



กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ด้วยศักยภาพ พชอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ภายใต้โครงการขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ
พชอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ

กลุ่มขับเคลื่อนนโยบาย

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่ “การขับเคลื่อนลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน”	1
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก “การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก”	4
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ “การพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเก้าเลี้ยวจังหวัดนครสวรรค์”	10
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี “การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี”	20
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี “การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี”	23
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี “การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว”	27
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น “การส่งเสริมอาหารปลอดภัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด”	35
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี “พขอ.วังสามหมอร่วมใจ สร้างความปลอดภัยบนท้องถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี”	38
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา “โรงเรียนเบหาวนวิทยา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา”	41
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี “บ้านสะอาด เมืองสวยงาม อภิบาลสิ่งแวดล้อม อย่างยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี”	43
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา “การบูรณาการดำเนินงานโควิด19 ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับการดำเนินงานหมอครอบครัว (3 หมอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอถ้าพระนคร จังหวัดนครราชสีมา”	45
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา “ลดอุบัติเหตุทางหลวงหมายเลข 43 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา”	55
สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง “การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกัน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร”	57
ภาคผนวก	64

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

การขับเคลื่อนลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

สถานการณ์ :

พฤติกรรม การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอในรอบปีที่ผ่านมาแล้วนั้น พบว่าจังหวัดที่มี อัตราดังกล่าวเกินกว่าร้อยละ 40 มี 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 45.3) จังหวัดลำพูน (ร้อยละ 44.1) จังหวัดพะเยา (ร้อยละ 44.0) จังหวัดน่าน (ร้อยละ 42.4) และจังหวัดสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) และจากผลสำรวจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 64 ยังพบว่า จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมอยู่ในอัตราและจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั่วประเทศ ที่เท่ากับ 17.4 เปอร์เซ็นต์ และจำนวนคนสูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน คนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าเกือบ 8 หมื่นคน 62 เปอร์เซ็นต์ รู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าและบุหรี่ธรรมดามีอันตรายเท่ากัน อีก 26.7 เปอร์เซ็นต์ รู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายมากกว่า จากการสูบบุหรี่ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มคนอายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นจำนวน 50,737 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยด้วย 10 โรคมาเรียมจากสาเหตุการสูบบุหรี่รวมอยู่ด้วย ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ข้อมูล โดยละเอียดแล้วพบว่า อำเภอเมืองลำพูน เป็นอำเภอที่มีความหลากหลายด้านประชากร เพราะเป็นอำเภอที่เป็น เขตพื้นที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่าสถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ พบได้ ในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่กลุ่มเยาวชน, พ่อบ้าน, แม่บ้าน, ผู้สูงอายุ, ช่างราชการ และพนักงานบริษัท (โรงงาน อุตสาหกรรม) ทำให้อัตราแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น ยิ่งในสถานการณ์การแพร่ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันปัญหาการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มของผู้บริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ร่วมกัน พบได้เป็นจำนวนมาก และมีอัตราการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงสูงวงที่ 2 คือผู้สัมผัสร่วมบ้านสูงขึ้น เป็นปัญหาต่อการควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกด้วย

จากสถานการณ์ปัญหา และพฤติกรรม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ของอำเภอเมืองลำพูน จะเห็นได้ว่าหาก ปลดปล่อยปัญหาเหล่านี้ทิ้งไว้นาน จะทำให้เป็นปัญหาที่ยากแก่การแก้ไข ทั้งยังส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของ ประชาชนในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดื่มสุรายังเป็นอีกสาเหตุหนึ่งในการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน และที่สำคัญยังเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง และการสูบบุหรี่ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนใน ครอบครัว และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง อำเภอเมืองลำพูนจึงเล็งเห็นความสำคัญในการสร้างตำบล หรือ ชุมชน ต้นแบบในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา และพฤติกรรม การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เพื่อใช้เป็นแนวทางใน การดำเนินงานแก้ไขปัญหา และขับเคลื่อนกิจกรรมนโยบายระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ (พขอ.) โดยมองเห็นสภาพปัญหาจากพื้นที่ระดับตำบล ที่พบปัญหาสูงเป็นเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ตำบลต้นแบบ ในการดำเนินงานดำเนินงานแก้ไขปัญา พร้อมสร้างการขับเคลื่อนกิจกรรมนโยบายระดับอำเภอสู่ตำบล โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) สร้างสุขภาพที่ดี แก่ประชาชน ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตยาสูบที่ส่งผลร้ายต่อร่างกาย สร้างคุณภาพชีวิตที่ดี แก่ประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ ระดับชุมชน พัฒนาชุมชนต้นแบบ ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยชุมชนมีส่วนร่วม และการเฝ้าระวังบังคับใช้กฎหมาย
3. เพื่อสร้างค่านิยมใหม่ในกลุ่มเด็กนักเรียน ให้มีความเข้าใจในปัญหาผลกระทบจากบุหรี่สุรา ลดนักสูบนักดื่มหน้าใหม่
4. เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และช่วยเหลือยาสูบ และผู้ติดเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. เพื่อสร้างต้นแบบชุมชนปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งบุคคลตัวอย่าง สร้างความยั่งยืนต่อไปในชุมชน

วิธีการดำเนินงาน :

1. ประชุม วางแผน ประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เข้าร่วม
2. คัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ ทั้งกำหนดทิศทางและมาตรการช่วยแก้ไขปัญา
3. ถ่ายทอด ประเด็นการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) สู่พื้นที่ตำบล (พชต.) และคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ในการขับเคลื่อนฯ
4. จัดทำโครงการ เพื่อขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) พร้อมคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ และนำใช้กระบวนการ
5. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมโครงการ สร้างต้นแบบ และบุคคลตัวอย่าง
6. ติดตาม และประเมินการดำเนินกิจกรรมโครงการ
7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย องค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน เกิดต้นแบบชุมชน ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. เกิดความร่วมมือในชุมชนในการจัดการ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. เด็ก เยาวชน มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โทษและพิษภัย บุหรี่ - สุรา เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งในโรงเรียน และชุมชน สร้างค่านิยมวัยเรียนวัยใส ห่างไกลบุหรี่-สุรา
4. มีระบบการช่วยเหลือสุรา ในชุมชน และสร้างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชน
5. มีต้นแบบชุมชนลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ รวมทั้งบุคคลต้นแบบสามารถถ่ายทอดวิธีการ ลด ละ เลิก พร้อมให้คำปรึกษาในชุมชนได้
6. มีรูปแบบการดำเนินงานในชุมชน “เซตวันโมเดล” ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน โดยสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ :

การพัฒนารูปแบบชุมชนลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากการขับเคลื่อนโดยชุมชนแล้ว ควรเพิ่มศักยภาพชุมชน ในการพัฒนาจัดตั้งคลินิกชุมชน ช่วยลด เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ เพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึง และเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการช่วยเหลือ อย่างยั่งยืนต่อไป

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สถานการณ์ :

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป ประชาชนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตขาดสมดุลภาพ ขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่ออำเภอบางระกำ ปี 2560 – 2563 พบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 4,985 ราย เป็น 5,632 ราย (เพิ่มขึ้น 11.49%) และโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 12,022 ราย เป็น 13,325 ราย (เพิ่มขึ้น 9.78%) ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 43.51 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 56.5 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี 2561 – 2563 (23,36.30 ราย) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมการกินเค็มของครัวเรือน จำนวน 395 หลังคาเรือน พบว่าครัวเรือนกินเค็มพอดี ร้อยละ 67.6 ร้านขายอาหาร 161 ร้าน พบว่า ร้านขายอาหารปรุงอาหารเค็มเกินพอดี ร้อยละ 86.3 ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกิน 14,386 คน (ร้อยละ 26.55) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 9,888 คน (ร้อยละ 18.25) จากข้อมูลกลุ่มเสี่ยงภาวะน้ำหนักเกิน การกินเค็ม ความชุกเบาหวานและความดันเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ได้นำข้อมูลเหล่านี้เสนอในการประชุมพขอ. บางระกำ เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่อำเภอบางระกำ

วัตถุประสงค์ :

ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

กิจกรรมการจัดการกลุ่มเสี่ยง “ชีวิตวิถีใหม่ห่างไกล NCD”

จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน รพ.สต. ละ 37 คน จำนวน 21 แห่ง รวม 777 คน โดยพยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการ ในเรื่อง การรับประทานอาหารแบบ Low carb การทำ Intermittent fasting การออกกำลังกาย ติดตามชั่งน้ำหนักวัดรอบเอวเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 เดือน โดย รพ.สต. และอสม. เป็นผู้ติดตาม



ภาพกิจกรรมการจัดการกลุ่มเสี่ยง “ชีวิตวิถีใหม่ห่างไกล NCD”

ผลลัพธ์การดำเนินงาน

น้ำหนักลดลง 411 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 รอบเอวลดลง 345 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40

น้ำหนักเท่าเดิม 269 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62 รอบเอวเท่าเดิม 360 คน คิดเป็นร้อยละ 46.33

น้ำหนักเพิ่มขึ้น 97 คิดเป็นร้อยละ 12.48 รอบเอวเพิ่มขึ้น 72 คน คิดเป็นร้อยละ 9.27

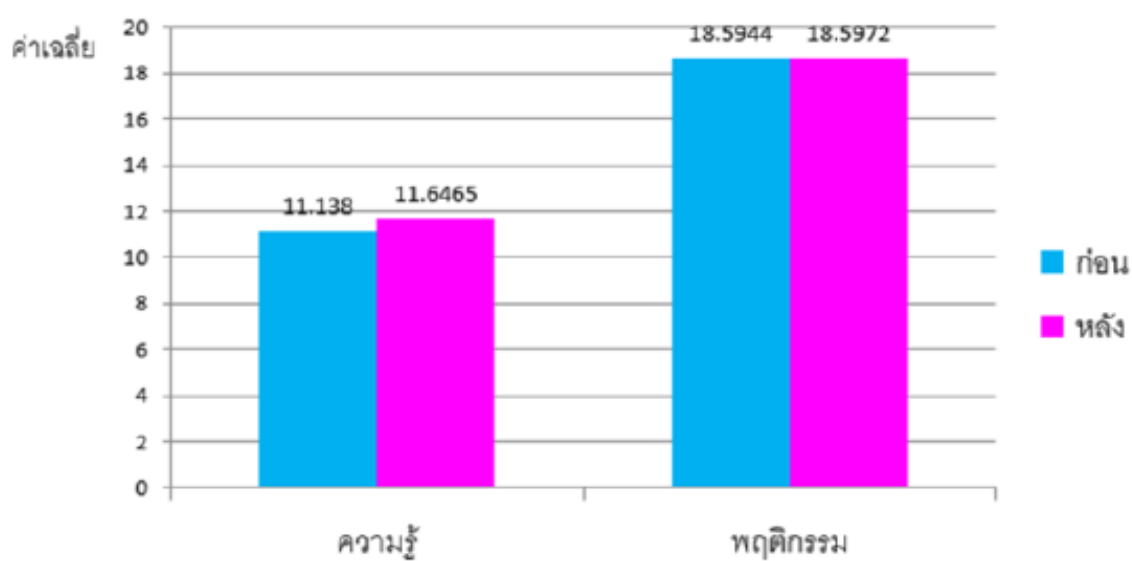
การจัดการกลุ่มป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง Stroke STEMI “โครงการลดเค็ม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”

สอน อสม. เรื่อง อาหารที่มีโซเดียมสูง การวัดความดันโลหิต การวัดความเค็มโดยใช้ salt meter เครื่องมือในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 142 หมู่บ้าน อสม. 1 คน ดูแลติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5 คน รวม อสม. 142 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 710 คน

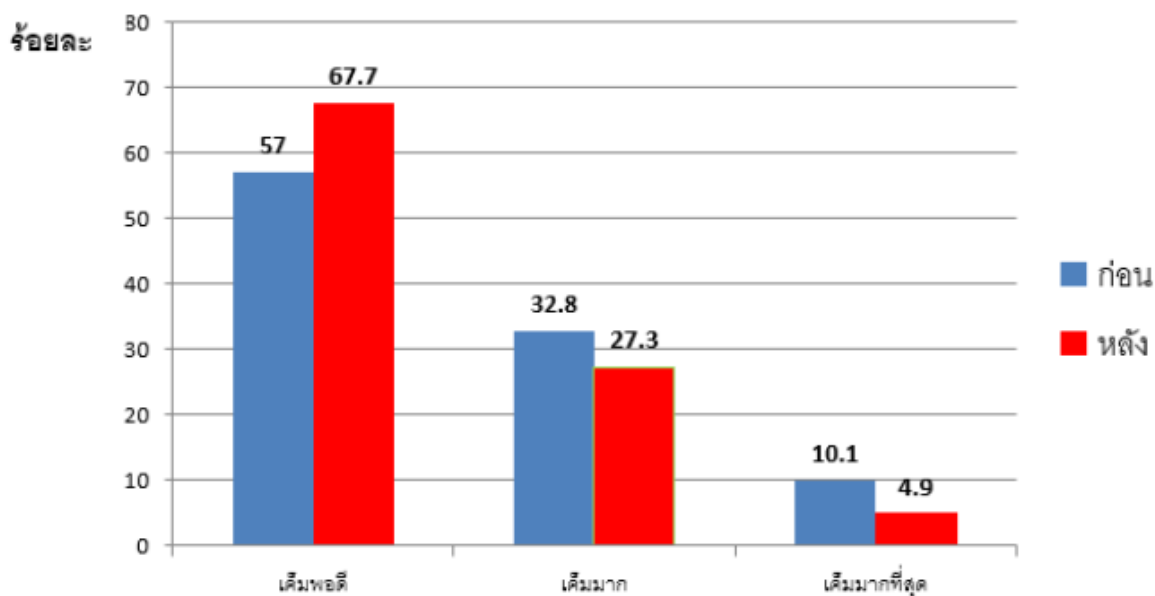


ภาพการจัดการกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง Stroke STEMI “โครงการลดเค็ม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”

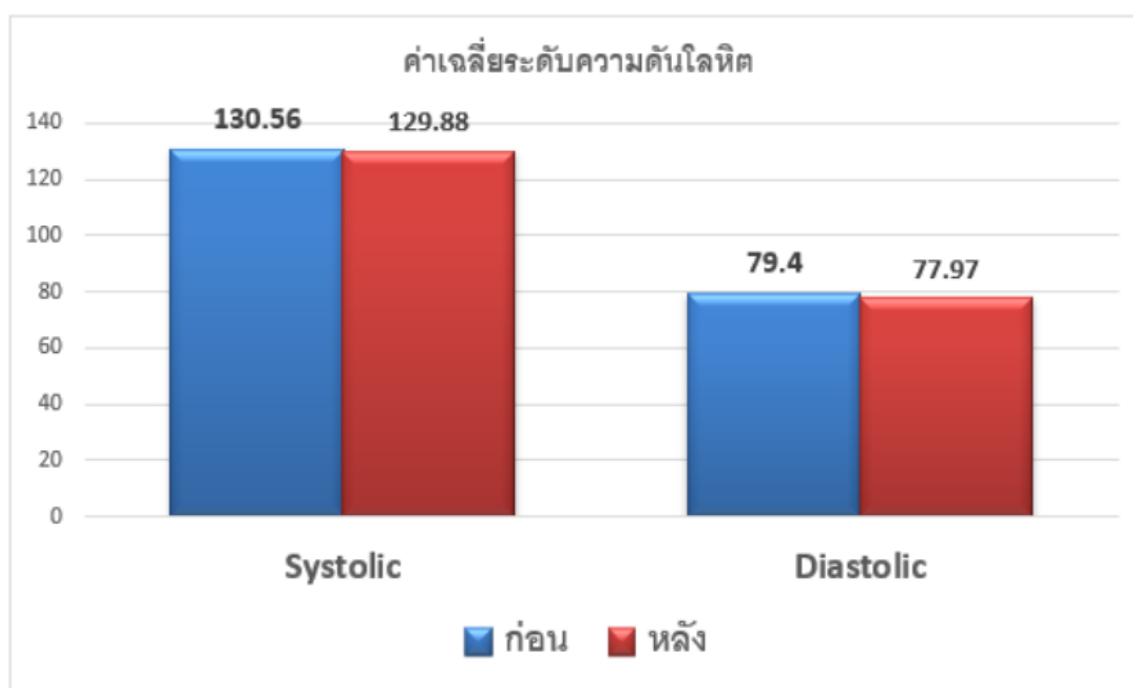
แผนภูมิที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยในการวัดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง



แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของการติดตามวัดความดันเค็มโดยใช้ช้อนวัดความเค็มจากอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานก่อนและหลังการให้ความรู้ และวางแผนการปรับพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการอบรม



การจัดการโรคเบาหวาน Diabetes Remission By PUWADOL Model

- สอนให้รู้จักภาวะดื้ออินซูลิน และการจัดการภาวะดื้ออินซูลิน
- การรับประทานอาหารแบบ low carb
- การทำ intermittent fasting
- เจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2 วัน โดยเจาะมือใดก็ได้ ก่อนอาหารและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
- ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน ดูกราฟที่บันทึก พบแพทย์หรือใช้การ Consult เพื่อปรับลดยา หรือหยุดยา



ภาพการจัดการโรคเบาหวาน Diabetes Remission By PUWADOL Model

PUWADOL Model

P = Patient centric

U = Unity

W = Workout

A = Appreciate

D = Drug lessness

L = Low insulin resistant

ผลการดำเนินงาน ในปี 2563 – 2564 (Clinic NCD, PCU)

จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 106 คน

- ไม่กินยาตั้งแต่แรก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.43
- หยุดยาได้ 58 คน คิดเป็นร้อยละ 54.72
- ลดยาได้ 38 คน คิดเป็นร้อยละ 35.85

ผลการตรวจ HbA1C

- ลดลงจากเดิม 88 คน คิดเป็นร้อยละ 83.02
- เท่าเดิม 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60
- เพิ่มขึ้น 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38 กลุ่มที่เรียน Online 32 คน
- หยุดยาได้ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 71.88

Remission ได้ 68 คน คิดเป็นร้อยละ 64.15 แผนพัฒนาในปี 2565 ขยายผลการ Remission ในผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. เครือข่าย 415 คน อยู่ระหว่างดำเนินการ

Diabetes Remission : คนไข้เบาหวานมี HbA1C < 6.5 % หลังจากหยุดยาเบาหวาน 3 เดือน

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

การพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอเก้าเลี้ยวจังหวัดนครสวรรค์

สถานการณ์ :

ในปัจจุบันระบบสุขภาพของทุกประเทศทั่วโลกประสบปัญหาท้าทายที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วเช่นเดียวกับประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโรคที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น รวมถึงการเกิดโรคอุบัติใหม่ที่มีแนวโน้มซับซ้อน รุนแรง และควบคุมยากขึ้นอย่างเช่นโรคไวรัสโคโรนา 2019 ขณะเดียวกันอุบัติเหตุยังถือเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับสองของคนไทย โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิต 5 ปีย้อนหลัง ปี 2560-2564 คือ 13.22, 12.55, 12.84, 10.98, 9.94 ต่อประชากรแสนคน เมื่อดูสถานการณ์ จังหวัดนครสวรรค์ปี 2562-2564 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 18,918, 18,030, 15,524 ราย และมีผู้เสียชีวิต 323, 291, 298 ราย ในส่วนอำเภอเก้าเลี้ยว ปี 2562-2564 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 783, 700, 562 ราย และมีผู้เสียชีวิต 18, 13, 13 ราย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ มีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังคงเกิดขึ้นเกิดอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสภาพปัญหาที่สำคัญของอำเภอเก้าเลี้ยว จึงหยิบยกประเด็นอุบัติเหตุทางถนนมาเป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขเป็นอันดับแรก ที่คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องระดมความคิดและเทคโนโลยี รวมถึงวิธีการกระบวนการในการแก้ไขปัญหา โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรคและภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วมและการ บูรณาการในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น

จะเห็นได้ว่าปัญหาสาธารณสุขที่อำเภอเก้าเลี้ยวประสบอยู่นี้ เป็นสิ่งที่ท้าทายเพราะเหตุของปัญหาไม่ได้เริ่มที่สุขภาพ แต่มาจากสังคม ชุมชน สิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลให้เกิดปัญหาปลายทางคือปัญหาสุขภาพ หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในเขตพื้นที่ได้ใช้ความพยายามในการแก้ปัญหา พัฒนางานมาโดยตลอด ซึ่งพบว่า ไม่สามารถจัดการปัญหาได้โดยหน่วยงานสาธารณสุขเท่านั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่อยู่ภายในอำเภอร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560 เป็นโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้แนวคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เน้นการประสานงานกับทุกภาคส่วนในการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับอำเภอการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี ยังเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากเพราะเป็นปัจจัยของความสำเร็จในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขที่มีอยู่ด้วยกันหลายหน่วยงาน อีกทั้งข้อมูลภาคเอกชน การนำ

ข้อมูลเหล่านี้มีมารวมกันผนวกกับการใช้ข้อมูลเชิงพื้นที่ด้วยแล้วจะทำให้มีรูปแบบระบบการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดรูปแบบแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง ตามสภาพปัญหาจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างยิ่ง ต่อการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอจึงต้องการพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ที่สามารถนำมาสู่การตัดสินใจเชิงนโยบาย และการดำเนินงานดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ จำเป็นต้องอาศัยข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อมโยงกับข้อมูลเชิงพื้นที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ พยากรณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดด้วยหลักพีชคณิตตั้งนั้นการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงเป็นคำตอบของเครื่องมือกลไกและนำไปสู่การตัดสินใจวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในระดับอำเภอ มุ่งสู่อำเภอสุขภาวะเพื่อรองรับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทยได้

วัตถุประสงค์ :

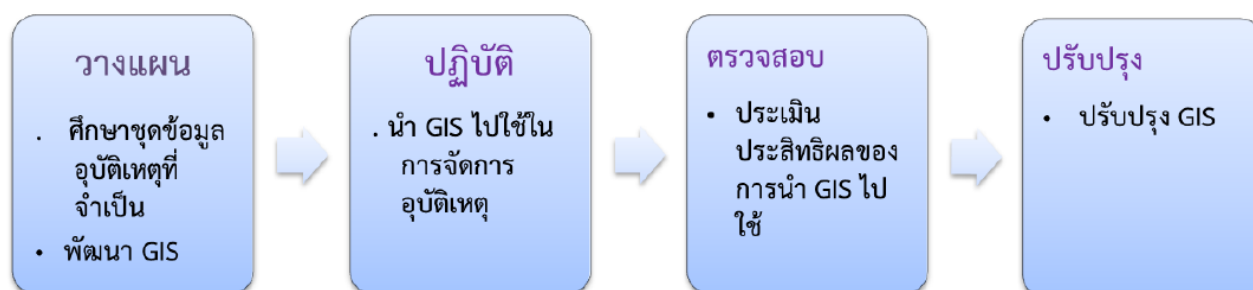
1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
2. เพื่อประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่อำเภอพิมาย

วิธีการดำเนินงาน :

การพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้กระบวนการ Plan Act Check Reflect การดำเนินการแบ่งออกเป็น 2 ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระยะที่ 2 ประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระยะที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ระยะที่ 2 ประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุดข้อมูลที่เป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวิธีกวดพิกัจุดเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ ส่งข้อมูลและลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

ขั้นตอนที่ 4 นำสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาชุดข้อมูลที่เป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดย

1.1 ประชุมกลุ่มคณะกรรมการ พขอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของที่ได้จากการทบทวนวิชาการจากสำนักวิชาการ

1.2 ประชุมคณะกรรมการ พขอ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อหาข้อสรุปข้อมูลที่เป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนตามมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องและคณะกรรมการ พขอ.

