วมกัน จากการดำเนินงานมีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 67 แห่ง พัฒนาการจัดบริการให้การปรึกษาวัยรุ่นได้มาตรฐานมีคุณภาพ(Youth Friendly Health Service) จำนวน 30 รพ. คิดเป็นร้อยละ 44.78 สุพรรณบุรี พัฒนาได้ครบทุก รพ.ในจังหวัด กาญจนบุรีพัฒนาได้ 7 รพ. ร้อยละ 46.67% ประจวบคีรีขันธ์พัฒนาได้ 4 แห่ง ร้อยละ 50 เพชรบุรีมีรพ.ที่พัฒนาได้จำนวน 3 แห่ง ร้อยละ 37.5 ราชบุรีที่พัฒนาได้จำนวน 4 รพ. ร้อยละ 40 นครปฐมพัฒนาได้ 2 แห่ง ร้อยละ 20 ส่วนสมุทรสาคร และสมุทรสงครามอยู่ระหว่างพัฒนา การบูรณาการกับระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ(DHS) โดยพัฒนาเป็นอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ สุพรรณบุรีพัฒนาก้าวสู่อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์แล้วทั้ง 10 อำเภอ และ กาญจนบุรี 4 อำเภอ ร้อยละ 30.77 ประจวบคีรีขันธ์ 2 อำเภอ ร้อยละ 25 รวม 16 อำเภอ ร้อยละ 25.81 ส่วนจังหวัดอื่นๆ ที่พัฒนาการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น ได้มาตรฐานผ่านการประเมินแล้ว กำลังดำเนินการพัฒนาต่อไป

การดำเนินงาน : คู่มือเครือข่ายระบบดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน 1 โรงเรียน ต่อ 1 โรงพยาบาล(OHOS) จำนวน 72 คู่มือเครือข่าย ครอบคลุมทุกจังหวัดและ ครอบคลุมโรงพยาบาล จำนวน 68 แห่ง จับคู่มือเครือข่ายกับโรงเรียน 72 แห่ง (โรงเรียนมัธยมและขยายโอกาสในเขตสุขภาพที่ 5 มีทั้งสิ้นจำนวน 615 แห่ง) แต่มีโรงเรียนอีก จำนวน 543 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 88.29 ที่ยังไม่เป็นคู่มือเครือข่ายกับโรงพยาบาล การดำเนินงานมีการคัดกรองนักเรียนแยกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีปัญหา ด้วยแบบประเมินจุดอ่อนจุดแข็ง (SDQ) การสังเกต สัมภาษณ์ ระเบียบสะสม หรือเครื่องมืออื่น ๆร่วมด้วย และมีระบบการดูแลสุขภาพนักเรียนในโรงเรียน ส่งต่อไป โรงพยาบาลคู่มือเครือข่าย มีนักเรียนที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด 63,113 คน พบว่ามีความเสี่ยงและมีปัญหา จำนวน 1,860 คน และทุกคนได้รับการดูแลสุขภาพเหลือคิดเป็น ร้อยละ 100

3.2 สรุปปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ

1. พบว่า วัยรุ่นขาดทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ ความรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์ สถานบริการผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิดในวัยรุ่น ยังมีข้อจำกัดในด้านการให้บริการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่สำคัญ ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว ขาดทักษะในการให้บริการ โดยเฉพาะ การฝังยาคุมกำเนิด ในแต่ละโรงพยาบาล มีผู้ให้บริการได้น้อย ผู้ที่สามารถให้บริการได้เปลี่ยนงานแล้วไม่มีผู้ให้บริการทดแทน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ให้บริการยาฝังคุมกำเนิด ปัญหาการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ยาในโรงพยาบาล เนื่องจากบัญชียาเต็มไม่สามารถดำเนินการจัดซื้อยาฝังคุมกำเนิดได้ โรงพยาบาลไม่มีนโยบายชัดเจนในเรื่องการคุมกำเนิดวัยรุ่น ไม่ได้ให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้งก่อนกลับบ้าน การส่งต่อและติดตามการวางแผนครอบครัวหลังคลอดยังไม่ต่อเนื่อง สถานบริการยังไม่มีนโยบายการพัฒนาการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น(YFHS) และขาดการบูรณาการ การดำเนินงานในชุมชนในภาคีเครือข่าย

2.ปัญหาด้านการบริหารจัดการ ในการแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

- 2.1) การบูรณาการงานระหว่างงาน ระหว่างฝ่ายต่างๆของสาธารณสุขยังไม่ชัดเจน
- 2.2) มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบ (PM) ทั้งระดับจังหวัด และ cup ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
- 2.3) การเชื่อมต่อ PM ระดับ จังหวัด อำเภอ ตำบล ยังแยกงานกันอยู่ (งานส่งเสริม งานควบคุมโรค งานสุขภาพจิต)
- 2.4) ทีมนักจัดการสุขภาพในระดับอำเภอยังขาดการกำกับติดตามในระดับตำบล
- 2.5) มี Teen Manager แต่ยังขาดการประสานการดำเนินงานกับ PM อำเภอ และการบูรณาการกับระบบการให้บริการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในสถานบริการ ทีม PM ขาดการวิเคราะห์เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการตั้งครรภ์ซ้ำ ร่วมกับการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก
- 2.6) ไม่มีแผนที่จะพัฒนาระบบบริการเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
- 2.7) ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นอย่างบูรณาการ สถานบริการ (โรงพยาบาลทุกระดับ) ยังให้บริการเหมือนเดิมในแต่ละคลินิกแต่ละงาน
- 2.8) โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการคุมกำเนิดโดยวิธีกึ่งถาวรหรือไม่จัดหาเวชภัณฑ์ไว้
- 2.9) ขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเยาวชนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในสังคมเมืองยากกว่าสังคมชนบท
- 2.10) มีปัญหาการเก็บข้อมูลผลการคัดกรองและผลการดูแลนักเรียนในโรงเรียน ครูไม่เปิดเผยข้อมูลเพราะกลัวโรงเรียนเสียชื่อเสียง ทักษะคติในการสอนเพศศึกษาของครู การดำเนินงาน OHOS ไม่ตอบโจทย์ coverage และ accessibility ของเด็กนักเรียนกลุ่มที่มีปัญหา และสถานที่ให้บริการในโรงพยาบาล ยากต่อการเข้าถึงบริการ

3. ปัญหาอุปสรรคด้านการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ 15 -19 ปี

3.1) ขาดการบูรณาการงานในภาพรวมกลุ่มวัยรุ่น

3.2) งานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการดำเนินงานที่เน้นการเฝ้าระวัง บังคับใช้กฎหมาย แต่ส่วนใหญ่ก็ยังขาดความชัดเจนเรื่องการควบคุมร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา และยังพบมีร้านที่จำหน่ายรอบอยู่สถานศึกษา

4. ปัญหาการให้บริการดูแลรักษาของโรงพยาบาลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ได้ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค

ตารางที่ 8 แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวัยรุ่น

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย								
1.3 ส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น								
5. วัยรุ่นมีทักษะชีวิต และพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	7) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	อัตรา 42 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 40 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 38 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 36 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 34 ต่อประชากร พันคน.	1. เร่งรัดการบริหารและขับเคลื่อนกฎหมาย	1.1 เร่งรัดให้กระทรวงที่เกี่ยวข้องออกกฎกระทรวง หรืออนุบัญญัติอื่นภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 1.2 ผลักดันให้ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2560-2569 ผ่านความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 1.3 ผลักดันการบังคับใช้กฎหมายสู่การปฏิบัติตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย
	8) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี พันคน	อัตรา 1.4 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 1.3 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 1.2 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 1.1 ต่อประชากร พันคน.	อัตรา 1.0 ต่อประชากร พันคน.	2. สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และพัฒนาต่อยอดให้กลายเป็นการทำงานในลักษณะของ Partnership มากขึ้น	2.1 แสวงหาและสร้างพันธมิตรร่วมดำเนินงาน 2.2 ส่งเสริม สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้ภาคีเครือข่าย 2.3 กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
5. วัยรุ่นมีทักษะชีวิตและพฤติกรรมอนามัย การเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม	10) วัยรุ่น 15-18 ปี สูงสมส่วน และอายุ 19 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ยตามเกณฑ์	พัฒนาเพื่อให้ได้ baseline ปีถัดไป	-	-	-	สูงสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 65 ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 19 ปี ชาย 174 ซม. และ หญิง 160 ซม.	3. ส่งเสริมการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing) ให้มากขึ้น	3.1 ผลิตภัณฑ์ที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย 3.2 เพิ่มช่องทางในการสื่อสารให้มีความหลากหลายและเหมาะสม
							4. สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ภายใต้ พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559	4.1 สนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับ วัยรุ่นและเยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS) เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรทั้งเชิงรับและเชิงรุก 4.2 เร่งรัดการจัดบริการคุมกำเนิดด้วย เวชภัณฑ์คุมกำเนิดกึ่งถาวร 4.3 สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อำนวยความสะดวกการเจริญพันธุ์ 4.4 พัฒนาระบบการติดตามและ ประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้ พรบ. การป้องกันและแก้ปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

4. กลุ่มวัยทำงาน(15-59 ปี)

4.1 สถานการณ์

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มวัยที่ต้องทำหน้าที่ดูแลวัยสูงอายุ วัยเด็ก และผู้พิการจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ.2558 พบว่าประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี มีจำนวน 43 ล้านคน เป็นเพศหญิง 22 ล้านคนและเพศชาย 21 ล้านคนหรือประมาณ 66% ของประชากรทั้งหมด ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพที่พบในกลุ่มนี้ มีดังนี้

1) ภาวะอ้วน : จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2546-2547) เปรียบเทียบกับครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551-2552) พบว่า ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะผู้หญิงความชุกเพิ่มจากร้อยละ 34.4 เป็นร้อยละ 40.7 และในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 22.5 เป็นร้อยละ 28.4 ซึ่งภาวะอ้วนวัดจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index:BMI) ที่มีค่ามากกว่า 25kg/m² นอกจากนี้ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในผู้หญิงร้อยละ 36.1 เป็นร้อยละ45.0 และในผู้ชายร้อยละ 15.4 เป็นร้อยละ 18.6 ซึ่งให้รัฐบาลต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต่างๆ ในกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น โดยใช้จ่ายไปกับการรักษาพยาบาลมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โรคเรื้อรังต่างๆที่พบส่วนใหญ่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น โดยพบว่าร้อยละ 82.3กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอตามข้อเสนอแนะ และร้อยละ 18.5 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

2) ปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ : พบว่า คนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 23.7 โดยสูบบุหรี่เป็นประจำร้อยละ 19.9 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 45.3 โดยกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการดื่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ คือ ร้อยละ 37.3

3)ปัญหาด้านทันตสุขภาพ: การติดเชื้อในช่องปากจะนำไปสู่การติดเชื้อที่อวัยวะสำคัญของร่างกายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ และโรคปริทันต์มีความสัมพันธ์กับโรคระบบร่างกาย โดยเฉพาะโรคของระบบหัวใจหลอดเลือดและโรคเบาหวาน ซึ่งการมีอนามัยช่องปากที่ดีจะช่วยลดการอักเสบเรื้อรัง ในร่างกายส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดอันตรายต่อหลอดเลือดด้วย จากผลสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555(7) พบว่าวัยทำงานอายุ 35-44ปี มีปัญหาเหงือกอักเสบร้อยละ 39.3 และพบโรคปริทันต์อักเสบร้อยละ 15.6 แม้ว่าเกือบทั้งหมดจะแปรงฟัน แต่ร้อยละ 20.1 ยังคงไม่ได้แปรงฟันก่อนเข้านอน ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สุด และยังขาดการใช้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับการส่งเสริมให้มีอนามัยช่องปากที่ดีและป้องกันโรคในช่องปาก เช่น การใช้ไหมขัดฟันป้องกันฟันผุบริเวณ ซอกฟัน

ประชากรวัยทำงานเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ มีบทบาทเป็นทั้งผู้ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ เป็นผู้นำครอบครัว และต้องดูแลประชากรกลุ่มวัยต่าง ๆ ในครอบครัว ดังนั้นหากประชากรในวัยทำงานเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพจนไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแล้วผลกระทบนั้นจะไม่ได้จำกัดอยู่ในระดับบุคคลเท่านั้นแต่ยังกระทบต่อครอบครัวสังคมและประเทศชาติอีกด้วย

ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานมากกว่าวัยอื่นๆ จากผลการสำรวจประชากร 2558 ของเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ประชากรวัยทำงานกลุ่มอายุ 15 -59 ปี มีจำนวน 3.47 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 66.2 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มลดลง ปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่เกิดจากการทำงานหนัก

มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขับรถเร็ว เป็นต้น มีความเครียดจากภาระงาน ครอบครัวและสังคม ในขณะเดียวกันลักษณะงานที่ทำงานก็ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บจากการทำงานได้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือที่เรียกว่า โรควิถีชีวิตเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับประเทศซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงขึ้น รวมทั้งภาวะอ้วน พบว่า 1 ใน 3 ของคนไทย มีภาวะ “น้ำหนักเกิน” และ 1 ใน 10 “อ้วน” จากข้อมูลพบว่า ในระยะ 2 ทศวรรษ (ปี 2534 – 2552) คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีอัตราของภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้น 2 เท่า (จาก ร้อยละ 17.2 เป็น ร้อยละ 34.7) และภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า (จากร้อยละ 3.2 เป็นร้อยละ 9.1) และเมื่อเปรียบเทียบกับในระดับภูมิภาค ปัจจุบัน คนไทยอ้วนมากเป็นอันดับ 2 ใน 10 ประเทศอาเซียน รองจากมาเลเซียสำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 5 พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน ร้อยละ 33.18 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 32.47) จังหวัดที่มีความชุกของภาวะอ้วนมากที่สุดได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือจังหวัดสมุทรสงครามร้อยละ 35.10 และเพชรบุรีร้อยละ 34.46 ตามลำดับ องค์การอนามัยโลกยังระบุว่า ภาระโรค (Burden of Disease) ในประชากรที่ก่อความสูญเสียสุขภาพ (DALY) สูงมาก คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง ปริมาณการบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอ ปัญหาน้ำหนักเกินและโรคอ้วนเพิ่มขึ้น และอัตราการใช้ร่างกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง

สำหรับโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 5 พบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ของ staging ของมะเร็ง เต้านมในระยะเริ่มแรก (stage1และ 2) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ดำเนินงานของโครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์มหาราช รัชกาลที่ 9 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 5 ได้มีแผนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายคือ ลดป่วย ลดตาย หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในขณะที่โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 5 ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากพฤติกรรมบริโภค และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ดังจะเห็นได้จากสถิติอัตราการป่วยและอัตราการตายดังนี้

- อัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ประเทศ	เขตสุขภาพที่ 5
1.โรคเบาหวาน อัตรา 1050.1:100,000 ประชากร	สูงกว่าประเทศทุกจังหวัด (ยกเว้นประจวบคีรีขันธ์)
2.โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 1050.1 : 100,000 ประชากร	สูงกว่าประเทศทุกจังหวัด
3.โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 427.5 : 100,000 ประชากร	สูงกว่าประเทศทุกจังหวัด