1.3 สรุปข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวิชาการ และกระบวนการประชุมกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นชุดข้อมูลที่เป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการ พขอ.

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวิธีกวดพิกัจุดเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ ส่งข้อมูลและลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

2.1 กำหนดกวดพิกัจุดที่เกิดอุบัติเหตุ โดยเครื่องมือ smart phone พร้อมส่งข้อมูลเข้าไลน์กลุ่ม

2.2 นำข้อมูลพิกั พร้อมลงรายละเอียดข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ ลงในฐานข้อมูล

2.3 นำเข้าข้อมูลจากฐานที่มีรายละเอียดครบถ้วน สู่ โปรแกรม QGIS

ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

3.1 นำฐานข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านอุบัติเหตุทางถนน วิเคราะห์และนำเสนอเป็นรายงานประกอบด้วย จุดที่ตั้งเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงจำแนก ช่วงเวลา ปัจจัยเสี่ยง พาหนะที่เกิด และระดับความเสี่ยงพื้นที่เส้นทางโดยแสดงเป็น buffer zone

ขั้นตอนที่ 4 นำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

4.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใช้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ (GIS) เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โดยจัดประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อรายงานจุดที่ตั้งเกิดอุบัติเหตุ รวมถึงจำแนกช่วงเวลา ปัจจัยเสี่ยง พาหนะที่เกิด และพื้นที่เส้นทางเสี่ยง ในการตัดสินใจจากรายงาน ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์(GIS) อีกทั้งการออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหามาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ในรูปแบบข้อมูลเชิงพื้นที่ พร้อมทั้งกำกับติดตามการดำเนินงานและประเมินผลลัพท์การดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบไปด้วย

1. ประชุมคณะกรรมการ พขอ. เพื่อประเมินผลการนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจ
2. วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินผลลัพท์จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
3. สรุปผลการประเมินเป็นรายงานต่อคณะกรรมการ พขอ. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการ พขอ.
4. ปรับปรุงแผนงาน และแนวทางการดำเนินงานจัดการสุขภาพโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านสุขภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลลัพท์การดำเนินงาน :

จากการประชุมหารือข้อมูลที่จำเป็นในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพบว่าต้องมีข้อมูลดังนี้

1. พิกัดตำแหน่งที่เกิดอุบัติเหตุ
2. ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต
3. พาหนะ เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน รถสามล้อ รถทางการเกษตร
4. วัน เวลา
5. สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ เช่น พฤติกรรม สภาพแวดล้อม พาหนะ

ข้อมูลที่จะเป็นสำหรับการจัดการอุบัติเหตุของคณะกรรมการ
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ระดมสมองเลือกชุดข้อมูล



ชุดข้อมูลที่จำเป็น

พิกัดตำแหน่งที่เกิดอุบัติเหตุ วัน เวลา

ชื่อ-นามสกุล อายุ เพศ จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต

พาหนะ เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถจักรยาน

สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ เช่น พฤติกรรม สภาพแวดล้อม
พาหนะ

รวมถึงได้ระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอดังนี้

1. กดพิกัดตำแหน่งที่เกิดอุบัติเหตุพร้อมทั้งรายละเอียดที่สำคัญ ส่งเข้าไลน์กลุ่ม
2. ลงข้อมูลจากไลน์กลุ่ม เข้าสู่
3. นำเข้าข้อมูลสู่โปรแกรม QGIS
4. แสดงผลรายงานการเกิดอุบัติเหตุ จำแนกตามพื้นที่ ที่เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงจำแนก ช่วงเวลาการเกิดเหตุ
ปัจจัยเสี่ยง พาหนะที่เกิด และระบุความเสี่ยงพื้นที่เส้นทางโดยแสดงเป็น buffer zone

การกดพิกัดจุดอุบัติเหตุ

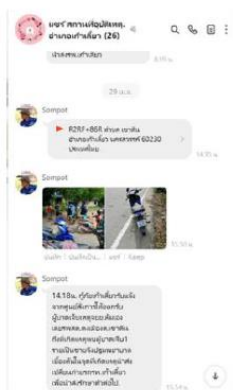
ข้อมูล แจ้งเหตุ อุบัติเหตุ



นำเข้า ตาราง
EXCEL



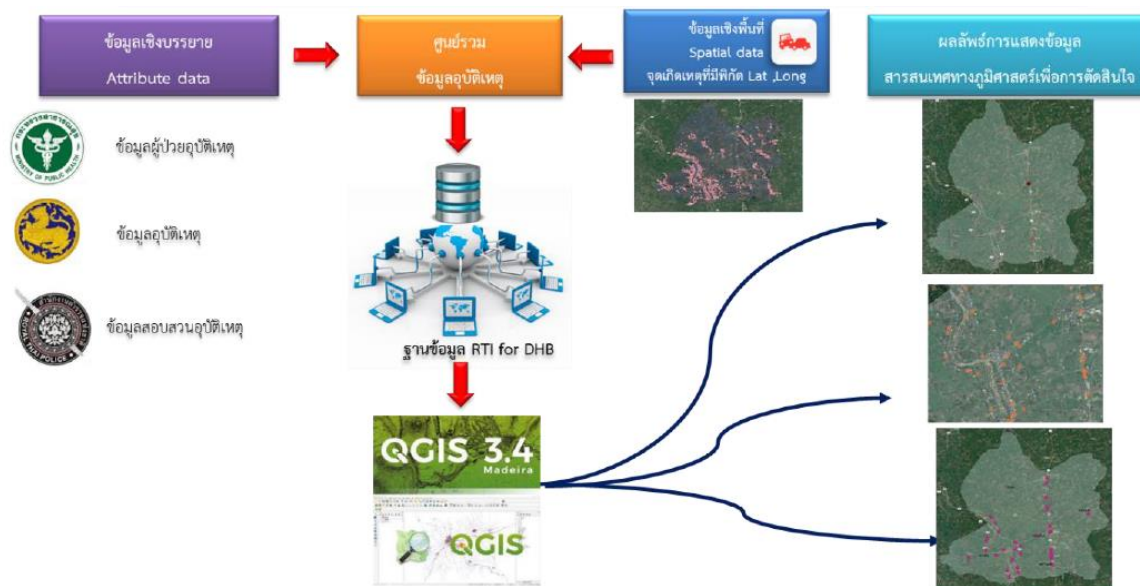
นำเข้าโปรแกรม
QGIS



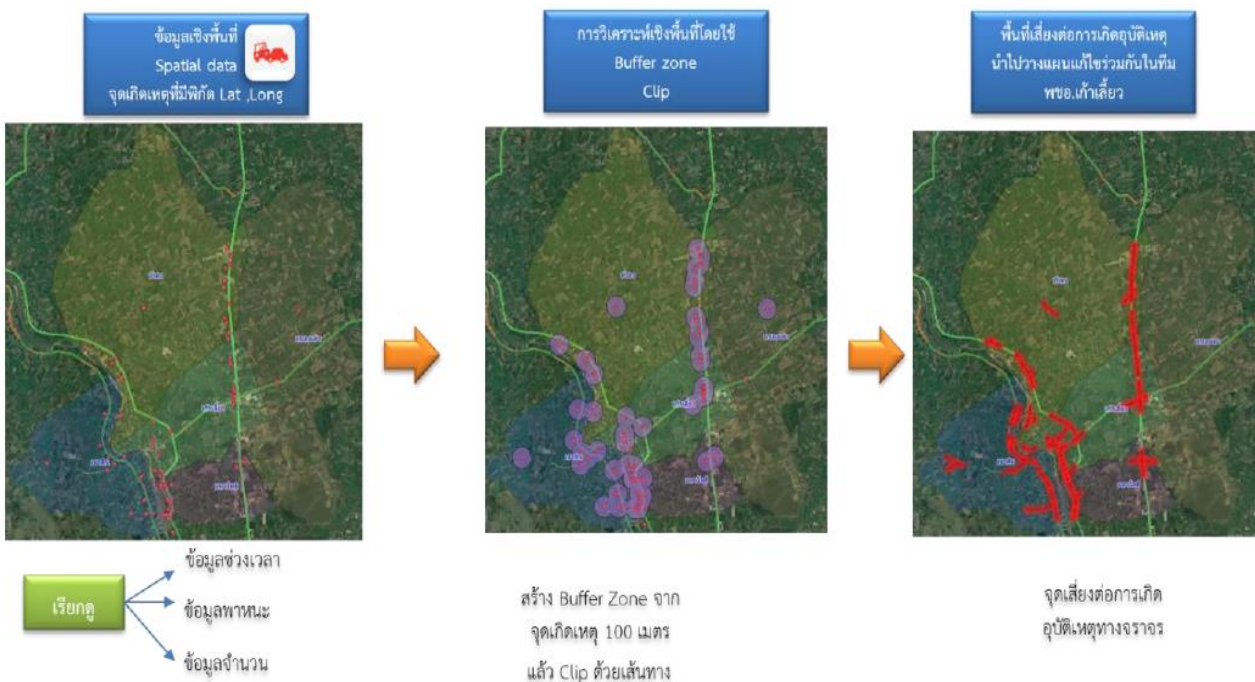
ID	Location	Date	Time	Vehicle Type	Number of Casualties
1	15.86176, 100.1109	25/4/2012	8:42	รถจักรยานยนต์	3
2	15.86195, 100.1109	25/4/2012	8:48	รถจักรยานยนต์	3
3	15.86149, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
4	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
5	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
6	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
7	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
8	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
9	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
10	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
11	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
12	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
13	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
14	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
15	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
16	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
17	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
18	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
19	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
20	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
21	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
22	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
23	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
24	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
25	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
26	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
27	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
28	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
29	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3
30	15.86195, 100.1109	25/4/2012	14:38	รถจักรยานยนต์	3



ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



การนำ GIS for DHB ไปใช้ในการจัดการอุบัติเหตุทางจราจร



และการนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้โดยมีผลดังนี้

1. กำหนดรายงานการเกิดอุบัติเหตุ จำแนกตามพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุ รวมถึงจำแนกช่วงเวลา การเกิดเหตุ ปัจจัยเสี่ยง พาหนะที่เกิด และระบุความเสี่ยงพื้นที่เส้นทางโดยแสดงเป็น buffer zone ทุกต้นเดือนให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผู้นำชุมชน

2. คณะทำงานสอบสวนการเกิดอุบัติเหตุเพื่อความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล ในกรณีที่เกิดการเสียชีวิต และมีผู้บาดเจ็บมากกว่า 2 รายขึ้นไป

3. รายงานข้อมูลในระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนพบว่าเส้น 117 นครสวรรค์ - พิษณุโลก กม.20 - กม.27 ภายในเดือนเดียว พบว่ามีผู้เสียชีวิต 4 ราย บาดเจ็บ 13 ราย พาหนะเป็นรถยนต์เป็นส่วนใหญ่ ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ 18:00 น. ถึง 23.59 น. เป็นส่วนมาก



จากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ได้จากระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้ร่วมกันวิเคราะห์ และระดมสมองร่วมกันออกแบบการดำเนินการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการดังนี้

1. ร่วมกันรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ ที่มีเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การป้องกันและแก้ไขปัญหาคูอุบัติเหตุ

ด้านการประชาสัมพันธ์ และรณรงค์

รณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน



2. ร่วมกันติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ที่เป็นแบบสะท้อนแสง และมีไฟกระพริบในเส้นทางความเสี่ยง

การป้องกันและแก้ไขปัญหาคูอุบัติเหตุ

ด้านการปรับปรุงถนน และป้ายเตือน

จัดทำป้ายเตือน ผู้ใช้ถนน จากงบประมาณ
องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น



3. ร่วมกันจัดตั้งด่านชุมชนในเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การป้องกันและแก้ไขปัญหาคูอุบัติเหตุ

ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

ด่านชุมชน เพื่อตักเตือน และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในถนนสายรองในหมู่บ้าน



4. การตรวจเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ

การป้องกันและแก้ไขปัญหาคูอุบัติเหตุ

ด้านการบังคับใช้กฎหมาย

ด่านตรวจ เพื่อตักเตือน และบังคับใช้กฎหมาย



ข้อเสนอแนะ :

จากการดำเนินงานโดยการใช้การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเก่าแล้วพบว่าควรมีการปรับเพื่อให้มีความสะดวกในการใช้และมีประสิทธิภาพมากขึ้นดังนี้

๑. สร้างแพลตฟอร์มใน Smart phone เพื่อการลงข้อมูลแบบ Realtime
๒. ออกแบบการนำเสนอให้อยู่ในรูปแบบ Web base เพื่อสะดวกต่อการนำเสนออยู่ที่ไหนก็สามารถทราบข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุได้
๓. พัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

การจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี
สถานการณ์ :

สถานการณ์ขยะมูลฝอยของประเทศไทย ปี 2563 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นประมาณ 25.37 ล้านตัน หรือ ประมาณ 69,322 ตัน/วัน หรือมีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยชุมชน โดยเฉลี่ยเท่ากับ 1.05 กิโลกรัม/คน/วัน โดยขยะมูลฝอยชุมชนได้ถูกคัดแยก ณ ต้นทาง และนำกลับไปใช้ประโยชน์ 8.36 ล้านตัน (ร้อยละ 33 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) (ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 33) กำจัดอย่างถูกต้อง 9.13 ล้านตัน (ร้อยละ 36 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) (ลดลงจากปี 2562 ร้อยละ 7) และกำจัดไม่ถูกต้อง ประมาณ 7.88 ล้านตัน (ร้อยละ 31 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น) (เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ร้อยละ 24) มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนที่เปิดดำเนินงาน 2,246 แห่ง และสถานีขนถ่ายขยะมูลฝอยชุมชน 28 แห่ง

ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยจำนวน 68 แห่ง ทั้งถูกต้องตามหลักวิชาการและไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ สถานีขนถ่ายมูลฝอย 4 แห่ง ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นรวม 7,192.6 ตัน/วัน กำจัดแบบถูกต้อง 2,589 ตัน/วัน นำไปใช้ประโยชน์ 1,671.85 ตัน/วัน และกำจัดแบบไม่ถูกต้อง 2,932.15 ตัน/วัน ทั้งนี้ จังหวัดลพบุรี เป็นจังหวัดที่มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยมากที่สุด 36 แห่ง มีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 798.6 ตัน/วัน ดำเนินการกำจัดแบบถูกต้อง 33 ตัน/วัน นำไปใช้ประโยชน์ 284.1 ตัน/วัน และกำจัดแบบไม่ถูกต้อง 481.5 ตัน/วัน (รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี 2563, กรมควบคุมมลพิษ)

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อดำเนินการคัดแยกขยะขยะมูลฝอยโดยใช้หลักการ 3R/3ช เพื่อให้สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ และลดปริมาณขยะมูลฝอยที่จะนำไปกำจัดอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพของตำบลโก่งธนู อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการขยะ การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน และนำรายได้ที่เกิดขึ้นมาบริหารจัดการกองทุนขยะเพื่อเป็นสวัสดิการในชุมชน
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครัวเรือนและชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

วิธีการดำเนินงาน :

การบริหารจัดการขยะ โดยการใช้หลักการ 3 ข

การใช้โดย คือ การลดปริมาณการใช้วัสดุที่ไม่ก่อให้เกิดขยะ

ใช้จาน ชาม แก้วโฟม ในการจัดเลี้ยงอาหารในการฝึกอบรม



ใช้วัสดุธรรมชาติ (ใบตอง) แทนโฟม ในการจัดเลี้ยงอาหาร - อาหารว่างในการจัดประชุมประชาชนหมู่บ้าน



ใช้พวงหรีดจากสาเลดปริมาณขยะ แทนพวงหรีดแบบเดิม



ใช้ถุงผ้า ตะกร้า และปิโกล ที่สามารถนำเข้าไปในครัวประจำวัน



การใช้ซ้ำ คือ การใช้สิ่งของหลาย ๆ ครั้ง ไม่ให้เกิดประโยชน์ เพื่อลดการเกิดขยะ

กิจกรรมการแปรรูปขยะ ประเภท ขาผลสดคั้นเหลือใช้ กระดาษเก่า และปิโกล



กิจกรรมการแปรรูปขยะ ประเภท กระป๋องน้ำอัดลมเหลือใช้ เป็น ตะกร้า , กระเป๋า , กระเป๋ และกล่องกระดาษหิ้ว



กิจกรรมการแปรรูป ประเภท ขาผลสดคั้นเหลือใช้ เป็น กระดาษเก่า ปิโกล จุกรวมขยะอันตรายประจำหมู่บ้าน



การใช้ใหม่ คือ การนำขยะกลับมาใช้ใหม่ เป็นผลิตภัณฑ์ใหม่ให้เกิดประโยชน์ สามารถนำกลับไปใช้ใหม่ ได้ โดยผ่านวิธีใดก็ได้

กิจกรรมการบริหารจัดการขยะ กับภาพเกิดสงครามกองหนุนนครขยะ



กิจกรรมการดำเนินการนำขยะไปปลูก ขยะดีแทนที่



ขั้นตอนการดำเนินงาน กองทุนธนาคารขยะ ของคณะกรรมการ สวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลไทรงาม

นายก อบต. ทำข้อตกลง (MOU) กับผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์



ตั้งคณะกรรมการตามแนวทางพระราชบัญญัติบ้านละ 7 คน รวมเป็น 98 คน



อบต.ไทรงาม ทำข้อตกลง (MOU) กับคณะกรรมการ



อบรมให้ความรู้การคัดแยกขยะตั้งแต่ต้นทาง



รับสมัครผู้ประกอบกรรับซื้อขยะภายในตำบลไทรงาม



ประชุมแบ่งงานความรับผิดชอบ พร้อมวางระบบ แนวทางการทำงานบริหารงานธนาคารขยะ



ขั้นตอนที่ 1 รับสมัครสมาชิกสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลไทรงาม

- กรรมการแต่ละหมู่บ้านจะดำเนินการรับสมัครสมาชิกโดยให้ครอบครัวในครัวเรือนสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 1 คน พร้อมแนบหลักฐานการรับสมัคร เช่น สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน
- ทำจดหมายสมัครและยื่นแฟ้มประวัติ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำสมุดบัญชีสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลไทรงาม

- กรรมการจะนำรายละเอียดลงในสมุดบัญชีและเขียนบัญชีแล้วจึงจะทำการขายขยะให้

ขั้นตอนที่ 3 การออกใบเสร็จรับเงินให้กับสมาชิกสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน”

- คณะกรรมการจะดำเนินการรับซื้อขยะจำนวน 2 อย่าง เพื่อให้สมาชิกได้ 1 และเศษวัสดุที่คณะกรรมการสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลไทรงาม

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำสมุดบัญชีรายรับรายจ่ายรายวัน

- กรรมการในหมู่บ้านจะนำรายรับรายจ่ายรายวัน
- ลงรายละเอียดสมุดบัญชีรายวัน

ขั้นตอนที่ 5 การนำส่งเงิน

- เมื่อสิ้นสุดการรับซื้อขยะ กรรมการจะตรงตามนัดนำเงินส่งให้

ขั้นตอนที่ 6 การจัดทำบัญชี

ขั้นตอนที่ 7 การจัดทำสมุดบัญชีสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลไทรงาม

- นำเงินที่มอบหมาย
- การเบิกจ่ายเงิน โดย ประธาน, กรรมการ, เจริญดี

ขั้นตอนที่ 8 การนำเงินไปใช้ประโยชน์

- ทุกเดือนมอบเงินให้สมาชิก (เป็นการสนับสนุนการมีความโปร่งใสสูง) โดยผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ต้นตอหรือประชาสัมพันธ์ เฟสบุ๊คไลน์ สื่อทางเสียง

องค์การบริหารส่วนตำบลไทรงาม อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการดำเนินงาน :



ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการและตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
2. เกิดกลไกการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะของคณะกรรมการสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลโก้งขน
3. ปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนมีจำนวนลดลง

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรพัฒนาและส่งเสริมมาตรการชุมชนและมาตรการสร้างเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและคัดแยกขยะในครัวเรือนอย่างยั่งยืน

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พชอ./พชข.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

การขับเคลื่อนมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดเพชรบุรี

สถานการณ์ :

สถิติผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรต่อแสนประชากรของอำเภอลำทะเมนชัย ปี 2561 = 2,423.89 ปี 2562 = 2,514.10 ปี 2563 = 2,292.96 อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุของเพศชายมากกว่าเพศหญิง คือ ร้อยละ 57 และ ร้อยละ 43 ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 11-20 ปี อัตราผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรต่อแสนประชากร ปี 2561 = 50.31 ปี 2562 = 56.93 ปี 2563 = 59.10 เพศชายเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรมากที่สุด ร้อยละ 87 เพศหญิงเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ร้อยละ 13 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานอายุ 21-30 ปี และพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ พฤติกรรมขับรถขณะเมาสุราร้อยละ 89 และไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 89 เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มากที่สุด

จากการเก็บข้อมูลในรายงานสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ พบว่า จำนวนผู้บาดเจ็บ จากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเดือนธันวาคมและมกราคม ซึ่งอยู่ในช่วงเดือนที่ประชาชนมีการเดินทางกลับภูมิลำเนาและเดินทางท่องเที่ยว พบว่า ช่วงเวลาของการเกิดอุบัติเหตุที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บมากที่สุด คือ เวลา ระหว่าง 16.00-20.00 น. ซึ่งเป็นเวลาเลิกเรียนสำหรับนักเรียนและเป็นเวลาเลิกงานของวัยทำงาน ช่วงเวลาการเกิดอุบัติเหตุที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด คือ เวลา ระหว่าง 20.00-24.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากที่มีการดื่มแอลกอฮอล์และมีการขับขี่ยานพาหนะเพื่อเดินทางกลับบ้าน

วัตถุประสงค์ :

1. มีการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ
2. คณะทำงานมีการบูรณาการข้อมูลการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตเพื่อนำมาวางแผนแก้ไข ปัญหาในพื้นที่
3. ลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
4. ปลุกจิตสำนึกความปลอดภัยทางถนนและเสริมสร้างวินัยจราจรให้กับเยาวชน
5. ชุมชนมีมาตรการป้องกันอุบัติเหตุโดยคณะกรรมการ พชต.

วิธีการดำเนินงาน :

1. นำเสนอสถานการณ์อุบัติเหตุในเวทีการประชุม พขอ. และจัดตั้งคณะอนุกรรมการ (Core Team)
 2. คณะอนุกรรมการ (Core Team) จัดทำข้อมูลเฝ้าระวัง แนวโน้มสถานการณ์ของการบาดเจ็บ และเสียชีวิต ตามหลักระบาดวิทยา และนำมาวิเคราะห์ด้วยสามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ
 3. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตด้วยตาราง Haddon's Matrix และรายงานต่อ ศปถ. อำเภอ
 4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ วิเคราะห์ด้วยแผนภูมิต้นไม้เพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหากำหนด แนวทางการแก้ไข้ปัญหา
 5. จัดกิจกรรมแก้ไข้ปัญหาโดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ
- กิจกรรมที่ 1 ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการบาดเจ็บจากการจราจร เรื่อง เครื่องมือ 5 ขึ้นกับการขับเคลื่อนกลไกศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) สู่ผลลัพธ์ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เครือข่ายระดับตำบล เช่น รพสต./อปท./ผู้นำชุมชน
- กิจกรรมที่ 2 อบรมด้านวินัยการจราจรเพื่อให้เยาวชนมีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย กลุ่มเป้าหมาย คือ เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยจัดอบรมอบรม 4 รุ่นๆละ 50 คน โดยสำนักงานขนส่งจังหวัดเพชรบุรีสาขาอำเภอชะอำ
- กิจกรรมที่ 3 อบรมเพิ่มศักยภาพหน่วยอาสากู้ชีพ EMS จำนวน 50 คน โดยจัดอบรม 4 รุ่นๆละ 50 คน
6. การชี้เป้าและแก้ไข้จุดเสี่ยงในพื้นที่โดยใช้แผนที่Google Map
 7. ประเมินผลการจัดกิจกรรมโดยทีมบูรณาการ
 8. นำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานในเวทีการประชุม พขอ. ศปถ. อำเภอ เพื่อทบทวนและวางแผนแก้ไข้ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน (PDCA)

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. เทศบาลตำบลบางเก่าจัดทำโครงการถนนสีขาวและนำเข้าแผนป้องกันและแก้ไข้ปัญหาอุบัติเหตุปีงบประมาณ 2565 (พื้นที่ต้นแบบ)
2. เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ผ่านการอบรมใบอนุญาตขับขี่ชั่วคราวจากสำนักงานขนส่ง มีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย ไม่ฝ่าฝืนวินัยจราจร
3. หน่วยอาสากู้ชีพ EMS มีศักยภาพและออกปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านบุคคล

1. อัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงกว่าปี 2562 และ 2563 ดังนี้
 - ปี 2562 มีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 2,514.10
 - ปี 2563 มีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 2,292.96
 - ปี 2564 มีอัตราการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 1,015.19

2. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลงกว่าปี 2562 และ 2563 ดังนี้

ปี 2562 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 56.93

ปี 2563 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 59.10

ปี 2564 มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรต่อแสนประชากร = 19.70

3. จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุในกลุ่มเยาวชนลดลง

ปี 2563 เยาวชนบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 209 ราย

ปี 2564 เยาวชนบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 103 ราย

4. จำนวนการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มวัยแรงงานลดลง คือ

ปี 2563 เสียชีวิต จำนวน 164 ราย

ปี 2564 เสียชีวิต จำนวน 36 ราย

ด้านพฤติกรรม

1. พฤติกรรมสวมหมวกนิรภัย เยาวชนสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น ดังนี้

ปี 2563 สวมหมวกนิรภัย = 12.04

ปี 2564 สวมหมวกนิรภัย = 55.97

2. พฤติกรรมดัดแปลงสภาพรถ/แต่งรถ ดีขึ้น

ปี 2563 มีพฤติกรรมดัดแปลงสภาพรถมอเตอร์ไซด์ = 15.17

ปี 2564 มีพฤติกรรมดัดแปลงสภาพรถมอเตอร์ไซด์ = 10.11

3. พฤติกรรมแข่งรถ/แวนตอนกลางคืน ลดลง

ปี 2563 มีพฤติกรรมแข่งรถมอเตอร์ไซด์ตอนกลางคืน = 16.11

ปี 2564 มีพฤติกรรมแข่งรถมอเตอร์ไซด์ตอนกลางคืน = 11.75

ด้านสิ่งแวดล้อม

1. จุดเสี่ยงถนนเพชรเกษมก่อนทำการแก้ไขมีจำนวนผู้เสียชีวิต 28 ราย หลังทำการแก้ไขมีผู้เสียชีวิต จำนวน 7 ราย

2. จุดเสี่ยงถนนเพชรเกษมบายพาสก่อนทำการแก้ไขมีจำนวนผู้เสียชีวิต 7 ราย หลังทำการแก้ไข มีผู้เสียชีวิตจำนวน 4 ราย

3. จุดเสี่ยงถนนเขตเมืองก่อนทำการแก้ไขมีจำนวนผู้เสียชีวิต 6 รายหลังทำการแก้ไขมีผู้เสียชีวิต จำนวน 1 ราย

4. จุดเสี่ยงถนนเขตชนบทก่อนทำการแก้ไขมีจำนวนผู้เสียชีวิต 7 ราย หลังทำการแก้ไขมีผู้เสียชีวิต จำนวน 4 ราย

ข้อเสนอแนะ :

1. กำหนดให้โรงเรียนและสถานที่ราชการทุกแห่งเป็นเขตถนนปลอดภัยมีการสวมหมวกนิรภัย ร้อยเปอร์เซ็นต์
2. ผู้นำชุมชนต้องมีมาตรการในการกำหนดโทษสำหรับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามวินัยการจราจร
3. กลุ่มองค์กร NGO ต่างๆ ต้องมีกิจกรรมสาธารณประโยชน์เกี่ยวกับการแก้ไขอุบัติเหตุ
4. ขยายกิจกรรมการอบรมใบอนุญาตขับขี่ในกลุ่มเยาวชนไปสู่โรงเรียนในพื้นที่อำเภอชะอำ ให้ครอบคลุมเพื่อให้เยาวชนมีทักษะการขับขี่ที่ปลอดภัย

โอกาสพัฒนา :

1. จัดกิจกรรมณรงค์ลดและป้องกันอุบัติเหตุในช่วงปกติและเทศกาลมีการขับเคลื่อนมาตรการสวมหมวกนิรภัยร้อยเปอร์เซ็นต์
2. พัฒนาระบบสารสนเทศ IT ในการเก็บข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม ISWIN online แบบเรียลไทม์ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้ตลอดเวลา
3. จัดกิจกรรมอบรมใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ในกลุ่มเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างวินัยการขับขี่ที่ปลอดภัย

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

สถานการณ์ :

การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) อำเภอเมืองสระแก้ว มุ่งการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง บูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมที่ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองสระแก้ว ภายใต้การนำของนายณัฏฐพงศ์ สุขวิสิฐภูมิ นายอำเภอเมืองสระแก้ว ประธานคณะกรรมการฯ ได้รวบรวมข้อมูลสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว นำมาวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา และได้กำหนดประเด็นการขับเคลื่อนไว้ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 2) การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก และ 3) คนเมืองสระแก้วใส่ใจ ห่วงใยกัน การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ 4 ดี วิถีพอเพียง และได้ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ เพื่อจัดร่างแผนการดำเนินงานตามประเด็นดังกล่าว ทำให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม

ประเด็นการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก โรคไข้เลือดออกนับว่าเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญในระดับจังหวัดสระแก้ว และอำเภอเมืองสระแก้ว จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดโรคไข้เลือดออก 5 ปี ย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ.2559 - 2563 พบอัตราป่วยร้อยละ 44.85 (20.32), 83.54 (242.37), 75.49 (21.59), 250.56 (342.82) และ 92.00 (97.18) ตามลำดับ (จังหวัดสระแก้ว,(อำเภอเมืองสระแก้ว)) และเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ของจังหวัดสระแก้ว จากปัญหาดังกล่าว ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้วได้ให้ความสำคัญและมอบนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ทุกอำเภอ ดังนั้น ประธานคณะกรรมการ พขอ.เมืองสระแก้ว จึงมอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้วดำเนินการ และแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ โดยสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้ว เป็นประธานฯ จึงได้จัดทำ “โครงการการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองสระแก้ว โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมืองสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2564” ขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อประสานความร่วมมือให้เกิดภาวะการนำร่วม การบูรณาการ การมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในประเด็นการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก
2. เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
3. เพื่อควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก

วิธีการดำเนินงาน :

1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก กำหนดพื้นที่เสี่ยง และวางแผนงานการดำเนินงานตามระดับความเสี่ยงรายพื้นที่
2. เตรียมความพร้อมทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล
3. ประสานความร่วมมือภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการ และให้การสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่
4. ดำเนินกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้
 - 4.1 รณรงค์ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้วอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับจิตอาสาตามโครงการจิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย
 - 4.2 ดำเนินการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ตามมาตรการ 3-3-1 และ 1-3-7
 - 4.3 ทีม SAT อำเภอเมืองสระแก้ว และผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ร่วมลงพื้นที่ควบคุมโรค กรณีระบาดรายพื้นที่
 - 4.4 ให้ผู้ป่วยและผู้สงสัยป่วยทุกรายได้รับยาหากันยุง โดยขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 - 4.5 อสม. รายงานผลการสำรวจ และควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ผ่านแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ทุกวันศุกร์
5. รายงานผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการ พขอ. รับทราบเป็นระยะ
6. สรุปผลการดำเนินงาน

กิจกรรมการดำเนินงาน

1. การวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกรายหมู่บ้าน อำเภอเมืองสระแก้ว ปี พ.ศ.2564 จำแนกรายตำบล

ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงพื้นที่เสี่ยงการเกิดโรคไข้เลือดออกรายหมู่บ้านอำเภอเมืองสระแก้ว ปี พ.ศ.2564 จำแนกรายตำบล

ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน(หมู่)	ประเภทพื้นที่ (หมู่ที่)		
เสี่ยงสูง	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงต่ำ		
สระแก้ว	12	2,5,6,9,12	1,3,4,7,8,10,11	-
บ้านแก้ง	16	1,2,8,9,10,11,12,13,15	3,4,5,6,14	10,16
ศาลาลำดวน	15	1,2,3,4,5,6,10,13	7,8,11,12,14,15	9
โคกปีบ้อง	19	4,5,9,10,13,16	1,8,17,19	2,3,6,7,11,12,14,15,18
ท่าแยก	14	2,5,6,9,10,12	3,7,8,13,14	1,11
หนองบอน	13	1,8,9,10,11	5,6,7	2,3,4,12,13
ท่าเกษม	13	1,2,3	4,6,7,8,9,13	5,10,11,12
สระขวัญ	21	1,2,4,6,7,8,9,10,12,13, 14,15	3,16,18,19,20,21	5,11,17
รวม	123	55 (44.72%)	42 (34.15%)	26 (21.13%)

จากการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกรายอำเภอเมืองสระแก้ว พบว่า อำเภอเมืองสระแก้วเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากจากหมู่บ้านทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง ร้อยละ 44.72 รองลงมา เป็นพื้นที่เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 34.15 และ ร้อยละ 21.13 ตามลำดับ

2. กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานควบคุมไข้เลือดออกแยกรายพื้นที่เสี่ยง เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการแบบบูรณาการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แนวทางการในการปฏิบัติงานควบคุมไข้เลือดออกแยกรายพื้นที่เสี่ยง ปี พ.ศ.2564

มาตรการ		ประเภทพื้นที่		หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เสี่ยงสูง		เสี่ยงปานกลาง		เสี่ยงต่ำ
1. เฝ้าระวังโรค				
1.1การวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์โรค	+ (ทุกสัปดาห์)	+ (ทุกสัปดาห์)	+ (ทุกสัปดาห์/ ทุกเดือน)	สสอ./รพ.สต.
1.2 การสอบสวนผู้ป่วย Index Case	+ (รายแรกของหมู่บ้าน)	+ (รายแรกของหมู่บ้าน)	+ (รายแรกของหมู่บ้าน)	สสอ./รพ.สต.
1.3 การรายงานผู้ป่วยไปยังผู้รับผิดชอบในหน่วยงานพื้นที่ทันทีหรือภายใน 24 ชั่วโมง	+ (ทุกราย)	+ (ทุกราย)	+ (ทุกราย)	รพร.สก
1.5 EOC และ SAT -แจ้งข้อมูลเตือนภัย -แจ้งเตือนหน่วยงานในพื้นที่(เมื่อพบเหตุการณ์ผิดปกติ)	+ ทุกสัปดาห์ +	+ ทุก 2 สัปดาห์ +	+ ทุกเดือน (ช่วงระบาด) + (เมื่อพบผู้ป่วย)	สสอ.
1.6 การติดตามประเมินผลการควบคุมโรค HI, CI, ผู้ป่วยรายใหม่	+	+	+ (เมื่อพบผู้ป่วย)	สสอ.
1.7 การสำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย	+ (ทุกสัปดาห์)	+ (ทุกสัปดาห์)	+ (ทุกสัปดาห์)	ศตม./รพสต./อส ม./รร./ปชช.
1.๗ การเฝ้าระวังยุงและลูกน้ำดื้อต่อสารเคมี	+	+/-	+/-	ศตม.
2. การป้องกันโรค				
2.1 การให้สุศึกษาและการประชาสัมพันธ์โดยใช้ช่องทาง สื่อมวลชน/หอ	+ (ทุกสัปดาห์) + +	+ (ทุกสัปดาห์) + +	+ (1 ครั้ง/เดือน) + +/-	รพ.สต./ร.ร.

กระจายข่าว/เผยแพร่ โปสเตอร์และสิ่งพิมพ์ -ในหมู่บ้าน ชุมชน -ในโรงเรียน/โรงพยาบาล/ วัด -ในโรงงาน/โรงแรม/ สถานที่ราชการ				
2.2 การมีส่วนร่วมใน ชุมชน -การทำประชาคมใน หมู่บ้าน -รณรงค์ป้องกัน ไข้เลือดออก	+ + (ทุกเดือน)	+ + (ทุกเดือน)	+/- + (ทุก 3 เดือน)	สสอ./อปท./ รพ.สต./รร./อส ม.
2.3 การทำลายแหล่ง เพาะพันธุ์ยุงพาหะ -สนับสนุนปลากินลูกน้ำ -สนับสนุนทรายกำจัดลูก น้ำ	+ +	+ +	+ +	ศตม./อปท.
3. การควบคุมโรค				
3.1 การพนสารเคมี ควบคุมยุงตัวเต็มวัย อย่าง น้อย 2 ครั้ง ในรอบ 7 วัน เมื่อพบผู้ป่วยในหมู่บ้าน ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป	+	+	+	อปท./รพ.สต.
3.2 สำรวจและทำลาย แหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำใน บ้านผู้ป่วย และรอบบ้าน รัศมี 100 เมตร 2 รอบ ห่างกันอย่างน้อย 7 วัน เมื่อพบผู้ป่วยในหมู่บ้าน	+	+	+	อปท./รพ.สต./ อสม.

ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไปติดตาม และประเมินผลการดา เนินงานควบคุมโรค จนกว่า ค่า HI จะเป็นศูนย์				
---	--	--	--	--

3. นำประกาศอำเภอเมืองสระแก้ว เรื่อง การป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออก แจ้งเวียน
ประกาศถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการแบบบูรณาการ

4. กำหนดมาตรการการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรค
“3 เก็บ 3 โรค” ป้องกัน 3 โรค คือ โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคไข้ปวดข้อยุงลายโดยทำให้
ต่อเนื่องทุกสัปดาห์

4.1 การป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตามมาตรการ

- 1) เก็บบ้าน ให้ปลอดโปร่งไม่ให้ยุงลายเกาะพัก
- 2) เก็บขยะ เศษภาชนะไม่ให้เป็แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย
- 3) เก็บน้ำ ปิดให้มิดชิดหรือเปลี่ยนถ่ายน้ำทุกสัปดาห์ไม่ให้ยุงลายวางไข่

กำหนดกิจกรรมเพิ่มเติม ประกอบด้วย

- กิจกรรม“จิตอาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อมเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย” กำหนดดำเนินการ เดือนละ 2
ครั้ง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่

- การเฝ้าระวังลูกน้ำยุงลาย การรายงานค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ผ่านแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์

4.2 การควบคุมโรคไข้เลือดออก

- ดำเนินการควบคุมโรค ตามมาตรการ 3 – 3 – 1, 1 – 3 – 7 คือ

3 แจ้ง รพ.สต./รพ.พื้นที่รับผิดชอบทันทีทางโทรศัพท์/ไลน์ ภายใน 3 ชั่วโมง

3 ควบคุมโรค กำจัดยุงและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่บ้านผู้ป่วย ภายใน 3 ชม.

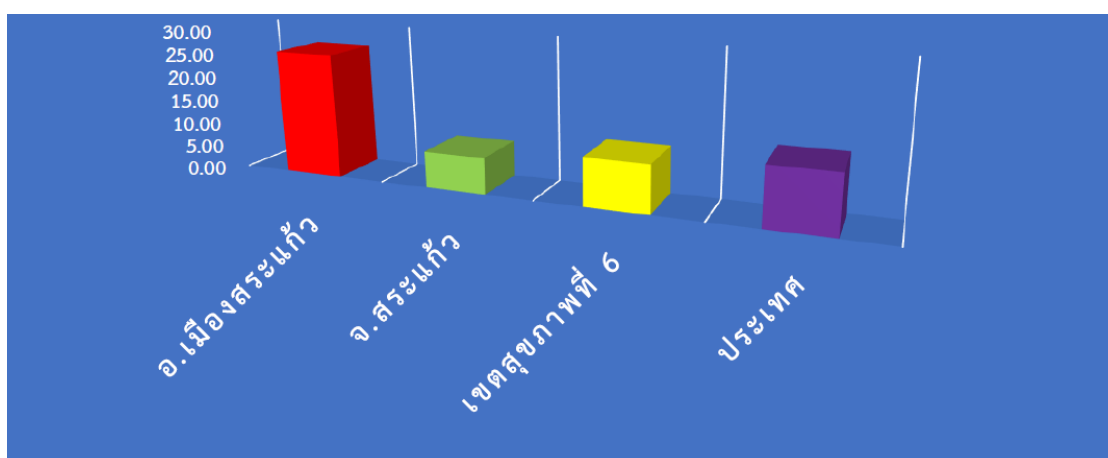
1 ควบคุมโรค โดยการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พ่นเคมี ที่บ้านผู้ป่วย/โรงเรียน และใน
หมู่บ้าน/ชุมชน ในรัศมี 100 เมตร หรือทั้งหมู่บ้าน ภายใน 24 ชม. และดำเนินการควบคุมโรคต่อเนื่อง 3 ครั้ง ใน
วันที่ 1, 3 และ 7

- เฝ้าระวังโรคต่อเนื่องจนครบ 28 วัน เพื่อป้องกันการเกิดโรคใน second generation

สรุปผลการดำเนินงาน :



อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองสระแก้วเทียบกับระดับจังหวัด
ระดับเขตสุขภาพที่ 6 และระดับประเทศ พ.ศ. 2564



ผลการประเมินการควบคุมโรคที่ผ่านมา

วิเคราะห์การควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อประเมินการควบคุมโรคที่ผ่านมา พบว่า การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เนื่องจาก

1. การเตรียมชุมชนได้ไม่ดีพอ ขาดการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าก่อนดำเนินการว่าจะดำเนินการอะไร ที่ไหน อย่างไร
2. ขาดการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการควบคุมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การจัดสุขาภิบาล

บริเวณที่พักอาศัย ทำให้พบแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมาก มีผลทำให้พบลูกน้ำยุงลายมากตามไปด้วย และจากการสอบถามเพิ่มเติม พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)

3. ขาดประสิทธิภาพในการพ่นกำจัดยุงลายตัวแก่

3.1 การผสมน้ำยาเคมีไม่ถูกต้องตามสูตรของน้ำยาแต่ละชนิด

3.2 เทคนิค และวิธีการพ่นไม่ถูกต้อง ไม่ครอบคลุมเพียงพอ

4. ขาดประสิทธิภาพในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย การควบคุมไม่ครอบคลุมแหล่งเพาะพันธุ์ ทำให้ลูกน้ำยุงลายไม่ถูกกำจัดให้หมดได้

แนวทางแก้ไข

1. ใช้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งเสริมให้เกิดการป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยการประชาสัมพันธ์การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายผ่านหอกระจายข่าว เพราะที่คนส่วนใหญ่อยู่บ้าน และ อสม.ดำเนินการพร้อมกับ อสม. การเคาะประตูบ้านให้ความรู้พร้อมกับการติดตามเฝ้าระวังโรคโควิด-๑๙

2. ปรับปรุงระบบรายงานผู้ป่วยให้ทันเวลา หาแนวทางร่วมในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและ ผู้รับผิดชอบของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ให้ดำเนินการตามมาตรการอย่างเคร่งครัด มีประสิทธิภาพ

3. เพิ่มมาตรการเสริม เช่น การใช้ยาสมุนไพรทาป้องกันยุงกัดในผู้ป่วย ผู้ป่วยสงสัย และคนปกติ โดยเฉพาะกลุ่มนักเรียน ทั้งก่อนและในฤดูกาลระบาด เป็นอีกมาตรการหนึ่งที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ และยังส่งเสริมการปลูก การผลิตและการใช้สมุนไพรเพิ่มอีกทางหนึ่งด้วย

วิจารณ์และอภิปรายผล

1. การเกิดโรคไข้เลือดออกมีสาเหตุหลักคือ 2 ก.ได้แก่ ก.1 การถูกยุงกัด และ ก.2 การมียุงเกิด กล่าวคือ การป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้ผลดีที่สุดคือ ต้องไม่ให้ถูกยุงกัดทั้งผู้ป่วยและคนปกติขณะเกิดโรคและใน ฤดูกาลระบาด การควบคุมยุงลายตัวแก่ด้วยการพ่นสารเคมีที่มีประสิทธิภาพ ส่วนการป้องกันไม่ให้ยุงเกิดต้องมีการ ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย การควบคุมลูกน้ำยุงลายทั้งทางชีวภาพ กายภาพและทางเคมี ดังนั้นในการ ป้องกัน ควบคุมสาเหตุดังกล่าว ควรดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพไปพร้อมๆกันในทุกภาคส่วนจึงจะสามารถ ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างได้ผล

2. จากการดำเนินงานควบคุมโรคที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนขาดความตระหนักในการป้องกัน และ ควบคุมโรค ซึ่งสังเกตได้จากความร่วมมือของชุมชนค่อนข้างน้อยและสภาพแวดล้อมของหมู่บ้านพบแหล่งเพาะ พันธุ์ลูกน้ำยุงลายจำนวนมาก ทำให้พบค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI) เกินเกณฑ์ที่กำหนด ($HI < 10$) ค่อนข้างสูง ส่วน ใหญ่พบในภาชนะนอกบ้านรวมถึงเศษภาชนะ ขยะน้ำขัง รอบๆบ้านยังไม่ถูกกำจัด ทำให้เกิดโรคไข้เลือดออกขึ้น อย่างต่อเนื่อง

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

การส่งเสริมอาหารปลอดภัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

สถานการณ์ :

เกษตรกร บ้านหนองยาง ม.5 บ้านยางคำ ม. 6 ตำบลกกกุง บ้านดงเกลือ ม.6 และ หมู่ที่ 10 ตำบล คูเมือง จำนวน 227 คนใช้ปุ๋ยเคมีในการปลูกข้าวจำนวน 161,300 กิโลกรัม เฉลี่ย 1-2 กระสอบต่อไร่ และใช้เพิ่มขึ้นทุกปี ใช้ยาฆ่าหญ้าและฆ่าแมลงจำนวน 42 ลิตรเป็นเงิน 18,269 บาท พบข้าวแข็ง ข้าวปน รสชาติไม่อร่อย ปลูกผักน้อย 1-3 ชนิดต่อครอบครัว และส่วนมากเป็นผักนำมาปรุงรสอาหาร ด้านพฤติกรรมพบว่าเกษตรกรไม่มีความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องสารทดแทนสารเคมี เช่นจุลินทรีย์ชีวภาพหรือทำน้ำหมัก ไม่เคยเรียนรู้การปรับปรุงดิน ไม่เคยรู้วิธีในการวางแผนทำนา ที่ผ่านมาในชุมชนไม่มีการปลูกผัก และทำข้าวอินทรีย์อย่างจริงจัง เคยรับการอบรมการทำน้ำหมัก และปุ๋ยอินทรีย์จากภาครัฐหรือปราชญ์ชาวบ้าน ไม่มีการติดตามประเมินผล ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในการนำไปใช้ เชื่อว่าไม่ใส่ปุ๋ยเคมีไม่ได้กินข้าวไม่ไช้ยุเรียผักจะไม่โต ด้านการกินพบว่า จากการที่ปลูกผักไม่เพียงพอ และกลัวสารเคมีปนเปื้อนทำให้กินผักน้อย ผลกระทบที่เกิดขึ้น ด้านสุขภาพส่วนมากมีภาวะเสี่ยงของโรคเบาหวาน เช่น รอบเอวเกิน น้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วน มีอาการแพ้สารเคมี มีผื่นแพ้ ตุ่มคันและเล็บหลุดจำนวน จำนวน 68 คน ด้านเศรษฐกิจ ต้นทุนในการทำนาเพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ย 4,850 บาทต่อไร่ ค่าปุ๋ยเคมี 2,601,93 บาท ค่ายูเรีย 24,512 บาท ด้านสิ่งแวดล้อม ดินแข็ง ดินเปรี้ยว กบเขียด หอย ปลา ปู ปลา ในนาข้าวลดจำนวนน้อยลง พืชน้ำบางชนิดเช่น ผักกะแยง ผักพวย ผักกะโถว ผักแว่นหายไปจากนาข้าว จากการพูดคุยกันอยากลดค่าใช้จ่ายการซื้อปุ๋ยและสารเคมี สัตว์และพืชในนาข้าว อุดมสมบูรณ์ขึ้น