- อัตราตาย

ประเทศ	เขตสุขภาพที่ 5
1.โรคเบาหวาน อัตรา 14.9:100,000 ประชากร	ต่ำกว่าประเทศทุกจังหวัด (ยกเว้นราชบุรี)
2.โรคความดันโลหิตสูง อัตรา 8 : 100,000 ประชากร	ต่ำกว่าประเทศทุกจังหวัด (ยกเว้นราชบุรี)
3.โรคหัวใจขาดเลือด อัตรา 26.9 : 100,000 ประชากร	ต่ำกว่าประเทศ 3 จังหวัด (นครปฐม สมุทรสงคราม เพชรบุรี)
4. มะเร็งเต้านม อัตรา 8 : 100,000 ประชากร	สูงกว่าของประเทศ 4 จังหวัด (ราชบุรี สมุทรสาคร เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์)
5.มะเร็งปากมดลูก อัตรา 5.4 : 100,000 ประชากร	สูงกว่าของประเทศ 4 จังหวัด (ราชบุรี นครปฐม สมุทรสาคร เพชรบุรี)

4.2 สรุปปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ

ปัญหา (GAP)	สาเหตุ
ภาวะอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด	
1. การจัดการเชิงระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ ในการส่งเสริมป้องกันกลุ่มวัยทำงานทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย	1. NCD Board ระดับจังหวัดไม่ได้ประชุมตั้งแต่ต้นปี ส่งผลให้ถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติล่าช้า 2. NCD Board ระดับอำเภอขาดผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นกรรมการเช่นแพทย์ทางด้านอายุรกรรม , ทีม service plan 3. ไม่มีบทบาทหน้าที่ของ system manager และ case manager ที่ชัดเจน ที่ปฏิบัติงานตามที่เข้าใจและอบรมมา 4. case manager มีภาระงานมาก ส่วนใหญ่จะทำงาน Routine ไม่ได้ทำบทบาทตามที่ได้รับการอบรม, case manager มี 1 คนต่อโรงพยาบาล ไม่เพียงพอกับภาระงานที่ต้องดูทั้งใน OPD และ IPD 5. ระบบข้อมูลยังไม่เอื้อต่อการทำงาน (การนำเข้า การส่งออก การวิเคราะห์ การนำไปใช้)
2.การคัดกรองค้นหา กลุ่มเสี่ยง ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังไม่ครอบคลุม ประชากรกลุ่มเป้าหมาย(ผู้ป่วยใหม่โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 5 สูงสุดของ ประเทศ)	1. เป้าหมายคัดกรองใช้ข้อมูลประชากรจาก DBPop ที่ผ่านมาส่งให้พื้นที่ตรวจสอบล่าช้าทำให้ตรวจสอบไม่ทันหรือไม่ได้ตรวจสอบ และข้อมูลประชากร DBPop มากกว่าประชากรที่สำรวจ 2. กลุ่มเป้าหมายคัดกรองอายุ 15 ปีขึ้นไปซึ่งมีจำนวนมาก บางส่วนไม่อยู่ในพื้นที่ (แรงงาน/นักเรียน/นักศึกษา) ทำให้คัดกรองไม่ครอบคลุม และในเขตชุมชนเมืองจะคัดกรองได้น้อย 3. หน่วยบริการ ไม่ได้ดำเนินการเชิงรุก คัดกรองไปเรื่อยๆ ในทุกเดือน คัดกรองแล้วไม่ได้บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ครบถ้วน ขาดการตรวจสอบข้อมูลหลังจากบันทึกแล้ว 4. ความไม่สอดคล้องรอบการทำงานของ สปสช, สปสช นับผลงาน 1 ก.ค. 58 – 30 มิ.ย. 59 ก่อนปีงบประมาณอยู่ 3 เดือน ทำให้พื้นที่ไม่บันทึกข้อมูล เพราะจะซ้ำซ้อน และพื้นที่จะเร่งผลงานเพื่อส่ง สปสช ถึงเดือนมิถุนายน หลังจากนั้นจะหยุดหรือคัดกรองน้อยลง 4. อสม.คุณภาพในเขตเมืองมีน้อยที่จะช่วยเจ้าหน้าที่ในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย 5. งบประมาณที่สนับสนุนการดำเนินงานล่าช้า

ปัญหา (GAP)	สาเหตุ
4.ภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกจังหวัด ปี 2559 (เขตสุขภาพที่ 5 ร้อยละ 33.18) จังหวัดซึ่งมีความชุกของภาวะอ้วนมากที่สุดได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 36.67 รองลงมาคือจังหวัดสมุทรสงครามร้อยละ35.10 และเพชรบุรีร้อยละ 34.46 ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 32.47)	1.intervention ยังไม่มีประสิทธิภาพพอ เช่น การบริการในคลินิก DPAC 2.พื้นที่จังหวัดส่วนใหญ่เป็นสังคมเมือง ชุมชนค่อนข้างหนาแน่นเข้าถึงแหล่งอาหารได้ง่าย เช่น ตลาดนัด ร้านสะดวกซื้อ ขอบบริโภคอาหารรสหวาน และขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น
3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง มีรูปแบบหลากหลาย การวัดผลสำเร็จต้องใช้เวลาติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน และไม่มีระบบรายงานผลลัพธ์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	1. กลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมาก 2. กลุ่มเสี่ยงไม่เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3. เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจการจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล ยังขาดทักษะการให้คำปรึกษาพื้นฐาน 4. ไม่มีผู้รับผิดชอบงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ชัดเจนในโรงพยาบาลไม่รู้ว่าควรจะอยู่ในความรับผิดชอบของงานสุขศึกษาหรืองานเวชกรรมสังคม 5. ขาดระบบข้อมูล การติดตามงานอย่างต่อเนื่อง และไม่มีระบบการรายงานผล 6. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีหลากหลายอาทิเช่น 3 อ 2 ส /คลินิก DPAC /การแพทย์ทางเลือก/การแพทย์วิถีธรรม เป็นการจัดให้ไม่ได้เกิดจากความสมัครใจของกลุ่มเสี่ยงจึงทำให้ขาดความต่อเนื่อง 7. การบังคับให้ทำรูปแบบที่กำหนด ทำให้เกิดการสร้างนวัตกรรมน้อยลง และการกำหนดรูปแบบบางครั้งไม่ตรงกับบริบทของพื้นที่ 8. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคล ต้องใช้เวลานานเป็นงานยากสำหรับเจ้าหน้าที่ 9. การประเมินผลเป็นการประเมินทางกายภาพ ไม่ได้ประเมินพฤติกรรม

ปัญหา (GAP)	สาเหตุ
มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก	
1.การคัดกรองไม่ครอบคลุม ปี 2559 เต้านม (65.15%) ปากมดลูก (9.88%)	1.กลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่นสถานประกอบการยังตรวจได้ไม่ครอบคลุม 2.กลุ่มเป้าหมายปฏิเสธการรับบริการ
2.ทักษะในการตรวจคัดกรอง	1.เจ้าหน้าที่ / อสม. ยังขาดทักษะการตรวจคัดกรองที่ถูกต้อง 2.อสม.เชี่ยวชาญมะเร็งยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ 3.ขาดการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ
3.ระบบข้อมูลการคัดกรอง	1.ข้อมูล DB POP เป้าหมายไม่ตรงกับพื้นที่ 2.แหล่งข้อมูลในการรายงานผลงานของเขตยังไม่เป็นระบบเดียวกัน ยังไม่ครบถ้วน

ตารางที่ 9 แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานวิจัยทำงาน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย								
1.4 ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์								
6. ประชากรวัยทำงาน หุ่นดี สุขภาพดี	11) ร้อยละของวัย ทำงานอายุ 30-44 ปี มี BMI ปกติ	ร้อยละ 54	ร้อยละ 55	ร้อยละ 56	ร้อยละ 57	ร้อยละ 58	1. พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ระดับ เขตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ พึงประสงค์ของกลุ่มวัยทำงาน	1.1 จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและ ยุทธศาสตร์ระดับเขต เรื่อง Active living Healthy Eating and Environmental Health ในสถานที่ทำงาน ดำเนินงาน โดย บูรณาการให้เกิดความร่วมมือระหว่างเขต และ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 1.2 ผลักดันให้เกิดข้อตกลงหรือมาตรการ ทางสังคม หรือนโยบายระดับองค์กร ระดับ ท้องถิ่น และระดับเขต ในการส่งเสริม พฤติกรรมสุขภาพวัยทำงานที่พึงประสงค์ 1.3 สื่อสารนโยบายหรือถ่ายทอดสู่การ ปฏิบัติอย่างจริงจัง 1.4 ติดตามและประเมินผลการนำนโยบาย สู่การปฏิบัติ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
	12) ร้อยละของวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ - การบริโภคอาหาร - การออกกำลังกาย - การนอนหลับ	-	-	ร้อยละ 30	-	ร้อยละ 40	2. เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายทุกระดับในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Leader)	2.1 พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2.2 พัฒนาความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมประชากรวัยทำงาน 2.3 สร้างแกนนำด้านสุขภาพ (Health Leader) ที่มีศักยภาพในสถานที่ทำงานและชุมชน 2.4 สนับสนุนบทบาทและศักยภาพแกนนำในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมประชากรวัยทำงาน

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
6. ประชากรวัยทำงาน หุ่นดี สุขภาพดี	12) ร้อยละของวัย ทำงานมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ - การบริโภคอาหาร - การออกกำลังกาย - การนอนหลับ	-	-	ร้อยละ 30	-	ร้อยละ 40	3. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ และ ช่องทางสื่อสารกับประชาชนเพื่อ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Health Information & Social Media)	3.1 พัฒนาชุดข้อมูล ความรู้ ด้านส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมประชากรวัย ทำงาน 3.2 พัฒนาและเชื่อมโยงการจัดเก็บข้อมูลกับ ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 3.3 พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการ สื่อสารข้อมูล ความรู้ สู่ประชาชน ที่เหมาะสม และทันสมัย
							4. การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัย สูงอายุ (Preparing for Aging)	4.1 ส่งเสริมวัยทำงานอายุ 15-29 ปี มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เรื่อง อนามัย ส่วนบุคคล ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา 4.2 ส่งเสริมวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เรื่อง อาหาร ออกกำลังกาย การนอนหลับ 4.3 ส่งเสริมวัยทำงานอายุ 45-59 ปี มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เรื่อง การดูแล สุขภาพช่องปาก วัยทอง มะเร็งเต้านม/ปาก มดลูก

5. กลุ่มผู้สูงอายุ

5.1 สถานการณ์ (ข้อมูลจากการตรวจราชการ 5 สิงหาคม 2559)

ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 5 มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 789,800 คน หรือร้อยละ 17.1 (N= 4,624,265 คน) ซึ่งพบว่าสูงกว่าข้อมูลปี 2558 ในระดับประเทศมีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 16 โดยจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 21.9 จังหวัดสมุทรสงคราม ร้อยละ 20.3 และจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 18.1 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า จังหวัดสุพรรณบุรีและสมุทรสงครามเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society : มีประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดหรือพื้นที่ร้อยละ 20 ขึ้นไป) ส่วนจังหวัดอื่นๆในเขตสุขภาพที่ 5 ก็ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society : มีประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดหรือพื้นที่ร้อยละ 10 ขึ้นไป)

ผลการประเมินคัดกรองADL ผู้สูงอายุ จำนวน 688,786 คน หรือ ร้อยละ 87.2 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 92.7 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 6.5 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.1 ภาพรวมเขตมีผู้สูงอายุพึ่งพิง จำนวน 51,881 คนหรือร้อยละ 7.5 จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุพึ่งพิงสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ จังหวัดราชบุรี จำนวน 11,344 คน (ร้อยละ 9.4) จังหวัดนครปฐม 9,818 คน (ร้อยละ 7.2) จังหวัดสุพรรณบุรี 8,353 คน (ร้อยละ 6.2)

สุขภาพช่องปาก

ร้อยละของผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 ที่มีฟันหลังคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ 2555-2557 คือเท่ากับร้อยละ 55.6, 57, 60.4 และลดลงเป็นร้อยละ 51.6 ในปีงบประมาณ 2558 โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังคู่สบเป็นฟันแท้ไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีแนวโน้มลดลง คือร้อยละ 24.6, 25.9, 24 และ 23.2 ในขณะที่สัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังคู่สบ เป็นฟันแท้และ/หรือฟันเทียมไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับร้อยละ 30.9, 31, และ 36.4 ในช่วงปี 2555-2557 ซึ่งมีการรณรงค์ลดทอนฟันเทียม และลดลงเป็นร้อยละ 28.4 ในปี 2558 แสดงถึงการเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มากขึ้น และอัตราการสูญเสียฟันแท้ที่เป็นฟันหลังคู่สบเพิ่มขึ้นด้วย สาเหตุหลักที่ทำให้สูญเสียฟันแท้คือการสะสมของโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปาก ก่อนที่โรคจะลุกลาม เขตสุขภาพที่ 5 มีการดำเนินงานคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี 2557 ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2559 รอบ 9 เดือน พบว่าผู้สูงอายุทั้งเขต 781,568 คน ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากร้อยละ 41.3 พบปัญหาเรื้อรังด้านร้อยละ 19 (ไม่มีข้อมูล ผลคัดกรอง 4 จังหวัด) ผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปากและวางแผนการรักษาโดยทันตบุคลากร 122,327 คน หรือร้อยละ 15.7 เนื่องจากปัญหาขาดทันตบุคลากร ในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ศสม./รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 51) จึงควรพัฒนาการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากเบื้องต้นโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่ทันตบุคลากร ให้เชื่อมโยงกับบริการรักษาโดยทันตบุคลากรระดับ รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย

5.2 สรุปปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ

การขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง ปี 2559 มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ จำนวน 114 แห่ง ซึ่งมีผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 471 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จำนวน 1,749 คน มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จำนวน 1,309 แผน ต่าบล LTC ผ่านเกณฑ์ จำนวน 21 แห่งหรือร้อยละ 18.4 ดังนั้นการดำเนินงานในระดับพื้นที่ควรเร่งพัฒนาประเมินตนเองให้ผ่านเกณฑ์และรายงานให้ CUP และจังหวัดทราบและจังหวัดทำหนังสือแจ้งศูนย์อนามัยที่ 5 เพื่อวางแผนสู่ประเมินร่วมกัน

ผลการคัดกรองกลุ่มโรคผู้สูงอายุ & Geriatric Syndromes พบว่า การคัดกรองที่ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 60 มี 4 โรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (68.9%) เบาหวาน (68.9%) ตาต้อกระจก (64.5%) และซึมเศร้า (60.8%) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการสาธารณสุขครอบคลุมตามสิทธิ โดยเฉพาะ โรคสมองเสื่อม โภชนาการและภาวะล้ม คัดกรองได้ 55%, 53% และ 50.5% ตามลำดับ ดังนั้น การขับเคลื่อนการดำเนินงานจะต้องมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองให้ง่าย สั้นและมีความไว ความจำเพาะสูงและจัดทำระบบฐานข้อมูลที่ต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันเพื่อการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สุขภาพช่องปาก

ผู้สูงอายุสูญเสียฟันแท้ที่เป็นฟันหลังคู่สบเพิ่มขึ้น ข้อมูลปี 2558 พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 32.5 มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และร้อยละ 51.6 มีฟันหลังคู่สบไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ สาเหตุหลักที่ทำให้สูญเสียฟันแท้คือการสะสมของโรคฟันผุ โรคปริทันต์ และการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพช่องปากก่อนที่โรคจะลุกลามเนื่องจากปัญหาขาดทันตบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ และการคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุไม่เชื่อมโยงกับบริการรักษาระดับ รพ.สต. และ รพ.แม่ข่าย รวมทั้งสาเหตุเชิงพฤติกรรม ที่พบว่าผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 64.3 ได้แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน

ตารางที่ 10 แสดงเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด เป้าหมาย กลยุทธ์ มาตรการของงานผู้สูงอายุ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัย								
1.5 ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม								
7. ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี	13) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE)	-	-	-	-	ไม่น้อยกว่า 69 ปี	1. เตรียมความพร้อมระบบสนับสนุนและคนในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Social มีส่วนร่วมในสังคม)	1.1พัฒนาและสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อสร้างความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ 1.2 พัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เน้นกิจกรรมไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย 1.3 สนับสนุนการสื่อสารสาธารณะที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ และเข้าถึงได้ง่าย
							2. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Strong : Healthy มีสุขภาพดี)	2.1 พัฒนาศักยภาพ CM เพื่อเพิ่มความปลอดภัยการคัดกรองประเมิน ADL และปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เช่นภาวะสมองเสื่อม ภาวะล้ม ซึมเศร้า 2.2 ส่งเสริมผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
7. ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมี คุณภาพชีวิตที่ดี	13) อายุคาดเฉลี่ย ของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE)	-	-	-	-	ไม่น้อยกว่า 69 ปี	2. พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุใน ชุมชน (Strong : Healthy มีสุขภาพดี)	2.3 สร้าง Care Manager เพื่อบริหารจัดการ อบรม Care Giver / อสค และจัดทำ Care Plan ให้ครอบคลุม 2.4 พัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอเพื่อเยี่ยม ติดตามและสอนงาน Care Giver/ อสค 2.5 พัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังภาวะ สุขภาพประชากรผู้สูงอายุ
							3. พัฒนาระบบบริหารจัดการส่งเสริม สุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อ ผู้สูงอายุสู่ความยั่งยืน (Secure)	3.1 บูรณาการความร่วมมือภาคีเครือข่าย 4 กระทรวงเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพและ สังคม รวมทั้งระบบ Long Term Care เพื่อ เพิ่มประสิทธิภาพระบบการส่งต่อผู้สูงอายุจาก สถานบริการสู่ชุมชน 3.2 ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ มีที่อยู่อาศัยและ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (Age Friendly Communities)

6. กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

6.1 สถานการณ์

6.1.1 มูลฝอยติดเชื้อ

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ : ข้อมูลทั่วไปของสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ สมุทรสงคราม และสมุทรสาคร พบว่า มีจำนวนสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ รพศ. 3 แห่ง รพท. 14 แห่ง รพช. 52 แห่ง รพ.สต. 909 แห่ง ศสม./อื่นๆ 16 แห่ง รพ.นอกสังกัดฯ 6 แห่ง รพ.เอกชน 33 แห่ง และคลินิกเอกชน/อื่นๆจำนวน 1,666 แห่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 11 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 5

จังหวัด	จำนวนสถานบริการสาธารณสุข							
	รพ.สังกัดกระทรวงสาธารณสุข(ก.สธ.)					รพ.นอกสังกัด ก.สธ.	รพ.เอกชน	สถานพยาบาล/ คลินิกเอกชน
	รพศ.	รพท.	รพช.	รพ.สต.	ศสม./อื่นๆ			
สมุทรสงคราม	0	1	2	50	-	0	1	67
สุพรรณบุรี	1	1	8	174	-	0	5	250
สมุทรสาคร	0	3	0	54	3	0	8	267
นครปฐม	1	1*	8	134	2	1	4	341
ราชบุรี	1	3	8*	158	6	1	6	265
กาญจนบุรี	0	2	13	141	4	1	4	144
ประจวบฯ	0	2	6	81	4	2	2	152
เพชรบุรี	0	1	7	117	-	1	3	180
รวม	3	14	52	909	19	-	-	-
รวมทั้งหมด	69			928		6	33	1,666

*มีรพ.นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
ได้แก่ รพ.เมตตาประชารักษ์ กรมการแพทย์
และ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

สำหรับประเด็นการจัดการขยะติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งพบจากการนิเทศงานกับเขตตรวจราชการรอบที่ 2 พบว่ามีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่พัฒนามากขึ้นกว่าการนิเทศรอบที่ 1 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. โรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน : ในเขตสุขภาพที่ 5 มีจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน รวมทั้งหมด จำนวน 108 แห่ง มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545) ถูกต้องจำนวน 90 แห่ง (ร้อยละ 83.33) โดยมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นโดยเฉลี่ยจำนวน 8353.46 กิโลกรัม/วันประกอบด้วย (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 12)

1.1 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 69 แห่งและโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(สังกัดกระทรวงกลาโหม) จำนวน 6 แห่ง มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545) ถูกต้องทั้งหมด (ร้อยละ 100.0)

1.2 โรงพยาบาลเอกชน จำนวน 33 แห่ง มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ถูกต้องจำนวน 28 แห่ง (ร้อยละ 84.85) จัดการฯ ไม่ถูกต้องจำนวน 1 แห่ง และยังไม่มีข้อมูลรายงานการจัดการฯ จำนวน 4 แห่ง

1.3 การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยจ้างบริษัทเอกชนเก็บขนและกำจัด จำนวน 98 แห่ง (ร้อยละ 90.74) และกำจัดเองโดยการเผาจำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 4.62) ได้แก่ รพ.ทับสะแก รพ.บางสะพาน และรพ.บางสะพานน้อย จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ รพ. สวนผึ้ง จ.ราชบุรี และ รพ.สังขละบุรี จ.กาญจนบุรี

ตารางที่ 12 จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อถูกต้องตามกฎหมายกระทรวงในเขตสุขภาพที่ 5

	จำนวนโรงพยาบาล(แห่ง)						รพ.ทั้งหมด(แห่ง)		ปริมาณ มูลฝอย ติดเชื้อ (กก./วัน)	การจัด จัด เอง		จ้าง เอกชน
จังหวัด	รพ.สังกัด ก.สธ.		รพ.นอกก.สธ.		รพ.เอกชน							
	รวม	ถูกต้อง	รวม	ถูกต้อง	รวม	ถูกต้อง	รวม	ถูกต้อง				
สมุทรสงคราม	3	3	-	-	1	1	4	4	308	-	4	
สุพรรณบุรี	10	10	-	-	5	5	15	15	1,297	-	15	
สมุทรสาคร	3	3	-	-	8	8	11	11	1,518.4	-	11	
นครปฐม	10	10	1	1	4	4	15	15	1,446.67	-	15	
ราชบุรี	12	12	1	1	6	5	19	18	1,702	1	17	
กาญจนบุรี	15	15	1	1	4	NA	20	16	850.23	1	15	
ประจวบคีรีขันธ์	8	8	2	2	2	2	12	12	807.5	3	9	
เพชรบุรี	8	8	1	1	3	3	12	12	423.66	-	12	
รวมทั้งหมด	69	69	6	6	33	28	108	103	8,353.46	5	98	
ร้อยละ		100.0		100.0		84.85		95.37		4.62	90.74	

2. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในรพ.สต.: ส่วนใหญ่บริหารจัดการโดย CUP ให้รพ.แม่ข่ายเป็นจุดพัก/รวบรวมก่อนส่งให้บริษัทเอกชนนำไปกำจัด ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีการจัดการถูกต้องตามมาตรฐาน ทั้งที่พัทยาระหว่างรพ.สต. และกระบวนการขนส่งจากรพ.สต.มายังรพ.แม่ข่ายในส่วนของการจัดการขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่ สำหรับส่วนที่ยังไม่ได้มาตรฐานพบว่าอยู่ใน รพ.สต.ในพื้นที่ห่างไกลกำจัดเองโดยการเผา ตัวอย่างเช่น ในจังหวัดราชบุรี คือ รพ.สต.ในอำเภอสวนผึ้ง/ปากท่อ/บ้านคาเป็นต้น ปัจจุบันอยู่ระหว่างการวางระบบจัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพ

3. การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน: ในส่วนของผู้ป่วยเรื้อรัง/ติดเชื้อ ส่วนหนึ่งดำเนินการเก็บรวบรวมกลับมาไว้ที่รพ.สต.โดยทีมหมอครอบครัว (FCT) บางส่วนให้ชุมชนนำมาส่งที่รพ.สต.ดำเนินการต่อ สำหรับในพื้นที่ห่างไกลจะให้ชุมชนกำจัดเองที่บ้านปัจจุบันอยู่ระหว่างการวางระบบจัดการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขตสุขภาพ โดยจังหวัดสมุทรสาครได้เริ่มดำเนินการรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ/เรื้อรังในชุมชน และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดในชุมชนเพื่อประกอบการวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อชุมชนให้ครอบคลุม

4. มูลฝอยติดเชื้อจากสถานบริการเอกชน/คลินิกเอกชน/อื่นๆ : พบว่าเกือบทุกจังหวัดได้มีการสำรวจและจัดทำทะเบียนข้อมูลของสถานบริการเอกชน คลินิกเอกชน คลินิกสัตว์และโรงพยาบาลสัตว์ในพื้นที่เพื่อนำมาวางแผนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้ครอบคลุม และจากการตรวจติดตามครั้งนี้ได้พบว่า

*นครปฐม:ได้เริ่มโครงการ(นาร่อง)ให้เทศบาลเมืองนครปฐมดำเนินการออกเทศบัญญัติด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานบริการ/คลินิกเอกชนซึ่งมีมากกว่า 100 แห่งในเขตเทศบาล และวางแผนขยายเครือข่ายการดำเนินการไปยังเทศบาลใกล้เคียงที่มีความพร้อมต่อไป

*ราชบุรี:ได้มีการประสานกับเทศบาลเมืองราชบุรีในการสร้างสถานที่รวบรวมมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการฯที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองเพื่อรอการส่งกำจัดให้บริษัทเอกชนต่อไป คาดว่าจะเริ่มสร้างในปี 2560

6.1.2 การจัดการมูลฝอยทั่วไป

การจัดการมูลฝอยทั่วไป: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) ทั้ง 8 จังหวัด มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยทั่วไปของเทศบาลทุกระดับแต่ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นบางจังหวัดใช้ข้อมูลรายงานจากกรมควบคุมมลพิษ ปี 2557 บางจังหวัดได้ข้อมูลการสำรวจจากเทศบาล แต่ตอบไม่ครบถ้วน บางประเด็นไม่มีข้อมูล/ไม่ตอบ สำหรับจำนวนแหล่งกำจัดขยะในพื้นที่ ยังไม่มีการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม จึงใช้ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ ปี 2557 ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น พบว่าจากจำนวนเทศบาลในเขตสุขภาพที่ 5 ทั้งหมด 203 แห่ง มีปริมาณขยะเกิดขึ้นประมาณ 884,887 ตัน/ปี ได้รับการกำจัด 767,647 ตัน/ปี และมีการนำไปใช้ประโยชน์ 17,440 ตัน/ปี โดยมีเทศบาลที่กำจัดขยะทั่วไปถูกต้อง84 แห่ง (ร้อยละ41.38)สำหรับแหล่งกำจัดในพื้นที่เขต 5 มีจำนวน 113 แห่ง กำจัดถูกต้อง 12 แห่ง (10.62%) ในส่วนของการดำเนินการอบรม/ให้ความรู้/ ร่วมตรวจประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการมูลฝอยทั่วไปแก่เทศบาล พบว่าได้ดำเนินการแล้วทั้ง 8 จังหวัด

ตารางที่ 13 ปริมาณขยะทั่วไปและการจัดการขยะทั่วไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำแนกเป็นรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน เทศบาล ทุกระดับ	ปริมาณขยะทั่วไป(ตัน/ปี)			กำจัด ถูกต้อง (แห่ง)	*แหล่งกำจัดในพื้นที่(แห่ง)			
		ที่เกิดขึ้น	ได้รับการ กำจัด	นำไปใช้ ประโยชน์		เป็นของอปท.		เป็นของเอกชน	
						รวม	ถูกต้อง	รวม	ถูกต้อง
1. กาญจนบุรี*	49	139,148.95	100,776.5	NA	7*	19	0	3	2
2. ราชบุรี	34	37,671.65	36,248.15	730	14**	14	0	3	1
3. สุพรรณบุรี	45	110,840	92,189	4,733	16*	22	1	2	0
4. นครปฐม	23	221,350.86	209,980.11	4,120.75	14**	10	1	5	4
5. สมุทรสาคร	12	152,528	137,904	4,880	12*	0	0	5	1
6. สมุทรสงคราม	9	18,606	18,191	415	9 (ส่งนอกพท.)	0	0	1 (รวบรวม)	0
7. เพชรบุรี*	15	99,900.50	75,555	NA	2*	12	0	1	0
8. ประจวบคีรีขันธ์	16	104,841	96,803	2,562	10*	14	3	2	1
รวมทั้งหมด	203	884,886.96	767,646.76	17,440.75	84 (41.38%)	91	3	22	9

*ข้อมูลรายงานจากกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปี 2557

**ข้อมูลรายงานจากแบบรายงานข้อมูลการจัดการมูลฝอยทั่วไปของเทศบาล ปี 2559

6.1.3 สถานการณ์ EHA

สำหรับผลการดำเนินงานการพัฒนามาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป (EHA 4001) ของเทศบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งมีทั้งหมด 203 แห่ง เป้าหมายคือไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 จากการรายงานข้อมูลตั้งแต่ปี 2557 – 2559 ของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรีพบว่า เทศบาลทุกระดับมีการสมัครเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 140 แห่ง(ร้อยละ 68.97) ผ่านมาตรฐานการประเมิน EHA 4001 จำนวน 68 แห่ง (ร้อยละ 33.50) มากที่สุด คือ สมุทรสาคร (ร้อยละ 83.33) และน้อยที่สุด คือ กาญจนบุรี (ร้อยละ 22.45) ซึ่งอาจเนื่องมาจากกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่กว้างไกลและมีจำนวนเทศบาลมากที่สุด (49 แห่ง) จึงทำให้การดำเนินงานค่อนข้างยาก รวมทั้งต้องใช้เวลาเดินทางเข้าพื้นที่เพื่อทำความเข้าใจกับเทศบาลค่อนข้างมากภายใต้ระยะเวลาการดำเนินงานที่จำกัด (โดยในปี 2559 ท้องถิ่นจังหวัดได้กำหนดเงื่อนไขว่า สสจ./ทีมประเมินระดับจังหวัดต้องดำเนินการประเมินมาตรฐาน EHA ของเทศบาลให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤษภาคม) รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 14 จำนวนและร้อยละของเทศบาลที่ประเมิน EHA 4001 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 จำแนกเป็นรายจังหวัด

ระดับพื้นที่	จำนวนและร้อยละของเทศบาลที่ประเมิน EHA 4001 (ปี 2557 - 2559)															
	ทั้งหมด	สมัคร_ปี57+58		ผ่าน_ปี57+58				สมัคร_ปี59		ผ่าน_ปี59				รวม_ปี57+58+59		
		จำนวน	ร้อยละ	พื้นฐาน	เกียรติบัตร	รวม	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	พื้นฐาน	เกียรติบัตร	รวม	ร้อยละ	สมัคร	ผ่าน	ร้อยละ
ระดับประเทศ	2442	558	22.85	245	100	345	14.13									
ระดับเขต 5	203	63	31.03	28	2	30	14.78	77	37.93	35	2	37	18.23	140	68	33.50
* กาญจนบุรี	49	19	38.78	6	0	6	12.24	20	40.82	5	-	5	10.20	39	11	22.45
* ราชบุรี	34	10	29.41	6	0	6	17.65	8	23.53	4	-	4	11.76	18	10	29.41
* สุพรรณบุรี	45	13	28.89	9	0	9	20.00	14	31.11	7	-	7	15.56	27	16	35.56
* นครปฐม	23	10	43.48	4	2	6	26.09	8	34.78	3	-	3	13.04	18	9	39.13
* สมุทรสาคร	12	3	25.00	2	0	2	16.67	8	66.67	8	-	8	66.67	11	10	83.33
* สมุทรสงคราม	9	1	11.11	1	0	1	11.11	4	44.44	3	-	3	33.33	5	4	44.44
* เพชรบุรี	15	7	46.67	1	0	1	6.67	7	46.67	3	-	3	20.00	14	4	26.67
* ประจวบคีรีขันธ์	16	0	0.00	0	0	0	0.00	8	50.00	2	2	4	25.00	8	4	25.00