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ประชาชนบ้านหนองยาง ม.5 บ้านยางคำ ม.6 ตำบลกกกุง บ้านดงเกลือ ม.6 และ ม.10 ตำบลคูเมือง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำนา ปลูกและกินผักอินทรีย์
2. เพื่อให้เกิดกลไกสภาผู้นำชุมชนที่บริหารจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย

วิธีการดำเนินงาน :

1. การขับเคลื่อนของ พขอ. เมืองสรวง

❖ นายอำเภอเมืองสรวง วางเป้าหมาย 1) การลดต้นทุนในการซื้อปุ๋ยและสารเคมี 2) สิ่งแวดล้อมในนาข้าวดีขึ้น 3) เกิดหมู่บ้านต้นแบบทำนา ปลูกและกินพืชผักอินทรีย์และลดการแพ้สารเคมี ได้แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการอาหารปลอดภัยโดยมีเกษตรอำเภอเป็นประธานกรรมการและมีกรรมการประกอบด้วย เกษตรตำบล พัฒนาการอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขและผู้นำชุมชนจากหมู่บ้านต้นแบบ

❖ วิเคราะห์ปัญหา รากของปัญหา กำหนดกลยุทธ์ในการทำงานร่วมกันตั้งเป้าหมายผลลัพธ์ร่วมกัน วางกระบวนการการทำงานและจัดทำ MOU ระหว่าง พขอ. พชต. และชุมชน

❖ มีการแบ่งปันข้อมูลร่วมเรียนรู้กระบวนการอาหารปลอดภัยในพื้นที่ต้นแบบและนวัตกรรม

❖ ติดตามกำกับและประเมินผล

❖ เสริมพลังพื้นที่ และถอดบทเรียนการทำงาน

2. การขับเคลื่อนในหมู่บ้านต้นแบบ

❖ ชุมชนวิเคราะห์ปัญหาการใช้ปุ๋ยและสารเคมีในการปลูกข้าวและพืชผัก การกิน และการแพ้สารเคมี และแต่งตั้งสภาผู้นำชุมชนที่มี 3 องค์ประกอบคือ กรรมการหมู่บ้าน อสม.และผู้นำไม่เป็นทางการ อาทิสภคญและหมอดิน โดยแบ่งบทบาทหน้าที่ แบ่งครัวเรือน รับผิดชอบและจัดตั้งสภาคุ้ม ออกแบบสอบถามการใช้ปุ๋ยและสารเคมีโดยชุมชน และออกแบบกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนอาหารปลอดภัยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

❖ สำรวจข้อมูลและคืนข้อมูลแก่ชุมชน กำหนดกติกาสภาผู้นำชุมชน กติกากลุ่ม และกติกาชุมชนเพื่อส่งเสริมอาหารปลอดภัย

❖ พัฒนาศักยภาพของสภาผู้นำชุมชนในการจัดการข้อมูล การติดตามข้อมูล การประชุม การสื่อสาร และมีการประชุมทุกเดือนเพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในระดับคุ้มและ ระดับชุมชน

❖ รับสมัครผู้สนใจทำนาอินทรีย์ ชั่งน้ำหนักข้าวก่อนและหลังพัฒนา ส่งตรวจดิน หว่านปุ๋ยพืชสดและไถกลบตอซังข้าว

❖ จัดอบรมพัฒนาส่วนขาด ในประเด็นการทำและใช้จุลินทรีย์ชีวภาพ การทำปุ๋ยอินทรีย์โดยการล่อจุลินทรีย์ท้องถิ่นเข้ามาในกองปุ๋ย การดูแลดิน การวางแผนทำนา การบันทึกการเติบโตของข้าวแต่ละระยะ ห่วงโซ่อาหารและระบบนิเวศในนาข้าว

❖ รวมกลุ่มผลิตจุลินทรีย์และปุ๋ยอินทรีย์เป็นคุ้มและส่งเสริมให้ทำในครอบครัว ส่งเสริมให้ปลูกผักในครัวเรือนอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไปโดยแยกเป็นผักเครื่องปรุง ผักกินใบและผักพื้นบ้านยืนต้น และทำแปลงผักรวมชุมชน และส่งเสริมการกินผักโดยเน้นเมนูอาหารพื้นบ้านและประโยชน์ในการกินผักและบันทึกการกินผักในครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง

❖ บันทึกกิจกรรมในแปลงนาและการเติบโตของข้าวและการใช้จุลินทรีย์และติดตามเยี่ยมแปลงนาและการปฏิบัติตามกติกาโดยสภาผู้นำชุมชนอย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้ระบบนิเวศในแปลงนา

❖ ประเมินรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยของจังหวัดร้อยเอ็ด

❖ ลงแขกดำนา เกี่ยวข้าว คัดพันธุ์ปน และนวดข้าว และจัดงานชิมข้าวเพื่อเรียนรู้รสชาติของข้าวอินทรีย์

❖ แลกเปลี่ยนเรียนรู้รับสมัครคนสนใจเพิ่มและถอดบทเรียน จุลินทรีย์ที่เหมาะสมกับท้องถิ่น และการใช้ จุลินทรีย์ชีวภาพในแต่ละระยะของการเติบโตของข้าวและการใช้ในการดูแลพืชผัก

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. สภาผู้นำชุมชนสร้างความร่วมมือกับชุมชนได้ มีสมรรถนะมากขึ้นในด้านการจัดการข้อมูล การติดตามข้อมูล การสื่อสารผ่านไลน์ การประชุม การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ทำตัวเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติตามกติกา
2. เกิดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำนา ปลุกและกินผักอินทรีย์ มีผู้ทำนาอินทรีย์เพิ่มขึ้น คิดเป็น 83.99 % จาก 37 คน เป็น 227 คนจากมีแปลงนาอินทรีย์ 111 ไร่ เพิ่มขึ้น 557 ไร่ คิดเป็น 83.38 % ปลุกผักในครอบครัวได้มากกว่า 5 ชนิดจำนวน 208 ครอบครัว คิดเป็น 91.62% และปลุกผักหลายหลายมากขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการซื้อ ปุ๋ยยูเรีย และปุ๋ยเคมีลดลงร้อยละ 100 (ลดค่าปุ๋ยยูเรียได้ 24,512 บาท และปุ๋ยเคมี 534,400 บาท) ผ่านการรับรองอาหารปลอดภัยของอำเภอเมืองสรวง ที่สำคัญ เกิดนวัตกรรม จุลินทรีย์ชีวภาพที่เหมาะสมกับท้องถิ่น จำนวน 6 สูตร มีปุ๋ยอินทรีย์ใช้เองทุกครอบครัว ผ่านการรับรองอาหารปลอดภัยของอำเภอเมืองสรวง และพบว่ามี พี่ชนาและสัตว์น้ำในนาข้าวเพิ่มจำนวนขึ้น
3. ไม่พบผู้มีอาการแพ้สารเคมี ประชาชนมีพฤติกรรมกินผักเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ 3 วัน จำนวน 227 ครอบครัว (100 %) และมีแปลงผักที่เป็นศูนย์รวมและเป็นแหล่งเรียนรู้ของชุมชน 1 แห่ง โดยส่งจำหน่ายให้ รพ.เมืองสรวง
4. ประเมินความพึงพอใจประชาชนพบว่าพึงพอใจในระดับมาก มีคนสมัครใจทำนาอินทรีย์เพิ่มขึ้นจำนวน 28 ครอบครัว ถึงแม้ว่าไม่สมัครเข้าร่วมแต่มีการมาขอแบ่งปันจุลินทรีย์ไปใช้และพบว่าจากการกินผักมากขึ้นทำให้ ความดันโลหิตลดลงและน้ำหนักลดลง ทำงานในไร่นาได้มากขึ้นโดยไม่เหนื่อยเหมือนเดิม สภาผู้นำชุมชนพึงพอใจ ระดับมาก มีการขยายพื้นที่ทำนาเพิ่มขึ้นอีก 20 ไร่ มีแกนนำ 5 คนสามารถถ่ายทอดการทำจุลินทรีย์ชีวภาพแก่ บุคคลอื่นและแบ่งปันจุลินทรีย์แก่ผู้สนใจได้ จากการประเมินความพึงพอใจของคณะกรรมการ พขอ.อยู่ในระดับ มาก เทศบาลเมืองสรวงขยายพื้นที่ต้นแบบ 1 หมู่บ้านโดยเทศบาลและเกษตรอำเภอเมืองสรวงสนับสนุน งบประมาณเพื่อประเมินรับรองมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ปี 2566

สิ่งที่พัฒนาต่อ :

1. ขยายพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่ในการทำนาและปลุกผักเพิ่มขึ้นและส่งเสริมการทำตลาดเขียว
2. ส่งเสริมการกินผักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น (400 กรัม) เป็นการกระตุ้นให้ปลุกผักอินทรีย์กินอย่างเพียงพอลด ปัญหาของโรคเบาหวานที่พบมากในพื้นที่และพิสูจน์ความเข้มข้นของกลไกส ภาผู้นำชุมชน
3. ผู้ประสานงานหลักวางแผนให้เกิดการบูรณาการงานให้เข้มข้นขึ้นโดยจัดเวทีพูดคุยระหว่าง คณะกรรมการ พขอ. ซึ่งจะส่งผลให้แบ่งทรัพยากรร่วมกันในพื้นที่ต้นแบบและประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบ การเรียนรู้ การใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น.

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

พขอ.วังสามหมอร่วมใจ สร้างความปลอดภัยบนท้องถนน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

สถานการณ์ :

อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี อยู่ติดกับจังหวัดกาฬสินธุ์ มีพื้นที่การปกครอง 6 ตำบล 72 หมู่บ้าน ประชากรประมาณ 59,017 คน โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำให้มีรถและเครื่องจักรทางการเกษตรเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เวลาใช้รถใช้ถนนผู้ขับขี่ต้องใช้ความระมัดระวังในการสัญจร ประกอบกับพื้นที่อำเภอวังสามหมอเป็นพื้นที่ราบสูงภูเขา ทำให้เส้นทางการจราจรคดเคี้ยวและเป็นเนินสลับทางโค้ง อยู่เป็นจำนวนมาก จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี พบว่าในปี พ.ศ. 2562 - 2564 มีผู้เสียชีวิตจำนวน 16,10,19 คิดเป็นร้อยละ 20.27,20.31,32.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และมีผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในปี พ.ศ. 2562 - 2564 จำนวน 939,814,580 ราย จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านพฤติกรรม การขับขี่ของผู้ประสบอุบัติเหตุ พบว่า ผู้ขับขี่ ร้อยละ 80 มีพฤติกรรมเมาแล้วขับ ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 75 ขับรถเร็ว ร้อยละ 35 ไม่ปฏิบัติตาม กฎจราจร ร้อยละ 62 ด้านสภาพรถและยานพาหนะ พบว่า ร้อยละ 75 เป็นรถจักรยานยนต์ รถซาเล้ง ร้อยละ 12 รถยนต์ ร้อยละ 8 รถอีแต่น ร้อยละ 3 และรถอื่น ๆ ร้อยละ 2 ช่วงเวลาเกิดอุบัติเหตุ เป็นช่วงที่ประชาชนเดินทางออกจากบ้านเพื่อประกอบอาชีพและไปโรงเรียน คือ ช่วงเช้า 06.00 - 09.00 น. ช่วงเย็น 16.00 -20.00 น. และมักเกิดเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญ เช่น สงกรานต์ ปีใหม่ และงานบุญประเพณี เส้นทางที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง คือ เส้นทางสายหลักระหว่างอำเภอวังสามหมอ - วาริชภูมิ และถนนสายวังสามหมอ - ศรีธาตุ มีรถโดยสารสาธารณะผ่านทุกวันและมีรถบรรทุกสินค้าทางเกษตร เช่น รถสิบล้อ รถพ่วง รถอีแต่นผ่านเป็นประจำ อีกทั้งลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบสูง มีเส้นทางที่คดเคี้ยว ไม่มีไหล่ทาง จากการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่พบว่า ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาสำคัญอันดับ 1 เนื่องจากมีความรุนแรง พบอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้นเกือบทุกปี ซึ่งส่งผลกระทบทางด้านจิตใจแก่ญาติผู้เสียชีวิตและประชาชนในพื้นที่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า พฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องของผู้ขับขี่เป็นสาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุ และเป็นสาเหตุที่สามารถควบคุมและป้องกันได้ จึงจัดทำเวทีประชาคม ได้มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้จากการสำรวจ การสอบถาม การเก็บข้อมูลในทะเบียนและฐานข้อมูลของสถานพยาบาลให้แก่ประชาชน และร่วมกันจัดตั้งโครงการ พขอ.วังสามหมอร่วมใจ สร้างความปลอดภัยบนท้องถนน ขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามนโยบายที่ว่า ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้และเชื่อมโยงระบบบริการกับชุมชนและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมาย

ในการทำให้ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” และ “คนไทยใส่ใจดูแลกัน” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2. เพื่อให้ประชาชนอำเภอวังสามหมอตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขี่บนท้องถนน
3. เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางถนน

วิธีการดำเนินงาน :

1. จัดทำเวทีประชาคม คืบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนแก่ชุมชนในทุกหมู่บ้าน
2. จัดทำแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร
3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายของแต่ละภาคส่วน
4. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
5. ดำเนินโครงการตามแผนงานที่วางไว้ โดยมีกิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้
 - ❖ มีการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน โดยผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงและคนในครอบครัว มีส่วนร่วมในการรณรงค์
 - ❖ จัดตั้งชุมชนต้นแบบ ธนาคารหมวกกันน็อค เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่นิยม
 - ❖ มีการจัดตั้งด่านตรวจในช่วงเทศกาล กิจกรรม “ตีปิกแมงขึ้นาก” เพื่อควบคุมเฝ้าระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน
- ❖ กิจกรรม “กินแล้วเมา เราซื้อให้” ช่วงเทศกาลมีด่านสกัดผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์แล้วเมา จะขับขึ้นรถออกมาซื้อของ โดยจะมีทีมที่ด่านตรวจไปซื้อของให้
- ❖ นวัตกรรม “ปิกหมุดจุดตาย” จุดที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมีผู้เสียชีวิตแต่ละรายในเขตอำเภอวังสามหมอ
- ❖ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้รถทางการเกษตร เช่น รถบรรทุกอ้อย รถอีแต่น หากพบรายงานพฤติกรรมขับขี่ที่อาจส่งผลต่อการเกิดอุบัติเหตุจะมีมาตรการลดเงินเดือนหรือห้ามซื้อขายผลผลิตทางการเกษตร

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

เชิงปริมาณ

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม จำนวน 300 คน ร้อยละ 95
2. เกิดชุมชนต้นแบบพร้อมยุทธการ
 - 2.1 ธนาคารหมวกกันน็อคในพื้นที่ จำนวน 10 แห่ง
 - 2.2 การสร้างสามสหายด้านชุมชน

เชิงคุณภาพ

3. เกิดภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
4. ประชาชนสามารถป้องกันอุบัติเหตุ เกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้องและปลอดภัย
5. เกิดธนาคารหมวกกันน็อคในชุมชนต้นแบบและการต่อ พรบ. อย่างต่อเนื่อง

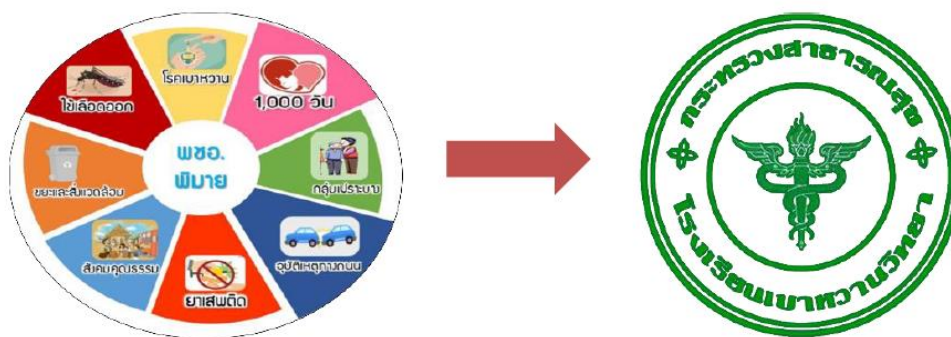
ข้อเสนอแนะ :

1. ควรเพิ่มการสร้างวินัย จรรยา โดยมีการภาคีเครือข่ายขับเคลื่อน
2. ขยายระยะยุทธการตีปีกแมงขึ้นาก และสามสหายด้านชุมชนให้ปฏิบัติได้ครอบคลุมในงานบุญ
ประเพณี กิจกรรมของชุมชน
3. ผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นบุคคลนอกเขตที่ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

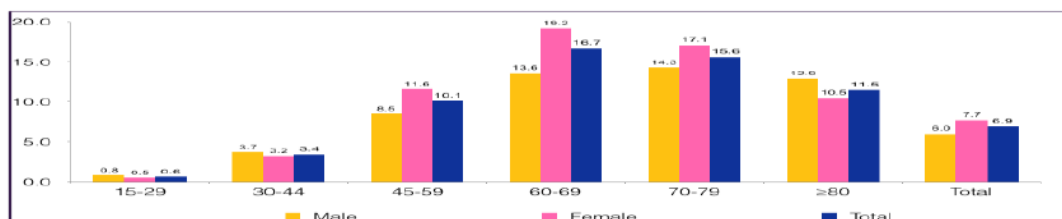
โรงเรียนเบญจมานูวิทยา คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD) ถือเป็น 1 ใน 9 ภารกิจหลัก ของ พขอ. พิมาย



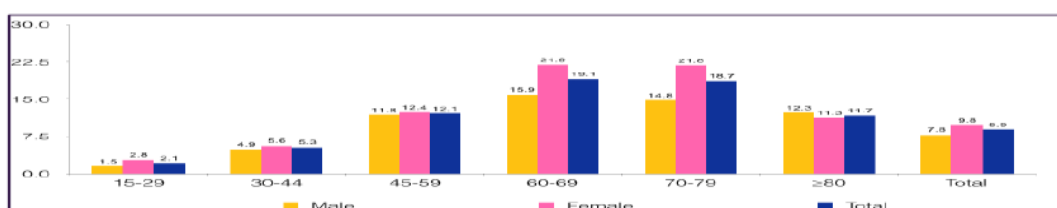
สถานการณ์ : จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ของสำนักงานสาธารณสุข อำเภอพิมาย เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบประชาชนในพื้นที่เป็นเบาหวานมากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี

Prevalence of diabetes in Thai population aged ≥ 15 yrs by age group, NHES- IV, 2009



2552

Prevalence of diabetes in Thai population aged ≥ 15 yrs by age group, NHES-V, 2014



2557

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน
3. เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่อำเภอฟิมาย

วิธีการดำเนินงาน :

แนวทางการดำเนินงาน NCDs ของ พชอ. ฟิมาย



ผลการดำเนินงาน :



ข้อเสนอแนะ :

1. ขยายพื้นที่ของโรงเรียนเบาหวานให้ครอบคลุมเขตทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. พัฒนาหลักสูตรของโรงเรียนเบาหวาน ที่เพิ่มแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วย และผู้ที่มีสุขภาพดี เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ อีกทั้งควรพัฒนาควบคู่ไปกับโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

บ้านสะอาด เมืองสวยงาม อภิบาลสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์ :

สถานการณ์ขยะมูลฝอยในอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่ามี ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมดเพิ่มขึ้นจำนวน 617.65 ตัน คิดเป็นร้อยละ 12.83 โดยในปี พ.ศ. 2563 มี ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด จำนวน 5,431.83 ตัน และมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เหลือตกค้าง ประมาณ 14,904.14 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งส่งผลให้อำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีปริมาณขยะตกค้างเป็นจำนวนมาก เนื่องจากบ่อกำจัดขยะในพื้นที่อำเภอสิรินธร บางแห่งได้ปิดตัวลง ทำให้เกิดข้อร้องเรียนจากประชาชนที่ได้รับ ผลกระทบจากขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมาก จึงให้อำเภอสิรินธรต้องกำจัดขยะโดยนำส่งกำจัดที่บ่อขยะแบบฝัง กลบที่ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดปริมาณขยะตกค้าง ดังกล่าว

วัตถุประสงค์ :

1. ประชาชน นักท่องเที่ยว มีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในการจัดการขยะ
2. มีกติกา มาตรการในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
3. เกิดนโยบายการดำเนินงานอย่างยั่งยืนในระดับตำบล อำเภอในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
4. ผลกระทบจากปัญหาขยะลดลง

วิธีการดำเนินงาน :

1. ภาควิชาเครือข่าย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบโดยใช้ problem tree analysis จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อคณะกรรมการ พขอ. สิรินธร
3. คณะอนุกรรมการ พขอ. ประเด็นการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดแผน ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน
4. การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ กิจกรรม ที่กำหนด
5. การควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยนำเสนอในการประชุม คณะกรรมการ พขอ. ทุก 3 เดือน
6. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีต่อคณะกรรมการ พขอ. ถึงผลสำเร็จ Best practice ปัญหา

อุปสรรค โอกาสพัฒนาต่อเพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. พฤติกรรมการจัดการขยะ คัดแยกขยะ
 - ประชาชน 23,973 คน 57.15 %
 - ครั้วเรือน 7,991 ครอบครัว 43.97 %
2. มีการประชุมเพื่อกำหนดกติกา มาตรการ การจัดการขยะ ระดับหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน และดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. มีนโยบายระดับอำเภอ (อำเภอสะอาด) โดยนายอำเภอประกาศนโยบาย และบันทึกข้อตกลงร่วมกับท้องถิ่นทุกแห่ง
4. ภาครัฐช่วยทั้งภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดการขยะทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ
5. ปริมาณขยะลดลง ทำให้การใช้งบประมาณด้านการจัดการขยะลดลง ปริมาณเรื่องร้องเรียนจากปัญหาขยะลดลง
6. อำเภอสิรินธรได้รับรางวัลอำเภอสะอาด ระดับจังหวัดอุบลราชธานี

ข้อเสนอแนะ :

ปริมาณขยะยังเพิ่ม ซึ่งสาเหตุจากที่อำเภอสิรินธรมีแหล่งท่องเที่ยว นักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวปริมาณมากขึ้น เป็นเหตุให้จึงมีแนวทางในการจัดการขยะในส่วนของแหล่งท่องเที่ยว คือ โครงการ smart tourist เสนอคณะกรรมการ พขอ. ต่อไป

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พชอ./พชข.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

การบูรณาการดำเนินงานโควิด19 ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับการดำเนินงานหมอครอบครัว (3 หมอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอถ้าพรรณรา จังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์ :

สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ของประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 1,615,228 ราย มีผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 16,850 ราย สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ของจังหวัดนครราชสีมา ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 16,135 ราย มีผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 92 ราย และสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ของอำเภอถ้าพรรณรา ข้อมูล ณ วันที่ ๒ ตุลาคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด19 จำนวน ๔๕ ราย มีผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต ๓ราย จากการระบาดของโรคโควิด19 ในทุกพื้นที่ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนกกลัว วิตกกังวล จึงทำให้ ส่วนราชการ ภาคเอกชน จิตอาสา ประชาชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพต่างๆได้ร่วมกันออกมามีบทบาทในการจัดการปัญหาที่เกิดจากโควิด19 ในพื้นที่ แต่การจัดการปัญหาเป็นแบบต่างคนต่างทำ ขาดความรู้และไม่มีแนวปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างเป็นระบบ ขาดความเป็นทีมที่เอกภาพ คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจึงขอเป็นแกนกลางในการบูรณาการแก้ไขปัญหาโควิด19 โดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ร่วมกับการดำเนินการหมอครอบครัว(3 หมอ)มาบูรณาการในการร่วมกันพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ร่วมกัน

อำเภอถ้าพรรณรามีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบลในการขับเคลื่อนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพประชาชนในพื้นที่ โดยมีการร่วมกันพิจารณาเป้าหมาย ทิศทางและกลวิธีดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ความเป็นเจ้าของและภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนโดยมีการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล (พชอ./พชต.) 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล (พชอ./พชต.) มีการประชุมคัดเลือกประเด็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด19 เป็นปัญหาของพื้นที่ และจัดทำแผนการดำเนินการเพื่อดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE ร่วมกับการดำเนินงานตามนโยบายหมอครอบครัว(3 หมอ) “คนไทยทุก

ครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” โดยหมอครอบครัว(3หมอ) มีบทบาทประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้าน และชุมชนแบบ “ใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง ลดการเดินทาง ลดความแออัดของโรงพยาบาล เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งต่อรักษา โดยหมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน คือ อสม.เป็นหมอใกล้ตัว แนะนำดูแลผู้ป่วยถึงบ้านและสุขภาพของคนในชุมชน 1 คนดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้การรักษาและส่งต่อ รวมถึงดูแลสุขภาพให้คำแนะนำประชาชนในทุกมิติ 1 คนดูแลประชาชน 1,250 – 2,500 คน และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล รับการส่งต่อ 1 คนดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน โดยประชาชนรู้รายชื่อหมอประจำตัว 3 คนของตนเอง ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องเกี่ยวเนื่องกัน และต้องได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดยพื้นที่อำเภอถ้าพรรณรามีภาคีเครือข่ายที่สำคัญ ดังนี้ ส่วนราชการทุกส่วน โรงเรียน โรงงาน องค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จิตอาสาชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครกู้ภัย วัด

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ที่รายรอบพื้นที่ ทำให้อำเภอถ้าพรรณราต้องยกระดับการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาโควิด19 และมีความจำเป็นต้องใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ตามองค์ประกอบUCCARE ร่วมกับ ร่วมกับกลไกการดำเนินการหมอครอบครัว (3 หมอ) “ใกล้ชิด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ในการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนอย่างเป็นเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกครัวเรือน ซึ่งจะทำให้มีการเข้าถึงบริการได้สะดวกโดยการแบ่งเขตดูแลทุกครัวเรือนในหมู่บ้านให้“คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” จึงเป็นการบูรณาการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องต่อเนื่องและมีเป้าหมายและทิศทางเดียวกันในการดำเนินงานโควิด19 และจะช่วยให้การแก้ไขปัญหา มีความรวดเร็ว ทันเวลา มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อบูรณาการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับดำเนินงานหมอครอบครัว(3หมอ) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานโรคโควิด19
2. เพื่อระดมศักยภาพการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด19

วิธีการดำเนินงาน :

1. การสร้างทีมที่มีเอกภาพ Unity team
 - 1.ประชุมตั้งทีมคณะกรรมการ และคณะทำงานโควิด19 โดยเชิญภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงานและประชุมเพื่อกำหนดการแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ และร่วมกันบูรณาการวางแผนและดำเนินการ โดยมีคณะทำงานดังนี้



1) คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคระดับอำเภอ ประกอบด้วย สำนักงานอำเภอถ้าพรรณรา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีหน้าที่ 1)เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ประสานข้อมูลสถานการณ์โรคและรายชื่อผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาล และแจ้งข้อมูลให้ภาคีเครือข่ายระดับตำบลและหมู่บ้าน 2)อำนวยความสะดวก ประสานงานในแก้ปัญหาอุปสรรค ตรวจเยี่ยมสถานที่เสี่ยงที่สำคัญในพื้นที่ โรงงาน ตลาด ร้านค้า โรงเรียน



2) คณะทำงานทีมหมอกกรอบครัว (3 หมอ)ระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน มีหน้าที่ เป็นศูนย์ประสานงานด้านการรักษาพยาบาล เฝ้าระวัง ควบคุมโรค ป้องกันโรค ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง การควบคุมป้องกันโรค ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาลถ้าพรรณราสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยประสานงานกับภาคีเครือข่าย



3) คณะทำงานโควิด19 ระดับตำบล ประกอบด้วย ปลัดอำเภอประจำตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนันผู้ใหญ่บ้าน มีหน้าที่ เป็นศูนย์บริหาร อำนาจการและประสานงาน จัดหาสถานที่พัก ศูนย์พักคอยและอาหาร ให้ผู้ติดเชื้อและผู้เสี่ยงสูง โดยประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิและทีม 3 หมอ ในพื้นที่



4) คณะทำงานโควิด19 ระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนันผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่ 1)เฝ้าระวังโรค ค้นหาผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ควบคุมป้องกันโรค และสนับสนุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วย ในระดับหมู่บ้าน 2)การเฝ้าระวังสถานที่เสี่ยงในหมู่บ้าน ร่วมกันเฝ้าระวังกักตัวผู้เสี่ยงสูงและผู้เดินทางจากพื้นที่เสี่ยง ที่เข้ามาในหมู่บ้าน 3)ประสานงานจัดหาอาหารให้ผู้ถูกกักตัวผู้ติดเชื้อที่รักษาที่บ้าน 4) การติดตามเฝ้าระวังอาการผู้ติดเชื้อที่รักษาที่บ้านร่วมกับแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง



5) สถานีตำรวจภูธรอำเภอถ้ำพรรณรา มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังการลักลอบเล่นการพนันในหมู่บ้านและงานศพ การร่วมตรวจเฝ้าระวังการไม่ใส่หน้ากากอนามัยในพื้นที่สาธารณะ

6) โรงเรียนและโรงงาน มีหน้าที่ เฝ้าระวังในพื้นที่และแจ้งประสานข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ ในการเฝ้าระวังกักตัวผู้เสี่ยงสูง ควบคุมป้องกันโรคในสถานที่รับผิดชอบ

7) ทีมอาสาสมัครกัญภัย มีหน้าที่ ร่วมรับส่งผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษ จัดการศพผู้เสียชีวิต และการพ่นฆ่าเชื้อในครัวเรือนที่พบผู้ติดเชื้อ



8) วัด จัดหาสถานที่เผาศพ และจัดพิธีทางศาสนาที่มีความปลอดภัย



9) จิตอาสาเพื่อนช่วยเพื่อน การจัดหาอาหารเพื่อช่วยเหลือครอบครัวผู้กักตัวและผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด19

2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและช่องทางการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย Customer focus กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ และรูปแบบการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. กลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้ติดเชื้อ ดังนี้

๑) แจ้ง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม.โดย ผู้เดินทางเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ผู้สงสัยติดเชื้อ แจ้งข้อมูลของตนเองให้ อสม.เพื่อรายงานผู้ใหญ่บ้าน และทีมสอบสวนโรค ของ รพ.สต.ทราบเพื่อดำเนินการเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและระบบรักษา ตามมาตรการที่กำหนด

2) แจ้งข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทราบทางโทรศัพท์เพื่อประสานภาคเครือข่ายในการร่วมดำเนินการนำเข้าสู่ระบบระบบการเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและระบบรักษา ตามมาตรการที่กำหนด

3) อสม. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร่วมกันจัดทำและบันทึกข้อมูลในระบบออนไลน์ คือ ทะเบียนผู้เดินทางเข้าพื้นที่ ทะเบียนผู้กักตัว ทะเบียนผู้ต้องส่งตรวจหาเชื้อ

ตรวจเชื้อโควิดด้วยตนเอง

เจอผลเป็นบวก ควรทำอะไร ?

1 ผู้ตรวจพบเชื้อติดต่อ

097-3027461
รณ.ลำพูนธนา

083-3958536
รณ.สต.บ้านเขวาสีอุรัส

093-6645561
รณ.สต.บ้านป่าไผ่

087-9204874
รณ.สต.บ้านเกาะฮั่ว

093-6715634
รณ.สต.บ้านประจักษ์ศิลปาคม

062-9921882
รณ.สต.บ้านควนทอง

2 การปฏิบัติระหว่างรอเข้ารับการรักษา

เตรียมของใช้

- เตรียมเอกสารสำคัญ เช่น บัตรประชาชน และบัตรประชาชน
- งด
- งด
- หากมีไข้
- สวมหน้ากาก

งดเดินทางไปสถานที่แออัด ไม่ไปโรงเรียน ไม่ไปทำงาน ไม่ไปทำธุระส่วนตัว ไม่ไปพบปะสังสรรค์ ไม่ไปออกกำลังกาย ไม่ไปทำกิจกรรมกลุ่ม

ติดต่อแจ้งเหตุฉุกเฉิน โทร. 166 หรือ โทร. 112

2.กลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด19

1) ให้กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอสม. สำรวจ และแจ้งศูนย์คณะทำงานตำบลโควิด19และคณะทำงานอำเภอโควิด19 อำเภอตรวจเยี่ยมและช่วยเหลือ

2) ผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด19 สามารถโทรแจ้งตรงต่อที่ว่าการอำเภอถ้าพรณรา

3. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นสถานที่เสี่ยงที่สำคัญ คือ โรงงาน ตลาด โรงเรียน

1) ให้แจ้งประสานโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหากพบว่ามีความเสี่ยงต่อโรคโควิด19 เพื่อประสานภาคีเครือข่ายในการร่วมดำเนินการ

2) ให้มีกลุ่มไลน์ในการประสานงาน

3. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) โดยการสร้างช่องทาง การรับรู้ปัญหา เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอถ้ำพรรณรา มีกลวิธีในการสร้างการมีส่วนร่วมดังนี้

1) ดำเนินการจัดประชุม ตัวแทนภาคีเครือข่ายสุขภาพและคณะทำงาน เพื่อกำหนดแนวทางในการดำเนินงานโควิด19 ในด้านต่างๆ ชักชวนทำความเข้าใจและกำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติร่วมกันทั้ง อำเภอ และร่วมวางแผนวางรูปแบบการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

2) ร่วมกันวิเคราะห์การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ให้ภาคีเครือข่ายและประชาชนทราบแนวปฏิบัติ ต่างๆ ที่ได้ร่วมกันกำหนดเป็นมาตรการในการดำเนินการโควิด19 โดยแจ้งให้รับรู้และขอความร่วมมือร่วม กำหนด รูปแบบประชาสัมพันธ์ ทุกรูปแบบ โดยให้เหมาะสมกับประชาชนกลุ่มต่างในพื้นที่

3) กำหนดรูปแบบการติดต่อสื่อสารระหว่างคณะทำงานและภาคีเครือข่ายโดยใช้การติดต่อด้วย กลุ่มไลน์ และโทรศัพท์

๔) การประชาสัมพันธ์มาตรการและแนวทางปฏิบัติ ข้อมูลสถานการณ์โรคโควิด19 ให้ประชาชน ทราบ โดยมีเบอร์โทรศัพท์ เฟซบุค ของหน่วยงานสาธารณสุขให้ประชาชนรับทราบข้อมูล แจ้งข่าว เสนอแนะและ แสดงความคิดเห็น

๕) การจัดรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ โดยชุมชน

๖) การประชาสัมพันธ์ในรูปแบบ อสม.เคาะประตูบ้าน ทุกหลังคาเรือน อย่างต่อเนื่องทุกวัน ทุกสัปดาห์

ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

1. ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย องค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานขับเคลื่อน ประเด็นสุขภาพพัฒนาคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน เกิดต้นแบบชุมชน ลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

2. เกิดความร่วมมือในชุมชนในการจัดการ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดภัย และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

3. เด็ก เยาวชน มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โทษและพิษภัย บุหรี่-สุรา เกิดกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งใน โรงเรียน และชุมชน สร้างค่านิยมวัยเรียนวัยใส ห่างไกลบุหรี่-สุรา

4. มีระบบการช่วยเหลือสุรา ในชุมชน และสร้างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในชุมชน

5. มีต้นแบบชุมชนลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ รวมทั้งบุคคลต้นแบบสามารถ ถ่ายทอดวิธีการ ลด ละ เลิก พร้อมให้คำปรึกษาในชุมชนได้

6. มีรูปแบบการดำเนินงานในชุมชน “เขตวันโมเดล” ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพในชุมชน โดย สร้างโอกาสการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน

4. การแบ่งปัน ทรัพยากรและการ พัฒนาทรัพยากรบุคคล Resource sharing and human โดยใช้ กลวิธีมีส่วนร่วม คือ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมแบ่งปัน ร่วมพัฒนา คณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตอำเภอถ้าพรรณรา มีกลวิธี ในการแบ่งปันทรัพยากรร่วมกับทีมคณะทำงานทุกทีมที่เป็นภาคีเครือข่าย โดยวิธี ร่วมมือกันประชุมวางแผน ในการจัดหาและทรัพยากรเพื่อการดำเนินงานของพื้นที่ทั้งในอำเภอ ตำบลและ หมู่บ้าน โดยมีการประสานงาน แบ่งหน้าที่ พร้อมทั้งจัดหาทรัพยากรและสนับสนุนดังนี้

ด้านการสนับสนุนทรัพยากร

๑) องค์การบริหารส่วนตำบล สนับสนุนวัสดุควบคุมป้องกันโรคสำหรับครัวเรือน บริหารจัดการศูนย์พักคอย จัดหาอาหารให้ผู้กักตัว

๒) ประชาชน ภาคเอกชน ร่วมบริจาควัสดุควบคุมป้องกันโรคให้สถานบริการสาธารณสุข

๓) จิตอาสาและประชาชนร่วมบริจาคจัดหาอาหารให้ผู้กักตัวและผู้ได้รับผลกระทบจากโควิด19

๔) วัดสนับสนุนจัดหาสถานที่เผาศพ และพิธีการที่ปลอดภัย

ด้านการพัฒนาบุคลากร

1) ฝึกอบรม อสม.เรื่องการจัดทำหน้ากากอนามัยและเจลล้างมือ

2) ให้ความรู้ อสม.เรื่อง แนวการดำเนินการเฝ้าระวังกักตัวในหมู่บ้านและการใช้สมุนไพรรักษาไข้ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

3) ฝึกอบรม อสม.เรื่อง การตรวจ ATK

4) ฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขด้านการสอบสวนโรคและการรักษาพยาบาล

5) ฝึกอบรมอาสาสมัครกักกันและจิตอาสาเรื่องการรับส่งผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และผู้เสี่ยงสูง

6) ฝึกอบรมอาสาสมัครกักกัน เรื่องการจัดการศพผู้ป่วยโควิด

7) ฝึกอบรมพระในการจัดพิธีศพ

5. การร่วมกันกำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติในการดูแลประชาชนให้เหมาะสมกับบริบทและ ความจำเป็น Essential care คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอถ้าพรรณรา มีการจัดระบบการดำเนินงานโควิด 1๙ แบบบูรณาการร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยร่วมกันวางแผนกิจกรรมการปฏิบัติงาน และเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค ในระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ร่วมกับทีมหมอครอบครัว 3 หมอ และตัวแทนภาคีเครือข่ายสุขภาพโดยร่วมกันกำหนดแนวทางและมาตรการเพื่อปฏิบัติร่วมกัน ดังนี้

๑) มาตรการเฝ้าระวังแหล่งแพร่เชื้อในชุมชน ในสถานที่เสี่ยง คือ ร้านค้า ตลาด สถานที่รับซื้อน้ำ ยางพารา ร้านน้ำ ป่อนการพนัน

๒) มาตรการป้องกันควบคุมโรคในการจัดงานและกิจกรรมของพื้นที่ เช่น งานศพ งานแต่งงาน

๓) แนวปฏิบัติด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและสถานที่ที่พบผู้ติดเชื้อ

๔) แนวปฏิบัติด้านการจัดการศพผู้ติดเชื้อ

๕) แนวปฏิบัติด้านการสนับสนุนอาหารและน้ำให้ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

ศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อโควิด-19
อำเภอลำพูน

มาตรการป้องกันโรคติดต่อโควิด-19
ก่อนเปิดเทอม 1 มิ.ย. 64

การออกหนังสือรับรองการกักตัวกรณีเดินทางออกนอกพื้นที่อำเภอลำพูน

แจ้ง ครู และนักเรียนที่ต้องเดินทางไปโรงเรียนต่างพื้นที่อำเภอ หากประสงค์จะขอเอกสารรับรองการกักตัวครบ 14 วัน ที่ออกโดยคณะกรรมการควบคุมโรค ให้ดำเนินการ ดังนี้

- 1) แจ้งขึ้นทะเบียนการกักตัว ที่ อสม. หรือ ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่
- 2) กักตัวตามมาตรการที่คณะกรรมการควบคุมโรคกำหนด
- 3) เมื่อครบกำหนดกักตัว 14 วัน ให้ขอเอกสารรับรองการกักตัวที่ผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่

สอ.ลำพูน (080-5351423) รพ.ลำพูน (075-306221)

อำเภอลำพูน

ตรวจเข้ม จับจริง

มีวสุม ลักลอบเล่นการพนัน

ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่เชื้อโรคโควิด-19

มีความผิด ตาม พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.2558
ตามฐานความผิดที่กฎหมายกำหนด

หากท่านพบเห็น

โทรแจ้งเหตุ 075-306019

พ.อ.กิตติชัย ไตรสรณ
ผกก.สอ.ลำพูน

6. การชื่นชมและให้คุณค่า อย่างต่อเนื่อง Appreciation

1) ทีม พชอ. ระดับอำเภอมีการตรวจเยี่ยมเสริมพลังการปฏิบัติงานในพื้นที่ และมอบอุปกรณ์เครื่องมือสนับสนุนการทำงาน

2) การประกาศเกียรติคุณให้กับประชาชนที่มีการบริจาควัสดุอุปกรณ์ เงิน ในการปฏิบัติงาน

3) การประกาศชื่นชมทีมงานและภาคีเครือข่ายที่เสียสละทุ่มเทในการปฏิบัติงาน

7. การพัฒนาทีมหมอครอบครัว (3 หมอ) อย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสถานการณ์โรค

1) การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งทีมหมอครอบครัวและแบ่งเขตรับผิดชอบ

2) การจัดทำฐานข้อมูลทะเบียนหมอครอบครัว (3 หมอ) ที่เว็บไซต์

<https://3doctor.hss.moph.go.th/> เพื่อแบ่งเขตรับผิดชอบ

3) การจัดทำช่องทางการสื่อสารของทีมหมอครอบครัว (3 หมอ คือ แพทย์ จนท.สาธารณสุข และอสม.) และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน คือ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. โรงเรียนโรงงาน วัด มูลนิธิอาสาสมัคร โดยใช้กลุ่มไลน์ในการติดต่อระหว่างทีม และการจัดทำทะเบียนเฝ้าระวังกักตัวและทะเบียนส่งตรวจหาเชื้อ โดยมี อสม.เป็นผู้บันทึกข้อมูลผู้เสี่ยงสูงเพื่อส่งตรวจหาเชื้อ

4) ทีมหมอครอบครัวจัดทำแนวปฏิบัติในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด19 ร่วมกับภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการ พชอ./พชต.

-แนวปฏิบัติด้านการเฝ้าระวังกักตัว

-แนวปฏิบัติด้านการส่งตรวจผู้สัมผัสเสี่ยงสูง และการรับส่งผู้สัมผัสเสี่ยงสูง

-แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ การส่งต่อเข้ารับการรักษา

ผลลัพธ์ :

1. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด19 ที่มีประสิทธิภาพมีจำนวนป่วยน้อย ลดจำนวนผู้เสียชีวิต
2. มีภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานCovid19
3. ประชาชนได้รับผลกระทบจากโควิด19 น้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต
4. ระบบการดำเนินงานโควิด๑๙ของอำเภอถ้ำพรรณรา สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินการไปตามสถานการณ์ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ :

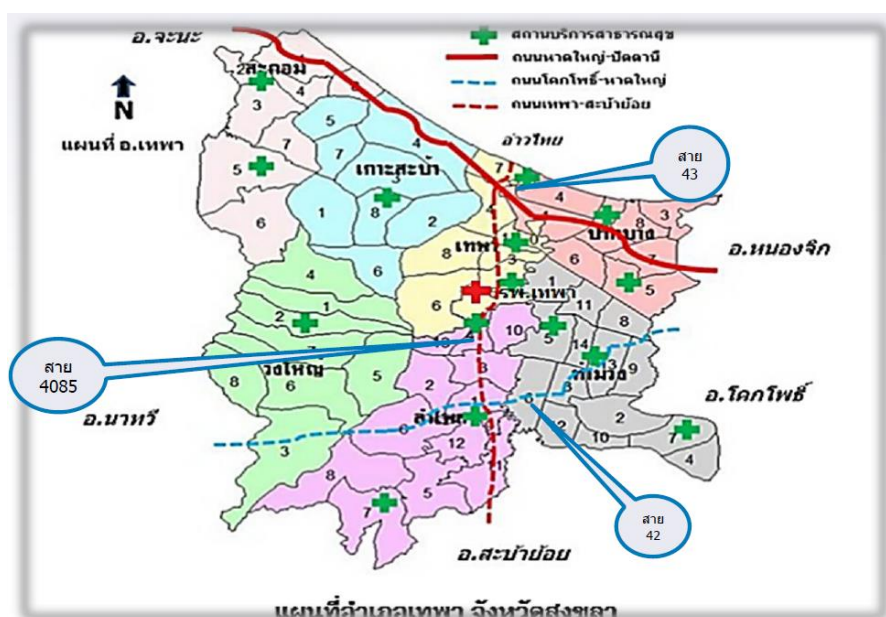
1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้เสี่ยงสูง ผู้ติดเชื้อ สถานที่เสี่ยง เป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินของทีมงานภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะระดับหมู่บ้าน
2. การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร ในระหว่างกักตัว 14 วัน ของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อตามคำแนะนำให้ใช้ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. การดำเนินการควรมีการร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วมทบทวนสถานการณ์ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามสถานการณ์และทรัพยากรที่มี

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พชอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

ลดอุบัติเหตุทางหลวงหมายเลข 43 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

สถานการณ์ :

ปัญหาจากการดำเนินงานปี 2562 สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุในอำเภอเทพา ปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงปัจจุบัน พบจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุจำนวน 636 ราย จำนวนตาย 18 ราย ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ปัญหาสัตว์เลื้อยบนถนนการเกิดอุบัติเหตุบนถนนสายรอง เทศกาลฮารีรายอ เป็นเทศกาลที่มีประชาชน จากพื้นที่เทพา และ 3 จังหวัดชายแดนใต้ใช้ในการสัญจร ผ่านเส้นทาง หมายเลข 43 ส่งผลให้มีการจราจร หนาแน่น ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ



วัตถุประสงค์ :

1. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 5
2. การเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญเท่ากับศูนย์

วิธีการดำเนินงาน :

1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน
 - กิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้รถใช้ถนนในสถานศึกษา/สถานประกอบการ
 - การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน
 - พิธีลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ลดอุบัติเหตุในหน่วยงานราชการ สาย 4085
2. พัฒนาทางกายภาพและแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง

- จัดอบรม อบต. ทุกแห่งให้ดำเนินการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง
- อบต. ทุกแห่ง ทำแผนแก้ไขปัญหาลูกเสี่ยง จุดเสี่ยงที่แก้ไขเองไม่ได้นำเสนอ สปอ. อำเภอ เพื่อให้ สปอ.

จังหวัดให้แก้ไขปัญหาลูกเสี่ยง

- นำเสนอแผนขยายไหล่ทาง

3. การบังคับใช้กฎหมาย

- กำหนดจุดให้บริการตรวจสภาพยานพาหนะในช่วงเทศกาลสำคัญ
- กวณขึ้นการบังคับใช้กฎหมายในรถบรรทุก

4. การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสสังคม

- ป้ายคัทเอ๊าท์
- กลุ่มไลน์
- วิทยูทูบ
- ครงรคัษขีปลดถักย
- MOU ลดอุบัติเหตุในหน่วยงานราชการ สาย 4085

จุดเสี่ยงของพื้นที่ และการแก้ไข

ลำดับที่	จุดเสี่ยงสาย 43 อ.เทพา	การดำเนินการแก้ไข
๒	U turn หน้าโรงรับซื้อข้าว ม. ๑ สะกอม	ทำประชาคม รื้อ
๓	โค้งปากบางสะกอมชาล่อง ม.๑ สะกอม	ปรับพื้นผิวถนน ติดป้ายเตือน เส้นชะลอความเร็ว
๔	โค้งดืออามาน ม.๑ สะกอม	ตัดต้นไม้ริมถนน ติด guard rail
๕	ตลาดเขาน้อย ม. ๔ สะกอม	ทำสถานที่จอดรถ กำหนดจุดห้ามจอดรถ
๖	โค้งกรงอิตำ ม.๔ เกาะสะบ้า	ตัดต้นไม้ ติด guard rail
๗	Uturn ค่ายลพบุรีราเมศ	ทำประชาคม รื้อ
๘	โค้งเพชรมี (ชาชื่น) ม.๗ เทพา	ตัดต้นไม้ริมถนน
๑๐	โค้งบ่อเตย (ชาลง - ชาชื่น) ม.๑ ปากบาง	ตัดต้นไม้ริมถนน ติด guard rail red gard



ผลลัพธ์ :

ความสำเร็จของการเป็นต้นแบบที่ดีของโครงการเป็นแบบอย่างที่ดีที่เกิดจากโครงการนี้ คือ การมีส่วนร่วมของ การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สู่ระดับตำบลโดยการมีส่วนร่วม คิด วิเคราะห์จุดเสี่ยงในระดับ หมู่บ้านได้อย่างแท้จริง เปิดโอกาสให้ประชาชนมีการพูดคุยนำเสนอมายังอำเภอ

แนวปฏิบัติที่ดี (Best practice) ในการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยศักยภาพ พขอ./พชช.และระบบสุขภาพปฐมภูมิ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง

การควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกัน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร

สถานการณ์ :

เดือนเมษายน 2564 ประเทศไทยเผชิญวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ระลอก 3 โดยเฉพาะกรุงเทพมหานคร ที่มีประชากรหนาแน่น พบสายพันธุ์อังกฤษ หรือ B.1.1.7 ที่แพร่ระบาดได้ รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ปกติถึง 1.7 เท่า ผู้ป่วยไม่ได้แสดงอาการหลังจากได้รับเชื้อระยะแรก จนอาการรุนแรง ปัญหา มากมายต่อการจัดสรรทรัพยากรทางการแพทย์ จากการสอบสวนโรคพบว่าการละเลยมาตรการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเดินทางไปที่เสี่ยง การปกปิดข้อมูล และการกักตัว จนวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ทีมสอบสวนโรคได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนแออัด 1 ราย เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและออกนอกชุมชน เนื่องจากเป็นร้านค้า พักอาศัยหนาแน่น ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เขตทวีวัฒนา จึงพัฒนาโมเดลการกักกันชุมชนเพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019 ; CCA model โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ และประชาชน

วัตถุประสงค์ :

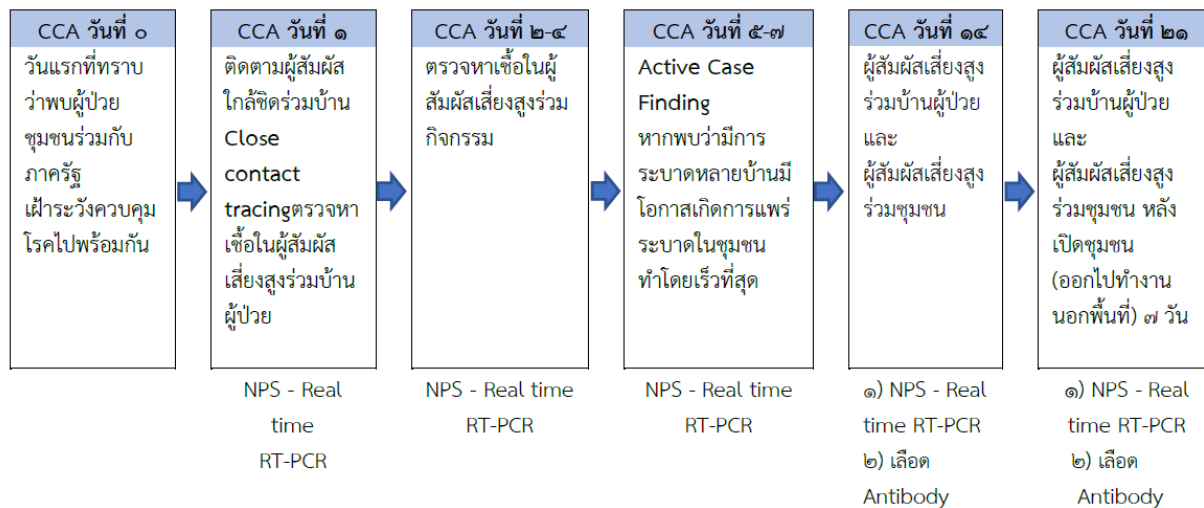
เพื่อศึกษามาตรการควบคุมการระบาดในชุมชนโดยการกักกันชุมชน (Community Quarantine) และพัฒนาแนวทางระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรค

วิธีการดำเนินงาน :

โมเดลการกักกันชุมชนดำเนินการและพัฒนาในช่วงที่มีการระบาดระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ถึง 4 มิถุนายน 2564 ตั้งแต่วันที่เริ่มพบผู้ป่วย,ติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด, ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ตรวจหาเชื้อซ้ำ ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงหลังจากกักกันชุมชนครบ 14 วัน และ 21 วัน (หลังเปิดชุมชน 7 วัน) โดย Real time RT-PCR และตรวจหาแอนติบอดี ตามกรอบการดำเนินงานรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1

กรอบการดำเนินงาน การตรวจหาการติดเชื้อในแต่ละวัน ตามมาตรการ Clean Community Anti Covid 2019 ; CCA model ในชุมชน เขตทวีวัฒนา



รูปภาพที่ 1 การเฝ้าระวัง ได้แก่ อุณหภูมิ อาการ ผ่านทาง line official Home quarantine หรือแจ้งทางโทรศัพท์/ แกนนาคอบครัว/ แกนนำชุมชน ผู้ติดเชื้อจะได้รับการติดตามสอบถามอาการ การรักษาพยาบาล ขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงระยะเวลารักษาตัว และเมื่อกลับสู่ชุมชนจะได้รับการตรวจหาเชื้อซ้ำ





ผลลัพธ์การดำเนินงาน :

ชุมชนแห่งนี้มีพื้นที่ 4 ไร่ ประชากรทั้งหมด 196 ราย บ้าน 31 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่เป็นเพชหญิง ร้อยละ 54.6 อายุเฉลี่ย $35.56 + 21.10$ ปี (7 เดือน - 86 ปี) พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 38 ราย คิดเป็น 19.39% มีความสัมพันธ์เครือญาติและทำกิจกรรมร่วมกัน **รูปภาพที่ 2** พบรายแรกในวันที่ 8 พ.ค.64 (CCA day 0) รายสุดท้าย 21 พ.ค.64 จากการตรวจซ้ำผู้สัมผัสเสี่ยงสูงรวมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยทั้ง 38 ราย อาศัยอยู่ตามบ้าน 7 หลัง **รูปภาพที่ 3** มีความสัมพันธ์เครือญาติและทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในบ้านของผู้ป่วยรายแรก **รูปภาพที่ 4** ในบ้านแต่ละหลังมีผู้ติดเชื้อ 50 – 100% ของจำนวนสมาชิกในแต่ละบ้าน พบสมาชิกทุกคนในบ้านมีการติดเชื้อ (100%) จำนวน 3 หลัง จาก 7 หลัง (42.86%) พบการติดเชื้อตั้งแต่ครั้งแรกที่ตรวจ 35 ราย (64.81%) พบการติดเชื้อหลังจากตรวจซ้ำ 3 ราย (5.56%) เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูง ในบ้านที่มีผู้ป่วย หลังจาก CCA วันที่ 14 ได้ตรวจหาภูมิคุ้มกันทั้งหมด 160 ราย ไม่พบภูมิคุ้มกันขึ้นในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงรวมบ้านผู้ป่วย 14 ราย (77.78%) และในชุมชน 135 ราย (98.54%) และ CCA วันที่ 21 หลังเปิดชุมชน 7 วัน ทุกรายไม่พบว่ามีภูมิคุ้มกันขึ้นสามารถป้องกันตนเองจากโรคได้ มีผู้ที่มีภูมิคุ้มกัน 3 ราย (1.53%) ที่น่าจะติดเชื้อมาก่อน (ไม่รวม 1 ราย ที่ได้จากการฉีดวัคซีน) อีก 149 ราย (76.02%) ยังไม่มีภูมิคุ้มกัน ทางศูนย์บริการสาธารณสุขได้มีการติดตามผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน ทั้งหมด 38 ราย (19.39%) อายุ น้อยที่สุด 7 เดือน และอายุที่มากที่สุด 83 ปี พบว่ามีอาการ Patient Under Investigations; PUI ได้แก่ ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ 5 ราย (13.16%) ในวันที่มีการตรวจพบเชื้อทุกรายไม่มีอาการรุนแรง พื้นที่เขตทวีวัฒนาได้รับการ

สนับสนุนพาหนะจากฝ่ายเทคนิค สำนักงานเขตทวีวัฒนา นำส่งโรงพยาบาลสนาม ภายในวันเดียวกัน ที่ทราบผลโรคประจำตัวที่พบ ได้แก่ เบาหวาน ตั้งครรภ์ เคยเป็นวัณโรค และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง ที่อยู่โรงพยาบาลมีอาการ 16 ราย (42.10%) มีอาการของระบบทางเดินหายใจอย่างเดียว 15 ราย และผู้ติดเชื้ออีก 1 รายมีอาการท้องเสียร่วมกับอาการของระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัส 17 ราย (44.74%) มีระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ย 11.82 วัน เมื่อผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาล จะได้รับการตรวจหาเชื้อซ้ำ 37 ราย และได้รับการทดสอบหาแอนติบอดี 35 ราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนมาตรการศูนย์พักพิงในชุมชนแออัด พบว่า 33 ราย (94.29%) มีภูมิคุ้มกันขึ้น โดย 1 ราย พบภูมิคุ้มกันเฉพาะ Total Ig ผู้ติดเชื้อ 2 ราย อายุ 13 ปี และ 59 ปี ไม่พบภูมิคุ้มกันทั้ง Total Ig และ IgM มีผู้ติดเชื้อจำนวน 2 ราย หลังออกจากโรงพยาบาลยังมีค่า Ct RdRp/N= 22.82/20.84 และ 25.70/26.43 ในระหว่างที่กักตัว 14 วัน พบผู้กักตัวที่มีความกังวลปัญหานายจ้าง ลูกจ้าง 43 ราย สามารถแก้ปัญหาในระดับนักสังคมสงเคราะห์ 39 ราย (90.70%) เช่น พุดคุย ส่งหนังสือขอความร่วมมือ หนังสือคำสั่งกักตัว เป็นต้น สามารถแก้ปัญหาในระดับนักวิชาการสาธารณสุข 2 ราย (4.65%) และจำนวน 3 ราย (6.98%) สามารถแก้ปัญหาในระดับหัวหน้าฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล ที่มีการทำความเข้าใจกับนายจ้างเกี่ยวกับพรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

การที่ชุมชนร่วมกับภาครัฐใช้ โมเดลการกักกันชุมชน Clean Community Anti Covid 2019 ; CCA model สามารถเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนผู้เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูลที่สำคัญ และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรค เช่น ทราบว่าผู้ติดเชื้อคือใคร สถานที่เสี่ยงคือที่ไหน กิจกรรมเสี่ยงคืออะไร ทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และเข้าสู่การตรวจ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงร่วมบ้านผู้ป่วย การออกหนังสือกักตัว 14 วันร่วมกับทำความเข้าใจ เยียวยาแก้ปัญหา ทำให้ร่วมมือและทราบแผนระยะเวลาที่ชัดเจนในการควบคุมโรค การสร้างแกนนำชุมชนและแกนนำครอบครัวช่วยในการสื่อสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี การที่ทุกคนตระหนักถึงการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของคน ในครอบครัว สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ และการปิดชุมชนเพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายอื่นมาแพร่เชื้อ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

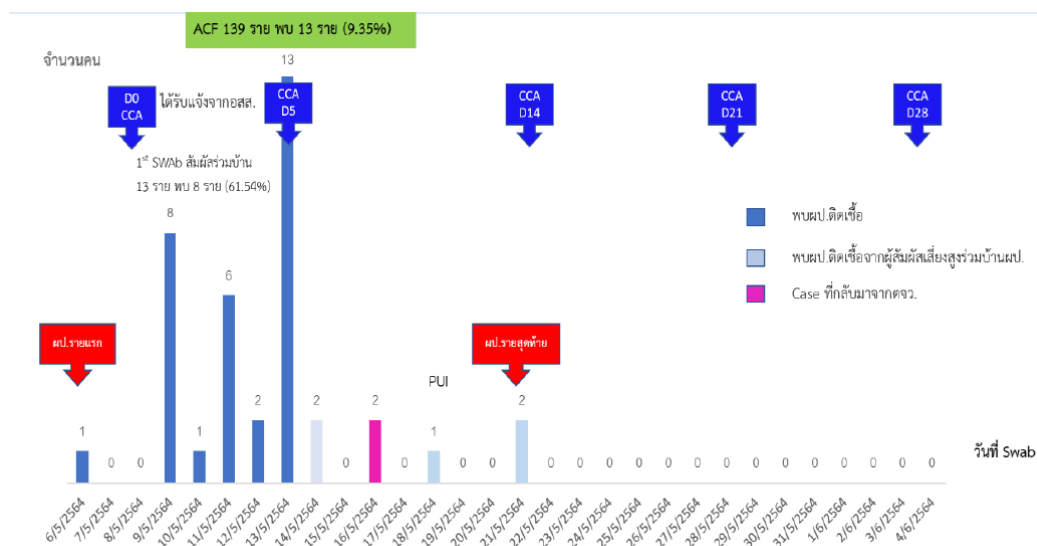
รูปภาพที่ 2

แสดงผู้ติดเชื้อในแต่ละบ้านของชุมชนแห่งนี้



รูปภาพที่ 3

แสดงจำนวนผู้ตรวจพบเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในแต่ละวัน ของชุมชนสุพรรณ อุทิศ จำนวน 38 ราย



รูปภาพที่ 4

แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อจำแนกตามบ้านและจำนวนสมาชิก N=196

สถานที่	ทั้งหมด(ราย)	พบเชื้อครั้งที่ 1 (ราย)	พบเชื้อครั้งที่ 2 ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง (ราย)	รวมผู้ติดเชื้อ (ราย)
บ้านผู้ป่วย	54	35 (64.81%)	3 (5.56%)	38 (70.37%)
บ้านที่ 1	22	12 (54.6%)	0	12 (54.6%)
บ้านที่ 2	10	9 (90%)	1 (PUI) (10%)	10 (100%)
บ้านที่ 3	4	4 (100%)	0	4 (100%)
บ้านที่ 4	6	3 (50%)	0	3 (50%)
บ้านที่ 5	5	3 (60%)	1 (20%)	4 (80%)
บ้านที่ 6	3	3 (100%)	0	3 (100%)
บ้านที่ 7	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
บ้านอื่นๆ 8 - 31	142	0	0	0
รวม	196	35 (17.86%)	3 (1.53%)	38 (19.39%)

รูปภาพที่ 5 แสดงการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดย real-time RT-PCR และทดสอบหาแอนติบอดี
ในผู้สัมผัสเสี่ยงสูงในบ้านผู้ป่วยและในชุมชน 160 ราย

สถานที่	ทั้งหมด ด	High risk	Day 14								High risk	Day 21							
			real-time RT-PCR				Antibody Total Ig, IgM					real-time RT-PCR				Antibody Total Ig, IgM			
			N=196	n=160	n=160	พบเชื้อ	n=155	+, -	+, +	-, +		-, -	n=158	n=156	พบเชื้อ	n=152	+, -	+, +	-, +
บ้านผู้ป่วย	54	18 (33.3%)	18	2	18	0	4	0	14	16	16	0	16	0	2	0	14		
บ้าน 1	22	10 (45.5%)	10	0	10	0	2 (20%)	0	8 (80%)	10	10	0	10	0	2 (20%)	0	8 (80%)		
บ้าน 2	10	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
บ้าน 3	4	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
บ้าน 4	6	3 (50%)	3	0	3	0	0	0	3 (100%)	3	3	0	3	0	0	0	3 (100%)		
บ้าน 5	5	2 (40%)	2	1*(50%)	2	0	1*(50%)	0	1 (50%)	1	1	0	1	0	0	0	1 (100%)		
บ้าน 6	3	0 (0%)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
บ้าน 7	4	3 (75%)	3	1*(33.3%)	3	0	1*(33.3%)	0	2 (66.6%)	2	2	0	2	0	0	0	2 (100%)		
บ้านอื่นๆ	142	142 (100%)	142	0	137	2	0	0	135	142	140	0	136	2	0	0	134		
บ้าน 8	6	6 (100%)	6	0	6	1	0	0	5	6	6	0	6	1	0	0	5		
บ้าน 9	7	7 (100%)	7	0	7	0	0	0	7	7	7	0	7	0	0	0	7		
บ้าน 10	6	6 (100%)	6	0	6	1	0	0	5	6	6	0	6	1	0	0	5		
บ้าน 11-31	123	123 (100%)	123	0	118	0	0	0	118	123	121	0	117	0	0	0	117		
รวม	196	160 (81.6%)	160	2 (1.25%)	155	2	4	0	149	158	156	0	152	2	2	0	148		

ข้อเสนอแนะ :

สำหรับประชาชน

1. แจ้งว่าผู้ติดเชื้อคือใคร ไม่ปกปิดข้อมูล และแยกตนเองออกจากสมาชิกในบ้าน ทุกคนในพื้นที่นั้นถือว่าเป็นผู้ที่มีผลกระทบมีสิทธิที่จะรู้ว่าคนนั้นเป็นใคร
2. ประเมินตนเองว่าเป็นผู้เสี่ยงสูงหรือไม่
3. ทำความเข้าใจว่าการตรวจไม่พบเชื้อในวันนั้นหมายถึงว่าวันนั้นคุณอาจไม่พบเชื้อแต่ไม่ใช่ว่าจะไม่ติดเชื้อ
4. ทุกคนสามารถดูแล ครอบครัว หรือคนที่เรารัก โดยเป็นแกนนำครอบครัว
5. ตระหนักรู้สถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ของพื้นที่ตนเอง
6. เป็นผู้เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติในการเข้า ออกพื้นที่

สำหรับหน่วยงานภาครัฐ

1. พัฒนาการเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลที่เป็นในการสอบสวนโรค
2. ประชาสัมพันธ์สรรหาอาสาสมัครสาธารณสุข หาแกนนำด้านต่างๆและพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นทีมควบคุมการระบาดโดยมีวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญร่วมถ่ายทอดประสบการณ์
3. เจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อ ออกคำสั่งกักตัว 14 วัน เพื่อไม่ให้ผู้มีความเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ
4. การจัดทำทะเบียนในการควบคุมการระบาดโดยเฉพาะชุมชนแออัด โรงงาน แคมป์ก่อสร้าง ตลาด
5. บูรณาการความร่วมมือจากทุกหน่วยงานดูแลกำกับเพื่อควบคุมระบาด รวมถึง บุคคลที่ยากต่อการจัดทำทะเบียน ได้แก่ แรงงานผิดกฎหมาย, ผู้สมสิทธิ์บัตรประชาชน, ผู้ที่ไม่เปิดเผยข้อมูล ผู้ที่อาจกระทำผิดกฎหมาย
6. การส่งสิ่งส่งตรวจของคนไทยและคนต่างด้าว ควรสะดวกรวดเร็ว และสถานที่เดียวกัน
7. ควรจัดหาสถานที่สำหรับแยกผู้ติดเชื้อออกจากครอบครัว
8. การช่วยเหลือเยียวยาผู้ถูกกักตัวและครอบครัว
9. การจัดหาวัคซีนโควิด 19 ในชุมชน
10. ดูแลสถานที่ที่อาจจะเป็นแหล่งโรค เช่น ตลาดสด ห้างสรรพสินค้า โรงงาน แคมป์ก่อสร้าง

ภาคผนวก



กรมควบคุมโรค
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

โครงการขับเคลื่อน ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ พขอ.เมืองลำพูน จังหวัดลำพูน

สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ของอำเภอเมืองลำพูน พบได้ในทุกกลุ่มวัย ทำให้อัตราแนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่เพิ่มสูงขึ้น ยิ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19) ในปัจจุบัน ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ร่วมกัน พบได้เป็นจำนวนมาก และมีอัตราการแพร่กระจายเชื้อเข้าสู่กลุ่มเสี่ยงสูงถึง 2 คือผู้สัมผัสร่วมบ้านสูงขึ้น เป็นปัญหา ต่อการควบคุม และป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อีกด้วย

อำเภอเมืองลำพูน เห็นความสำคัญในการสร้างตำบลหรือชุมชนต้นแบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและขับเคลื่อนกิจกรรมนโยบายระดับอำเภอ สร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตยาสูบ ที่ส่งผลร้ายต่อร่างกาย สร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ประชาชน



วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบระดับชุมชน พัฒนาชุมชนต้นแบบ ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยชุมชนมีส่วนร่วม และการเฝ้าระวัง บังคับใช้ กฎหมาย
3. เพื่อสร้างค่านิยมใหม่ในกลุ่มเด็กนักเรียน ให้มีความเข้าใจในปัญหาผลกระทบจากบุหรี่สุรา ลดนิทสูบ นึกถึงหน้าพ่อแม่
4. เพื่อพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ช่วยเลิกยาสูบ และผู้ติดเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
5. เพื่อสร้างต้นแบบชุมชนปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งบุคคลตัวอย่าง สร้างความยั่งยืนต่อไป ในชุมชน