ข้อมูลจากศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี : 13 มิถุนายน 2559

6.1.4 สถานการณ์สถานพยาบาล GREEN and CLEAN Hospital

เขตสุขภาพที่ 5 มีต้นแบบด้าน โรงพยาบาลลดโรคที่สำคัญหลายโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช ที่ 17 สุพรรณบุรี เป็นต้น จำทั้งหมด 69 แห่ง ของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 5 พบว่าได้ทำการประเมิน ผ่านโรงพยาบาลลดโรคขึ้นไป เพียง 10 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 14.5

มาตรการที่ได้ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่าย ประกอบไปด้วย

1. การอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานลดโรค
2. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและกรมการส่วนกลางทำการประเมินโรงพยาบาลลดโรค
3. ร่วมกับทีมประกันคุณภาพ(HA)ทำการประเมินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโรงพยาบาล
4. ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

6.1.5 สถานการณ์ด้านการจัดการตำบลต้นแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

เขตสุขภาพที่ 5 ได้ทำการตั้งเป้าหมายดำเนินงานตำบลต้นแบบ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวน 10 แห่ง ในปี 2559 และในปี 2560 เพิ่มอีก 16 ตำบล ที่เป็นเป้าหมาย LTC จากผลการดำเนินงานปี 2559 พบว่าตำบล 10 แห่งเป้าหมาย สามารถบูรณางานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้นแบบด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป ได้เพียง 2 แห่ง ร้อยละ 20 (จากทั้งหมด 10 แห่งตามเป้าหมายปี 2559) ในส่วนของปี 2560 มีเป้าประสงค์ในการทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Community) โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และการจัดการให้มีต้นแบบการจัดการชุมชน โดยมีเป้าหมาย 81 แห่ง และต่อยอดการพัฒนา ตำบลต้นแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่ LTC อีก 16 แห่ง ให้เป็นต้นแบบ

สำหรับ“ชุมชนต้นแบบการจัดการขยะทั่วไป” เป้าหมายอย่างน้อย 1 แห่งต่อจังหวัด ซึ่งจากการนิเทศติดตามรอบ 2 ของทั้ง 8 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่ามีชุมชนต้นแบบในพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัด ดังนี้

1. จังหวัดราชบุรี : 1. เทศบาลตำบลหลักเมือง อำเภอเมืองราชบุรี และ 2. เทศบาลตำบลศรีดอนไผ่ อำเภอดำเนินสะดวก จ.ราชบุรี
2. จังหวัดสุพรรณบุรี : ชุมชนเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี
3. จังหวัดนครปฐม : 1.บ้านคอกช้าง หมู่ 6 ตำบลแหลมบัว อำเภอนครชัยศรี และ 2.บ้านทุ่งขวาง ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จ.นครปฐม
4. จังหวัดกาญจนบุรี : ชุมชนบ้านสำนักเย็นหมู่ที่ 1 ต.พระแท่น อ.ท่ามะกา จ. กาญจนบุรี
5. จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ : ชุมชนร่มเกล้า ต.หนองพลับ อ.หัวหิน จ.ประจวบคีรีขันธ์
6. จังหวัดเพชรบุรี : 1. ชุมชนหัวทุ่ง/ต้นพร้าว ต.ท่ายาง อ.ท่ายาง และ 2. ชุมชนบ้านไร่เหมือง ต.ท่าเสน อ.บ้านลาด จ.เพชรบุรี
7. จังหวัดสมุทรสาคร : เทศบาลตำบลดอนไผ่ดี อ. กระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร
8. จังหวัดสมุทรสงคราม : เทศบาลเมืองสมุทรสงคราม อ. เมือง จังหวัดสมุทรสงคราม

ในส่วนของการมีมติจากการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด(อสจ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไป พบว่าได้มีมติทั้ง 2 เรื่องจากการประชุมทั้ง 8 จังหวัดที่จัดประชุมแล้วซึ่งทั้งหมดมีแผนการดำเนินงานตามมติ ส่วนสรุปผลการดำเนินงานยังไม่มีรายงานเป็นทางการเนื่องจากอยู่ในช่วงดำเนินการตามแผน

1. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่ใช้สำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	รายการข้อมูล	กาญจนบุรี		สุพรรณบุรี		นครปฐม		ราชบุรี		เพชรบุรี		ประจวบคีรีขันธ์		สมุทรสงคราม		สมุทรสาคร		รวม 8 จว.	
		มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
1.	มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข (ตามแบบรายงานที่กำหนด)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
2.	มีฐานข้อมูลการจัดการมูลฝอยทั่วไปของเทศบาลทุกระดับ (ตามแบบรายงานที่กำหนด)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
3.	มีมติจากการประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไป	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
4.	มีแผนและผลการดำเนินงานตามมติเพื่อให้มูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปได้รับการจัดการ	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
5.	มีผลการประเมินมาตรฐานการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(ตามแบบรายงานที่กำหนด)	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
6.	มีการดำเนินการอบรม/ให้ความรู้/ร่วมตรวจประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไปแก่เทศบาล	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
7.	มีเทศบาลที่ผ่านมาตรฐานการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ด้านการจัดการมูลฝอยทั่วไป	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		8	0
		22.45%		35.56%		39.13%		29.41%		26.67%		25.0%		44.44%		83.33%		33.50%	

ตารางที่ 15 เป้าประสงค์ ตัวชี้วัดเป้าประสงค์ และกลยุทธ์/มาตรการ ของกลุ่มพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
8. ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน	15) การพัฒนาแกนนำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	1.15 (81แห่ง)	50	100	100	100	1. การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2.การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี 3.การศึกษาพัฒนาค่ากลางและกระบวนการทำงาน 4.การพัฒนาต้นแบบการจัดการที่ได้มาตรฐาน	1.1 พัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยโปรแกรม NEHIS,Manifes 1.2 การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1.3 การพัฒนาความรู้ ทักษะ การบังคับใช้กฎหมายและการกำกับติดตาม ผ่านระบบ อสรจ 1.4 การสร้างระบบคุณภาพบริการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (EHA 9 ระบบ)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
								1.5 การสร้างและพัฒนาต้นแบบตำบลและชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1.6 การพัฒนาหลักสูตร และนวัตกรรมการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1.7 การจัดการเฝ้าระวังและกำกับติดตามพัฒนาคุณภาพสุขภาพโภชนาการและน้ำบริโภค 1.8 การศึกษาวิจัย ประเมินผล ประสิทธิภาพขององค์กรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
	15) การพัฒนาสถานบริการของรัฐให้ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลลดโรคร้อน (GREEN&CLEAN Hospital)	75	100	100	100	100	1. การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2.การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี 3.การศึกษาพัฒนาค่ากลางและกระบวนการทำงาน	1.1 พัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยโปรแกรม NEHIS,Manifes 1.2 การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1.3 การพัฒนาความรู้ ทักษะ การบังคับใช้กฎหมายและการกำกับติดตาม ผ่านระบบ อสธจ ,HA และระบบ IC

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
							4.การพัฒนาต้นแบบการจัดการที่ได้มาตรฐาน	1.4 การสร้างและพัฒนาต้นแบบโรงพยาบาลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม(ลดโลกร้อน) 1.5 การพัฒนาหลักสูตร และนวัตกรรมการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของพื้นที่เสี่ยง 1.6 การศึกษาวิจัย ประเมินผล ประสิทธิภาพขององค์กรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
	16) การจัดการ อนามัยสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เสี่ยงและเขต เศรษฐกิจพิเศษ(Hot Zone and AEC)	50	100	100	100	100	1. การวิเคราะห์สถานการณ์ด้านอนามัย สิ่งแวดล้อม 2.การถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี 3.การศึกษาพัฒนาค่ากลางและ กระบวนการทำงาน 4.การพัฒนาต้นแบบการจัดการที่ได้ มาตรฐาน	1.1 พัฒนาระบบข้อมูลและเฝ้าระวังและ จัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วยโปรแกรม NEHIS,Manifes 1.2 การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และ เครือข่ายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 1.3 การพัฒนาความรู้ ทักษะ การบังคับใช้ กฎหมายและการกำกับติดตาม ผ่านระบบ อสรจ 1.4 การสร้างและพัฒนาต้นแบบด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมของพื้นที่ 1.5 การพัฒนาหลักสูตร และนวัตกรรมการ จัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของพื้นที่เสี่ยง 1.6 การศึกษาวิจัย ประเมินผล ประสิทธิภาพ ขององค์กรและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม								
9. ภาคีเครือข่ายภาครัฐร่วมดำเนินการสามารถนำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้อย่างเหมาะสม	17) ร้อยละของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	1. เร่งรัดการสร้างหุ้นส่วน (Partnership) ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืน	มาตรการ: บริหารความสัมพันธ์ 1.1 วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Analysis) ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยตามแผนยุทธศาสตร์ 1.2 ออกแบบและวางแผนการประสานงานสร้างความร่วมมือ กำกับดูแลและช่วยเหลือพันธมิตร 1.3 สร้างพันธมิตร/ข้อตกลงในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
	18) ร้อยละความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายภาครัฐที่นำสินค้าและบริการ (Product Champion) ของกรมอนามัยไปใช้	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	2. พัฒนาคุณภาพสินค้าและบริการของกรมอนามัย	มาตรการ: พัฒนาคุณภาพสินค้าและบริการ (Product and Service Model Development) ของกรมอนามัย 2.1 จัดเวทีส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสินค้าและบริการ 2.2 เร่งรัดให้เกิดการผลิตสินค้าและบริการ โดยใช้กระบวนการหลักของกรมอนามัย (Core business Process) 2.3 ส่งเสริมการนำไปใช้โดยใช้กระบวนการสื่อสารเพื่อสังคม (Social Marketing) 2.4 สร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพันธมิตรผ่านระบบออนไลน์

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 อภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม								
10.เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO)	19) ระดับคะแนนเฉลี่ย* ของงานวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	ระดับ 5 (60 คะแนน)	ระดับ 5.5 (70 คะแนน)	ระดับ 6 (80 คะแนน)	ระดับ 6.5 (90 คะแนน)	ระดับ 7 (100 คะแนน)	1. ส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	1.1 สร้างบรรยากาศและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 1.2 สร้างและพัฒนาผู้จัดการความรู้ นักสื่อสารสุขภาพและนักวิจัย 1.3 ผลักดันการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) 1.4 เร่งรัดให้เกิดคลังข้อมูล ความรู้ เทคโนโลยีและสารสนเทศของระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อรองรับการขับเคลื่อนการดำเนินงาน 1.5 พัฒนากลไกการกำกับ ติดตาม ฝ่าละอองธุลีพระบาท และประเมินผล

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
11. เป็นองค์กรที่มีสมรรถนะสูง (HPO)	20) การผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	3 หมวด (สะสม)	4 หมวด (สะสม)	5 หมวด (สะสม)	6 หมวด (สะสม)	ได้รับการรับรองตามระบบ PMQA ครบทุกหมวดจากสำนักงาน กพร.	1. ส่งเสริมและสนับสนุนการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรคุณภาพ	1.1 เร่งรัดการดำเนินงานตามกระบวนการ PMQA 1.2 ยกระดับการบริหารและพัฒนากำลังคนของศูนย์อนามัยที่ 5 (วางแผนพัฒนา รักษากำลังคน) 1.3 พัฒนากลไกการกำกับ ติดตามและประเมินผล 1.4 เร่งรัดการปรับเปลี่ยน (Lean) กระบวนการหลัก (Reprocess) เพื่อส่งมอบคุณค่าตามภารกิจหลัก (Core Business)

เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย					กลยุทธ์	มาตรการ
		60	61	62	63	64		
12. เป็นองค์กรที่มีธรรมาภิบาล	21) ศูนย์อนามัยที่ 5 มีระบบควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนดและผ่านเกณฑ์ประเมินระดับคุณภาพและความโปร่งใส	ระดับความสำเร็จไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80					1. ส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานตามหลักธรรมาภิบาล	1.1 กำหนดนโยบายให้ทุกกลุ่มงานพัฒนากระบวนการทำงานตามหลักธรรมาภิบาล 1.2 พัฒนามาตรฐานการบริหารงานตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของกรมอนามัย 1.3 เร่งรัดและขับเคลื่อนสู่การเป็นองค์กรคุณธรรม 1.4 เร่งรัดและปรับปรุงกระบวนการบริหารการคลังและงบประมาณให้มีความถูกต้องโปร่งใส ตรวจสอบได้

แนวทางการนิเทศ กำกับทิศทาง ติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล

ศูนย์อนามัยที่ 5 มีการพัฒนาระบบนิเทศ กำกับ ติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลใช้เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ แปลงแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร นำสู่การปฏิบัติ สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ของประเทศชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. การบรรลุเป้าหมายตามที่ถูกกำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของศูนย์ฯ รวมถึงการพัฒนางานองค์กรให้มีทั้งคุณภาพคู่คุณธรรม
2. ประสิทธิภาพของแผนงาน/โครงการ และการใช้จ่ายงบประมาณอย่างคุ้มค่า
3. ผลลัพธ์ หรือผลกระทบที่จะเกิดการส่งเสริมสุขภาพต่อประชาชน
4. การดำเนินงานที่ก่อให้เกิดข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเป็นทางเลือกด้านการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน

การจะให้ได้ตามวัตถุประสงค์เน้นหลักของการมีส่วนร่วมการทำงานเป็น Team Work เพื่อให้ระบบนิเทศติดตามตรวจสอบและประเมินผลมีความเหมาะสมได้รับการยอมรับ เกิดผลที่ดีนำไปใช้ประโยชน์ พัฒนางานได้จริงอย่างยั่งยืน จึงได้มีมาตรการ ดังนี้

1. การใช้เงื่อนไขการเบิกจ่ายงวดเงินโดยมีการรายงานความก้าวหน้าโครงการและรายงานการเงิน เพื่อให้ผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมตามปฏิทินงานและใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ทุกระยะ หากไม่บังเกิดผลหรือไม่มีความก้าวหน้าคณะกรรมการจะมีการเสนอแนะและหาทางออกร่วมกัน
2. การติดตามงาน กระบวนการบริหารและคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล จะติดตามการดำเนินงานตามแผนโดยให้ผู้รับผิดชอบรายงานความก้าวหน้าแก่คณะกรรมการ
3. การรับการนิเทศและตรวจเยี่ยม จากกรมอนามัยและหน่วยงานภายนอกเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และให้คำแนะนำในการพัฒนาแผนงาน/โครงการ ชี้แนะกำกับทิศทางและปรับการดำเนินงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น
4. การตรวจสอบโดยคณะกรรมการทั้งภายในและภายนอกองค์กร ได้แก่ คณะกรรมการควบคุมภายใน คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของศูนย์ คณะกรรมการตรวจสอบภายในของกรม สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน คณะกรรมการสุรปรายงานมาตรฐานต่าง ๆ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้มีการตรวจสอบทั้งด้านการใช้จ่าย การดำเนินงาน การปฏิบัติตามกฎระเบียบ พร้อมทั้งให้คำแนะนำ เพื่อพัฒนาระบบการเงิน การบัญชี พัสดุ รวมถึงระบบการควบคุมภายในที่สำคัญ ๆ
5. รูปแบบการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ใช้ตามแนวทางของกรมอนามัยปี พ.ศ.2560