วิธีดำเนินงาน



1. ประชุม วางแผน ประเด็นการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เข้าร่วม
2. คัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ ทั้งกำหนดทิศทางและมาตรการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา
3. ถ่ายทอด ประเด็นการขับเคลื่อนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) สู่พื้นที่ตำบล (พชต.) และคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ ในการขับเคลื่อนฯ
4. จัดทำโครงการ เพื่อขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) พร้อมคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบ และนำใช้กระบวนการ
5. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับชุมชน เพื่อดำเนินกิจกรรมโครงการ สร้างต้นแบบและบุคคลตัวอย่าง
6. ติดตาม และประเมินการดำเนินกิจกรรมโครงการ
7. สรุปผลการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ผลลัพธ์

1. ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่าย องค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขับเคลื่อนประเด็น สุขภาพ พัฒนาคุณภาพชีวิตในหลาย ๆ ด้าน เกิดต้นแบบ ชุมชน ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ ผลิตภัณฑ์ยาสูบ
2. เกิดความร่วมมือในชุมชนในการจัดการ สร้างสิ่งแวดล้อมปลอดบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
3. เด็ก เยาวชน มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง โทษและพิษภัย บุหรี่-สุรา เกิดกิจกรรม การเรียนรู้ทั้งในโรงเรียน และชุมชน สร้างค่านิยมวัยเรียนวัยใส ห่างไกลบุหรี่-สุรา
4. มีระบบการช่วยเลิกสุรา ในชุมชน และสร้างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ในชุมชน
5. มีต้นแบบชุมชนลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ รวมทั้งบุคคลต้นแบบ สามารถถ่ายทอด วิธีการ ลด ละ เลิก พร้อมให้คำปรึกษาในชุมชนได้
6. มีรูปแบบการดำเนินงานในชุมชน “เขตนวัตกรรม” ขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ ในชุมชน โดยสร้างโอกาสการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชน



ข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบชุมชน ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผลิตภัณฑ์ยาสูบ นอกจากการขับเคลื่อน โดยชุมชนแล้ว ควรเพิ่มศักยภาพชุมชน ในการพัฒนาจัดตั้งคลินิกชุมชน ช่วยลด เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ เพื่อสร้างโอกาสในการเข้าถึง และเพิ่มโอกาสความสำเร็จในการช่วยเลิก อย่างยั่งยืนต่อไป

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลำพูน





กรมควบคุมโรค
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โครงการขับเคลื่อน การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พขอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตขาดสมดุลภาพความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอบางระกำ ปี 2560-2563 พบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 4,985 ราย เป็น 5,632 ราย (เพิ่มขึ้น 11.49%) และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 12,022 ราย เป็น 13,325 ราย (เพิ่มขึ้น 9.78%) ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 43.51 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 56.5 และยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี 2561-2563 (164,200,192 ราย) มีแนวโน้มสูงขึ้น โรคหลอดเลือดหัวใจ รายใหม่ในปี 2561-2563 (23,36.30 ราย) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจากการสำรวจพฤติกรรมกินเค็มของครัวเรือน จำนวน 395 หลังคาเรือน พบว่าครัวเรือนกินเค็มเกินพอดี ร้อยละ 67.6 ร้านขายอาหาร 161 ร้าน พบว่า ร้านขายอาหารปรุงอาหารเค็มเกินพอดี ร้อยละ 86.3 ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกิน 14,386 คน (ร้อยละ 26.55) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 9,888 คน (ร้อยละ 18.25) จากข้อมูลกลุ่มเสี่ยงภาวะน้ำหนักเกิน การกินเค็ม ความชุกเบาหวานความดันเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ได้นำข้อมูลเหล่านี้เสนอในการประชุม พขอ. บางระกำ เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหานี้ในพื้นที่อำเภอบางระกำ

วัตถุประสงค์โครงการ

ลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ในประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

กิจกรรมการจัดการกลุ่มเสี่ยง “ชีวิตวิถีใหม่ห่างไกล NCD”

จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน sw.ต.ละ 37 คน จำนวน 21 แห่ง รวม 777 คน โดยพยาบาลวิชาชีพ และนักโภชนาการ ในเรื่อง การรับประทานอาหารแบบ Low carb การทำ Intermittent fasting การออกกำลังกาย ติดตามชั่งน้ำหนักวัดรอบเอวเดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 เดือน โดย sw.ต. และอส.เป็นผู้ติดตาม

ผลลัพธ์

น้ำหนักลดลง 411 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90	รอบเอวลดลง 345 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40
น้ำหนักเท่าเดิม 269 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62	รอบเอวเท่าเดิม 360 คน คิดเป็นร้อยละ 46.33
น้ำหนักเพิ่มขึ้น 97 คน คิดเป็นร้อยละ 12.48	รอบเอวเพิ่มขึ้น 72 คน คิดเป็นร้อยละ 9.27

การจัดการกลุ่มป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง Stroke STEMI “โครงการลดเค็ม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”

สอน อสม. เรื่องอาหารที่มีโซเดียมสูง การวัดความดันโลหิต การวัดความเค็ม โดยใช้ salt meter เครื่องมือในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายจำนวน 142 หมู่บ้าน อสม 1 คน ดูแลติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 5 คน รวม อสม 142 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 710 คน

การจัดการโรคเบาหวาน

Diabetes Remission By PUWADOL Model

- สอนให้รู้จักภาวะดื้ออินซูลิน และการจัดการภาวะดื้ออินซูลิน
- การรับประทานอาหารแบบ low carb
- การทำ intermittent fasting
- เจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2 วัน ก่อนอาหาร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
- ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน ดูกราฟที่บันทึก พบแพทย์หรือใช้การ Consult เพื่อปรับลดยา หรือหยุดยา

ผลการดำเนินงาน ในปี 2563-2564 (ClinicNCD , PCU)

จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 106 คน

- ไม่กินยาตั้งแต่แรก 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.43
- หยุดยาได้ 58 คน คิดเป็นร้อยละ 54.72
- ลดยาได้ 38 คน คิดเป็นร้อยละ 35.85

ผลการตรวจ HbA1C

- ลดลงจากเดิม 88 คน คิดเป็นร้อยละ 83.02
- เท่าเดิม 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60
- เพิ่มขึ้น 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38

กลุ่มที่เรียน Online 32 คน

- หยุดยาได้ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 71.88

Remission

Diabetes Remission : คนไข้เบาหวานมี HbA1C < 6.5% หลังจากหยุดยาเบาหวาน 3 เดือน

- ได้ 68 คน
- คิดเป็นร้อยละ 64.15

แผนพัฒนาในปี 2565 ขยายผลการ Remission ในผู้ป่วยเบาหวาน ใน sw.ต.เครือข่าย 415 คน อยู่ระหว่างดำเนินการ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบางระกำ

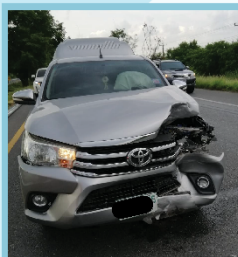




โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน พหุ.เก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์

สถานการณ์ปัญหา

อุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับสองของคนไทย โดยพบว่าอัตราการเสียชีวิต 5 ปีย้อนหลัง ปี 2560 – 2564 คือ 13.22 , 12.55, 12.84, 10.98, 9.94 ต่อประชากรแสนคน เมื่อดูสถานการณ์ จังหวัดนครสวรรค์ปี 2562-2564 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 18,918, 18,030, 15,524 ราย และมีผู้เสียชีวิต 323, 291, 298 ราย ในส่วนอำเภอเก้าเลี้ยว ปี 2562 - 2564 พบว่ามีผู้บาดเจ็บ 783,700,562 ราย และมีผู้เสียชีวิต 18,13,13 ราย ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้มีแนวโน้มที่ลดลงแต่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสภาพปัญหาที่สำคัญของอำเภอเก้าเลี้ยว จังหวัดนครสวรรค์ อุบัติเหตุทางถนนเป็นสิ่งที่ต้องแก้ไขเป็นอันดับแรก ที่คณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต้องระดมความคิด และเทคโนโลยี รวมทั้งวิธีการระบบการในการแก้ไขปัญหา โดยยังขาดระบบข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังด้านการป้องกันโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ขาดกลไกการมีส่วนร่วม และการบูรณาการ ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาพของประชากรในระดับพื้นที่และท้องถิ่น



วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน โดยคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พหุ.)
2. เพื่อประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้ในการตัดสินใจของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พหุ.)

วิธีดำเนินงาน

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

1. การศึกษาชุดข้อมูลที่ใช้ในการจัดการอุบัติเหตุทางถนน
2. กำหนดวิธีการพิกัดจุดเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ ส่งข้อมูลและลงบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
3. วิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
4. นำสารสนเทศทางภูมิศาสตร์เพื่อการจัดการอุบัติเหตุทางถนนไปใช้

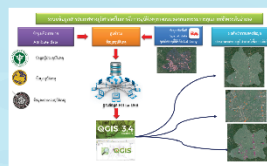


ระยะที่ 2 ประเมินการนำข้อมูลระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์

1. ประเมินคณะกรรมการ พหุ. เพื่อประเมินผลการนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ไปใช้ในการตัดสินใจ
2. วางแผนเก็บรวบรวมข้อมูลการประเมินผลลัพธ์จำนวนอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ และเสียชีวิต ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ด้วยระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์
3. สรุปผลการประเมินเป็นรายงานต่อคณะกรรมการ พหุ. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของการจัดการสุขภาพของคณะกรรมการ พหุ.
4. ปรับปรุงแผนงาน และแนวทางการดำเนินงานจัดการสุขภาพ โดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์

1. การนำระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนน
 1. รายงานการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนตามพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุ เวลาการเกิดเหตุ บัญชีเสี่ยง พาดชนที่เกิด โดยแสดงเป็น buffer zone ทุกเดือน
 2. คณะทำงานสอบสวนการเกิดอุบัติเหตุเพื่อความถูกต้อง แม่นยำของข้อมูล ในกรณีที่เกิดการเสียชีวิต และมีผู้บาดเจ็บมากกว่า 2 รายขึ้นไป
 3. รายงานข้อมูลในระบบสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนนพบว่า สิ้น 117 นครสวรรค์ - พิชญโลก กม.20 – กม.27 พบว่ามีผู้เสียชีวิต 4 ราย บาดเจ็บ 13 ราย พาดชนส่วนมากเป็นรถยนต์ ช่วงเวลา 18:00 น. ถึง 23.59 น. เป็นส่วนมาก
2. การดำเนินการแก้ไขปัญหาแบบบูรณาการดังนี้
 1. ร่วมกับบรรณกิจ ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ที่มีเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
 2. ร่วมกันติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ที่เป็นแบบสะท้อนแสง และมีไฟกระพริบในเส้นทางความเสี่ยง
 3. ร่วมกันจัดตั้งด่านชุมชนในเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
 4. การตรวจเส้นทางเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ



ข้อเสนอแนะ

1. สร้างแพลตฟอร์มใน Smart phone เพื่อการลงข้อมูลแบบ Realtime
2. ออกแบบการนำเสนอให้อยู่ใน Web base เพื่อสะดวกต่อการนำเสนออยู่ที่ไหนก็สามารถดูข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุได้
3. พัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในด้านการจัดการอุบัติเหตุทางถนน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเก้าเลี้ยว



โครงการการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม พขอ.เมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี



กรมควบคุมโรค
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

สถานการณ์ปัญหา

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยจำนวน 68 แห่ง ทั้งถูกต้องตามหลักวิชาการและไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ สถานีขนถ่ายมูลฝอย 4 แห่ง ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นรวม 7,192.6 ตัน/วัน กำจัดแบบถูกต้อง 2,589 ตัน/วัน นำไปใช้ประโยชน์ 1,671.85 ตัน/วัน และกำจัดแบบไม่ถูกต้อง 2,932.15 ตัน/วัน ทั้งนี้จังหวัดลพบุรีเป็นจังหวัดที่มีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยมากที่สุด 36 แห่ง มีปริมาณขยะที่เกิดขึ้น 798.6 ตัน/วัน ดำเนินการกำจัดแบบถูกต้อง 33 ตัน/วัน นำไปใช้ประโยชน์ 284.1 ตัน/วัน และกำจัดแบบไม่ถูกต้อง 481.5 ตัน/วัน (รายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทยปี 2563, กรมควบคุมมลพิษ)

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อดำเนินการคัดแยกขยะมูลฝอยโดยใช้หลักการ 3R/3ช เพื่อให้สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ และลดปริมาณขยะมูลฝอยที่จะนำไปกำจัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับสภาพของด.โก่งธนู อ.เมือง จ.ลพบุรี
2. เพื่อส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในการจัดการขยะ การคัดแยกขยะมูลฝอยในครัวเรือน และนำรายได้ที่เกิดขึ้นมาบริหารจัดการกองทุนขยะเพื่อเป็นสวัสดิการในชุมชน
3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งแก่ครัวเรือนและชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

วิธีดำเนินงาน



ผลลัพธ์

1. ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ และตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
2. เกิดกลไกการดำเนินงานกองทุนธนาคารขยะของคณะกรรมการสวัสดิการ “เพื่อนช่วยเพื่อน” กองทุนธนาคารขยะตำบลโก่งธนู
3. ปริมาณขยะมูลฝอยในชุมชนมีจำนวนลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาและส่งเสริมมาตรการชุมชนและมาตรการสร้างเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้สึกมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและคัดแยกขยะในครัวเรือนอย่างยั่งยืน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองลพบุรี





โครงการขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน และแก้ไขปัญหาคูหาอุบัติเหตุทางถนน พชอ.ชะอำ จังหวัดเพชรบุรี

สถานการณ์ปัญหา

สถิติผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของอำเภอชะอำมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ผู้บาดเจ็บส่วนใหญ่เป็นเยาวชนอายุระหว่าง 11-20 ปี และผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน อายุ 21-30 ปี โดยพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ พฤติกรรมขับรถ ขณะเมาสุราและไม่สวมหมวกนิรภัยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด จากการเก็บข้อมูล พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้นในช่วงเดือนธันวาคมและมกราคม ซึ่งอยู่ในช่วงเดือนที่ประชาชนมีการเดินทางกลับภูมิลำเนา และเดินทางท่องเที่ยว พบว่า ช่วงเวลาของการเกิดอุบัติเหตุที่มีจำนวนผู้บาดเจ็บมากที่สุด คือ เวลา ระหว่าง 16.00-20.00 น. ซึ่งเป็นเวลาเลิกเรียนสำหรับนักเรียน และเป็นเวลาเลิกงานของวัยทำงาน ช่วงเวลาการเกิดอุบัติเหตุที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากที่สุด คือ เวลา ระหว่าง 20.00-24.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลาหลังจากที่มีการดื่มแอลกอฮอล์และมีการขับขี่ยานพาหนะเพื่อเดินทางกลับบ้าน

วัตถุประสงค์โครงการ

1. มีการขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขปัญหาคูหาอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วมจากสหสาขาวิชาชีพ
2. คณะทำงานมีการบูรณาการข้อมูลการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาคูหาในพื้นที่
3. ลดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
4. ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยทางถนนและเสริมสร้างวินัยจราจรให้กับเยาวชน
5. ชุมชนมีมาตรการป้องกันอุบัติเหตุโดยคณะกรรมการ พชอ.



1. นำเสนอสถานการณ์อุบัติเหตุในการประชุม พชอ. และจัดตั้งคณะอนุกรรมการ
2. คณะอนุกรรมการจัดทำข้อมูลเฝ้าระวัง แนวโน้มสถานการณ์ของการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักธรรมาภิบาล และนำมาวิเคราะห์ด้วยสามเหลี่ยมปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. สอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตด้วยตาราง Haddon's Matrix และรายงานต่อคปท. อำเภอ
4. คัดเลือกประเด็นปัญหาที่สำคัญ วิเคราะห์ด้วยแผนภูมิต้นไม้เพื่อค้นหารากของปัญหาคูหาที่กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาคูหา
5. จัดกิจกรรมแก้ไขปัญหาคูหาโดยบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ
6. การชี้เป้าและแก้ไขจุดเสี่ยงในพื้นที่โดยใช้แผนที่ Google Map
7. ประเมินผลการจัดกิจกรรมโดยทีมบูรณาการ
8. นำเสนอข้อมูลผลการดำเนินงานในการประชุมพชอ. คปท. อำเภอ เพื่อกบฏวณและวางแผนแก้ไขปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน

วิธีดำเนินงาน



ผลลัพธ์

1. เทศบาลตำบลบางเก่าจัดทำโครงการถนนสีขาวและนำเข้าแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาคูหาอุบัติเหตุประมาณ 2565 (พื้นที่ตำบลบางเก่า)
2. เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ผ่านการอบรมใบอนุญาตขับขี่ชั่วคราวจากสำนักงานขนส่ง มีพฤติกรรมขับขี่ที่ปลอดภัย ไม่ฝ่าฝืนวินัยจราจร

ข้อเสนอแนะ

1. กำหนดให้โรงเรียนและสถานที่ราชการทุกแห่งเป็นเขตถนนปลอดภัยมีการสวมหมวกนิรภัยร้อยเปอร์เซ็นต์
2. ผู้เข้าชุมชนต้องมีมาตรการในการกำหนดโทษสำหรับผู้ไม่ปฏิบัติตามวินัยการจราจร
3. กลุ่มองค์กร NGO ต่างๆ ต้องมีกิจกรรมสาธารณะประโยชน์เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาคูหา
4. ขยายกิจกรรมการอบรมใบอนุญาตขับขี่ในกลุ่มเยาวชนไปสู่วัยรุ่นในพื้นที่อำเภอชะอำให้ครอบคลุม เพื่อให้เยาวชนมีทักษะการขับขี่ที่ปลอดภัย

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอชะอำ





โครงการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก พขอ.เมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว

สถานการณ์ปัญหา

โรคไข้เลือดออกนับว่าเป็นปัญหาหนึ่งในระดับจังหวัดสระแก้ว และอำเภอเมืองสระแก้ว จากการรวบรวมข้อมูลการเกิดโรคไข้เลือดออก 5 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ.2559-2563 พบอัตราป่วยร้อยละ 44.85(20.32), 83.54(242.37), 75.49(21.59), 250.56(342.82) และ 92.00(97.18) ตามลำดับ และเกิดการระบาดอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ของจังหวัดสระแก้ว จากปัญหาดังกล่าวผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้วได้ให้ความสำคัญ และมอบนโยบายขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออก ผ่าน พขอ.ทุกอำเภอ ดังนั้นประธานคณะกรรมการ พขอ. เมืองสระแก้วจึงมอบให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้วดำเนินการและแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยสาธารณสุขอำเภอเมืองสระแก้วเป็นประธานฯ ซึ่งได้จัดทำ “โครงการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ.2564” ขึ้น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์และบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อประสานความร่วมมือให้เกิดภาวะการนำร่วม การบูรณาการ การมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
2. เพื่อควบคุม และป้องกันการระบาดของโรคไข้เลือดออก

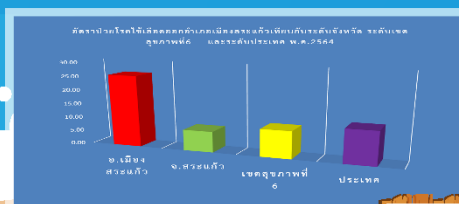
วิธีดำเนินงาน



1. วิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก กำหนดพื้นที่เสี่ยงและวางแผนงานการดำเนินงานตามระดับความเสี่ยงรายพื้นที่
2. เตรียมความพร้อมทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วเครือข่ายระดับตำบล
3. ประสานความร่วมมือภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมดำเนินการและสนับสนุน
4. ดำเนินกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้
 - รณรงค์ควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย
 - ดำเนินการควบคุมโรคตามมาตรการ 3-3-1 และ 1-3-7
 - กั้น SAT อำเภอเมืองสระแก้วและพ.ส.ด.ลงพื้นที่ควบคุมโรคกรณีระบาด
 - ให้ผู้ป่วยและผู้สงสัยป่วยทุกรายได้รับยาทันที
 - อสม.รายงานผลการสำรวจ และควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายผ่านแอปพลิเคชัน อสม.ออนไลน์ ทุกวันศุกร์
5. รายงาน และสรุปผลการดำเนินงานแก่คณะกรรมการ พขอ. เป็นระยะ

ผลลัพธ์

1. เกิดภาวะการนำร่วม การบูรณาการ การมีส่วนร่วมระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก
2. ผลการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองสระแก้ว พบผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 26 ราย เป็นอัตราป่วยร้อยละ 25.71 ต่อแสนประชากร ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิต ลักษณะการเกิดโรคพบกระจายในหลายพื้นที่ ไม่พบการระบาดในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออกอำเภอเมืองสระแก้ว พบว่าสูงกว่าภาพรวมระดับจังหวัด (7.47) ระดับเขตสุขภาพที่ 6(9.80) และระดับประเทศ (11.97) : ข้อมูล ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2565 (สสจ.สระแก้ว)



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสระแก้ว





โครงการขับเคลื่อนการส่งเสริมอาหารปลอดภัย โดยกลไกสภาผู้นำชุมชน พชอ.เมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

สถานการณ์ปัญหา

เกษตรกร บ้านหนองยาง ม.5 บ้านยางคำ ม.6 ตำบลกกกุง บ้านดงเกลือ ม.6 และหมู่ที่ 10 ตำบลคูเมือง มีการใช้ปุ๋ยเคมีในการปลูกข้าวเพิ่มขึ้นทุกปี ใช้ยาฆ่าหญ้า และฆ่าแมลง ปลูกผักน้อย 1-3 ชนิดต่อครอบครัว และส่วนมากเป็นผักนำมาปรุงรสอาหาร โดยด้านพฤติกรรม พบว่า ไม่มีความรู้ที่ชัดเจน ในเรื่องสารตกค้างสารเคมี และเชื่อว่าไม่ใส่ปุ๋ยเคมีไม่ได้กินข้าว ไม่ใช้ยาฆ่าแมลงไม่ได้ ด้านการกิน จากการที่ปลูกผักไม่เพียงพอ และกลไกสารเคมีปนเปื้อนทำให้มีการกินผักน้อย ผลกระทบที่เกิดขึ้น ด้านสุขภาพส่วนมากมีความเสี่ยงของโรคเบาหวาน เช่น รอบเอวเกิน น้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วน มีอาการแพ้สารเคมี ด้านเศรษฐกิจ ต้นทุนในการทำนาเพิ่มขึ้นและด้านสิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อม ดินแข็ง ดินเปรี้ยว กบเขียด หอย ปลา ปู ปลา ในนาข้าวลดจำนวนน้อยลง พืชน้ำบางชนิดหายไปจากนาข้าว

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อให้ประชาชนบ้านหนองยาง ม.5 บ้านยางคำ ม.6 ตำบลกกกุง บ้านดงเกลือ ม.6 และ ม.10 ตำบลคูเมือง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำนา ปลูกและกินผักอินทรีย์
2. เพื่อให้เกิดกลไกสภาผู้นำชุมชนที่บริหารจัดการให้เกิดอาหารปลอดภัย

วิธีดำเนินงาน

การขับเคลื่อนของ พชอ. เมืองสรวง

1. วางเป้าหมาย 1) การลดต้นทุนการซื้อปุ๋ยและสารเคมี 2) สิ่งแวดล้อมในนาข้าวดีขึ้น 3) เกิดหมู่บ้านต้นแบบทำนา ปลูก/กินพืชผักอินทรีย์ และลดการแพ้สารเคมี
2. วิเคราะห์ปัญหา กำหนดกลยุทธ์ ร่วมตั้งเป้าหมายและจัดทำ MOU ระหว่าง พชอ. พชต.และชุมชน
3. แบ่งปันข้อมูล ร่วมเรียนรู้กระบวนการในพื้นที่ต้นแบบ
4. ติดตามกำกับและประเมินผล
5. เสริมพลังพื้นที่ และถอดบทเรียนการทำงาน



การขับเคลื่อนในหมู่บ้านต้นแบบ

1. ชุมชนวิเคราะห์ ปัญหา
2. สำรวจข้อมูลและตั้งข้อมูลแก่ชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพของสภาผู้นำชุมชน
4. รับสมัครผู้สนใจทำนาอินทรีย์
5. จัดอบรมพัฒนาความรู้
6. รวมกลุ่มผลิตปุ๋ยอินทรีย์และปุ๋ยอินทรีย์ส่งเสริมให้ปลูกผักในครัวเรือนอย่างน้อย 5 ชนิดขึ้นไป
7. บันทึกกิจกรรมในแปลงนาและการเติบโตของข้าวและการใช้จุลินทรีย์และติดตามเยี่ยมแปลงนา
8. ประเมินรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัย
9. ลงเขกดำเนินา เกี่ยวข้าว คัดพันธุ์ นวดข้าว และขึ้นข้าว

ผลลัพธ์

1. สภาผู้นำชุมชนสร้างความร่วมมือกันชุมชนได้ มีสมรรถนะมากขึ้น
2. เกิดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำนา ปลูกและกินผักอินทรีย์
3. ไม่พบผู้มีอาการแพ้สารเคมี ประชาชนมีพฤติกรรมกินผักเพิ่มขึ้น
4. ประเมินความพึงพอใจประชาชนพบว่าพึงพอใจในระดับมาก มีคนสมัครใจทำนาอินทรีย์เพิ่มขึ้นจำนวน 28 ครอบครัว และพบว่าจากการกินผักมากขึ้น ทำให้ความดันโลหิตลดลงและน้ำหนักลดลง ทำงานไม่โร้นาได้มากขึ้น



ข้อเสนอแนะ

1. ขยายพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่ในการทำนาและปลูกผักเพิ่มขึ้นและส่งเสริมการค้าตลาดเขียว
2. ส่งเสริมการกินผักตามเกณฑ์เพิ่มขึ้น (400 กรัม) เป็นการกระตุ้นให้ปลูกผักอินทรีย์กันอย่างเพียงพอลดปัญหาของโรคเบาหวานที่พบมากในพื้นที่และพิสูจน์ความเข้มแข็งของกลไกสภาผู้นำชุมชน
3. ผู้ประสานงานหลักวางแผนให้เกิดการบูรณาการทำงานให้เข้มข้นขึ้นโดยจัดเวทีพูดคุยระหว่างคณะกรรมการ พชอ. ซึ่งจะส่งผลให้แบ่งทรัพยากรร่วมกันในพื้นที่ต้นแบบและประชาชนมีส่วนร่วมในการออกแบบการเรียนรู้ การใช้พื้นที่เป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองสรวง





โครงการพขอ.วังสามหมอร่วมใจ สร้างความปลอดภัยบนท้องถนน พขอ.วังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี

สถานการณ์ปัญหา

อำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี ประชากร โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ทำให้มีรถและเครื่องจักรทางการเกษตรเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เวลาใช้รถใช้ถนนผู้ขับขี่ต้องใช้ความระมัดระวังในการสัญจร ประกอบกับพื้นที่อำเภอวังสามหมอเป็นพื้นที่ราบสูงภูเขา ทำให้เส้นทางการจราจรแคบและเป็นเนินสลับทางโค้งอยู่เป็นจำนวนมาก จากสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนพบว่าในช่วงที่ประชาชนเดินทางออกจากบ้านเพื่อประกอบอาชีพและไปโรงเรียน คือ ช่วงเช้า 06.00 - 09.00 น. ช่วงเย็น 16.00 - 20.00 น. และมักเกิดเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญ และจากการร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่พบว่า ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาสำคัญอันดับ 1 เนื่องจากมีความรุนแรง พบบัตรการเสียชีวิต คิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเพิ่มมากขึ้นเกือบทุกปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เป็นผลให้มีการร่วมกันจัดตั้งโครงการ พขอ.วังสามหมอร่วมใจ สร้างความปลอดภัยบนท้องถนนขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์โครงการ



1. เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2. เพื่อให้ประชาชนอำเภอวังสามหมอนตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขี่บนท้องถนน
3. เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากอุบัติเหตุทางถนน



1. เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน
2. จัดทำแผนการแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายระดมความคิดเห็นแบบมีส่วนร่วมทุกองค์กร
3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายของแต่ละภาคส่วน
4. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนนภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
5. ดำเนินโครงการตามแผนงานที่วางไว้ โดยมีกิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้
 - การรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน
 - จัดตั้งชุมชนต้นแบบ ธนาคารหมวกกันน็อก ให้ประชาชนในพื้นที่มี
 - มีการจัดตั้งด่านตรวจในช่วงเทศกาล กิจกรรม "ตีปิกแวงขึ้นมาก"
 - กิจกรรม "กินแล้วเมา เราซื้อให้" ช่วงเทศกาล
 - บัณฑิตกรรม "ปิกหยุดจุดตาย" จุดที่เกิดอุบัติเหตุทางถนนมีผู้เสียชีวิต
 - ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการควบคุมการใช้รถทางการเกษตร

วิธีดำเนินงาน



ผลลัพธ์

เชิงปริมาณ

1. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม 300 คน ร้อยละ 95
2. เกิดชุมชนต้นแบบพร้อมยุทธการ
 - 2.1 ธนาคารหมวกกันน็อก 10 แห่ง
 - 2.2 การสร้างสามสายด่านชุมชน

เชิงคุณภาพ

1. เกิดภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่
2. ประชาชนสามารถป้องกันอุบัติเหตุเกิดพฤติกรรมการใช้รถใช้ถนนที่ถูกต้องและปลอดภัย
3. เกิดธนาคารหมวกกันน็อกในชุมชนต้นแบบ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการสร้างวินัยจราจร โดยมีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อน
2. ขยายระยะยุทธการตีปิกแวงขึ้นมาก และสามสายด่านชุมชนให้ปฏิบัติได้ครอบคลุมในงานบุญประเพณี กิจกรรมของชุมชน
3. ผู้ใช้รถใช้ถนนเป็นบุคคลนอกเขตที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอวังสามหมอ





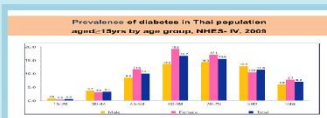
กรมควบคุมโรค
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โครงการโรงเรียนเบาหวานวิทยา อำเภอพิมาย

พขอ.พิมาย จังหวัดนครราชสีมา

สถานการณ์ปัญหา

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายของสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอพิมาย เปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2552 กับปี 2557 พบประชาชนในพื้นที่เป็นเบาหวาน
มากขึ้นทุกช่วงอายุ จากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 8.9 ที่น่าเป็นห่วงคือช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน
และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุก ๆ ปี





วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. เพื่อลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน
3. เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในพื้นที่อำเภอพิมาย

วิธีดำเนินงาน

สถานี่สุขภาพ	โรงเรียนเบาหวานวิทยา	ศูนย์สุขใจใกล้บ้าน
ที่อยู่ หมู่บ้าน วัด ฯลฯ	จัดการเรียน 2 รูปแบบ	ที่อยู่ อปท./รพ.สต. 11 แห่ง
กิจกรรม 1.คัดกรองสุขภาพทั่วไป 2.คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย 3.เยี่ยมบ้าน 4.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1.แบบเรียนประจำชั้นเรียน จำนวน 21 วิทยาเขต 2.แบบ คณ. (ออนไลน์) เป็นกลุ่ม pre DM มีนักเรียน 1,491 คน	กิจกรรม 1.รักษาฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย 2.ส่งเสริมป้องกันสุขภาพ 3.เยี่ยมดูแลกลุ่มติดเตียง 4.สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
วัสดุ/อุปกรณ์ เครื่องบดคอปโซชั่น เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว เครื่องวัดความดัน เครื่องออกซิมิเตอร์ สายวัดรอบเอว		

ผลลัพธ์ นร.ร.เบาหวานวิทยาหายจากโรคเบาหวาน 31 คน







ข้อเสนอแนะ

1. ขยายพื้นที่ของโรงเรียนเบาหวานให้ครอบคลุมเขตทุกหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. พัฒนาหลักสูตรของโรงเรียนเบาหวาน ที่เพิ่มแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ที่มี สุขภาพดี เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมได้ อีกทั้งควรพัฒนาคณะผู้ปกครองโรงเรียนผู้สูงอายุ เพื่อ ตอบสนองการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอพิมาย





โครงการบ้านสะอาด เมืองสวยงาม อภิมาสสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน พขอ.สิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ขยะมูลฝอยในอำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมดเพิ่มขึ้นจำนวน 617.65 ตัน คิดเป็นร้อยละ 12.83 โดยในปี พ.ศ. 2563 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด จำนวน 5,431.83 ตัน และมีปริมาณขยะมูลฝอยที่เหลือตกค้าง ประมาณ 14,904.14 กิโลกรัมต่อวัน ซึ่งส่งผลกระทบต่ออำเภอสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี มีปริมาณขยะตกค้างเป็นจำนวนมาก เนื่องจากบ่อกำจัดขยะในพื้นที่อำเภอสิรินธร บางแห่งได้ปิดตัวลง ทำให้เกิดข้อร้องเรียนจากประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากขยะมูลฝอยเป็นจำนวนมาก ซึ่งทำให้อำเภอสิรินธรต้องกำจัดขยะโดยนำส่งกำจัดที่บ่อขยะแบบฝังกลบที่ อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อลดปัญหาปริมาณขยะตกค้างดังกล่าว

วัตถุประสงค์โครงการ

1. ประชาชน นักท่องเที่ยว มีความรู้ความเข้าใจ และมีความตระหนักในการจัดการขยะ
2. มีกติกา มาตรการในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
3. เกิดนโยบายการดำเนินงานอย่างยั่งยืนในระดับตำบล อำเภอในการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม
4. ผลกระทบจากปัญหายขยะลดลง

วิธีดำเนินงาน



1. ภาครัฐช่วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา ผลกระทบ โดยใช้ problem tree analysis จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
2. นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อคณะกรรมการ พขอ. สิรินธร
3. คณะอนุกรรมการ พขอ. ประเด็นการจัดการขยะและสิ่งแวดล้อมประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อกำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน
4. การดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่กำหนด
5. การควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการ พขอ. ทุก 3 เดือน
6. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีต่อคณะกรรมการ พขอ. ถึงผลสำเร็จ Best practice ปัญหา อุปสรรค โอกาสพัฒนาต่อเพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

1. พฤติกรรมการจัดการขยะ: คัดแยกขยะ (เป็นปีแรกในการสำรวจ)
 - ประชาชน 23,973 คน 57.15%
 - ครีวเรือน 7,991 ครอบครัว 43.97%
2. มีการประชุมเพื่อกำหนดกติกา มาตรการ การจัดการขยะ ระดับหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน และดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. มีนโยบายระดับอำเภอ (อำเภอสะอาด) โดยนายอำเภอประกาศนโยบายและบันทึกข้อตกลงร่วมกับท้องถิ่นทุกแห่ง
4. ภาครัฐช่วยทั้งภาครัฐ และเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดการขยะทั้งต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ
5. ปริมาณขยะลดลง ทำให้การใช้งบประมาณด้านการจัดการขยะลดลง ปริมาณเรื่องร้องเรียนจากปัญหายขยะลดลง
6. อำเภอสิรินธรได้รับรางวัลอำเภอสะอาด ระดับจังหวัดอุบลราชธานี

ผลลัพธ์



ข้อเสนอแนะ

ปริมาณขยะยังเพิ่ม ซึ่งสาเหตุจากที่อำเภอสิรินธรมีแหล่งท่องเที่ยว นักท่องเที่ยวเดินทางมาท่องเที่ยวปริมาณมากขึ้น เป็นค่าตัว จึงมีแนวทางในการจัดการขยะในส่วนของแหล่งท่องเที่ยว คือ โครงการ smart tourist เสนอคณะกรรมการ พขอ.ต่อไป

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสิรินธร





โครงการการบูรณาการดำเนินงานโควิด 19 ร่วมกับการดำเนินงานหมอครอบครัว(3 หมอ) พชอ.ตำพรณรา จังหวัดนครศรีธรรมราช

สถานการณ์ปัญหา

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ร่ายรอบพันที่ ทำให้อำเภอตำพรณราต้องยกระดับการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาโควิด 19 และมีความจำเป็น ต้องใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” ตามองค์ประกอบ UCCARE ร่วมกับ ร่วมกับกลไกการดำเนินการหมอครอบครัว (3 หมอ) “ใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ในการประสาน การทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนอย่างเป็นเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกครัวเรือน ซึ่งจะช่วยให้มีการเข้าถึง บริการได้สะดวกโดยการแบ่งเขตดูแลทุกครัวเรือนในหมู่บ้านให้ “คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน” จึงเป็นการบูรณาการดำเนินงานที่มีความสอดคล้องต่อเนื่องและมีเป้าหมายและทิศทางเดียวกันในการดำเนินงาน โควิด 19 และจะช่วยให้การแก้ไขปัญหา มีความรวดเร็วทันเวลา

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อบูรณาการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล ร่วมกับการดำเนินงาน หมอครอบครัว (3หมอ) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานโรคโควิด 19
2. เพื่อระดมศักยภาพการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด 19

1. การสร้างทีมที่มีเอกภาพ Unity team
2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและช่องทางการเข้าไปถึงยัง กลุ่มเป้าหมาย Customer focus
3. การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) โดยการสร้างช่องทางการรับรู้ปัญหา เพื่อให้เกิด ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา
4. การแบ่งปัน ทรัพยากรและการ พัฒนาทรัพยากรบุคคล Resource sharing and human โดยใช้กลไกการมีส่วนร่วม คือ ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมแบ่งปัน ร่วมพัฒนา
5. การร่วมกันกำหนดมาตรการและแนวปฏิบัติในการดูแลประชาชนให้เหมาะสม กับบริบทและ ความจำเป็น Essential care
6. การชื่นชมและให้คุณค่าอย่างต่อเนื่อง Appreciation
7. การพัฒนาทีมหมอครอบครัว (3 หมอ) อย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่และสถานการณ์โรค

วิธีดำเนินงาน



1. การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคโควิด19 ที่มีประสิทธิภาพมีจำนวนน้อยลงจำนวนผู้เสียชีวิต
2. มีภาคีเครือข่ายที่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน Covid19
3. ประชาชนได้รับผลกระทบจากโควิด19 น้อย ไม่เป็นอุปสรรคในการดำรงชีวิต
4. ระบบการดำเนินงานโควิดของอำเภอตำพรณรา สามารถดำเนินการ ได้อย่างต่อเนื่องและสามารถปรับเปลี่ยนการดำเนินการไปตามสถานการณ์ ที่ประชาชนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์



ข้อเสนอแนะ

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้เสี่ยงสูง ผู้ติดเชื้อ สถานที่เสี่ยง เป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานของทีมงานภาคีเครือข่าย สุขภาพทุกระดับโดยเฉพาะระดับหมู่บ้าน
2. การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร ในระหว่างกักตัว 14 วัน ของผู้สัมผัสเสี่ยงสูงเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญในการลด จำนวนผู้ติดเชื้อตามคำแนะนำให้ใช้ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. การดำเนินการควรมีการร่วมประชุม ร่วมคิด ร่วมทบทวนสถานการณ์ เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ตามสถานการณ์และทรัพยากรที่มี



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตำพรณรา





กรมควบคุมโรค
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

โครงการลดอุบัติเหตุทางหลวง หมายเลข 43 พวอ.เทพ จังหวัดสงขลา

สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาจากการดำเนินงานปี 2562

สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุในอำเภอเทพา ปีงบประมาณ 2562 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงปัจจุบัน พบจำนวนครั้งการเกิดอุบัติเหตุ จำนวน 636 ราย จำนวนตาย 18 ราย ปัญหาอื่น ๆ ที่พบ ปัญหาสิ่งแวดล้อมบนถนน การเกิดอุบัติเหตุบนถนนสายรอง เทศกาลอาหารราย เป็นเทศกาลที่มีประชาชน จากพื้นที่เทพาและ 3 จังหวัดชายแดนใต้ใช้ในการสัญจร ผ่านเส้นทาง หมายเลข 43 ส่งผลให้มีการจราจรหนาแน่น ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ

วัตถุประสงค์ ของโครงการ

บริบทอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

1. จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 5
2. การเสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุในช่วงเทศกาลสำคัญ
เท่ากับศูนย์

แผนที่อำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

วิธีการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการป้องกัน และลดอุบัติเหตุทางถนน

- กิจกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้ในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการใช้ถนนในสถานศึกษา/สถานประกอบการ
- การเสริมสร้างศักยภาพชุมชนในการป้องกันแก้ไข ปัญหา อุบัติเหตุทางถนน
- พิธีลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) ลดอุบัติเหตุในหน่วยงานราชการ สาย 4085

2. พัฒนากายภาพและแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง

- จัดอบรม อปท.ทุกแห่งให้ดำเนินการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง
- อปท.ทุกแห่ง ทำแผนแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง จุดเสี่ยงที่แก้ไขเองไม่ได้
- นำเสนอ สปท.อำเภอ เพื่อให้ สปท. จังหวัดให้แก้ไขปัญหาดูแล
- นำเสนอแผนขยายให้สภากลาง

3. การบังคับใช้กฎหมาย

- กำหนดจุดให้บริการตรวจสภาพยานพาหนะในช่วงเทศกาลสำคัญ
- กวดขันการบังคับใช้กฎหมายในบรรพการ

4. การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสสังคม

- ป้ายศัทธา
- กลุ่มไลน์
- วิทยุชุมชน
- รณรงค์ขับซิปลดภัย
- MOU ลดอุบัติเหตุในหน่วยงานราชการ สาย 4085

มาตรการ	ผลการดำเนินงาน
1. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน	1. จัดอบรม อปท.ทุกแห่งให้ดำเนินการจัดทำแผนที่จุดเสี่ยง
2. พัฒนากายภาพและแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง	2. อปท.ทุกแห่ง ทำแผนแก้ไขปัญหาดูแลเสี่ยง จุดเสี่ยงที่แก้ไขเองไม่ได้
3. การบังคับใช้กฎหมาย	3. กำหนดจุดให้บริการตรวจสภาพยานพาหนะในช่วงเทศกาลสำคัญ
4. การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างกระแสสังคม	4. ป้ายศัทธา

ผลลัพธ์

ความสำเร็จของการเป็นต้นแบบที่ดีของโครงการเป็นแบบอย่างที่ดีที่เกิดจากโครงการนี้ คือ การมีส่วนร่วมของการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สู่ระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วม คือ วิเคราะห์จุดเสี่ยงในระดับหมู่บ้าน ได้อย่างแท้จริง เปิดโอกาสให้ประชาชนมีการพูดคุยนำเสนออย่างอำเภอ

จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางหลวงหมายเลข 43

จากอำเภอ จังหวัดสงขลา ปี 2560 - 2563

ในปี 2563 จำนวนผู้บาดเจ็บลดลง ร้อยละ 12.18

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเทพา



โครงการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยโมเดลการกักกันชุมชน พช.ทวิวัฒนา กรุงเทพมหานคร

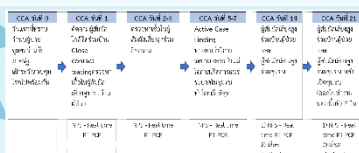
สถานการณ์ปัญหา

ในวิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการสอบสวนโรคพบว่ามีการละเลยมาตรการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การเดินทางในพื้นที่เสี่ยง การปกปิดข้อมูล และการกักตัว จนวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ทีมสอบสวนโรคได้รับแจ้งว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อโควิด 19 ในชุมชนแออัด 1 ราย เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างและออกนอกชุมชน เนื่องจากเป็นร้านค้า พักอาศัยหนาแน่น ทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต เขตทวิวัฒนา จึงพัฒนาโมเดลการกักกันชุมชนเพื่อการควบคุมการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Clean Community Anti Covid 2019 (CCA model) โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและประชาชน

วัตถุประสงค์โครงการ

เพื่อศึกษามาตรการควบคุมการระบาดในชุมชนโดยการกักกันชุมชน (Community Quarantine) และพัฒนาแนวทางระบบการเฝ้าระวังควบคุมโรค

การตรวจหาการติดเชื้อ
ในระดับวันตามมาตรการ
Clean Community
Anti Covid 2019; CCA



โมเดลการกักกันชุมชนดำเนินการและพัฒนาในช่วงที่มีการระบาดระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2564 ถึง 4 มิถุนายน 2564 ตั้งแต่วันที่เริ่มพบผู้ป่วยติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิด, ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ตรวจหาเชื้อซ้ำในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง หลังจากกักกันชุมชนครบ 14 วัน และ 21 วัน (หลังเปิดชุมชน 7 วัน) โดยวิธี Real time RT-PCR และตรวจหาแอนติบอดี

ผลลัพธ์

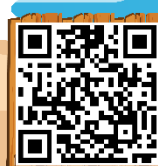
การที่ชุมชนร่วมกับภาครัฐใช้ โมเดลการกักกันชุมชน Clean Community Anti Covid 2019 ; CCA model สามารถเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ ประชาชนผู้เกี่ยวข้องรับทราบข้อมูลที่สำคัญและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานควบคุมโรค เช่น ทราบว่าผู้ติดเชื้อคือใคร สถานที่เสี่ยงคือที่ไหน กิจกรรมเสี่ยงคืออะไร ทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และเข้าสู่การตรวจพร้อมทำให้ง่ายมือ การที่ทุกคนตระหนักถึงการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของคนในครอบครัว สามารถป้องกันการติดเชื้อได้และการปิดชุมชนเพื่อไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายอื่นมาแพร่เชื้อ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้รวดเร็ว

ข้อเสนอแนะ

- สำหรับประชาชน
1. แจ้งว่าผู้ติดเชื้อคือใคร ไม่ปกปิดข้อมูล และแยกตนเองออกจากสมาชิกในบ้าน ทุกคนในพื้นที่นั้นถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือไม่
 2. ประเมินตนเองว่าเป็นผู้เสี่ยงสูงหรือไม่
 3. ทำความเข้าใจว่าการตรวจไม่พบเชื้อในวันนั้นหมายความว่าวันนั้นคุณอาจไม่พบเชื้อแต่ไม่ใช่ว่าจะไม่ติดเชื้อ
 4. ทุกคนสามารถที่จะดูแล ครอบครัว หรือคนที่เรารัก โดยเป็นแกนนำครอบครัว
 5. ตระหนักถึงสถานการณ์การติดเชื้อโควิด 19 ในพื้นที่
 6. เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติการเข้า-ออกพื้นที่

- สำหรับหน่วยงานภาครัฐ
1. พัฒนาการเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลที่สำคัญ
 2. ประชาสัมพันธ์หาอาสาสมัครสาธารณสุข แก่นนำ
 3. พนักงานควบคุมโรคติดต่อ ออกคำสั่งกักตัว 14 วัน
 4. การจัดทำทะเบียนในการควบคุมการระบาด
 5. บูรณาการความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน
 6. การส่งส่งตรวจของศูนย์/คนต่างตัวตรวจเร็ว
 7. จัดหาสถานที่สำหรับแยกผู้ติดเชื้อออกจากครอบครัว
 8. การช่วยเหลือเยียวยาผู้ถูกกักตัวและครอบครัว
 9. การจัดหาวัคซีนโควิด 19 ในชุมชนและดูแลสถานที่ที่จะเป็นแหล่งโรค

วิธีดำเนินงาน



คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตทวิวัฒนา