



กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

ANNUAL REPORT 2024



รายงานประจำปี 2567

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

คำนำ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา กรมควบคุมโรค เป็นองค์กรที่มีภารกิจ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยี สนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ประสานสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพของพื้นที่รับผิดชอบ และสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ลดโรค ลดป่วย อันจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนในเขตพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน และเพื่อแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงานตามภารกิจให้บรรลุเป้าประสงค์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา จึงจัดทำรายงานประจำปีงบประมาณ 2567 ขึ้น เพื่อรวบรวม และเผยแพร่ผลการปฏิบัติงานในปีที่ผ่านมาให้แก่ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานและพัฒนาแผนงานให้ดียิ่งขึ้น ภายใต้แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศไทย 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ซึ่งเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13

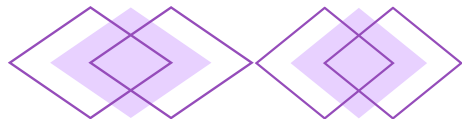
เนื้อหาของรายงานประจำปีงบประมาณ 2567 ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ รายงานผลการเบิกจ่ายงบประมาณและผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิต ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการรับรอง การปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติราชการ ผลงานเด่น และภาพกิจกรรม ซึ่งได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากทุกกลุ่มงานในสังกัด รวมไปถึงศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5 แห่ง และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 10 แห่ง

คณะผู้จัดทำรายงานประจำปี 2567 หวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานประจำปีฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับผู้บริหาร นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติงาน หน่วยงานต่าง ๆ และผู้เกี่ยวข้องที่สนใจ สามารถนำข้อมูลไปใช้ดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพที่ดีขึ้นไป ท้ายนี้ขอขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่ทำให้รายงานฉบับนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

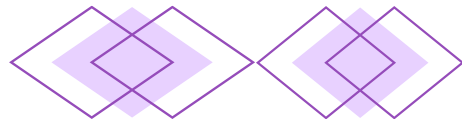
คณะผู้จัดทำ

กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงาน และเครือข่าย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา



สารบัญ



คำนำ

หน้า

ก

สารบัญ

v

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน

1

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ค่านิยม อัตลักษณ์ และเป้าประสงค์

2

โครงสร้างองค์กร (Organization Structure)

4

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

4

ประวัติความเป็นมา

5

ข้อมูลบุคลากร

6

ทำเนียบโครงสร้างผู้บริหาร

9

บทบาทหน้าที่กลุ่มงาน

12

ข้อมูลเขตพื้นที่รับผิดชอบและจำนวนประชากร

26

ส่วนที่ 2 สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

28

การจัดลำดับอัตราป่วย อัตราตาย อัตราป่วยตาย

29

สถานการณ์โรคติดต่อ

33

สถานการณ์กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง

53

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

56

สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก

58

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

60

สถานการณ์กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

61

ส่วนที่ 3 รายงานผลการเฝ้าระวังงบประมาณและผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิต

62

สรุปผลการเฝ้าระวังงบประมาณ ปีงบประมาณ 2567

63

สรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2567

64

ส่วนที่ 4 ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567

78

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2567

79

ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2567

81

ส่วนที่ 5 รวมภาพกิจกรรม ปีงบประมาณ 2567

163

ภาพรวมกิจกรรมสำคัญ ปีงบประมาณ 2567

163

ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของหน่วยงาน

วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ อัตลักษณ์ ค่านิยม และเป้าประสงค์

วิสัยทัศน์

ประชาชนได้รับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ระดับมาตรฐานสากล ภายในปี 2580

พันธกิจ

วิจัย พัฒนา ถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐาน
แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน

ยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ที่ 1

การพัฒนานโยบาย
มาตรการ และ
บริการด้านการ
ป้องกันโรคและภัย
สุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

การเสริมสร้าง
ความเข้มแข็งของ
ระบบจัดการภาวะ
ฉุกเฉินทาง
สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 3

การยกระดับ
โครงสร้างพื้นฐาน
ของระบบป้องกัน
ควบคุมโรคและภัย
สุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 4

การปรับปรุงระบบ
บริหารจัดการและ
การพัฒนาความ
ร่วมมือ

ยุทธศาสตร์ที่ 5

การพัฒนากำลังคน
ด้านการป้องกัน
ควบคุมโรคและภัย
สุขภาพ

ค่านิยม



อัตลักษณ์

ชื่อสัตย์ เสียสละ รับผิดชอบ

เป้าประสงค์หลัก



เป้าประสงค์ที่ 1 องค์การต้นแบบด้านวิชาการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

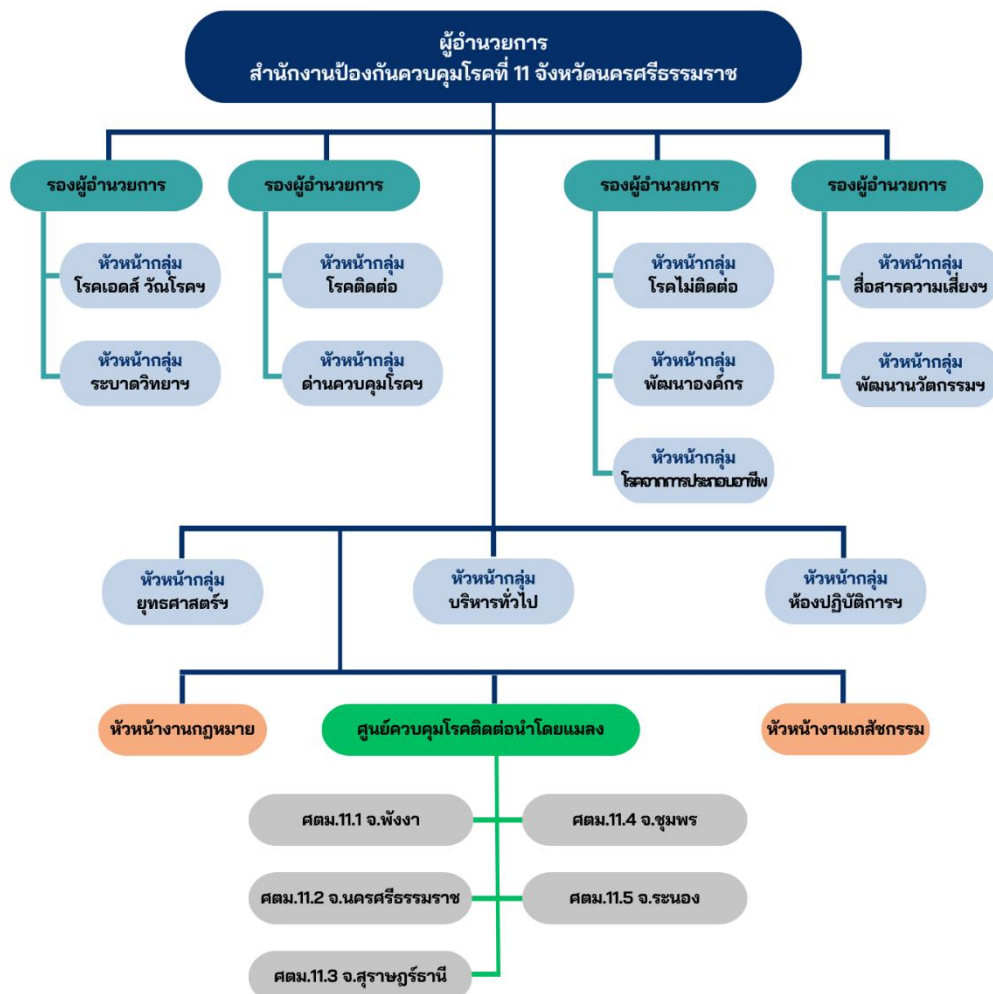


เป้าประสงค์ที่ 2 การทำงานแบบบูรณาการ



เป้าประสงค์ที่ 3 บุคลากรมีคุณภาพ มีความสุข

โครงสร้างองค์กร (Organization Structure)



หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 10 ตุลาคม พ.ศ. 2566

บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

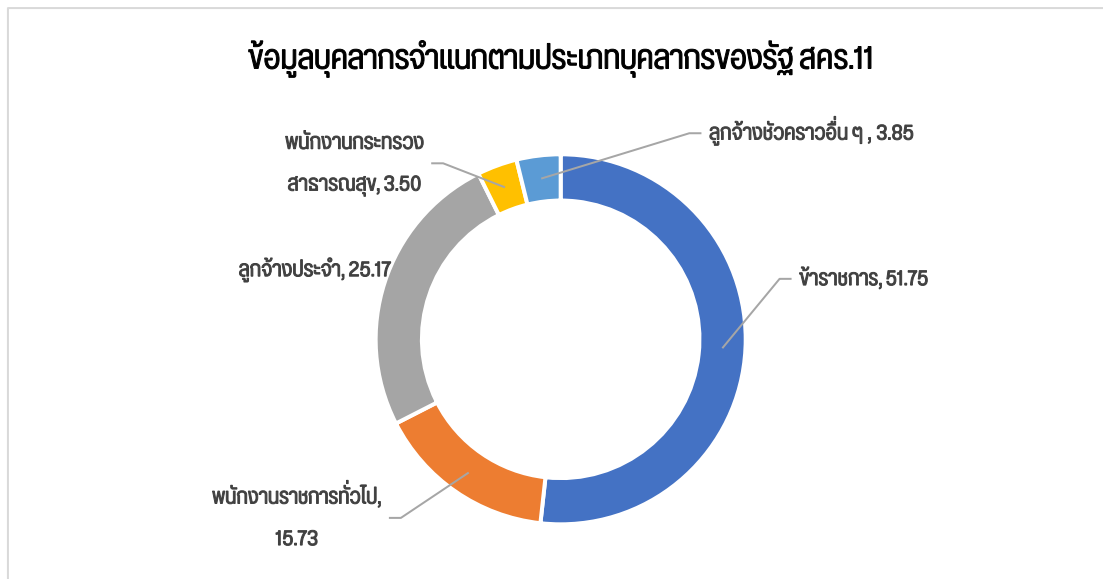
- ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่รับผิดชอบ
- สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
- ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพ บริเวณชายแดนเพื่อป้องกันโรคระหว่างประเทศ
- เผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยคุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- ปฏิบัติการร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย

ประวัติความเป็นมา

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นหน่วยงานราชการส่วนกลาง สังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2531 เดิมชื่อ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยการรวมศูนย์วิชาการต่าง ๆ ในพื้นที่เข้าด้วยกัน ได้แก่ ศูนย์วัณโรค ศูนย์โรคติดต่อทั่วไป ศูนย์โรคเรื้อน (นิคมโรคเรื้อนพุดหง) ศูนย์ทามโรคและโรคเอดส์ ศูนย์โรคเท้าช้าง ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 มีพระราชกฤษฎีกาปฏิรูประบบราชการไทย และมีกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค โดยรวมสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 11 กับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 4 สงขลา ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดภาคใต้ตอนบน (ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง) ศูนย์ระบาดวิทยาภาคใต้ และบางงานของศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ 11 เปลี่ยนชื่อเป็นสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2545 ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อถ่ายโอนนิคมพุดหง ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อนของทางราชการให้เป็นชุมชนทั่วไป เมื่อวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2559

ปัจจุบันสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ตั้งอยู่ที่ 478/74 ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีหน่วยงานภายใต้การกำกับดูแลตั้งอยู่ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน คือ ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง 5 แห่ง และด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ 10 แห่ง ซึ่งมีการทํางานสำคัญคือการสนับสนุนด้านการป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพให้กับประชาชน สนับสนุนด้านวิชาการ การปฏิบัติการโดยผ่านภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน คือ จังหวัดชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช ภูเก็ต กระบี่ พังงา และภูเก็ต รวมทั้งร่วมปฏิบัติการในการป้องกัน สอบสวน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำคัญที่เกิดขึ้นของเครือข่ายในพื้นที่ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานเป็นผู้นำด้านวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพของพื้นที่จังหวัดภาคใต้ตอนบน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตรากำลังทั้งหมดจำนวน 286 อัตรา จำแนกประเภทเป็นบุคลากรของรัฐ ดังนี้ ข้าราชการ จำนวน 148 อัตรา (ร้อยละ 51.75) ลูกจ้างประจำ จำนวน 72 อัตรา (ร้อยละ 25.17) พนักงานราชการ จำนวน 45 อัตรา (ร้อยละ 15.73) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 10 อัตรา (ร้อยละ 3.50) และลูกจ้างประเภทอื่นๆ จำนวน 11 อัตรา (ร้อยละ 3.85) ดังภาพที่ 1 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 1 ร้อยละของบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากรของรัฐ

ตารางที่ 1 อัตรากำลัง จำแนกกลุ่มงาน ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2567

กลุ่มงาน	จำนวน/ประเภทบุคลากรของรัฐ					
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	ลูกจ้างอื่นๆ	รวม
ผู้อำนวยการ	1					1
รองผู้อำนวยการ	4					4
บริหารทั่วไป	18	6	2	5	4	35
พัฒนาองค์กร	3	3	1			7
ยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย	9	3				12
พัฒนานวัตกรรมและวิจัย	4					4
สื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ	4	2				6
โรคติดต่อ	9				1	10
โรคไม่ติดต่อ	7	1			1	9
วัณโรค โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อรัง	12	1	2	2	2	19
โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	5					5
ระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	11	3		1		15
ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค	14	1		1	2	18
ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ	20	2	0	0	0	22
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต	7	1				8
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าเรือภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต	2					2
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานกระบี่ จังหวัดกระบี่	1	1				2
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าเรือกระบี่ จังหวัดกระบี่	1					1
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุราษฎร์ธานี	2					2

กลุ่มงาน	จำนวน/ประเภทบุคลากรของรัฐ					
	ข้าราชการ	พนักงานราชการ	ลูกจ้างประจำ	พนักงาน กระทรง สาธารณสุข	ลูกจ้าง อื่นๆ	รวม
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุราษฎร์ธานี	2					2
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าเรือระนอง	3					3
- ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าเรือนครศรีธรรมราช	2					2
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.1 จังหวัดพังงา	4	4	11			19
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.2 จังหวัดนครศรีธรรมราช	5	2	10		1	18
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี	5	7	18			30
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร	6	3	8			17
ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.5 จังหวัดระนอง	4	4	20			28
งานกฎหมาย	1	2				3
งานเภสัชกรรม	3	1		1		5
รวม	148	45	72	10	11	286

ทำเนียบผู้บริหาร



นายแพทย์ไกรสร โตทับเที่ยง

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11
จังหวัดนครศรีธรรมราช



แพทย์หญิงดารินดา รอชะ

ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11
จังหวัดนครศรีธรรมราช
ดำรงตำแหน่ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2567



นายศิริบุญชัย แพร่คุณธรรม

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รองผู้อำนวยการ



นางสาวอมรรัตน์ ชูตินันท์กุล

นักวิชาการสาธารณสุขสูงเชี่ยวชาญ

รองผู้อำนวยการ



นางอรอนงค์ เอี่ยมहां

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการ



นายคณพศ ทองทาว

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

รองผู้อำนวยการ

หัวหน้ากลุ่มงาน



นางอรอนงค์ เอี่ยมจำ

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม



นางกมลวรรณ อัมด้าง

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย



นางสาวสมานศรี คำสมาน

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

กลุ่มโรคติดต่อ



นางสาวกรรณิกา สุวรรณ

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

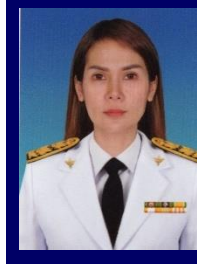
กลุ่มโรคติดต่อ



นายสุรชาติ ไทยดูลย์

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

กลุ่มพัฒนาวัฒนธรรมและวิจัย



นางสาววาลิตา วารีนิช

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการพิเศษ

กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้
ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข



นายอนันต์ ดำแป้น

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ

กลุ่มพัฒนาองค์กร



นายปฐน การัญญ์

นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์
ด้านควบคุมโรค



นายอมรเทพ เขียวยอด

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการ

กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและ
ภัยสุขภาพ



นายทศสุ เดชะโชติ

นักวิชาการสาธารณสุขสูงชำนาญการ

กลุ่มด้านควบคุมโรคติดต่อ
ระหว่างประเทศ



นางสุกาญดา หมีนธนากร

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อรัง



นางจินตนา จิราพันธ์

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

กลุ่มบริหารทั่วไป

หัวหน้างาน

	นางปฐมา วรดี
	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
	งานเภสัชกรรม

	นางสาวดวงใจ นิตยวิมล
	นิติกรชำนาญการ
	งานกฎหมาย

หัวหน้าศูนย์ควบคุม

	นายสุริยา โกแก้ว
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส
	ศตม. 11.1 จังหวัดพังงา

	นายยุทธพงศ์ หมีนราษฎร์
	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
	ศตม. 11.2 จังหวัดนครศรีธรรมราช

	นายวีราษณ์ สุวรรณ
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส
	ศตม. 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

	นายกิตติพงษ์ คงเหล่
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส
	ศตม. 11.4 จังหวัดชุมพร

	นายปิยะ แก้วเงิน
	เจ้าพนักงานสาธารณสุขอาวุโส
	ศตม. 11.5 จังหวัดระนอง

บทบาทหน้าที่กลุ่ม

1. กลุ่มบริหารทั่วไป

บทบาท

1. ศึกษา วิเคราะห์ พัฒนาแนวทางและรูปแบบของการบริหาร
2. ดำเนินการเกี่ยวกับงานธุรการ งานพัสดุและยานพาหนะ งานการเงินและบัญชี งานการเจ้าหน้าที่ งานอาคารสถานที่ งานกฎหมาย งานโสตทัศนูปกรณ์ งานเทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานอื่น ๆ ของสำนักงาน

ภาระงาน

1. งานธุรการ
2. งานสารบรรณ
2. งานการเจ้าหน้าที่
3. งานการเงินและบัญชี
4. งานพัสดุและยานพาหนะ
5. งานอาคารสถานที่

2. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย

บทบาท

1. พัฒนาและจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้สอดคล้องกับนโยบาย ยุทธศาสตร์ของประเทศ และสภาพปัญหาของพื้นที่
2. สื่อสาร ถ่ายทอด ทำกับ ติดตาม ประเมินผลเป้าหมายตัวชี้วัดของกรม/แผนก ยุทธ/แผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้เกิดผลผลิต และผลลัพธ์ต่อตัวชี้วัด เป้าประสงค์ยุทธศาสตร์ ของกรมควบคุมโรค
3. กลับกรอง ทำกับ ติดตาม ประเมินผลและปรับแผนการดำเนินงานและการใช้จ่ายงบประมาณให้บรรลุผลตามเป้าหมายเชิงปริมาณ คุณภาพ เวลา และความคุ้มค่าตามภารกิจ
4. ศึกษา วิเคราะห์ และพัฒนาระบบ กลไก การติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ ของแผนงานโรคและภัยสุขภาพ และข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ ทั้งบริบทเขตเมืองและทั่วไป

ภาระงาน

1. งานแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ
2. งานพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล
3. งานตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข
4. งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
5. การสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพระดับปฐมภูมิ
6. งานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
7. งานเขตสุขภาพ
8. งานแผนปฏิบัติการประจำปี
9. งานโครงการในพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ"ราชภัฏที่ป็นสุภาพทำดี"
10. งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ
11. งานตัวชี้วัดจุดเน้น (HL) และตัวชี้วัดที่ไม่ใช่คำรับรอง

2. กลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงานและเครือข่าย

บทบาท

5. สร้างและพัฒนากลไกความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ระดับอำเภอ (พหอ.) พื้นที่เขตเมือง และชุมชน (PCC)
6. ประสาน สนับสนุน และร่วมตรวจราชการ นิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข และประสานความร่วมมือในการดำเนินงานกับเขตสุขภาพ
7. ประสาน สนับสนุน และร่วมดำเนินการโครงการในพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ "ราชภัฏทปบสืบสาน รักษา ต่อยอด เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์"
8. ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเขตเมืองให้กับภาคีเครือข่าย
9. พัฒนาระบบฐานข้อมูล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำนักงาน

3. กลุ่มโรคติดต่อ

บทบาท

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย นวัตกรรม เทคโนโลยี หลักเกณฑ์ รูปแบบ และมาตรฐานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเมลิออยด์โตซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองปวยริ โรคติดต่อในเด็ก โรคสลิเจียนแนร์ และโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งความร่วมมือบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง
2. เผยแพร่ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ประสานสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเมลิออยด์โตซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองปวยริ โรคติดต่อในเด็ก โรคสลิเจียนแนร์ และโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายหลักในพื้นที่รับผิดชอบ
3. พัฒนาศักยภาพหลักในพื้นที่ให้มีสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเมลิออยด์โตซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองปวยริ โรคติดต่อในเด็ก โรคสลิเจียนแนร์ และโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้ตามมาตรฐาน

ภาระงาน

1. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ
2. งานโรคพิษสุนัขบ้า
3. งานโรคเมลิออยด์โตซิส
4. งานโรคเลปโตสไปโรซิส
5. งานโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
6. งานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
7. งานโรคหนองปวยริ
8. งานโรคติดต่อในเด็ก
9. งานโรคสลิเจียนแนร์
10. งานโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่
11. พระราชบัญญัติโรคติดต่อคำรับรอง

3. กลุ่มโรคติดต่อ

บทบาท

4. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โรคพิษสุนัขบ้า โรคเมลิออยด์โตซิส โรคเลปโตสไปโรซิส โรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองปวยริ โรคติดต่อในเด็ก โรคสึเจียนแนร์ และโรคติดต่ออื่นๆ ที่เป็นปัญหาในพื้นที่
5. ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบังคับใช้กฎหมายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
6. พัฒนาหลักสูตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทั่วไปที่ได้มาตรฐาน
7. จัดบริการ สอนสาธิต เพื่อพัฒนาวิชาการ ด้านโรคติดต่อทั่วไป ให้ได้รูปแบบและมีมาตรฐานในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค

4.กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

บทบาท

1. ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย นวัตกรรม เทคโนโลยี และพัฒนาหลักเกณฑ์ มาตรฐาน แนวทาง คู่มือและรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกันโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บจากการจลาจลและการจมน้ำ การบริโภคยาสูบ และแอลกอฮอล์
2. เผยแพร่ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีฯ เผยแพร่ข้อมูลด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันการบาดเจ็บจากการจลาจลทางถนน การป้องกันเด็กจมน้ำ การควบคุมการบริโภคยาสูบ และการควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ แก่ประชาชนทั่วไป
3. ประสาน สนับสนุนการดำเนินงานการเฝ้าระวังป้องกันโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บจากการจลาจลและการจมน้ำ การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์

ภาระงาน

1. งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมภัยสุขภาพ (การบาดเจ็บจากการจลาจล การจมน้ำ การพลัดตกหกล้ม แมงกะพรุน การบริโภคยาสูบ และแอลกอฮอล์)

4. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

บทบาท

1. พัฒนาศักยภาพในพื้นที่ให้มีสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังป้องกันโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บจากการจลาจลและการจมน้ำ การบริโภคยาสูบ และแอลกอฮอล์
2. นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่การเฝ้าระวังป้องกันโรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บจากการจลาจลและการจมน้ำ
3. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้และบังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ที่เกี่ยวข้อง (การบริโภคยาสูบ/แอลกอฮอล์)
4. ประสานและสนับสนุนการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกัน การสอบสวนควบคุมโรคและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

5. กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

บทบาท

1. ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย นวัตกรรม เทคโนโลยี และพัฒนาหลักเกณฑ์มาตรฐาน แนวทาง คู่มือและรูปแบบการดำเนินงานเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน โรคจากการประกอบอาชีพ (ภาคเกษตร) สิ่งแวดล้อมและสถานประกอบการ
2. เผยแพร่ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีฯ เผยแพร่ข้อมูล ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม แก่ประชาชนทั่วไป
3. ประสาน สนับสนุนการดำเนินงานการเฝ้าระวัง โรคจากการประกอบอาชีพ(ภาคเกษตร) สิ่งแวดล้อมและสถานประกอบการ
4. พัฒนาศักยภาพในพื้นที่ให้มีสมรรถนะด้านการเฝ้าระวังป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ(ภาคเกษตร) สิ่งแวดล้อมและสถานประกอบการ
5. นิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่การเฝ้าระวังป้องกัน โรคจากการประกอบอาชีพ (ภาคเกษตร) สิ่งแวดล้อมและสถานประกอบการ

ภาระงาน

1. งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
2. งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคจากสถานประกอบการ
3. งานที่บังคับใช้กฎหมายตาม พรบ.ที่เกี่ยวข้อง (โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมฯ)

6. กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทาง

บทบาท

1. เป็นศูนย์ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ พร้อมทั้งเชื่อมโยงฐานข้อมูลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้มีคุณภาพ ทันสมัย เชื่อถือได้และเป็นแหล่งอ้างอิงของกรมควบคุมโรค
2. ดูแลระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บ และเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา) รวมทั้งจัดทำและพัฒนาฐานข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่รับผิดชอบ
3. ตรวจสอบเหตุการณ์ผิดปกติ ประเมินสถานการณ์สาธารณสุข ประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งจัดทำข้อเสนอเพื่อยก/ลดระดับศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในกรณีประเมินพบว่ามีความเสี่ยงตามหลักเกณฑ์
4. ออกปฏิบัติการสอบสวนโรค ประเมินสถานการณ์การระบาด ควบคุมโรคเบื้องต้นร่วมกับพื้นที่ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
5. สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพ SAT ในพื้นที่ให้มีความสามารถในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบ ประเมินสถานการณ์ ประเมินความเสี่ยง และจัดทำรายงานต่างๆ ได้อย่างมีคุณภาพ
6. สนับสนุน ส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพสอบสวนโรค (JIT) ในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง
7. พัฒนาระบบและกลไกตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขของหน่วยงานและเครือข่าย
8. เตรียมความพร้อมและประสาน/สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน
9. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดน สิ่งแวดล้อมและสถานประกอบการ

ภาระงาน

1. งานระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (5 กลุ่มโรค) และภัยธรรมชาติ
2. งานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC)
3. งานพัฒนาหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (Communicable Disease Control Unit: CDCU)
4. งานพัฒนาศักยภาพศูนย์สถานการณ์ (SAT) ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (JIT)
5. งานนิเทศระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ ค้นหา Acute Flaccid Paralysis (AFP) และหัด
6. งานประเมินระบบเฝ้าระวังโรค ประเมินหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ (CDCU) ประเมินทีมศูนย์สถานการณ์ (SAT) ประเมินทีมปฏิบัติการสอบสวนโรค (JIT) ประเมิน EOC
7. งานพัฒนาจังหวัดชายแดนตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health regulation-Joint External Evaluation: IHR-JEE)
8. งานพัฒนาจังหวัดชายแดนตามวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda: GHSA)
9. งานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ

7. กลุ่มพัฒนาองค์กร

บทบาท

1. พัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการองค์กรตามมาตรฐานสากล ไปร่งใส ตรวจสอบได้
2. วางแผนและพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพและสมรรถนะการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพ และประสิทธิผล
3. พัฒนาระบบการจัดทำ กำกับ ติดตาม ปรับปรุงให้มีผลการปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายคำรับรองการปฏิบัติราชการของบุคลากร/กลุ่มงาน
4. พัฒนาระบบบริหารผลการปฏิบัติงาน (PMS) ของบุคลากร/หน่วยงาน ในส่วนการประเมินสมรรถนะ และแผนพัฒนารายบุคคล (IDP)
5. พัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรคุณธรรมและจริยธรรม ไปร่งใส ตรวจสอบได้ เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรเป็นผู้มีคุณธรรม จริยธรรม

ภาระงาน

1. งานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
2. งานพัฒนาทรัพยากรบุคคล (HRD)
3. ตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ
4. งานพัฒนาระบบบริหารผลการปฏิบัติงานของบุคลากร (PMS)
5. งานสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรม

8. กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

บทบาท

1. วิเคราะห์ สังเคราะห์ ความต้องการผลิตผลงาน องค์ความรู้ นวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน กฎหมาย และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามสภาพปัญหาในพื้นที่และประชาชน กลุ่มเป้าหมาย
2. พัฒนาระบบ กลไกการบริหารจัดการ ประสาน ส่งเสริมหรือสนับสนุนการศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ พัฒนานวัตกรรมวิจัย และผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้ได้มาตรฐาน เหมาะสมกับสภาพพื้นที่และประชาชน กลุ่มเป้าหมาย
3. ศึกษาวิจัย พัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้ รูปแบบหรือเทคโนโลยี ในระดับปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ และ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
4. เผยแพร่ ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านนวัตกรรม วิจัย และผลิตภัณฑ์ เพื่อให้องค์กร และภาคีเครือข่ายนำไปใช้ประโยชน์ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพ
5. จัดทำฐานข้อมูลนวัตกรรมและวิจัย ผลิตภัณฑ์กรมควบคุมโรค และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการนำไปใช้ประโยชน์ด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และ ประชาชนเข้าถึงได้
6. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านวิจัยและนวัตกรรมระดับหน่วยงานและแผนงานที่ เกี่ยวข้องดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน

ภาระงาน

1. งานบริหาร อำนวยความสะดวก กำกับ ติดตาม ประเมินผลภาพรวม
2. งานวิจัยเชิงระบบ
3. งานนวัตกรรมเชิงระบบ
4. งานจัดการความรู้
5. งานมาตรฐานการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
6. งานวารสารวิชาการ
7. ฐานข้อมูล (นักวิจัย, ผลิตภัณฑ์วิชาการ)
8. งานศึกษาและวิจัย ด้านการป้องกันควบคุมโรค

9. กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน

บทบาท

1. ศึกษา ค้นคว้า วิเคราะห์ วิจัย นวัตกรรม เทคโนโลยี หลักเกณฑ์ รูปแบบ และมาตรฐานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน โรควัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสบบี และการควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล ให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่รับผิดชอบ รวมทั้งความร่วมมือบังคับใช้กฎหมาย
2. เผยแพร่ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ประสาน สนับสนุนการปฏิบัติงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน โรควัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสบบี และการควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล ให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายหลักในพื้นที่รับผิดชอบ
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายหลักในพื้นที่ให้มีสมรรถนะด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน โรควัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสบบี และการควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล ได้ตามมาตรฐาน
4. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงาน โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน โรควัณโรค โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคไวรัสตับอักเสบบี และการควบคุมโรคติดต่อในโรงพยาบาล
5. งานศูนย์บริการโรคผิวหนัง/โรคเรื้อน โรควัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. กำกับดูแลงานนิคมพุดหง

ภาระงาน

1. งานป้องกันควบคุมโรคเรื้อน
2. งานป้องกันควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
3. งานวัณโรค
4. งานโรคเอดส์
5. งานไวรัสตับอักเสบบีและซี
6. งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. งานศูนย์บริการ

10. กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

บทบาท

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนานวัตกรรม และความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสาร ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ
2. สร้างเสริม สนับสนุนองค์ความรู้ด้านความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพให้กับเครือข่าย
3. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสาร จัดทำประเด็นการสื่อสาร และตอบโต้ข้อมูล ข่าวสารด้านความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพให้ได้ตามมาตรฐานสากลทั้งภาวะปกติและ ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข
4. พัฒนาช่องทาง และระบบการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพให้ได้ มาตรฐานสากล เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
5. ผลิตสื่อต้นแบบ เผยแพร่ ข้อมูลข่าวสาร และสนับสนุนเครือข่ายด้านการสื่อสารความ เสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ โดยพัฒนาเทคโนโลยีให้ทันสมัยเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
6. ประเมินผลการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
7. พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายในการสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ และความ รอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อลดโรค
8. ปฏิบัติงานอื่นที่เกี่ยวข้องและได้รับมอบหมาย

ภาระงาน

1. งานเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคและภัย สุขภาพ
2. งานตอบโต้ข้อมูลข่าวสารความเสี่ยงโรคและภัย สุขภาพ (ภาวะปกติ)
3. งานตอบโต้ข้อมูลข่าวสารด้านความเสี่ยงและภัย สุขภาพ (ภาวะฉุกเฉิน/กรณีข่าวเชิงลบ/ข่าวลือ)
4. งานวิชาการและผลิตสื่อความรู้
5. งานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
6. งานสร้างและพัฒนาเครือข่ายประชาสัมพันธ์และ สื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ
7. งานสร้างการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายและ ชุมชน
8. งานประเมินผลการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

11. กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค

บทบาท

1. ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย และพัฒนางานความรู้ใหม่ๆ ด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ และประสบการณ์ด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ แก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับเขต ระดับประเทศ และนานาชาติ
3. ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สนับสนุนเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ รับผิดชอบ เพื่อนำผลตรวจวิเคราะห์มาใช้ในการวินิจฉัยโรค ค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ ความรุนแรงและติดตามผลการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรค
 - 3.1 บริการตรวจวินิจฉัยโรคทางห้องปฏิบัติการในศูนย์สาริตและผู้ป่วยทั่วไปที่มี การส่งตรวจจากหน่วยงานเครือข่าย
 - 3.2 บริการตรวจยืนยันผลทางห้องปฏิบัติการและตรวจสอบซ้ำ เพื่อการควบคุม คุณภาพการตรวจวินิจฉัย
 - 3.3 บริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการสอบสวนโรค ของ หน่วยงานเครือข่าย
 - 3.4 บริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวังโรค (Surveillance Lab) และปฏิบัติการด้านอื่นๆ
4. นิเทศติดตาม ประเมินมาตรฐานตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการของเครือข่าย เพื่อให้การตรวจวินิจฉัยเป็นไปตามมาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรคที่มี ประสิทธิภาพ

ภาระงาน

1. ดำเนินการศึกษาและสนับสนุนการวิจัย พัฒนา องค์ความรู้ใหม่ๆด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
2. ถ่ายทอดองค์ความรู้ ทางด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ
3. ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่/ อุบัติซ้ำ โรคฉี่หนู และโรคติดต่ออื่นๆโดยแมลง
4. ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และติดตามการดูแลรักษาโรค
5. นิเทศ ติดตาม ประเมินมาตรฐานด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการให้กับหน่วยงาน เครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบ

12. กลุ่มด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ

บทบาท

1. ศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาศักยภาพ และเทคโนโลยีเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพระหว่างประเทศ
2. กำหนดและพัฒนามาตรฐานที่เกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ ตลอดจนการดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
3. สนับสนุน กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล การปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และภัยสุขภาพระหว่างประเทศตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และ ข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548
4. ประสาน สนับสนุน กำกับ ติดตาม และ ประเมินผล การพัฒนาสมรรถนะของช่องทาง เข้าออกประเทศร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548
5. ประสาน สนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น ที่ใช้ในการดำเนินงานของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ5. ประสาน สนับสนุนเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น ที่ใช้ในการดำเนินงานของด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
6. ถ่ายทอดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม

ภาระงาน

1. งานเฝ้าระวังโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ
2. งานสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาสมรรถนะหลักช่องทางเข้าออกประเทศ ให้เป็นไปตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (IHR-JEE)
3. งานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ณ ช่องทางเข้าออกประเทศ
4. งานเยี่ยม ติดตาม กำกับ พัฒนา การดำเนินงาน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ
5. งานถ่ายทอดความรู้พื้นฐานการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพแก่หน่วยงานเครือข่ายภายในช่องทางเข้าออกประเทศ (Non-Health)

13. งานเภสัชกรรม

บทบาท

1. ให้บริการเภสัชกรรม เพื่อเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเรื้อน
2. บริหารจัดการยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา วัคซีนและวัสดุอุปกรณ์ป้องกันควบคุมโรคทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
3. สนับสนุนยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา วัคซีน และวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรคให้หน่วยงานเครือข่าย
4. ให้คำปรึกษาด้านยา เวชภัณฑ์ฯ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรค
5. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลเวชภัณฑ์ฯ/วัคซีนพเพื่อการเดินทางระหว่างประเทศ

ภาระงาน

1. งานบริการเภสัชกรรม
2. งานบริหารเวชภัณฑ์
3. งานสนับสนุนเวชภัณฑ์
4. งานสนับสนุนวิชาการด้านเภสัชกรรม
5. งานสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

14. งานกฎหมาย

บทบาท

1. ดำเนินการเกี่ยวกับงานกฎหมาย ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพตามพระราชบัญญัติ รวมทั้งระเบียบ ประกาศ คำสั่ง และกฎหมาย อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องตามอำนาจและหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกรมควบคุมโรค
2. การให้คำปรึกษาและความเห็นทางกฎหมาย การร่างนิติกรรม สัญญา และบริหารสัญญา

ภาระงาน

1. งานกฎหมาย
2. งานข้อร้องเรียน

15. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง

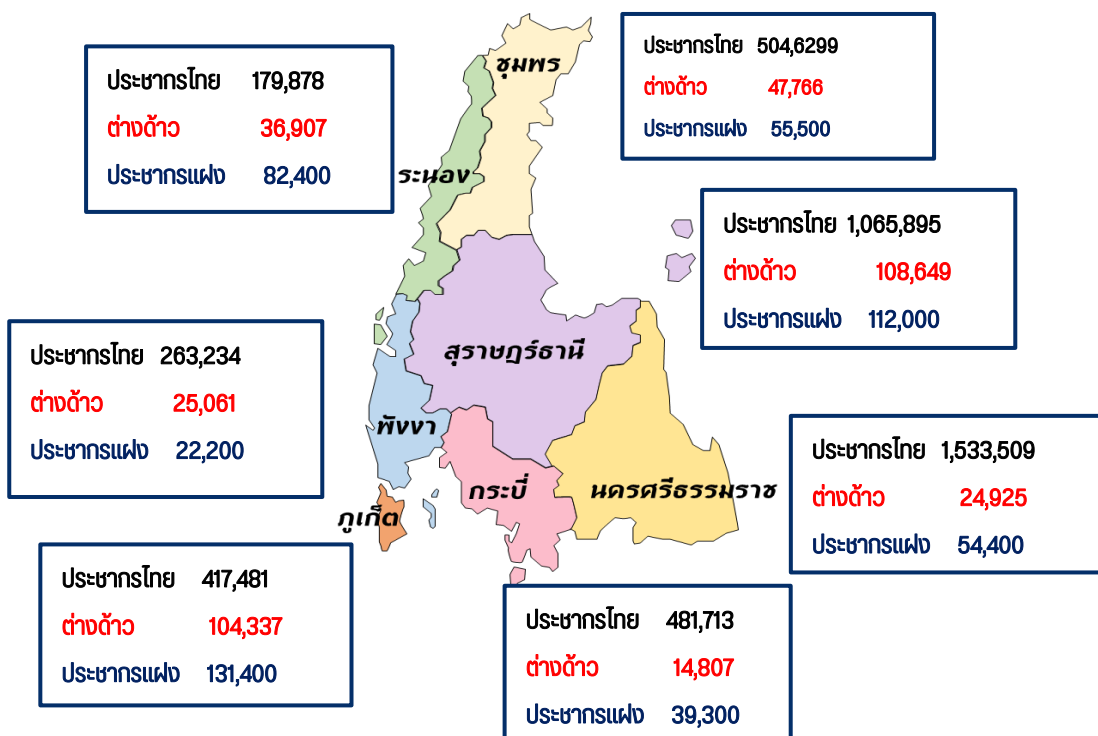
บทบาท

1. เฝ้าระวังและประเมินความเสี่ยงทางระบาดโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่สำคัญ และเป็นปัญหาในพื้นที่ได้แก่ ไข้เลือดออก ไข้มาลาเรีย โรคเท้าช้าง ไข้ปวดข้อยุงลาย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา และโรคติดต่อ นำโดยแมลงอื่นๆ
2. ศึกษาและวิจัยพัฒนาความรู้ด้านกีฏวิทยาและเฝ้าระวังพาหะนำโรคติดต่อ นำโดยแมลง และแมลงอื่นๆ ที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข
3. พัฒนาศูนย์เรียนรู้และถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านเทคโนโลยีเครื่องพ่นสารเคมีและเคมีภัณฑ์กำจัดแมลงพาหะนำโรค ตรวจสอบมาตรฐานเครื่องพ่นเคมี และทดสอบมาตรฐานสารเคมีที่ใช้ในด้านสาธารณสุข
4. พัฒนาศูนย์อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการแมลงพาหะนำโรค และชั้นสูตรโรคไข้มาลาเรีย และโรคเท้าช้างที่ตรวจทางสัณฐานวิทยาด้วยกล้องจุลทรรศน์ ได้แก่ อ้างอิงทางห้องปฏิบัติการแมลงพาหะนำโรค อ้างอิงความไวลูกน้ำยุงลายและยุงลายตัวเต็มวัยต่อสารเคมี และอ้างอิงชั้นสูตรโรคไข้มาลาเรียและโรคเท้าช้าง
5. สนับสนุนการดำเนินงาน ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ในด้านข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อ นำโดยแมลง การพยากรณ์โรค แนวโน้มการเกิดโรค และสนับสนุนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ
6. ประเมินและควบคุมคุณภาพการค้นหารักษา และควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง
7. ศึกษาวิเคราะห์วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงและพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านโรคติดต่อ นำโดยแมลง
8. ประสาน สนับสนุน และพัฒนาเครือข่ายให้มีสมรรถนะการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงตามมาตรฐาน รวมทั้งเผยแพร่และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงให้แก่ผู้เกี่ยวข้องให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์
9. เป็นศูนย์ความเป็นเลิศ จัดการความรู้ด้านแมลงนำโรค นวัตกรรม และเทคโนโลยีการป้องกันควบคุมแมลงนำโรค และเป็นศูนย์ประสานงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ระดับจังหวัด

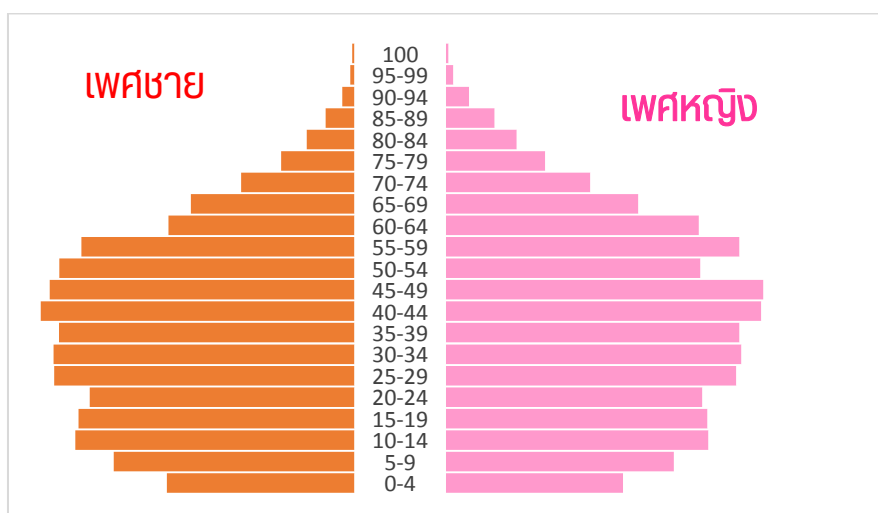
ภาระงาน

1. งานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง (โรคไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง โรคไข้มาลาเรีย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคลิมาเนีย)
2. งานกีฏวิทยา
3. งานเทคโนโลยีควบคุมแมลงนำโรค
4. งานชั้นสูตรโรคและมาตรฐานการรักษา
5. งานสนับสนุนและควบคุมโรค
6. งานถ่ายทอดองค์ความรู้และฝึกอบรม
7. งานประเมินผลและบำรุงรักษาเครื่องพ่นเคมี
8. งานมาตรฐานและการใช้สารเคมีควบคุมแมลงนำโรค
9. งานศึกษาวิจัย

ข้อมูลเขตพื้นที่รับผิดชอบและจำนวนประชากร



ภาพที่ 2 แผนที่จังหวัดในเขตรับผิดชอบ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน



ภาพที่ 3 โครงสร้างประชากรไทย เขตสุขภาพที่ 11

ที่มา : ข้อมูลประชากรไทย ปี 2567 กรมการปกครอง, ประชากรต่างด้าว ปี 2567 กรมการจัดหางาน, ประชากรแฝงปี 2566 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11

ประเภทสถานบริการ	จังหวัด							
	กระบี่	ชุมพร	นครศรีฯ	พังงา	ภูเก็ต	ระนอง	สุราษฎร์ธานี	รวม
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1	1	1	1	1	1	1	7
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	8	8	23	8	3	5	19	74
3. สถานีอนามัย	-	-	2	-	-	-	1	3
4. ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล	11	1	6	4	2	1	9	34
5. โรงพยาบาลศูนย์	-	-	1	-	1	-	1	3
6. โรงพยาบาลทั่วไป	1	1	3	2	-	1	1	9
7. โรงพยาบาลชุมชน	8	10	19	7	3	4	19	70
8. โรงพยาบาลนอก สป.สร.	-	-	1	-	-	-	3	4
9. โรงพยาบาลนอก สร.	-	1	6	1	1	-	2	11
10. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	42	78	216	64	9	46	71	526
11. ศูนย์วิชาการ	-	-	4	-	1	-	4	9
12. ศูนย์บริการสาธารณสุข	1	3	7	2	3	1	7	24
13. ศูนย์บริการสาธารณสุข อปท.	46	20	45	2	18	1	104	222
14. โรงพยาบาลเอกชน	3	3	5	-	5	2	12	30
15. คลินิกเอกชน	235	154	409	46	276	57	616	1,371
รวม	342	280	748	137	323	119	870	2397

หมายเหตุ : จำนวนหน่วยงานบริการสุขภาพ เป็นจำนวนของหน่วยงานฯ ที่ได้แจ้งขอรหัสหน่วยงานบริการสุขภาพกับกองยุทธศาสตร์และแผนงาน ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2567 ที่มา : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2

สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

การจัดลำดับอัตราป่วย อัตราตาย อัตราป่วยตาย

จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ จังหวัด นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สรุปสถานการณ์โรค ดังต่อไปนี้

1. อัตราป่วย

โรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคไข้หวัดใหญ่ (1,257.93) รองลงมา คือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (880.25) และโรคปอดอักเสบ (846.53) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ในเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

โรค	จำนวนป่วย (ราย)	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
1. โรคไข้หวัดใหญ่	55,692	1,257.93
2. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	38,971	880.25
3. โรคปอดอักเสบ	37,477	846.53
4. โรคไข้เลือดออก	11,460	258.85
5. โรคมือ เท้า ปาก	5,640	127.39
6. โรคอาหารเป็นพิษ	5,118	115.60
7. โรคสุมใส	3,474	78.47
8. โรคซึฟลิส	2,041	46.10
9. โรคไวรัสตับอักเสบบี	1,875	42.35
10. โรคหนองใน	987	22.29

2. อัตราตาย

โรคที่มีอัตราตายสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ โรคปอดอักเสบ (6.08) รองลงมาคือ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (0.93) และโรคไข้หวัดใหญ่ (0.32) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและอัตราตายจากโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ในเขตสุขภาพที่ 11

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

โรค	จำนวนตาย (ราย)	อัตราตาย (ต่อประชากรแสนคน)
1. โรคปอดอักเสบ	269	6.08
2. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	41	0.93
3. โรคไข้หวัดใหญ่	14	0.32
4. โรคเลปโตสไปโรซิส	13	0.29
5. โรคไข้เลือดออก	9	0.20

3. อัตราป่วยตาย

โรคที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด 3 ลำดับแรกคือ โรคเมลิออยโดสิส (6.82) รองลงมาคือ โรคโง้มองอ้าเสบ (2.91) และโรคไข้กาฬหลังแอ่น (2.07) ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อัตราป่วยตายสูงสุดจากโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 ลำดับแรก ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

โรค	จำนวน (ราย)		อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
	ป่วย	ตาย	
1. โรคเมลิออยโดสิส	88	6	6.82
2. โรคโง้มองอ้าเสบ	172	5	2.91
3. โรคไข้กาฬหลังแอ่น	193	4	2.07
4. โรคหัด	58	1	1.72
5. โรคเลปโตสไปโรสิส	809	13	1.61

4. จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11

เมื่อพิจารณาจำนวนป่วยและอัตราป่วยรายจังหวัด พบว่า โรคที่ต้องเฝ้าระวังที่มีจำนวนป่วยติดอันดับ 1 ใน 5 ของทุกจังหวัด คือ โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคไข้หวัดใหญ่ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับแรก จำแนกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

จังหวัด	อันดับ 1		อันดับ 2		อันดับ 3		อันดับ 4		อันดับ 5	
	จำนวนป่วย	อัตรา (ต่อแสน)	จำนวนป่วย	อัตรา (ต่อแสน)	จำนวนป่วย	อัตรา (ต่อแสน)	จำนวนป่วย	อัตรา (ต่อแสน)	จำนวนป่วย	อัตรา (ต่อแสน)
นครศรีธรรมราช	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคปอดอักเสบ		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคไข้เลือดออก		โรคมือ เท้า ปาก	
	17,771	1,153.84	11,569	751.15	10,504	682.00	2,370	153.88	1,678	108.95
กระบี่	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคปอดอักเสบ		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคไข้เลือดออก		โรคมือ เท้า ปาก	
	4,663	980.06	3,488	733.10	2,846	598.17	632	132.83	316	66.42
พังงา	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคปอดอักเสบ		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคไข้เลือดออก		โรคอาหารเป็นพิษ	
	2,494	949.13	1,724	656.09	1,133	431.18	583	221.87	417	158.70
ภูเก็ต	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคปอดอักเสบ		โรคไข้เลือดออก		โรคสุกใส	
	11,279	2,785.32	8,306	2,051.15	6,971	1,721.47	2,699	666.51	1,074	265.22
สุราษฎร์ธานี	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคปอดอักเสบ		โรคไข้เลือดออก		โรคมือ เท้า ปาก	
	11,610	1,094.69	10,394	980.03	9,016	850.11	4,525	426.66	1,349	127.20
ระนอง	โรคปอดอักเสบ		โรคไข้หวัดใหญ่		โรคอาหารเป็นพิษ		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคมือ เท้า ปาก	
	1,785	996.89	1,725	963.38	436	243.50	398	222.28	231	129.01
ชุมพร	โรคไข้หวัดใหญ่		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		โรคปอดอักเสบ		โรคมือ เท้า ปาก		โรคโปลิโอสาย	
	6,222	1,234.58	5,396	1070.69	3,085	612.13	639	126.79	558	143.19

สถานการณ์โรคติดต่อ

กลุ่มโรคติดต่อระบบประสาทส่วนกลาง

1. โรคไขสมองอักเสบ (Encephalitis)

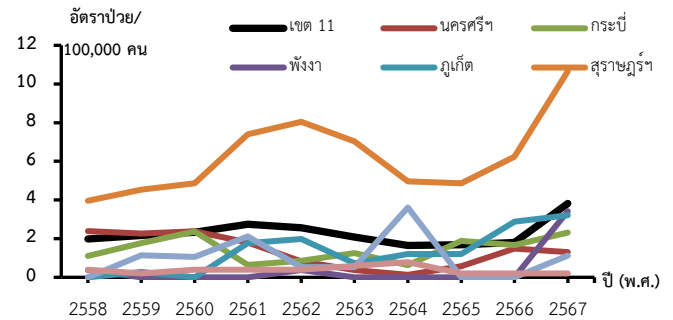
โรคไขสมองอักเสบ สาเหตุมักเกิดจากการติดเชื้อไวรัส หรือแบคทีเรีย ไขสมองอักเสบที่อันตรายร้ายแรงที่อาจจะเสียชีวิตเกิดจากเชื้อ *Japanese Encephalitis Virus (JEV)* โดยมี สุนัขและนกเป็นแหล่งรังโรคที่สำคัญ โดยเชื้อจะถ่ายทอดไปสู่ผู้ที่ เป็นพาหะ เมื่อถูกแมลงกัดคนก็จะแพร่เชื้อเข้าสู่กระแสโลหิต

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไขสมองอักเสบรวม จำนวน 169 ราย อัตราป่วย 3.82 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต 6 ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ 3.55 ในรอบ 10 ปี ที่ผ่านมา พบว่า แนวโน้มค่อนข้างคงที่ อัตราป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 (3.82) โดยจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอัตราป่วยสูงกว่าระดับเขต (ภาพที่ 3) เมื่อจำแนกผู้ป่วยเป็นรายเดือน พบว่า ผู้ป่วยกระจาย ตลอดทั้งปี โดยพบผู้ป่วยสูงสุดในเดือนพฤษภาคมและ กันยายน (ภาพที่ 4)

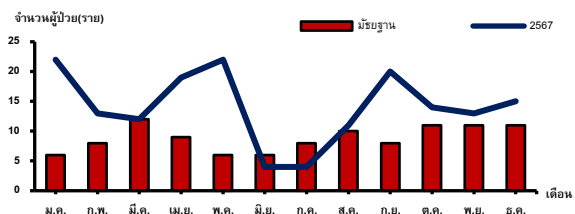
กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (7.77) รองลงมาคือ 5-9 ปี (4.78) 50-59 ปี (3.67) 0-4 ปี (3.64) และ 20 - 29 ปี (3.53) ตามลำดับ (ภาพที่ 5)

อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 5 อันดับแรกคือ ในปกครอง 106 ราย (ร้อยละ 65.03) รองลงมาคือ รับจ้าง 15 ราย (ร้อยละ 9.20) งานบ้าน 15 ราย (ร้อยละ 9.20) เกษตรกร 10 ราย (ร้อยละ 6.13) และนักเรียน 7 ราย (ร้อยละ 4.29) ตามลำดับ

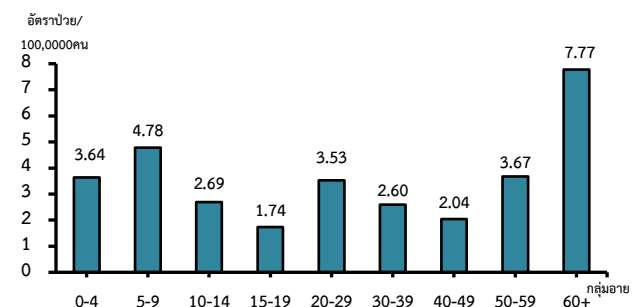
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดคือ จังหวัดพังงา อัตราป่วย 29.56 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ สุราษฎร์ธานี (12.55) กระบี่ (5.14)ภูเก็ต (3.89)ระนอง (3.85) นครศรีธรรมราช (3.11) และชุมพร (1.22) (ภาพที่ 6)



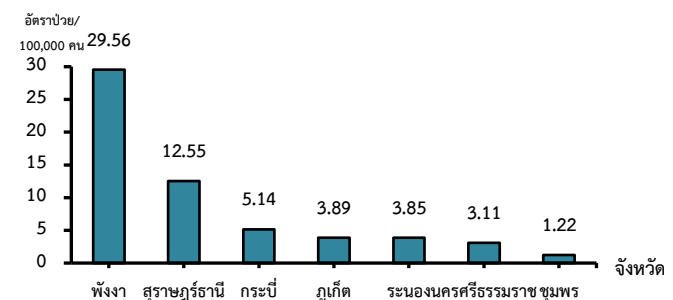
ภาพที่ 3 อัตราป่วยโรคไขสมองอักเสบต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2558 - 2567



ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคสมองอักเสบในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 5 อัตราป่วยโรคไขสมองอักเสบต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 6 อัตราป่วยโรคไขสมองอักเสบต่อประชากรแสนคน ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

กลุ่มโรคติดต่อนำโดยแมลง

1. โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever)

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดเชื้อไวรัสเด็งกี ที่มีอยู่หลายเป็นแมลงนำโรค ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

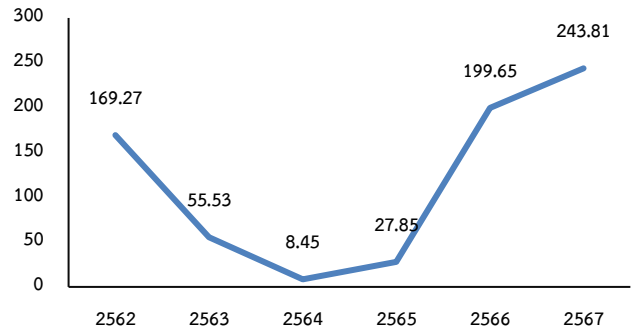
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมาได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จำนวนทั้งสิ้น 10,947 ราย อัตราป่วย 243.81 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 9 ราย อัตราตาย 0.20 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.08 พิจารณาเปรียบเทียบกับข้อมูลพบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง และสูงกว่าปี พ.ศ.2566 (ภาพที่ 7)

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (549.69) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (464.95) 15 - 19 ปี (441.96) 20 - 24 ปี (382.39) และ 25 - 29 ปี (374.52) ตามลำดับ (ภาพที่ 8)

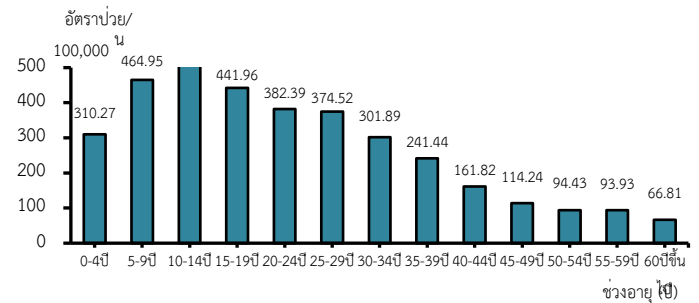
อาชีพที่มีร้อยละผู้ป่วยสูงสุด คือ รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจเอกชน ร้อยละ 26.63 รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 25.43 ในปกครอง ร้อยละ 9.49 เกษตร ร้อยละ 5.53 อื่นๆ ร้อยละ 12.62 และ ไม่ทราบ/ไม่ระบุ ร้อยละ 21.30

การกระจายของโรคไข้เลือดออกตามช่วงเวลา พบผู้ป่วยสูงตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม ลดลงในช่วงเดือนมีนาคม เพิ่มขึ้นอีกครั้งช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน (ภาพที่ 9)

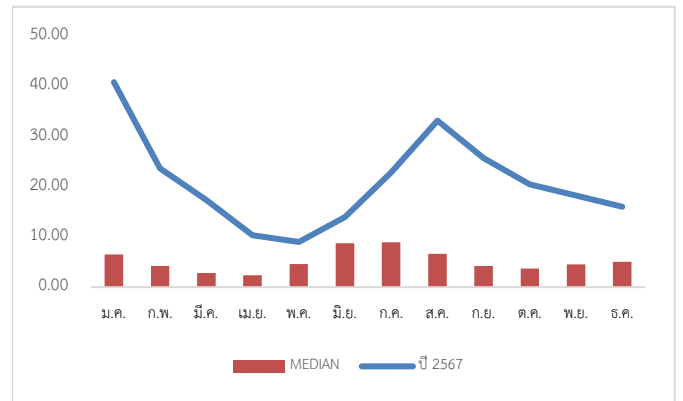
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ ภูเก็ต (615.81) รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (406.05) พังงา(212.53) นครศรีธรรมราช (141.99) กระบี่ (122.64) ระนอง(100.62) และ ชุมพร (87.99) ตามลำดับ (ภาพที่ 10)



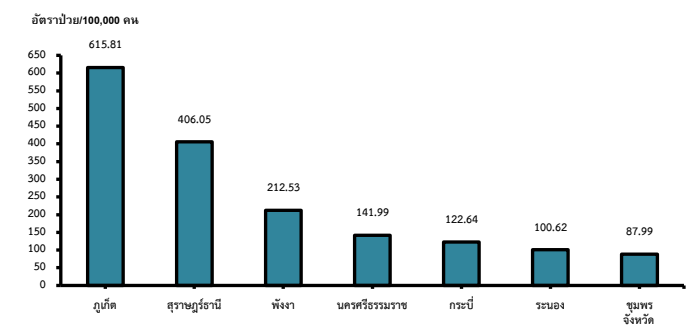
ภาพที่ 7 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2562 - 2567



ภาพที่ 8 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 9 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเขตสุขภาพที่ 11 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 10 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 จำแนกรายจังหวัด

2. โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika virus disease)

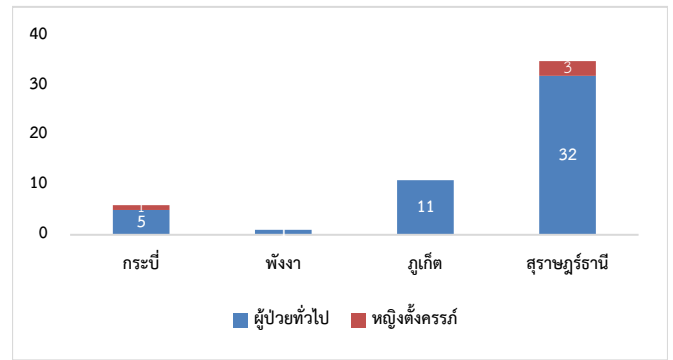
โรคติดเชื้อไวรัสซิกา เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา (*Zika Virus-ZIKV*) ไวรัสที่มีสารพันธุกรรมชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว อยู่ในตระกูลฟลาวิไวรัส (flavivirus) มีลักษณะคล้ายคลึงกับไวรัสไข้เหลือง ไวรัสเดงกี ไวรัสเวสต์ไนล์ และไวรัสโอมงอกอักเสบเจอี มีอยู่หลาย เป็นแมลงนำโรค มีระยะฟักตัวในคน 4 - 7 วัน (สั้นสุด 3 วัน ยาวสุด 12 วัน) และในยุง 10 วัน โดยจะมีอาการไข้ ปวดศีรษะรุนแรง มีผื่นแดงแบบ maculopapular ที่บริเวณลำตัว แขนขา เยื่อบุตาอักเสบ ตาแดง ปวดข้อ อ่อนเพลีย อาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองโต

ข้อมูลรายงานสถานการณ์ระบบเฝ้าระวัง D506 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 11 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 53 ราย อัตราป่วย 9.02 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต (ภาพที่ 11)

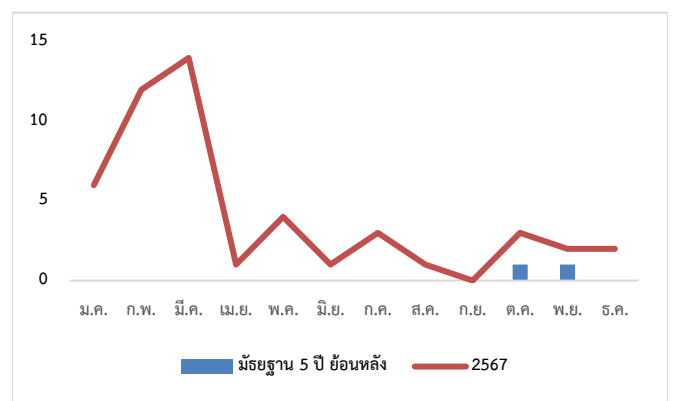
จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค พบว่า ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั้งประเทศ 18 ราย และจากข้อมูลการเฝ้าระวังเหตุการณ์พื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ.2567 พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ จำนวน 4 ราย ผลการติดตามการรักษาและพัฒนาการ พบว่า แท้ง 1 ราย ทั้งนี้ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทที่มีอาการอักเสบของเส้นประสาท GBS (Guillain-Barre syndrome) และการกีดกันเล็ก (ภาพที่ 12)

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในพื้นที่จังหวัด กระบี่ (28.86) รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (22.21) ภูเก็ต (3.67) (ภาพที่ 13)

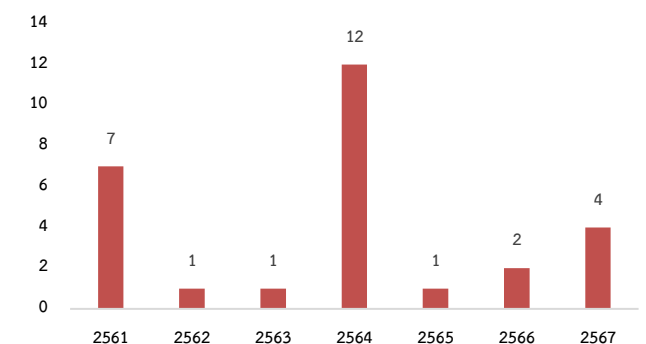
กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ 30-39 ปี จำนวน 14 ราย รองลงมาคือ 20-29 ปี จำนวน 13 ราย และ 40-49 ปี จำนวน 12 ราย (ภาพที่ 14)



ภาพที่ 11 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาเขตสุขภาพที่ 11 รายจังหวัด จำแนกตามประเภทผู้ป่วย



ภาพที่ 12 อัตราป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกาต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบ พ.ศ. 2566 และค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง



ภาพที่ 13 จำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไวรัสซิกาเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2561 - 2567



ภาพที่ 14 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสซิกาเขตสุขภาพที่ 11 รายจังหวัด จำแนกตาม

3. โรคไข้วอดงัยยงลายหรือโรคชีกุนกุนยา (Chikungunya fever)

โรคไข้วอดงัยยงลายหรือโรคชีกุนกุนยาเป็นโรคติดเชื้อไวรัสชีกุนกุนยาที่มียุงลายเป็นแมลงนำโรค มีการคล้ายไข้เลือดออก

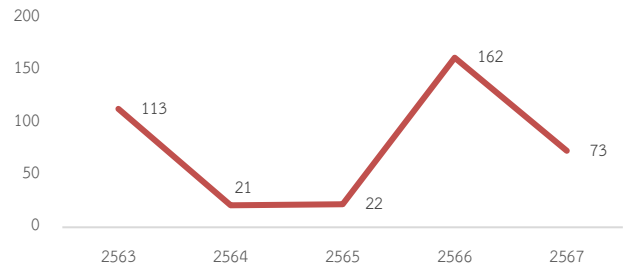
ข้อมูลรายงานสถานการณ์ระบบเฝ้าระวัง D506 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 พื้นที่เขตสูงภาพที่ 11 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อชีกุนกุนยา จำนวน 73 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน คือ 2.67 ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต(ภาพที่ 15)

การกระจายของโรคตามช่วงเวลา พบผู้ป่วยสูงตั้งแต่ช่วงเดือนมกราคม ลดลงในช่วงเดือนมีนาคม เพิ่มขึ้นอีกครั้งช่วงเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน และมีอัตราป่วยคงที่จนถึงเดือนธันวาคม (ภาพที่ 16)

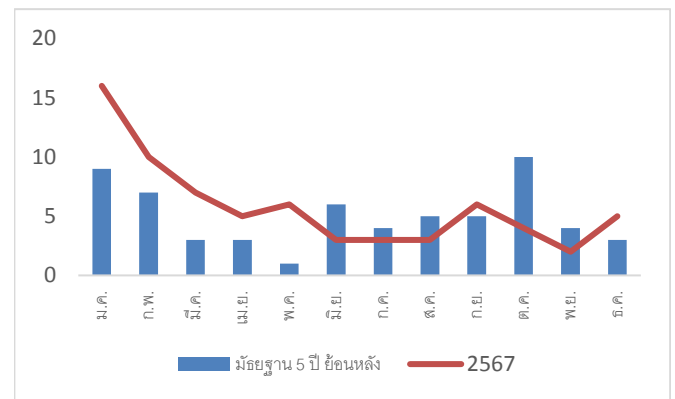
กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ 20-29 ปี จำนวน 20 ราย รองลงมาคือ 30-39 ปี จำนวน 19 ราย และ 40-49 ปี จำนวน 9 ราย (ภาพที่ 17)

อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุดในพื้นที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (7.37) รองลงมาคือ ภูเก็ต (2.22) พังงา จำนวน 2 ราย (0.91) กระบี่ (0.81) ระนอง (0.62) ชุมพร (0.60) นครศรีธรรมราช จำนวน 2 ราย (0.32) (ภาพที่ 18)

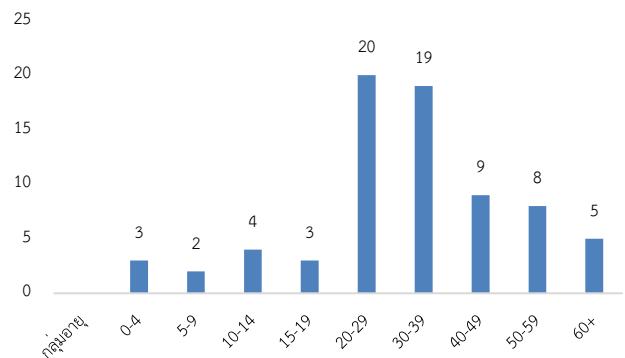
กลุ่มอาชีพส่วนใหญ่ คือ รับจ้าง/รับจ้างทั่วไป/ธุรกิจเอกชน (ร้อยละ 25.63) รองลงมา คือ นักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 25.43) ไม่ทราบ/ไม่ระบุ (ร้อยละ 21.29) ในปกครอง (ร้อยละ 9.49) เกษตร (ร้อยละ 5.53) ไม่ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 4.89) ค้าขาย (ร้อยละ 1.99) งานบ้าน (ร้อยละ 1.63) และอื่น ๆ (ร้อยละ 4.12) ตามลำดับ



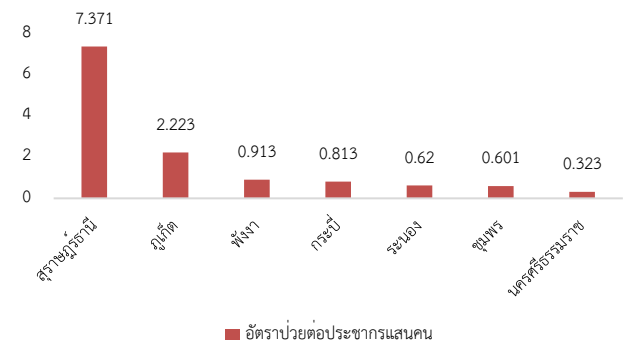
ภาพที่ 15 จำนวนผู้ป่วยโรคชีกุนกุนยา พื้นที่เขตสูงภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2563 - 2567



ภาพที่ 16 จำนวนผู้ป่วยโรคชีกุนกุนยา พื้นที่เขตสูงภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี



ภาพที่ 17 ผู้ป่วยโรคชีกุนกุนยา พื้นที่เขตสูงภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



4. โรคสครับไทฟัส (Scrub Typhus)

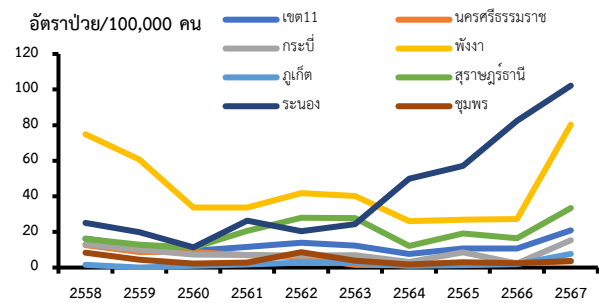
โรคสครับไทฟัส (Scrub typhus) หรือโรคไ้รากลด-ใหญ่ เป็นโรคติดต่อโดยสัตว์นำพาซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียในกลุ่มริกเก็ตเซีย (Rickettsia) ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง ปวดศีรษะมาก ปวดเมื่อยตามตัว ไอแห้ง ปวดกระบอกตา ตาแดง ต่อม้ำเหลืองโตโดยเฉพาะที่อยู่ใกล้แผลที่ถูกไรอ่อนกัด มีระยะฟักตัวเฉลี่ย 10 - 12 วัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคสครับไทฟัส จำนวนทั้งสิ้น 925 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 20.89 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.11 ซึ่งอัตราป่วยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาแนวโน้มสูงขึ้น (ภาพที่ 19)

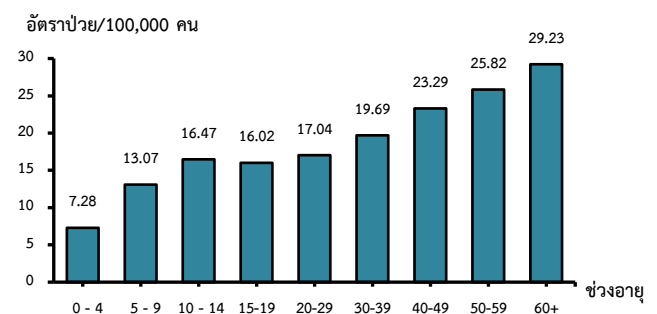
กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (29.23) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี (25.82) 40 - 49 ปี (23.29) 30 - 39 ปี (19.69) และ 20-29 ปี (17.04) ตามลำดับ (ภาพที่ 20)

เมื่อพิจารณาการกระจายของโรคตามเวลา พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีตลอดทั้งปี (ภาพที่ 21)

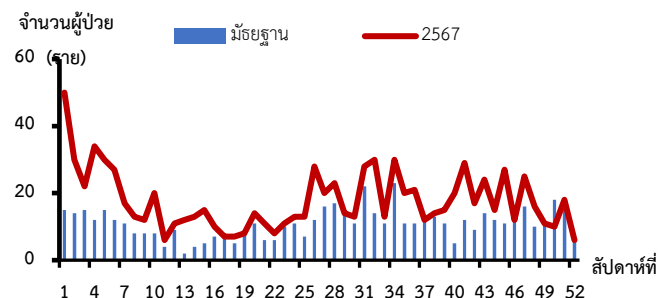
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดระนอง (103.46) รองลงมา คือ พังงา (88.01) สุราษฎร์ธานี (35.06) กระบี่ (20.02) ภูเก็ต (10.74) นครศรีธรรมราช (5.63) และชุมพร (5.07) ตามลำดับ (ภาพที่ 22)



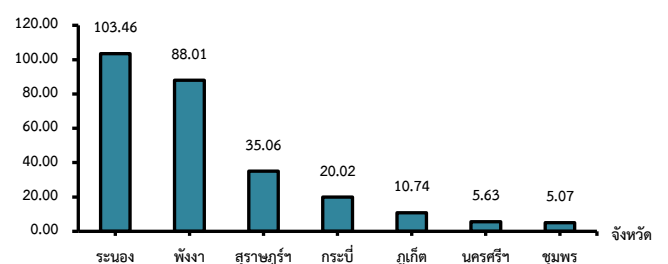
ภาพที่ 19 อัตราป่วยโรคสครับไทฟัสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2558 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 20 อัตราป่วยโรคสครับไทฟัสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 21 จำนวนผู้ป่วยโรคสครับไทฟัสในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 22 อัตราป่วยโรคสครับไทฟัสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

5. โรคไข้มาลาเรีย (Malaria)

โรคไข้มาลาเรียเป็นโรคติดต่อเชื้อโปรโตซัวในกลุ่ม พลาสโมเดียม (*Plasmodium* spp.) ซึ่งติดต่อสู่คนโดยการกัดของยุงก้นปล่อง มาลาเรียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ร้อยละ 36 ของประชากร จาก 90 ประเทศทั่วโลก อาศัยอยู่ในบริเวณที่มีการแพร่กระจายของโรคมาลาเรีย สำหรับประเทศไทยมาลาเรียยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเช่นกัน แม้ว่าโรคนี้จะมีอัตราป่วยและอัตราตายลดลง

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรีย จำนวนทั้งสิ้น 1,057 ราย ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง พบว่าจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 และพบจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 (ภาพที่ 23)

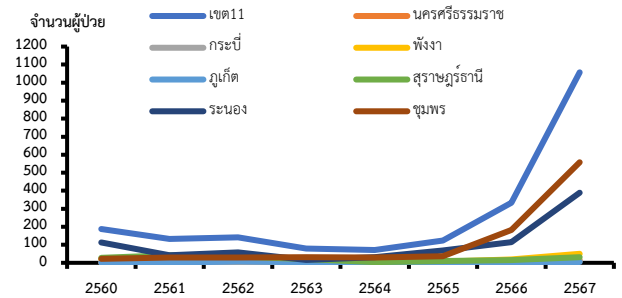
พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงโดยพบเพศชาย 740 ราย เพศหญิง 317 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 2.33 : 1

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 20 - 24 ปี (127 ราย) รองลงมาคือ 15 - 19 ปี (116 ราย) 60 ปีขึ้นไป (113 ราย) 25 - 29 ปี (101 ราย) และ 35 - 39 ปี (89 ราย) ตามลำดับ (ภาพที่ 24)

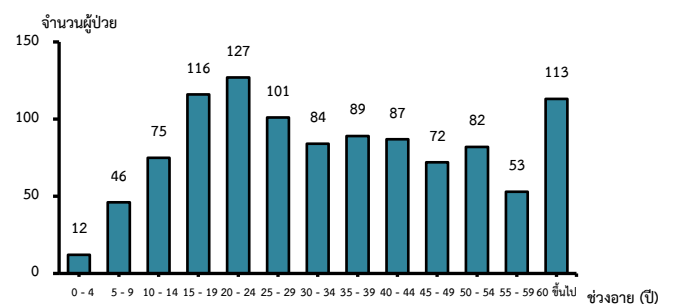
อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ อาชีพเกษตรกร 546 ราย (ร้อยละ 51.66) รองลงมา คือ รับจ้าง 245 ราย (ร้อยละ 23.18) นักเรียน 166 ราย (ร้อยละ 15.70) อาชีพอื่นๆ 64 ราย (ร้อยละ 6.05) ทหาร/ตำรวจ 39 ราย (ร้อยละ 3.69) และข้าราชการ 8 ราย (0.76) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาการกระจายของโรคตามเวลา พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี โดยผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่เดือน มกราคมถึงสิงหาคม (ภาพที่ 25)

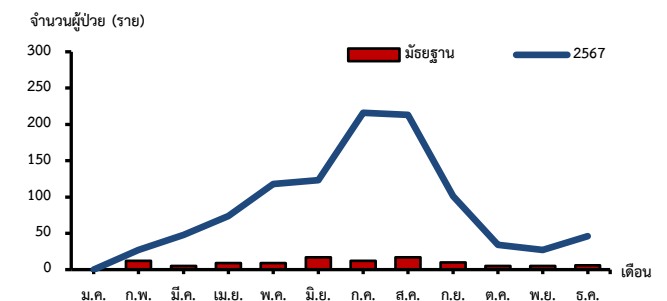
จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด คือ จังหวัดชุมพร 558 ราย รองลงมาคือ ระนอง 390 ราย พังงา 50 ราย สุราษฎร์ธานี 31 ราย นครศรีธรรมราช 15 ราย กระบี่ 9 ราย และภูเก็ต 4 ราย ตามลำดับ (ภาพที่ 26)



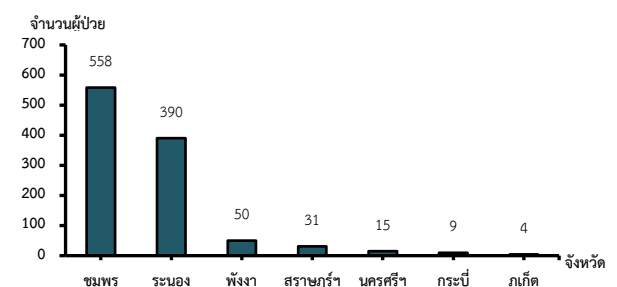
ภาพที่ 23 อัตราป่วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2557 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 24 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 25 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับปีค่ามาตรฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 26 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

กลุ่มโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ

1. โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)

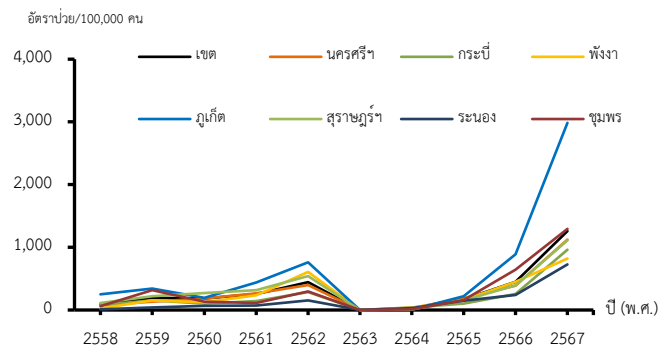
โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคที่เกิดจากไวรัสในคนและสัตว์หลายชนิด ส่วนใหญ่ทำให้มีไข้สูงและมีปัญหาในการหายใจ ติดต่อกับการได้รับเชื้อทางอากาศและจากการสัมผัสโดยตรงกับสิ่งคัดหลั่ง มีระยะฟักตัวประมาณ 2 - 7 วัน เฉลี่ย 3 - 5 วัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา รายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ จำนวนทั้งสิ้น 55,715 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1,258.45 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 14 ราย อัตราตาย 0.34 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.025 อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2564 - 2567 (ภาพที่ 27)

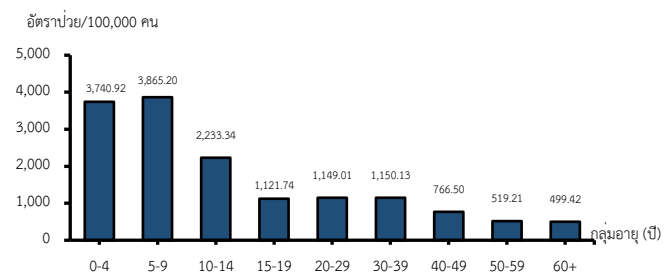
กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ คือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (3,865.20) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี (3,740.92) 10 - 14 ปี (2,233.34) 30-39 ปี (1,150.13) และ 20-29 ปี (1,149.01) ตามลำดับ (ภาพที่ 28)

พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตลอดทั้งปี (ภาพที่ 29)

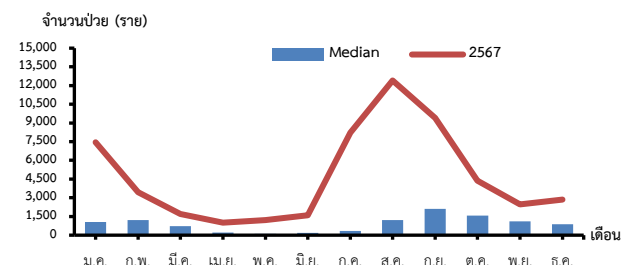
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต (2,984.85) รองลงมา คือ ชุมพร (1,293.91) นครราชสีมา (1,122.47) สุราษฎร์ธานี (1,111.28) กระบี่ (961.35) พังงา (820.87) และระนอง (727.14) (ภาพที่ 30)



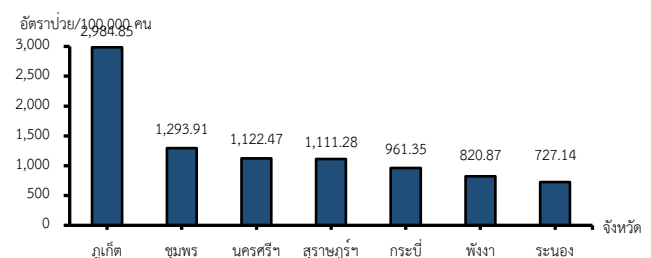
ภาพที่ 27 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2557 - 2567



ภาพที่ 28 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 29 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2562-2566)



ภาพที่ 30 อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

2. โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้ประมาณร้อยละ 8 - 10 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ นับเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดจากสาเหตุหลัก 2 กลุ่ม คือ ปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและปอดอักเสบที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ โดยทั่วไปพบปอดอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อมากกว่าโรคปอดอักเสบอาจเกิดได้ทั้งจากไวรัส แบคทีเรีย และเชื้อรา ระยะพักตัวไม่แน่ชัดขึ้นกับชนิดของเชื้อ อาจสั้นเพียง 1 - 3 วัน หรือนาน 1 - 4 สัปดาห์

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2568 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวนทั้งสิ้น 37,089 ราย อัตราป่วย 837.74 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 271 ราย อัตราตาย 6.12 ต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.73 (ภาพที่ 31)

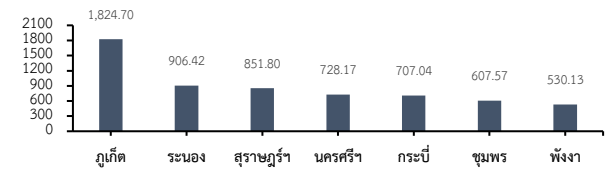
พบผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตลอดทั้งปี (ภาพที่ 32)

พบผู้ป่วยเพศชายกับเพศหญิงใกล้เคียงกัน โดยพบเพศหญิง 17,111 ราย เพศชาย 19,978 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1:1.16 กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 9 ปี (2,766.29) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป (2,457.75) 60-69 ปี (950.61) และ 10-19 ปี (612.01) ตามลำดับ (ภาพที่ 33)

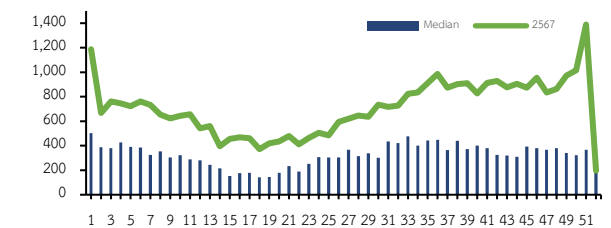
สัดส่วนอาชีพของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ ไม่ทราบ/ในปกครอง (ร้อยละ 62.02) รองลงมา รับจ้าง/กรรมกร (ร้อยละ 12.44) เกษตร (ร้อยละ 7.96) และนักเรียน (ร้อยละ 7.14) ตามลำดับ (ภาพที่ 34)

จังหวัดที่มีอัตราตายต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (2.81) รองลงมา ภูเก็ต (0.22) และชุมพร (0.33) ตามลำดับ จังหวัดพังงา ระนอง กระบี่ และนครศรีธรรมราช ไม่มีผู้เสียชีวิต (ภาพที่ 35)

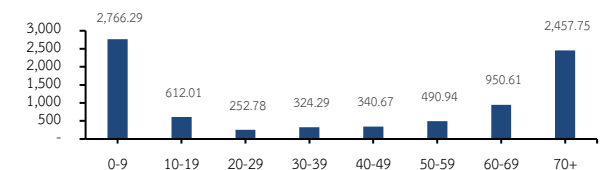
ต่อแสนประชากร



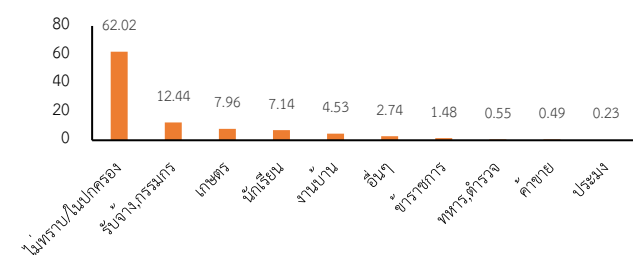
ภาพที่ 31 อัตราป่วยโรคปอดอักเสบต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามจังหวัด



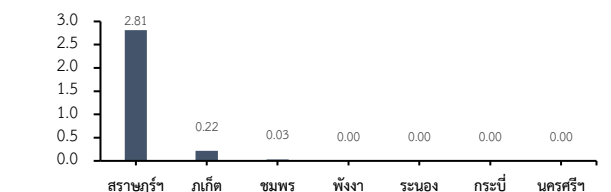
ภาพที่ 32 จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 33 อัตราป่วยโรคปอดอักเสบต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 34 อัตราป่วยโรคปอดอักเสบต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 35 อัตราตายโรคปอดอักเสบต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

3. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เกิดจาก Coronaviruses อาการส่วนใหญ่ทำให้มีไข้ ไอ และระบบทางเดินหายใจ สามารถติดต่อจากการได้รับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยทางอากาศ หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งทั้งทางตรงและทางอ้อม มีระยะฟักตัว 2 - 14 วัน เฉลี่ย 5.2 วัน

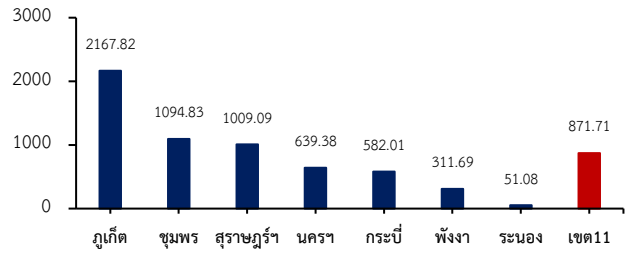
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนทั้งสิ้น 39,138 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 871.71 ต่อประชากรแสนคน โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต (2,167.82) รองลงมาคือ ชุมพร (1,094.83) สุราษฎร์ธานี (1,009.09) นครศรีธรรมราช (639.38) กระบี่ (582.01) พังงา (311.69) และระนอง (51.08) ตามลำดับ (ภาพที่ 36)

จากการจำแนกผู้ป่วยตามสัปดาห์ระบาด พบว่ามีการระบาดในปี 2567 สูงกว่าปี 2566 แนวโน้มการระบาดในช่วงสัปดาห์ที่ 15 - 27 โดยพบการระบาดสูงสุดสัปดาห์ที่ 19 - 20 เป็นช่วงเดือนพฤษภาคม (ภาพที่ 37) อัตราส่วนเพศ ชาย:หญิง เท่ากับ 1:1.64

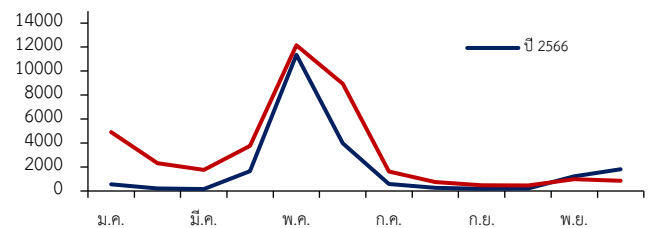
อัตราป่วยแยกตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด คือ 70 ปีขึ้นไป (1,259.65) รองลงมา 30-39 ปี (1,238.61) 20-29 ปี (1,031.52) และ 60-69 ปี (878.83) ตามลำดับ (ภาพที่ 38)

สัดส่วนอาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่ทราบ/ในปกครอง (ร้อยละ 55.30) รองลงมา รับจ้าง/กรรมกร (ร้อยละ 14.79) นักเรียน (ร้อยละ 7.31) และเกษตรกร (ร้อยละ 6.40) ตามลำดับ (ภาพที่ 39)

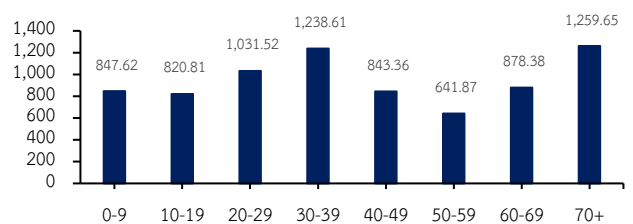
ผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 43 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.11 โดยจังหวัดที่มีอัตราป่วยตายสูงสุด คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 0.29) รองลงมาคือ ภูเก็ต (ร้อยละ 0.08) กระบี่ (ร้อยละ 0.04) นครศรีธรรมราช (0.03) ชุมพร (0.02) ตามลำดับ จังหวัดพังงา และระนอง ไม่มีผู้เสียชีวิต (ภาพที่ 40)



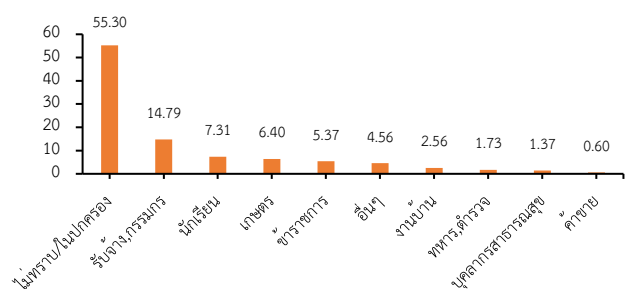
ภาพที่ 36 อัตราป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด



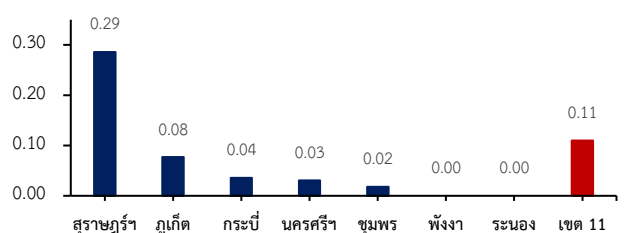
ภาพที่ 37 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายเดือน



ภาพที่ 38 อัตราป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด



ภาพที่ 39 สัดส่วนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามอาชีพ



ภาพที่ 40 อัตราป่วยตายโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

4. โรคลีเจียนเนร์ (Legionellosis)

โรคลีเจียนเนร์ (Legionellosis) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Legionella pneumophila* ลักษณะโรคมี 2 แบบ คือ ชนิดรุนแรงเรียกโรคปอดอักเสบลีเจียนเนร์ (Legionnaires disease) และชนิดไม่รุนแรงเรียกโรคไข้ปอนเตียก (Pontian fever) เชื้อ *Legionella* spp. ระยะฟักตัว 2 - 14 วัน

พบได้ทั่วไปในแหล่งน้ำที่มีอุณหภูมิ 32 - 45 องศาเซลเซียส จากน้ำในหอผึ่งเย็น น้ำใช้ในห้องพัก และอุปกรณ์ในห้องน้ำ เช่น ก๊อกน้ำ ฝักบัว โดยเชื้อจากสิ่งแวดล้อมสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วยได้ในรูปแบบละอองฝอย

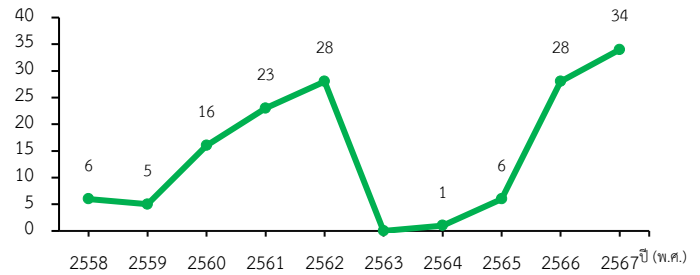
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคลีเจียนเนร์ จำนวนทั้งสิ้น 34 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 มีผู้ป่วยเสียชีวิต ในปีพ.ศ.2566 จำนวน 2 ราย และไม่มีรายงานผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ภาพที่ 41)

จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุดจำแนกตามการให้ประวัติการเข้าพัก คือ จังหวัดภูเก็ต (17 ราย) รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (9 ราย) กระบี่ (7 ราย) และ พังงา (4 ราย) ตามลำดับ (ภาพที่ 42)

สัญชาติที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ สัญชาติเยอรมัน และออสเตรเลีย รองลงมาคือสวีเดน เนเธอร์แลนด์ และเดนมาร์ก ตามลำดับ (ภาพที่ 43)

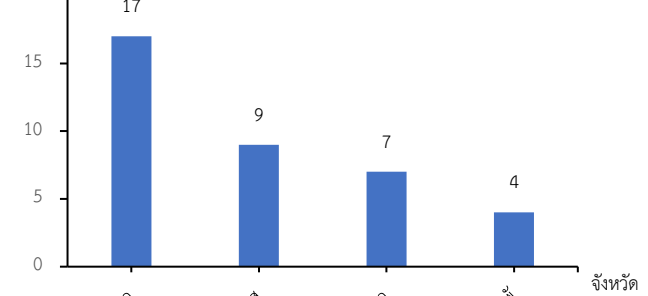
กลุ่มอายุที่พบสูงสุด 5 กลุ่มคือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี (11 ราย) รองลงมาคือ 60 - 69 ปี (9 ราย) 70 - 79 ปี (5 ราย) 40 - 49 ปี (3 ราย) และ 30 - 39 ปี (2 ราย) ตามลำดับ (ภาพที่ 44)

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



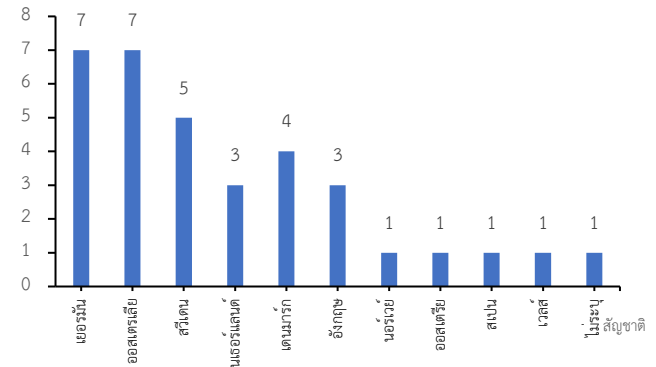
ภาพที่ 41 จำนวนผู้ป่วยโรคลีเจียนเนร์ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2558 - 2567

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



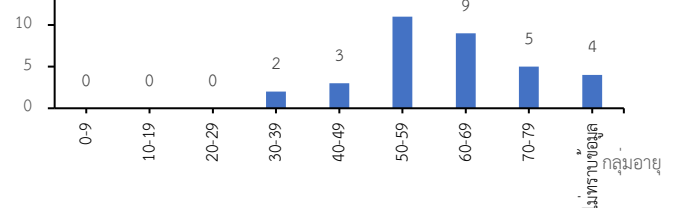
ภาพที่ 42 จำนวนผู้ป่วยโรคลีเจียนเนร์ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามจังหวัดที่ให้ประวัติการเข้าพัก (N = 37) หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายเข้าพักมากกว่า 1 โรงแรมและจังหวัด

จำนวนผู้ป่วย (ราย)



ภาพที่ 43 จำนวนผู้ป่วยโรคลีเจียนเนร์ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามสัญชาติ (N = 34)

จำนวน (ราย)



ภาพที่ 44 จำนวนผู้ป่วยโรคลีเจียนเนร์ เขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ (N = 34)

กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

1. โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis)

โรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากเชื้อเลปโตสไปรา ซึ่งชนิดที่ก่อให้เกิดโรคมีทั้งหมด 6 สปีชีส์ โดยเชื้อถูกปล่อยออกมาจากปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อและปนเปื้อนอยู่ตามน้ำ ดินที่เปียกชื้น หรือพืชผัก เชื้อสามารถไชเข้าสู่ร่างกายทางผิวหนังตามรอยแผลและรอยขีดข่วน และเยื่อของตา จมูก ปาก นอกจากนี้ยังสามารถไชเข้าทางผิวหนังปกติที่อ่อนนุ่มเนื่องจากแช่น้ำนาน มีระยะฟักตัวโดยเฉลี่ยประมาณ 10 วัน หรืออยู่ในช่วง 4 - 19 วัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวนทั้งสิ้น 806 ราย อัตราป่วย 20.99 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานเสียชีวิต 14 ราย อัตราตาย 0.27 ต่อประชากรแสนคน และอัตราป่วยตาย ร้อยละ 1.49 เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมา พบอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด ปี พ.ศ. 2567 (20.99) และต่ำสุดใน ปี พ.ศ. 2558 (6.79) (ภาพที่ 45)

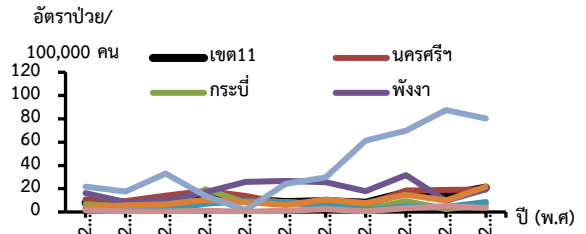
พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 3.34 : 1

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุดคือ กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี (23.29) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30 - 39 ปี (22.44) 60 ปีขึ้นไป (21.99) 50 - 59 ปี (21.81) 20 - 29 ปี (14.63) และ 15 - 19 ปี (13.58) ตามลำดับ (ภาพที่ 46)

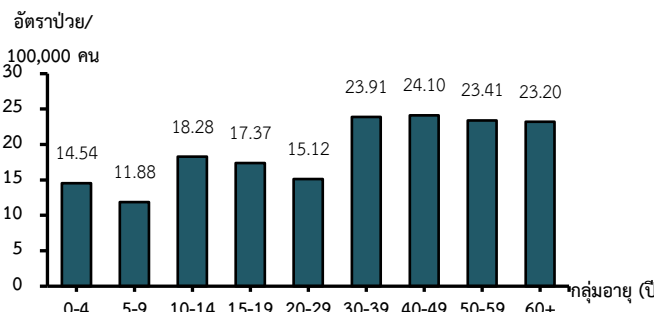
อาชีพที่มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ เกษตรกร (ร้อยละ 34.62) รองลงมาคือ รับจ้าง (ร้อยละ 30.37) และนักเรียน/นักศึกษา/ในปกครอง (ร้อยละ 11.00) ตามลำดับ

พบผู้ป่วยสูงเกินค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เกือบตลอดทั้งปี โดยเฉพาะช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม (ภาพที่ 47)

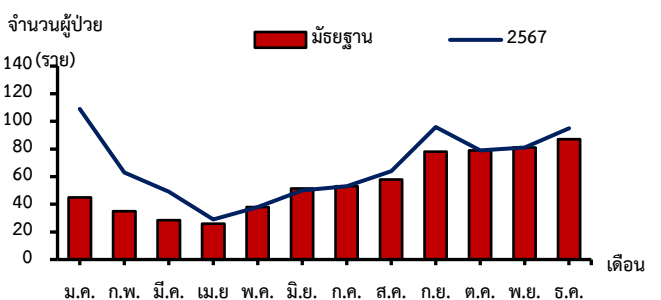
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดระนอง อัตราป่วย 80.40 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (21.78) พังงา (19.41) นครศรีธรรมราช (19.07) ภูเก็ต (8.64) กระบี่ (6.31) และ ชุมพร (3.57) ตามลำดับ (ภาพที่ 48)



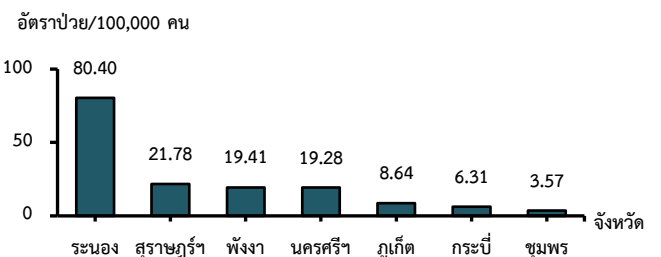
ภาพที่ 45 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2557 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 46 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 47 จำนวนผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 48 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

1. โรคหัด (Measles)

โรคหัดเกิดจากเชื้อ *Measles virus* ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก (coryza) ตาแดง (conjunctivitis) ตรวจร่างกายพบจุด Koplik's spot ในกระพุ้งแก้ม มีผื่นแดงชนิด Maculopapular rash ขึ้นตามตัว เชื้อหัดสามารถติดต่อและแพร่กระจายได้ ผ่านทางอากาศหรือ การสัมผัสเสมหะ น้ำมูก ละอองน้ำลาย และน้ำลายของผู้ป่วยโดยตรง เข้าสู่ร่างกายโดยการไอ จาม และพูดคุยกันในระยะใกล้ชิด ระยะติดต่อ 1 - 2 วัน ก่อนเริ่มมีอาการหรือ 3 - 5 วันก่อนผื่นขึ้นจนถึง 4 - 5 วัน หลังผื่นขึ้น

โรคหัดเป็นโรคที่ต้องกำจัดตามพันธสัญญานานาชาติ (Measles and rubella elimination and Congenital Rubella Syndrome control) ที่องค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิกรวมถึงประเทศไทย ได้ร่วมกันดำเนินการมาโดยมีเป้าหมายเพื่อไม่ให้มีผู้ป่วยโรคหัด ภายในประเทศไทย

ดังนั้นประเทศไทย จึงดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังเพื่อ กวาดล้างโรคและป้องกันควบคุมโรคด้วยวัคซีน ด้านการกำจัดโรคหัด และหัดเยอรมัน ตามพันธสัญญานานาชาติอย่างเข้มแข็งและต่อเนื่อง โดยหากพบผู้ป่วยสงสัยหัด หรือหัดเยอรมัน ต้องได้รับการสอบสวน โรคเฉพาะรายภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้ง และต้องได้รับการ ตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากกรม วิทยาศาสตร์การแพทย์และส่งตัวอย่างเพื่อยืนยันสายพันธุ์ก่อโรค

การรายงานผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2567

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วย ไข้อย่างรวดเร็ว ในระบบ Measles Database จำนวน 217 ราย ผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็วที่ไม่ใช่หัด/หัดเยอรมัน จำนวน 178 ราย พบในจังหวัด นครราชสีมา 69 ราย สุราษฎร์ธานี 56 ราย ภูเก็ต 23 ราย ระนอง 13 ราย กระบี่ 9 ราย ชุมพร 6 ราย และพังงา 2 ราย

ผลการตรวจยืนยันหัด และหัดเยอรมันทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 19 ราย พบในจังหวัดภูเก็ต 9 ราย สุราษฎร์ธานี 4 ราย นครราชสีมา และระนอง จังหวัดละ 2 ราย กระบี่ และชุมพร จังหวัดละ 1 ราย (ตารางที่ 5)

จังหวัดที่มีการรายงานผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็วที่ไม่ใช่หัด หัดเยอรมัน ไม่น้อยกว่า 2 ราย ต่อประชากรแสนคน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2567 จังหวัดที่มีการ รายงานผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็วที่ไม่ใช่หัด หัดเยอรมัน ≥ 2 รายต่อประชากร แสนคน ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ จังหวัดนครราชสีมา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี และระนอง

การสอบสวนผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็ว

ภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้ง ผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็ว สงสัยหัด หัดเยอรมัน ที่ได้รับรายงาน จำนวน 217 ราย ดำเนินการสอบสวนโรค ภายใน 48 ชั่วโมง หลังได้รับแจ้ง จำนวน 205 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.47

การตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยไข้อย่างรวดเร็ว สงสัยหัด หัดเยอรมัน ที่ได้รับรายงาน จำนวน 217 ราย ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทาง ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 211 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.24

การส่งตัวอย่างเพื่อยืนยันสายพันธุ์ก่อโรค ในกรณีการระบาด

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2567 สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับแจ้งเหตุการณ์การ ระบาดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 2 เหตุการณ์ ในจังหวัดสุราษฎร์ ธานี ดังนี้ 1) Cluster ชุมชนพม่า (Outbreak ทั้งหมด 7 ราย) พบผู้ป่วย ยืนยันโรคหัดทางห้องปฏิบัติการ 4 ราย มีการส่งตรวจยืนยันสายพันธุ์ ในเหตุการณ์การระบาดครั้งนี้ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 75.00 2) Cluster หอผู้ป่วย (Outbreak ทั้งหมด 2 ราย) พบผู้ป่วยยืนยันโรคหัดทาง ห้องปฏิบัติการ 2 ราย มีการส่งตรวจยืนยันสายพันธุ์ในเหตุการณ์การ ระบาดครั้งนี้ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00

ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการได้รับภายใน 5 วัน หลังการเก็บตัวอย่าง

ผู้ป่วยไข่ออกผื่น สงสัยหัด หัดเยอรมัน ที่ได้รับรายงาน จำนวน 217 ราย มีตัวอย่างสิ่งส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการได้รับภายใน 5 วัน หลังการเก็บตัวอย่าง จำนวน 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 59.91

ตารางที่ 5 การรายงานผู้ป่วยไข่ออกผื่น ในเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	เป้าหมายอัตรา ป่วย (2 ต่อแสน ประชากรใน จังหวัด)	รายงาน ผู้ป่วยไข่ออกผื่น (ราย)	ผู้ป่วยไข่ออก ผื่นที่ไม่ใช่หัด/ หัดเยอรมัน (ราย)	ผลการตรวจยืนยัน หัด/ หัดเยอรมัน (ราย)
นครราชสีมา	31	72	69	2
สุราษฎร์ธานี	21	73	56	4
ภูเก็ต	8	33	23	9
ระนอง	4	20	13	2
กระบี่	10	10	9	1
ชุมพร	10	7	6	1
พังงา	5	2	2	0
เขต 11	89	217	178	19

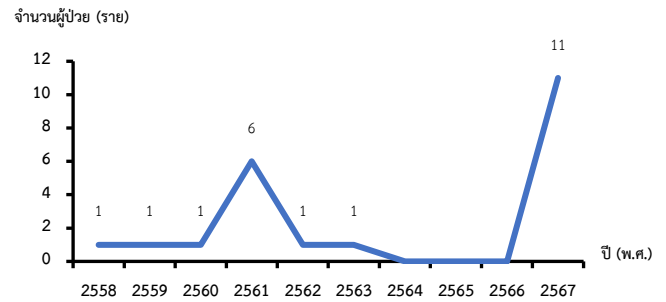
2. โรคไอกรน (Pertussis)

โรคไอกรนเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการ
อักเสบของเยื่อทางเดินหายใจ และเกิดอาการไอ ที่มีลักษณะพิเศษคือ ไอ
ซ้อนๆ ติดๆ กัน 5 - 10 ครั้ง หรือมากกว่านั้นจนเด็กหายใจไม่ทัน จึงหยุด
ไอ และมีอาการหายใจเข้าลึกๆ เป็นเสียง วู๊ป (Whooping cough) สลับกับ
ไม่กับการไอเป็นชุดๆ จึงมีชื่อเรียกว่า “โรคไอกรน” บางครั้งอาการ
อาจจะเรื้อรังนานเป็นเวลา 2 - 3 เดือน

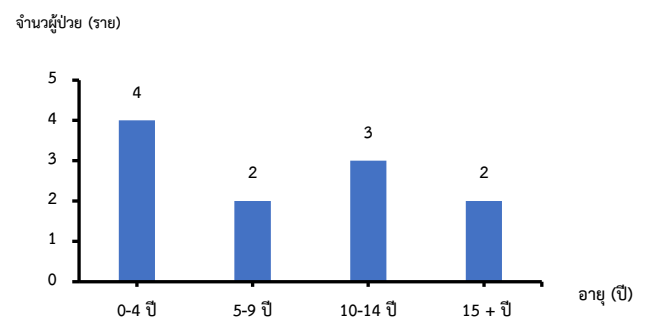
วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกัน
ควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยยืนยันโรค
ไอกรน จำนวนทั้งสิ้น 11 ราย อัตราป่วย 0.25 ต่อประชากรแสนคน ไม่มี
ผู้ป่วยเสียชีวิต เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ามี
จำนวนผู้ป่วยสูงสุดในปี พ.ศ. 2567 และไม่มีรายงานผู้ป่วยในปี พ.ศ.
2564 - 2566 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (ภาพที่ 49)

กลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี (4 ราย)
รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (3 ราย) 5 - 9 ปี (2 ราย) และ 15 ปีขึ้นไป
(2 ราย) ตามลำดับ (ภาพที่ 50)

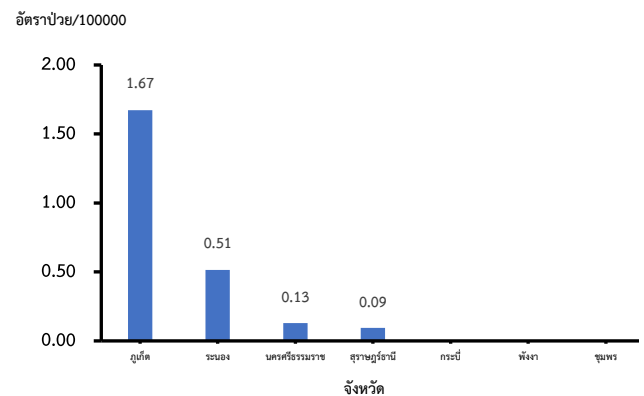
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ ภูเก็ต (1.67)
รองลงมาคือ ระนอง (0.51) นครศรีธรรมราช (0.13) และ
สุราษฎร์ธานี (0.09) ตามลำดับ (ภาพที่ 51)



ภาพที่ 49 จำนวนป่วยโรคไอกรน ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2558 - 2567



ภาพที่ 50 จำนวนผู้ป่วยโรคไอกรน ในเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 51 อัตราป่วยโรคไอกรนต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

3. โรคอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis: AFP)

กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติโครงการกวาดล้างโปลิโอตามพันธะสัญญานานาชาติ ตามนโยบายจากสุดท้ายของการกวาดล้างโปลิโอในระดับโลก ปี พ.ศ. 2562 - 2567 ให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยกำหนดตัวชี้วัดด้านการเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ในระดับจังหวัดให้ได้เกิน 2 รายต่อประชากรแสนคน ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยสอบสวนโรคทุกรายภายใน 48 ชั่วโมง หลังจากพบผู้ป่วยอย่างน้อยร้อยละ 90 รวมทั้งมีการเก็บอุจจาระผู้ป่วย เพื่อส่งตรวจหาเชื้อ *Polio virus* ให้ได้ 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วันหลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย และมีการติดตามอาการผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาต อย่างน้อยร้อยละ 80 ของผู้ป่วย เพื่อประกันความมั่นใจว่าประเทศไทยมีการเฝ้าระวังโรคอย่างเข้มแข็ง ตรวจไม่พบเชื้อโปลิโอไวรัสหลบซ่อนอยู่ในธรรมชาติ และมีความสามารถที่จะตรวจจับผู้ป่วยโปลิโอ รวมถึงการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว

การรายงานผู้ป่วย AFP ในปี พ.ศ. 2567

ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วย AFP จำนวน 14 ราย จากจังหวัดสุราษฎร์ธานี 6 ราย กระบี่ ชุมพร และภูเก็ต จังหวัดละ 2 ราย ระนอง และนครศรีธรรมราช จังหวัดละ 1 ราย (ตารางที่ 6)

สอบสวนโรคทุกรายภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย

ผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงานจำนวน 14 ราย ดำเนินการสอบสวนโรคภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วย ได้จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.86 (ตารางที่ 7)

การเก็บตัวอย่างอุจจาระเพื่อตรวจหาเชื้อ *Polio virus*

ผู้ป่วย AFP ที่ได้รับรายงาน จำนวน 14 ราย ดำเนินการเก็บอุจจาระส่งตรวจจำนวน 2 ตัวอย่าง ภายใน 14 วัน หลังเริ่มมีอาการอัมพาตตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกได้ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.43 (ตารางที่ 7)

การติดตามอาการอัมพาตของผู้ป่วยเมื่อครบ 60 วันหลังเริ่มมีอาการผู้ป่วย AFP

ที่ได้รับรายงานจำนวน 14 ราย ครบกำหนดติดตามอาการครบ 60 วัน

จำนวน 10 ราย ติดตามได้ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

ตารางที่ 6 การรายงานผู้ป่วย AFP ในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	ผู้ป่วย AFP	
	จำนวนคาดประมาณ (2 ต่อแสนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี)	จำนวนผู้ป่วยที่ รายงาน (ราย)
นครศรีฯ	6	1
กระบี่	2	2
พังงา	1	0
ภูเก็ต	2	2
สุราษฎร์ฯ	4	6
ระนอง	1	1
ชุมพร	2	2
เขต 11	18	14

ตารางที่ 7 สอบสวนโรคทุกรายภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากพบผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 แยกรายจังหวัด

จังหวัด	จำนวนผู้ป่วย		
	สอบสวนโรค ภายใน 48 ชม.	เก็บตัวอย่างอุจจาระ หาเชื้อ <i>Polio virus</i>	ติดตามอาการเมื่อ ครบ 60 วัน
นครศรีฯ	0	1	1
กระบี่	2	1	2
พังงา	-	-	-
ภูเก็ต	2	1	1
สุราษฎร์ฯ	6	4	3
ระนอง	1	1	1
ชุมพร	2	2	2
เขต 11	13	10	10

4. เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI)

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (Adverse Events Following Immunization : AEFI) อาจเป็นอาการไม่สบาย หรือมีผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ โดยไม่จำเป็นต้องมีสาเหตุจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค อาการส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นภายใน 30 วัน ภายหลังจากการได้รับวัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน

การรายงานผู้ป่วย AEFI ในปี พ.ศ. 2567

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยที่มีอาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (ฐานข้อมูล: AEFI กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) จำนวน 16 ราย จำแนกเป็นอาการร้ายแรง 1 ราย ไม่ร้ายแรง 12 ราย ไม่ได้ระบุ 3 ราย (ตารางที่ 8)

จังหวัดที่พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) สูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต (31.25) รองลงมา คือ ชุมพร (25.00) พังงา (18.75) กระบี่ (18.75) และนครศรีธรรมราช (6.25) ตามลำดับ

พบผู้มีอาการเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยพบเพศหญิง 9 ราย เพศชาย 7 ราย อัตราส่วนเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 1.29 : 1

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับ คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี (87.50) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (6.25) และ 55 - 59 ปี (6.25) ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาตามชนิดวัคซีน วัคซีนที่พบจำนวนเหตุการณ์อาการภายหลังได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (AEFI) สูงสุด คือ วัคซีน DTP รองลงมาคือ วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอชนิดฉีด (IPV) วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies vaccine) วัคซีนป้องกันโปลิโอชนิดกิน (OPV) และวัคซีนรวมป้องกันโรคคอตีบ-บาดทะยัก-ไอกรน (ชนิดทั้งเซลล์) - ตัวยกเสบบี - ฮิบ (DTP-HB-Hib) ตามลำดับ

ตารางที่ 8 การรายงานจำนวนผู้ป่วย AEFI เขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	ผู้ป่วย AEFI			
	ไม่ร้ายแรง (ราย)	ร้ายแรง (ราย)	ไม่ระบุ (ราย)	รวม (ราย)
ภูเก็ต	5	0	0	5
ชุมพร	1	1	2	4
พังงา	2	0	1	3
กระบี่	3	0	0	3
นครศรีธรรมราช	1	0	0	1
เขต 11	12	1	3	16

หมายเหตุ อาการร้ายแรงรวมเสียชีวิต

กลุ่มโรคระบบทางเดินอาหารและน้ำ

1. โรคอาหารเป็นพิษ (Food poisoning)

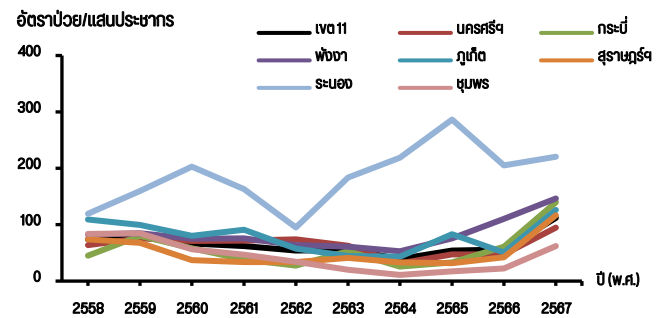
โรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง อาการป่วยที่เกิดจากการรับประทานอาหารหรือน้ำที่มีการปนเปื้อน สาเหตุอาจเกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรค สารเคมี หรือโลหะหนัก ที่พบว่าเป็นสาเหตุของโรคอาหารเป็นพิษได้บ่อยครั้ง ได้แก่ 1) สารพิษของแบคทีเรีย 2) การติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส 3) สารพิษจากสาหร่ายบางสายพันธุ์หรือพิษปลาปักเป้า

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษ จำนวนทั้งสิ้น 4,965 ราย อัตราป่วย 112.15 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้ป่วยเสียชีวิต อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน โดยจังหวัดระนองมีอัตราป่วยสูงสุดแทบทุกปี (ภาพที่ 52)

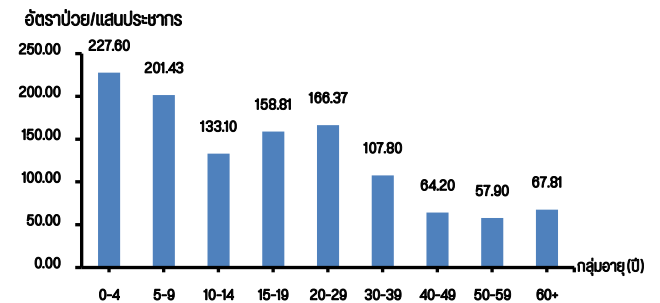
กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 0 - 4 ปี (227.60) รองลงมาคือ 5-9 ปี (201.43) และ 20-29 ปี (116.37) ตามลำดับ (ภาพที่ 53)

พบผู้ป่วยกระจายตลอดทั้งปี โดยพบว่าจำนวนผู้ป่วยในแต่ละเดือนสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (ภาพที่ 54)

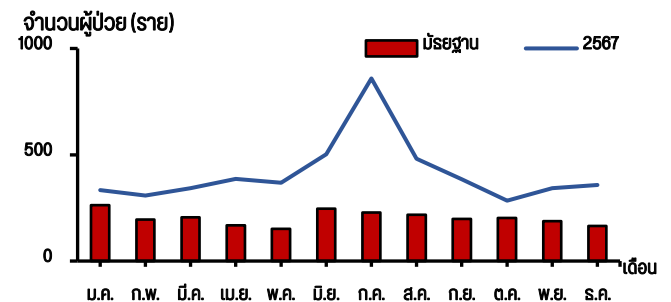
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดระนอง (220.60) รองลงมาคือ พังงา (146.52) กระบี่ (139.80) ภูเก็ต (126.20) สุราษฎร์ธานี (116.54) นครศรีธรรมราช (94.80) และชุมพร (62.11) ตามลำดับ (ภาพที่ 55)



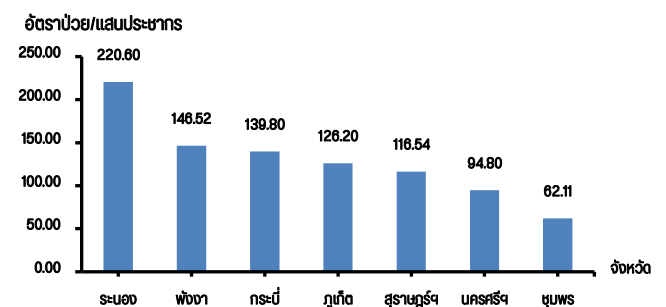
ภาพที่ 52 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2558 - 2567



ภาพที่ 53 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 54 จำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2567)



ภาพที่ 55 อัตราป่วยโรคอาหารเป็นพิษต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามจังหวัด

กลุ่มโรคติดต่อจากการสัมผัส

1. โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth disease)

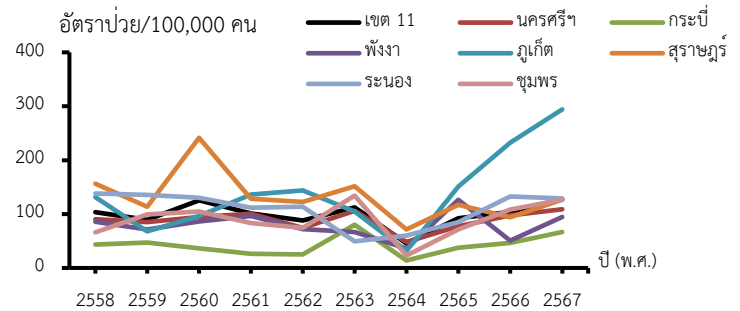
โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคที่มักพบการระบาดในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในสถานรับเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ ติดต่อกันโดยการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย น้ำในตุ่มพอง และอุจจาระของผู้ป่วยเข้าทางปาก ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและหายได้เอง มีเพียงร้อยละ 1 ที่มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้จากภาวะแทรกซ้อน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชได้รับรายงานผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก จำนวนทั้งสิ้น 5,649 ราย อัตราป่วย 127.60 ต่อประชากรแสนคน ไม่มีรายงานผู้เสียชีวิต อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 - 2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ภาพที่ 57)

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 0-4 ปี (2033.18) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี (369.46) และ 10 - 14 ปี (20.24) ตามลำดับ (ภาพที่ 58)

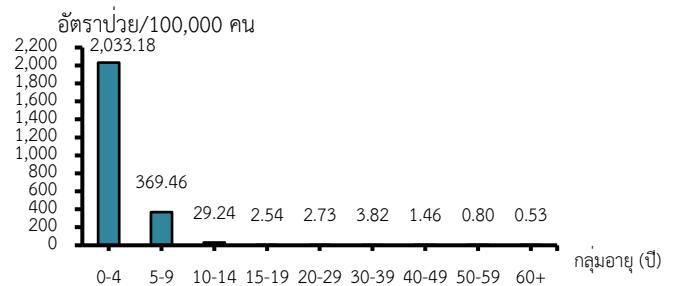
เมื่อจำแนกผู้ป่วยรายเดือนในปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงต้นปี ตั้งแต่เดือนมกราคม - มิถุนายน (ภาพที่ 59)

จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต (294.12) รองลงมา คือ ระนอง (129.01) สุราษฎร์ธานี (126.91) ชุมพร (126.79) นครศรีธรรมราช (108.88) พังงา (94.76) และกระบี่ (66.42) ตามลำดับ (ภาพที่ 60)



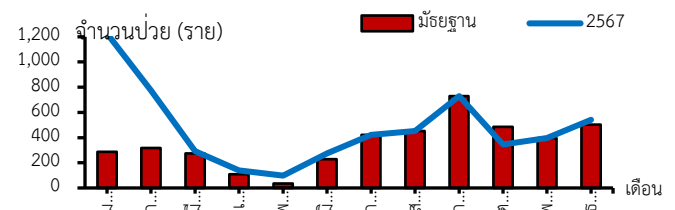
ภาพที่ 57 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11

ปี พ.ศ. 2558 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



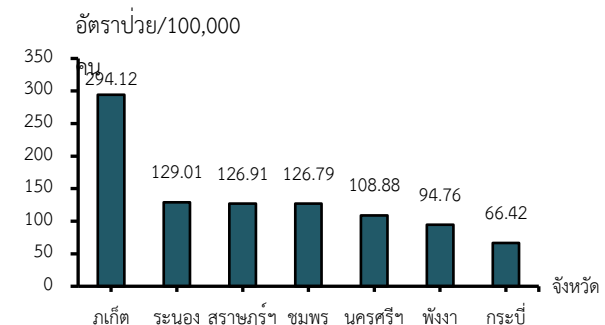
ภาพที่ 58 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก ต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31

ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 59 จำนวนผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567

เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 60 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31

ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามจังหวัด

2. โรคmelioidosis (Meliodosis)

โรคmelioidosis (Meliodosis) เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรีย ไม่มีอาการแสดงที่จำเพาะและยากต่อการวินิจฉัย เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Burkholderia pseudomallei* ติดต่อจากการสัมผัสกับดินหรือน้ำผ่านทางแผลที่ผิวหนัง หายใจเอาฝุ่นจากดินที่มีเชื้อ หรือดื่มน้ำที่มีเชื้อเจือปนเชื้อ melioidosis สามารถอยู่ได้ในซากสัตว์ที่อยู่ในดินและน้ำ พบผู้ป่วยมากในฤดูฝน โรคนี้จัดเป็นโรคที่มีความรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะ septicemia จะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าหรือไม่ถูกต้อง

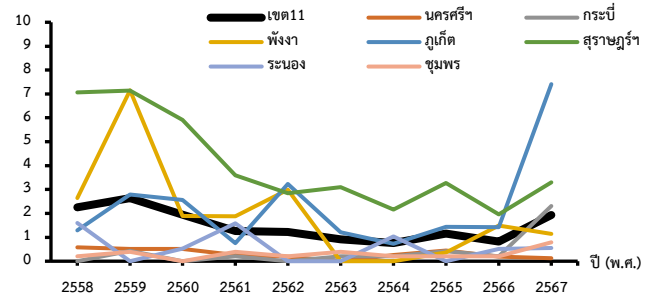
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชได้รับรายงานผู้ป่วยโรคmelioidosis จำนวน 86 ราย อัตราป่วย 1.94 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 6 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน 0.14 และอัตราป่วยตายร้อยละ 6.98 พบว่าปี พ.ศ. 2559 มีอัตราป่วยสูงสุด (ภาพที่ 61)

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (3.82) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 50 - 59 ปี (2.41) 40 - 49 ปี (2.18) 30 - 39 ปี (1.83) และ 0 - 4 ปี (1.82) ตามลำดับ (ภาพที่ 62)

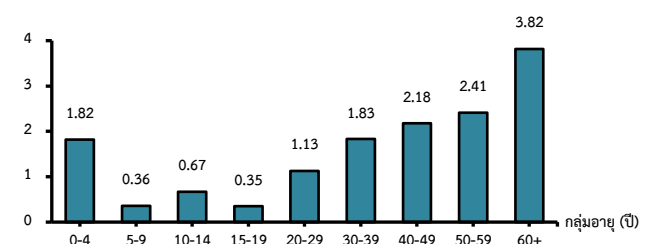
พบรายงานผู้ป่วยสูงสุดไม่ทราบอาชีพจำนวน 43 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ รับจ้าง 22 ราย (ร้อยละ 25.58) และทำงานบ้าน 10 ราย (ร้อยละ 11.63) ตามลำดับ

การกระจายของโรคmelioidosis ปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เกือบทั้งปี ยกเว้นเดือนพฤศจิกายน (ภาพที่ 63)

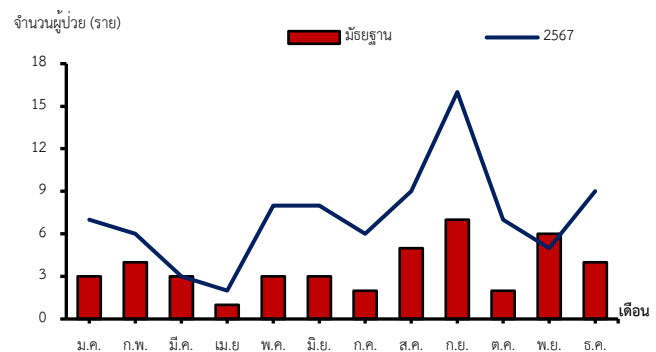
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต อัตราป่วย 7.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (3.31) กระบี่ (2.31) พังงา (1.14) ชุมพร (0.79) ระนอง (0.56) และนครศรีธรรมราช (0.13) ตามลำดับ (ภาพที่ 64)



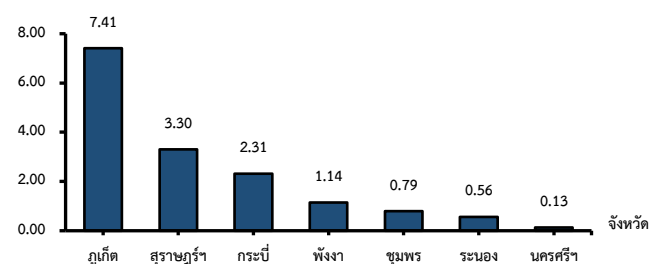
ภาพที่ 61 อัตราป่วยโรคmelioidosisต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2558 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 62 อัตราป่วยโรคmelioidosisต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 63 จำนวนผู้ป่วยโรคmelioidosisในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2567 เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2562 - 2566)



ภาพที่ 64 อัตราป่วยโรคmelioidosisต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection)

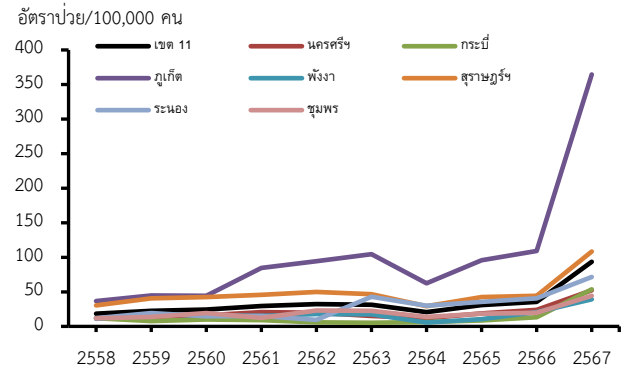
ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ.2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา ได้รับรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (5 รหัสโรค) จำนวน 2,048 ราย อัตราป่วย 93.46 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2558 จนถึงปีพ.ศ. 2564 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน (ภาพที่ 65) จำแนกเป็นโรคซิฟิลิส 2,048 ราย หงอนใน 990 ราย หงอนในเทียม 774 ราย แผลริมอ่อน 299 ราย และฝีเมะม่วง 27 ราย (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 จำนวนป่วย สัดส่วน และอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี พ.ศ. 2567 จำแนกตามชนิดของเชื้อก่อโรค

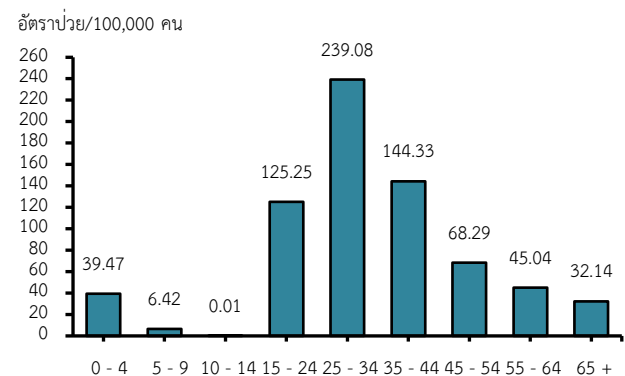
ประเภท	จำนวนป่วย (ราย)	สัดส่วน (%)	อัตราป่วย (ต่อแสนประชากร)
ซิฟิลิส	2,048	49.49	46.26
หงอนใน	990	23.92	22.36
หงอนในเทียม	774	18.70	17.48
แผลริมอ่อน	299	7.23	6.75
ฝีเมะม่วง	27	0.65	0.61
รวม	4,138	100.00	93.46

กลุ่มอายุที่พบอัตราป่วยสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี (239.08) รองลงมาคือ 35 - 44 ปี (144.33) และ 15-24 ปี (125.25) ตามลำดับ (ภาพที่ 66)

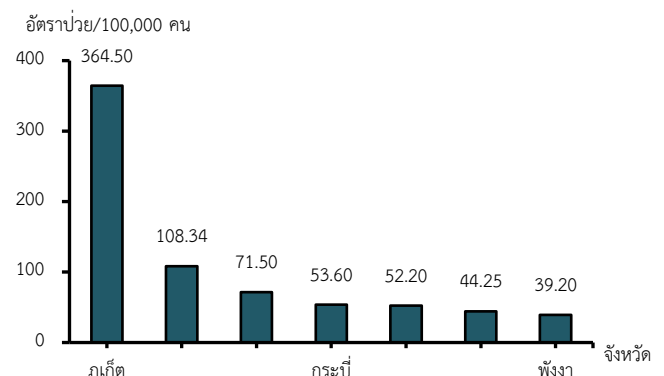
จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต (364.50) รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี (108.34) ระนอง (71.50) กระบี่ (53.60) นครศรีธรรมราช (52.20) ชุมพร (44.25) และพังงา (39.20) ตามลำดับ (ภาพที่ 67)



ภาพที่ 65 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 ปี พ.ศ. 2558 - 2567 (วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567)



ภาพที่ 66 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 67 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อประชากรแสนคนในเขตสุขภาพที่ 11 วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 จำแนกรายจังหวัด

สถานการณ์กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง

1.โรคเอดส์

ปี 2567 พบว่าเขตสุขภาพที่ 11 มีผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 34,953 ราย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 146 ราย และมีผู้เสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ 694 ราย เมื่อพิจารณาข้อมูลจากระบบ NAP Plus ปี 2567 เขตสุขภาพที่ 11 พบว่ามีผู้ติดเชื้อที่ได้รับการตรวจและทราบสถานะติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 32,945 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ART) จำนวน จำนวน 28,438 ราย (คิดเป็นร้อยละ 86) และติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส (คงอยู่ในระบบ) สามารถกดปริมาณไวรัสได้สำเร็จ (<1,000 copies/ml) จำนวน 26,029 ราย (คิดเป็นร้อยละ 92) (ภาพที่ 68)

สถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ เขตสุขภาพที่ 11 จากระบบรายงานข้อมูล NAP plus (ข้อมูล ณ 7 มกราคม 2568) ปีงบประมาณ 2567 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สะสม จำนวน 32,945 ราย จังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีชีวิตสะสมสูงสุดคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช 9,094 ราย รองลงมาคือจังหวัดสุราษฎร์ธานี 8,292 ราย จังหวัดภูเก็ต 6,406 ราย จังหวัดชุมพร 3,371 ราย จังหวัดกระบี่ 2,721 ราย จังหวัดพังงา 1,704 ราย และจังหวัดระนอง 1,357 ราย ตามลำดับ โดยร้อยละของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจเอชไอวีและผลพบการติดเชื้อในช่วงปี 2562-2567 พบว่ามีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.8 (ตรวจเอชไอวี 95,400 คน/ ผลตรวจติดเชื้อเอชไอวี 1,763 ราย) เป็น ร้อยละ 1.0 (ตรวจเอชไอวี 154,842 คน / ผลตรวจติดเชื้อเอชไอวี 1,471 ราย) (ภาพที่ 69)

เมื่อพิจารณาผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 25-49 ปี รองลงมาคือ อายุ 50 ปีขึ้นไป แต่พบว่าส่วนใหญ่อ้อยละ 48 มีค่า CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อ 1 ลูกบาศก์มิลลิเมตร สะท้อนให้เห็นถึงการเข้า สู่ระบบการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาที่ล่าช้า ดังนั้นคาดประมาณได้ว่า ช่วงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อเอชไอวี คือ กลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี (ภาพที่ 70)



ภาพที่ 68 ค่าคาดประมาณผู้ติดเชื้อรายใหม่และเสียชีวิตเกี่ยวกับเอดส์และเป้าหมายการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์เขตสุขภาพที่ 11



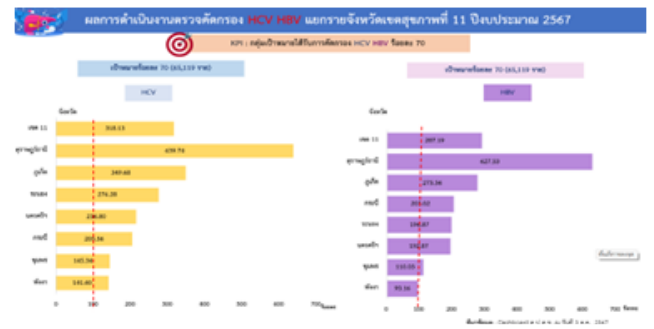
ภาพที่ 69 การดำเนินการติดเชื้อเอชไอวีสะสมและวินิจฉัยรายใหม่ จำแนกรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2562 - 2567



ภาพที่ 70 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มอายุ เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2562 - 2567

2.โรคไวรัสตับอักเสบ บี และซี

เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2566 ประเภทยังไม่มีค่าเป้าหมายคัดกรองไวรัสตับอักเสบ ผลงานของเขตสุขภาพที่ 11 คัดกรองได้จำนวน 9,937 ราย ต่อมาปี 2567 เขตสุขภาพที่ 11 ได้รับเป้าหมายในการคัดกรองจำนวน 65,119 ราย มีผลงานการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีร้อยละ 287.79 ผลงานการรักษาร้อยละ 41.02 และคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีได้ร้อยละ 317.40 ผลงานการรักษาร้อยละ 29.60 (ภาพที่ 71)

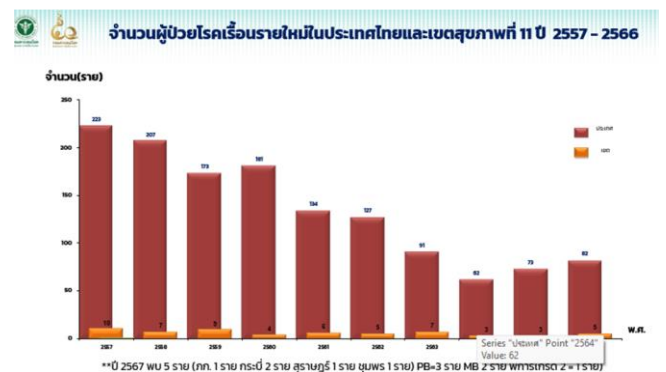


ภาพที่ 71 ผลการดำเนินงานเร่งรัดการตรวจคัดกรองและรักษาโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี พ.ศ. 2567

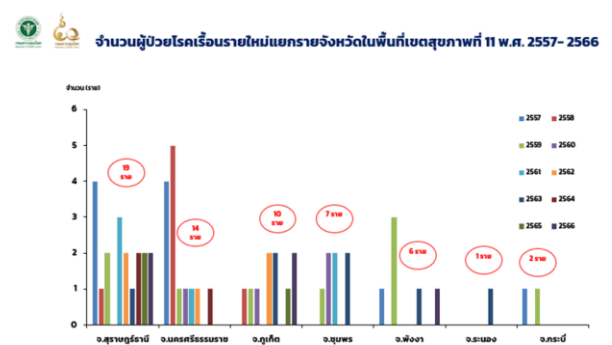
3.โรคเรื้อน

สถานการณ์โรคเรื้อนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2567 ในปี 2556 - 2567 (ข้อมูล ณ 17 ก.ย. 67) ค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ จำนวน 4, 9, 7, 9, 4, 6, 5, 7, 3, 2, 4 และ 5 ราย ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าว การค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในแต่ละปีมีแนวโน้มขึ้นลงไม่คงที่ (ภาพที่ 72)

ในปี 2567 กำหนดค่าเป้าหมายจำนวนการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ ≥ 3 ราย ซึ่งการค้นพบผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และส่วนใหญ่พบนอกพื้นที่อำเภอจอมบึงซึ่งทางระบาดวิทยา นอกจากนี้ยังพบว่าค่าสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่มีความพิการระดับ 2 ในปี 2556 - 2567 คือ ร้อยละ 0, 11.1, 0, 0, 50, 0, 20, 14.3, 33.3, 50, 25 และ 20 ตามลำดับ (ภาพที่ 73)



ภาพที่ 72 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ในประเทศไทยและเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2556 - 2566



ภาพที่ 73 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่แยกจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 พ.ศ. 2557 - 2566

4.วัณโรค

เขตสุขภาพที่ 11 มีผลการดำเนินงานการค้นหาและขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ 2565-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายร้อยละ 85 โดย มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 75.5 (4,874 ราย) ร้อยละ 82.9 (5,384ราย) และ ร้อยละ 78.9 (5,432 ราย) ตามลำดับ (ภาพที่ 74)

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2564-2566 เขตสุขภาพที่ 11 ร้อยละ 84.9 , 82.9 และ 83 ตามลำดับ โดยสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่ออัตราความสำเร็จการรักษา ลดลง คือ อัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 11.1 ,11.6 และ 9.6 ตามลำดับ และอัตราการขาดยา ร้อยละ 3.3,4.3 และ 4.1 ตามลำดับ (ภาพที่ 75)

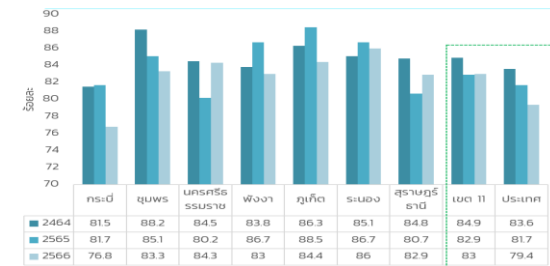
สถานการณ์วัณโรคดื้อยา พบว่า เขตสุขภาพที่ 11 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยภาพรวมปี 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR/MDR-TB) จำนวน 34 ราย 55 ราย และ 55 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 14 ราย 22 ราย และ 29 ราย ตามลำดับ (ภาพที่ 76)

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Pre- XDR/ XDR-TB) ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 4 ราย 1 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ(ภาพที่ 77)

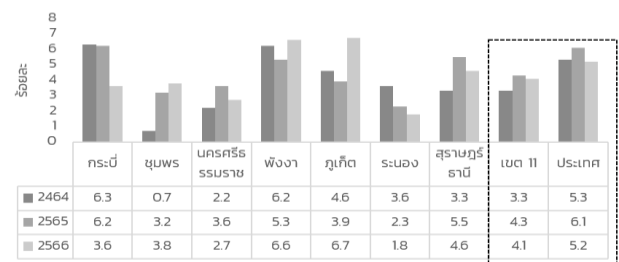
โดยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วย XDR-TB จำนวน 2 ราย ในปี 2565 พบที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี 1 ราย ผลการรักษาครบ และในปี 2567 พบที่จังหวัดนครศรีธรรมราช 1 ราย ผลการรักษา เสียชีวิต (ภาพที่ 78)



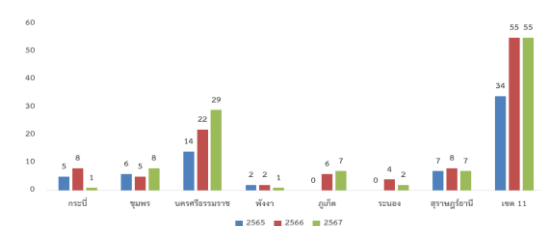
ภาพที่ 74 ภาพที่ 1 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (All Form) (TB Treatment Coverage) ปี 2565-2567 เขตสุขภาพที่ 11



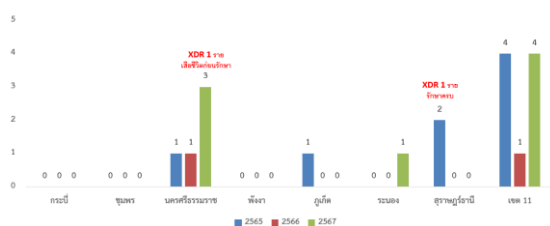
ภาพที่ 75 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2564-2566 เขตสุขภาพที่ 11



ภาพที่ 76 อัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี 2564-2566 เขตสุขภาพที่ 11



ภาพที่ 77 จำนวนจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา (RR-MDR-TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2565-2567 แยกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 11



ภาพที่ 78 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรง/รุนแรงมาก (Pre/XDR TB) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปี 2565-2567 แยกรายจังหวัดเขตสุขภาพที่ 11

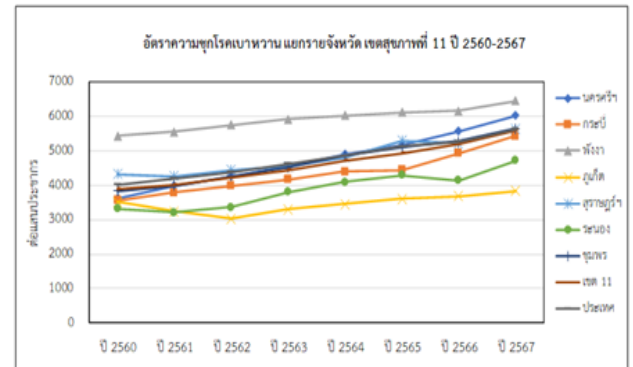
สถานการณ์กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

1.โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

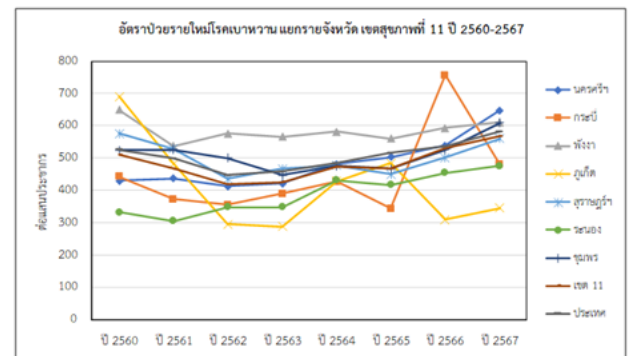
(ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ปี 2560-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 4,015.61, 4,198.04, 4,371.12, 4,612.81, 4,839.62, 5,112.58, 5,260.75 และ 5,617.47 ตามลำดับ ส่วนอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน เท่ากับ 3,885.94, 4,018.76, 4,210.88, 4,436.54, 4,717.32, 4,917.22, 5,175.31 และ 5,583.83 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดพังงามีอัตราความชุกด้วยโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาคือ จังหวัดนครศรีธรรมราช ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ ะนอง และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 79)

อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ปี 2560-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นค่อนข้างคงที่ เท่ากับ 526.62, 498.21, 446.77, 458.33, 484.78, 516.18, 536.17 และ 582.06 ตามลำดับ ส่วนอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 509.45, 466.73, 418.35, 425.29, 473.01, 467.58, 530.03 และ 567.08 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาคือ พังงา ชุมพร สุราษฎร์ธานี กระบี่ ะนอง และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 80)

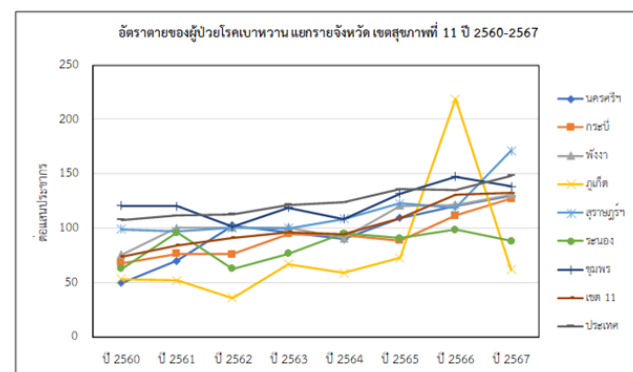
อัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ปี 2560-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 107.55, 111.51, 112.98, 121.35, 123.82, 135.60, 135.10 และ 148.08 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 73.88, 84.28, 91.24, 96.38, 94.45, 109.45, 130.43 และ 132.41 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงสุด รองลงมาคือ ชุมพร พังงา นครศรีธรรมราช กระบี่ ะนอง และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 81)



ภาพที่ 79 แสดงอัตราความชุกโรคเบาหวาน แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567



ภาพที่ 80 แสดงอัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567

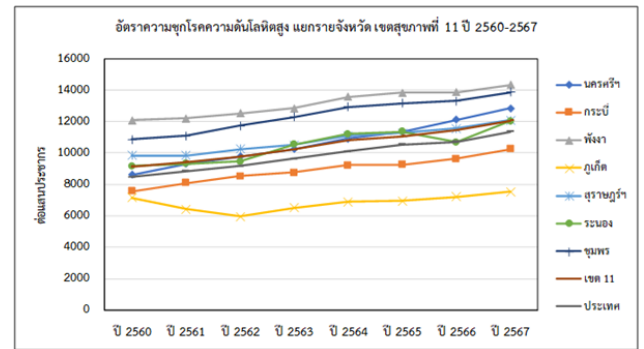


ภาพที่ 81 แสดงอัตราตายผู้ป่วยโรคเบาหวาน แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567

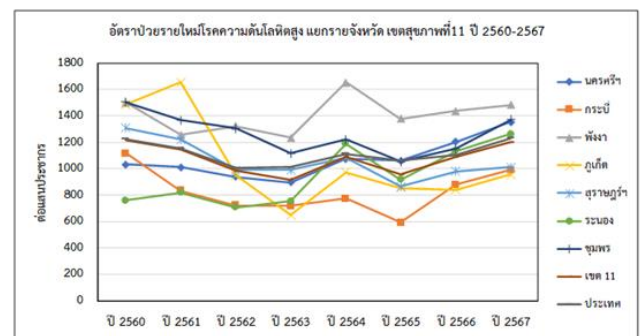
อัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ในปี 2560-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 8,458.61, 8,847.08, 9,175.98, 9,634.07, 10,107.55, 10,521.74, 10,701.96 และ 11,338.94 ตามลำดับ ส่วนอัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน เท่ากับ 9,139.59, 9,426.39, 9,787.69, 10,207.67, 10,812.05, 11,061.14, 11,431.80 และ 12,062.66 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดพังงา มีอัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด รองลงมาคือ ชุมพร นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ระนอง กระบี่ และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 82)

อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ในปีงบประมาณ 2560-2567 มีแนวโน้มลดลง และเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2567 เท่ากับ 1,224.96, 1,153.55, 1,004.84, 1,009.57, 1,111, 1,057.58 และ 1,099.72 และ 1,231.22 ตามลำดับ ส่วนอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่ามีแนวโน้มลดลงถึงปี 2563 และแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกครั้งในปี 2566 เท่ากับ 1,216.40, 1,146.67, 982.76, 915.57, 1,090.63, 955.99 และ 1,086.41 และ 1,199.94 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดพังงามีอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด รองลงมาคือ ชุมพร นครศรีธรรมราช ระนอง สุราษฎร์ธานี กระบี่ และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 83)

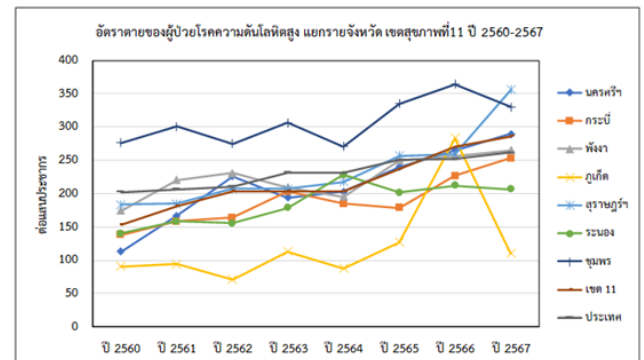
อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ปี 2560-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เท่ากับ 202.41, 206.66, 210.65, 231.65, 231.19, 250.27, 251.71 และ 261.56 ตามลำดับ ส่วนอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2567 พบว่าอัตราตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน เท่ากับ 153.80, 181.75, 203.91, 203.67, 202.83, 237.22 และ 269.72 และ 286.25 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าในปี 2567 จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด รองลงมาคือ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา กระบี่ ระนอง และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 84)



ภาพที่ 82 แสดงอัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567



ภาพที่ 83 แสดงอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567

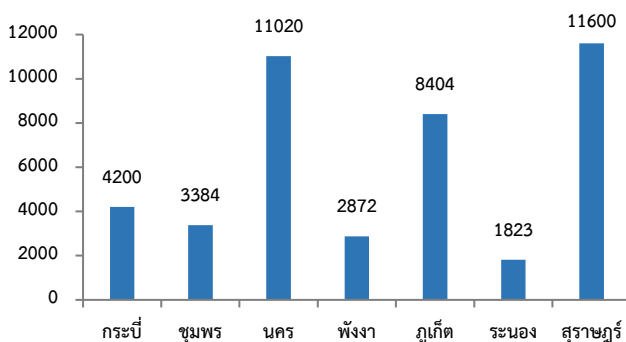


ภาพที่ 84 แสดงอัตราตายผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2560-2567

สถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากสาเหตุภายนอก

1.การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

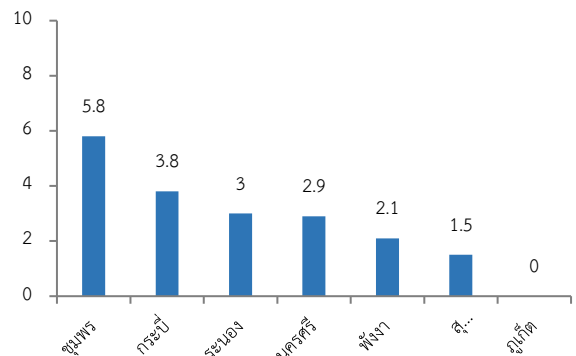
ในภาพพวงจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 สถิติจำนวนผู้ประสบเหตุจากอุบัติเหตุทางถนนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของปี 2567 (เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567) พบว่า จังหวัดที่มีผู้ประสบเหตุสูงสุด คือ จังหวัดสุราษฎร์ธานี (11,600 ราย) รองลงมาคือจังหวัดนครศรีธรรมราช (11,020 ราย) จังหวัดภูเก็ต (8,404 ราย) จังหวัดกระบี่ (4,200 ราย) จังหวัดชุมพร (3,384 ราย) จังหวัดพังงา (2,872 ราย) และจังหวัดระนอง (1,823 ราย) ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2568 ในเขตสุขภาพที่ 11 มีจำนวนอำเภอเสี่ยงสูงมาก (สีแดง) จำนวน 12 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองกระบี่ เมืองชุมพร หลังสวน ท่าศาลา ทุ่งสง เมืองนครศรีธรรมราช ทลิ่งเมืองภูเก็ต เมืองระนอง เกาะสมุย พุนพิน และอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานี และอำเภอเสี่ยงสูง (สีส้ม) จำนวน 7 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกาละห์ ทุ่งใหญ่ ตะกั่วป่า เมืองพังงา กะทู้ กาญจนดิษฐ์ และเกาะพะลั่นโดยในปี 2567 ผู้ประสบเหตุอยู่ในกลุ่มอายุ 10 - 15 ปี สูงที่สุด (ภาพที่ 85)



ภาพที่ 85 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ผู้โดยสารนอก) แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2567 (เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567)

2.การป้องกันการจมน้ำ

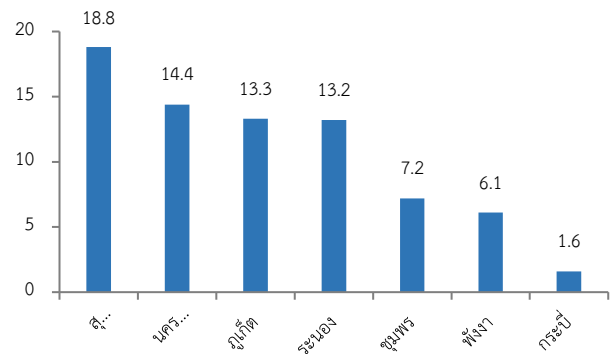
ในภาพเขตสุขภาพที่ 11 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ข้อมูลรณบัตร สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข) ปี 2566 เท่ากับ 2.6 ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ค่าเป้าหมายต้องไม่เกิน 3.0 ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี) เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชุมพร มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด เท่ากับ 5.8 ต่อแสนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี รองลงมา คือ จังหวัดกระบี่ ระนอง นครศรีธรรมราช พังงา สุราษฎร์ธานี และภูเก็ต ตามลำดับ (ภาพที่ 1) ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในทุกกลุ่มอายุ ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2566 เท่ากับ 2.9 ต่อแสนประชากร (ค่าเป้าหมายต้องไม่เกิน 4.0 ต่อแสนประชากร) เมื่อจำแนกเป็นรายกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด (รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี, กลุ่มอายุ 30-44 ปี เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี, และกลุ่มอายุ 15-29 ปี ตามลำดับ จากข้อมูลนี้พบว่าสถานการณ์ปัจจุบันการเสียชีวิตในกลุ่มวัยสูงอายุและกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ภาพที่ 86)



ภาพที่ 86 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2566

3.การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

จำนวนประชากรผู้สูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในเขตสุขภาพที่ 11 ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ซึ่งปัญหาสุขภาพของวัยผู้สูงอายุมีหลายประเด็น หนึ่งในนั้นคือประเด็นเรื่องการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากหากเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุจะส่งผลเสียทั้งด้านร่างกาย ตั้งแต่การบาดเจ็บเล็กน้อยจนถึงเสียชีวิตได้มากกว่าช่วงวัยอื่นๆ โดยจากข้อมูลสถานการณ์การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 11 ปี 2565 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เท่ากับ 12.30 ต่อแสนประชากรผู้สูงอายุ สูงกว่าภาพประเทศ ที่เท่ากับ 10.20 ต่อแสนประชากรผู้สูงอายุ เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด ได้แก่ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เท่ากับ 18.80 ต่อแสนประชากรผู้สูงอายุ รองลงมาคือจังหวัด นครศรีธรรมราช จังหวัดภูเก็ต จังหวัดระนอง จังหวัดชุมพร จังหวัดพังงา และจังหวัดกระบี่ ตามลำดับ การป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่สำคัญ คือ การออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ปรับเปลี่ยน/แก้ไขปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ปัจจัย ร่วมกับทีมสหสาขา ในกลุ่มเสี่ยงสูง ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขสูงและในชุมชน ซึ่งสามารถลดการพลัดตกหกล้มได้ร้อยละ 25 - 30 และการปรับบ้านให้ปลอดภัยต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 11 ได้มีการดำเนินงานแล้วในบางพื้นที่ จำเป็นจะต้องมีการพัฒนาการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่เพิ่มขึ้น (ภาพที่ 87)



ภาพที่ 87 อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ แยกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 11 ปี 2565

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

1. การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2566 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ร้อยละ 37.79 ต่ำกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 28.0) ทุกจังหวัด จำแนกเป็นจังหวัด ดังนี้ จังหวัดภูเก็ต (ร้อยละ 26.0) จังหวัดกระบี่ (ร้อยละ 23.6) จังหวัดนครศรีธรรมราช (ร้อยละ 21.4) จังหวัดชุมพร (ร้อยละ 20.6) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ร้อยละ 19.6) จังหวัดระนอง (ร้อยละ 16.9) และจังหวัดพังงา (ร้อยละ 14.4) เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงเมื่อเทียบกับอัตราของเขต 11 คือ ภูเก็ต (ร้อยละ 26) กระบี่ (ร้อยละ 23.6) นครศรีธรรมราช (ร้อยละ 21.4) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วจังหวัดที่มีสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงนั้นจะเป็นจังหวัดพื้นที่ท่องเที่ยวเป็นส่วนใหญ่ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 67) ผลการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2567 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองฯ จำนวน 1,252,785 คน จากประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2,912,575 คน คิดเป็นร้อยละ 43.01 พบผู้ดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 92,303 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 7.37 จำแนกเป็นผู้มีปัญหาการดื่มระดับความเสี่ยต่ำจำนวน 86,903 คน (ร้อยละ 94.15) ผู้มีปัญหาการดื่มระดับความเสี่ยปานกลาง จำนวน 4,866 คน (ร้อยละ 5.27) และผู้มีปัญหาการดื่มระดับความเสี่ยระดับสูง จำนวน 534 คน (ร้อยละ 0.58) เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีผลการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตามเป้าหมาย (ร้อยละ 50) ได้แก่ จังหวัดระนอง คิดเป็นร้อยละ 60.68 และจังหวัดกระบี่ คิดเป็นร้อยละ 52.93 ส่วนจังหวัดที่ผลการคัดกรองฯ ต่ำกว่าเป้าหมาย จากน้อยไปมาก ได้แก่ จังหวัดพังงา ร้อยละ 49.20 จังหวัดชุมพร ร้อยละ 48.64 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 43.30 จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 42.23 และจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 9.10 ตามลำดับ (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 30 กันยายน 67)

2. การควบคุมการบริโภคยาสูบ

จากข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สถานการณ์การบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 11 อยู่ที่ร้อยละ 24.3 ซึ่งสูงกว่าภาพประเทศ (ร้อยละ 17.4) เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูล 3 รอบของผลการสำรวจย้อนหลัง (ปี 2558, 2560, 2564) พบว่า มีแนวโน้มลดลงเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 25.6 ในปี 2558 เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด ทั้ง 7 จังหวัด พบว่า จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุดติดอันดับ 1-5 ของประเทศ โดยพบที่จังหวัดกระบี่ ร้อยละ 29.4 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของภาพประเทศ จังหวัดพังงา ร้อยละ 24.6 จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 24.6 จังหวัดระนอง ร้อยละ 24.5 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 23.4 จังหวัดชุมพร ร้อยละ 22.9 และจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 20.5 ตามลำดับ

ส่วนผลการสำรวจสถานการณ์การสูบบุหรี่ในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 19 ภาพรวมของเขต 11 (ร้อยละ 8.7) ซึ่งสูงกว่าของประเทศ (ร้อยละ 6.2) โดยสูงสุดอยู่ที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ร้อยละ 13.2 จังหวัดกระบี่ ร้อยละ 11.9 จังหวัดชุมพร ร้อยละ 8.5 จังหวัดพังงา ร้อยละ 6.0 จังหวัดสุราษฎร์ธานีและจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 5.2 และจังหวัดระนอง ร้อยละ 2.9

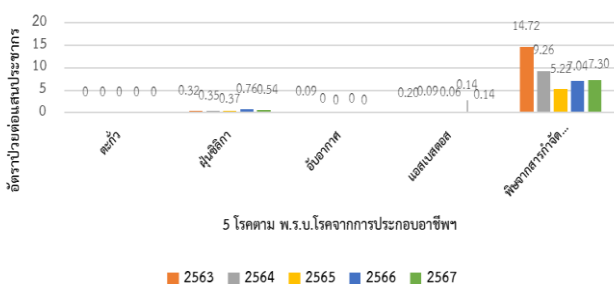
สถานการณ์การได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานที่สาธารณะ สำหรับเขตสุขภาพที่ 11 พบว่าจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในอาคารของมหาวิทยาลัยสูง ร้อยละ 67.2 จังหวัดภูเก็ต มีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองมากที่สุด ในปีนี้ ร้อยละ 61.3 รองลงมาได้แก่ ศาสนสถาน ร้อยละ 60.9 สถานที่ราชการ ร้อยละ 58.3 และสถานบันเทิงสาธารณะ ร้อยละ 52.0 ตามลำดับ ในส่วนของจังหวัดชุมพร มีอัตราการได้รับควันบุหรี่มือสองในสถานราชการมากที่สุด ร้อยละ 48.2

สถานการณ์กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

1. โรคตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการ

ประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

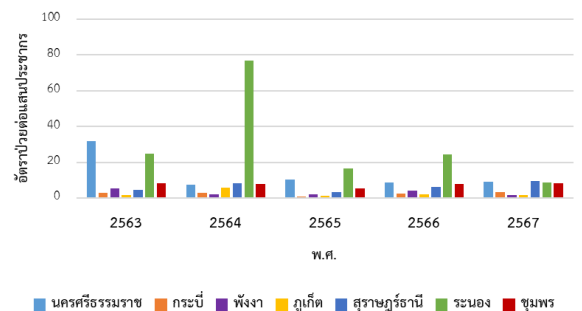
สถานการณ์โรคตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ พ.ศ. 2562 เขตสุขภาพที่ 11 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2567 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด คือ โรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช รองลงมา คือ โรคจากฝุ่นซิลิกา และโรคจากเอสเบสตอส ตามลำดับ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดกระทรวง ปีงบประมาณ 2567 : ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ พ.ศ. 2562 โดยมีเป้าหมาย ร้อยละ 60 ดำเนินกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 จัดทำ Flow การแจ้ง การรายงาน และการสอบสวนโรค และฝึกซ้อมแผน อย่างน้อย 1 โรคตาม พ.ร.บ. กิจกรรมที่ 2 ขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ หรือที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ และเสนอ มาตรการต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่ 3 สื่อสาร สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับ พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ ไปยัง กลุ่มเป้าหมาย ทั้ง 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) นายจ้าง (2) ลูกจ้าง (3) แรงงานนอกระบบ (4) ประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษ (5) เจ้าของหรือผู้ครอบครอง แหล่งกำเนิด (6) หน่วยบริการ (7) พนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านช่องทางต่างๆ และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 กลุ่ม เขตสุขภาพที่ 11 สามารถดำเนินการได้ ทั้ง 3 กิจกรรม จำนวน 6 จังหวัด (คิดเป็นร้อยละ 85.71) ได้แก่ จังหวัดชุมพร ระนอง นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต และกระบี่ (ภาพที่ 88)



ภาพที่ 88 5 โรคตาม พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ

2. โรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช

ปัญหาโรคและภัยสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 11 พบอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชสูงสุดในกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจากข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี พ.ศ. 2567 เขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ต่อแสนประชากร) 7.38 ซึ่งต่ำกว่าภาพประเทศ 8.32 ต่อแสนประชากร โดยพบอัตราป่วยสูงสุดในจังหวัดสุราษฎร์ธานี (9.55) นครศรีธรรมราช (8.95) ระนอง (8.52) ชุมพร (8.35) กระบี่ (3.29) พังงา (1.84) และภูเก็ต (1.52) ตามลำดับ (ภาพที่ 89)



ภาพที่ 89 อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ต่อแสนประชากร)

ส่วนที่ 3

รายงานผลการเบิกจ่าย

งบประมาณและผลการดำเนินงาน

ตามเป้าหมายผลผลิต

สรุปผลการเบิกจ่ายงบประมาณ งบประมาณ 2567

ตารางที่ 10 ผลการเบิกจ่ายงบประมาณ ปีงบประมาณ 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

งบรายจ่าย	งบสุทธิ	ผูกพัน	เบิกจ่ายสะสม	รวมใช้จ่ายทั้งสิ้น	งบคงเหลือ	ร้อยละ การใช้จ่าย (รวมผูกพัน)	ร้อยละ การใช้จ่าย (ไม่รวมผูกพัน)
งบบุคลากร	9,997,161.19	0.00	9,997,161.19	9,997,161.19	0.00	100.00	100.00
งบดำเนินงาน	28,885,200.90	2,665,756.00	24,349,767.91	27,015,523.91	1,869,676.99	93.53	84.30
งบลงทุน	22,047,008.00	15,370,960.00	6,181,348.00	21,552,308.00	494,700.00	97.76	28.04
งบอุดหนุน	8,900,791.00	0.00	8,546,991.00	8,546,991.00	353,800.00	93.03	96.03
งบรายจ่ายอื่น	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
งบประมาณทั้งสิ้น	69,830,161.09	18,036,716.00	49,075,266.10	67,111,984.10	2,718,176.99	96.11	70.28

1.ความสำคัญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ดำเนินงานจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ นโยบาย และจุดเน้นของกรมควบคุมโรค และสภาพปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งความต้องการและความคาดหวังของเครือข่าย และให้ผลการดำเนินงานตอบเป้าหมายผลผลิตของกรมควบคุมโรค เน้นการทำงานในเชิงบูรณาการทั้งภายในหน่วยงานและเครือข่ายภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้หน่วยงานได้ดำเนินงานพัฒนาการดำเนินงานในเชิงระบบ เพื่อให้การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของหน่วยงานและเครือข่ายให้มีสมรรถนะในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ หน่วยงานได้ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานในแต่ละผลผลิต ได้มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รอบ 12 เดือน (ตุลาคม 2566 - กันยายน 2567) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานแต่ละผลผลิต จำนวน 8 ผลผลิต ดังนี้

ผลผลิตที่ 1 ผลิตภัณ์ที่ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ผลผลิตที่ 2 การสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

ผลผลิตที่ 3 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

ผลผลิตที่ 5 โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค และยุติปัญหาเอดส์

ผลผลิตที่ 6 โครงการพัฒนาจัดระบบบริการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผลผลิตที่ 7 โครงการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ตามแนวทางพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ

ผลผลิตที่ 8 โครงการเร่งรัดพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้ได้ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ

ผลผลิตที่ 9 โครงการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี

2.วัตถุประสงค์การสรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติราชการ

- 1) เพื่อทราบความก้าวหน้าและติดตามการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงานให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้
- 2) เพื่อให้ทราบถึงปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
- 3) เพื่อให้ได้แนวทางแก้ไขปัญหาและปรับปรุงการดำเนินการตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน

3.สรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ผลผลิตที่ 1 ผลิตภัณฑ์ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอนเปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
1.1 พัฒนาและสนับสนุนกระบวนการจัดทำผลิตภัณฑ์และจัดการความรู้ของหน่วยงานเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	117,990.00	507,226.00	507,226.00 (ร้อยละ 100)	1.วิจัย -มีโครงการวิจัย รับงบจากกรมฯ -มีผลงาน Peer Review -ผลงานให้คำปรึกษาคลินิกวิจัย	ผลงานวิชาการ ได้ผ่านกระบวนการ DDC Clearance 2 เรื่อง	-วิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน สภาพปัญหา สิ่งที่คาดหวัง -พัฒนาข้อเสนอโครงการวิจัย ฉบับสมบูรณ์ (Full Proposal) ปี 2568 -แลกเปลี่ยน เรียนรู้ ติดอาวุธทางปัญญา วิจัยนวัตกรรม
				3.สื่อสาร ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์เรื่องโรคและภัยสุขภาพ	1.ผลิตแผ่นพับความรู้โรคและภัยสุขภาพ 2.ผลิตไวนิล และสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ

ผลผลิตที่ 2 การสนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพและความเข้มแข็งในการจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอนเปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
2.2 เสริมสร้าง ศักยภาพ พัฒนา ความร่วมมือและ สร้างการมีส่วนร่วม ของเครือข่ายในการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพ	1,773,550	2,084,710.98	2,084,710.98 (ร้อยละ 100)	-มีแผนปฏิบัติการ และแผนการใช้จ่าย งบประมาณ -สรุปผลการติดตาม ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดผลผลิต และ ตัวชี้วัดสำนัก งบประมาณ -จำนวนเครือข่ายที่ ได้รับการสนับสนุน เสริมสร้างศักยภาพ ด้านการป้องกัน ควบคุมโรคฯ 347 หน่วยงาน	-มีแผนปฏิบัติการและ แผนการใช้จ่าย งบประมาณ ประจำปี งบประมาณ พ.ศ.2567 1 แผน จำนวน 42 โครง ย่อย -ตัวชี้วัดทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ประเมิน ระดับดีเลิศ 27 ตัวชี้วัด ร้อยละ 79.42 -จำนวนเครือข่ายที่ได้รับการ สนับสนุน เสริมสร้าง ศักยภาพ ด้านการ ป้องกัน ควบคุมโรคฯ 1,816 หน่วยงาน	-พัฒนาแผนยุทธศาสตร์ กลไกการบริหารจัดการ แผนปฏิบัติการ -พัฒนาและบริหาร จัดการองค์กร -บริหารจัดการเพื่อ สนับสนุนการเสริมสร้าง ความมีส่วนร่วมของ เครือข่าย -ดำเนินการตามนโยบาย และพัฒนากลไกการ ดำเนินงานให้เป็นไปตามที่ กฎหมายกำหนด
2.4 พัฒนาและ ให้บริการด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารด้าน การป้องกัน ควบคุม โรคและภัยสุขภาพ	10,800.00	10,800.00	10,800.00 (ร้อยละ 100)	พัฒนาและให้บริการ ด้านเทคโนโลยี สารสนเทศ 1 ระบบ	พัฒนาและให้บริการด้าน เทคโนโลยีสารสนเทศ 1 ระบบ 1.LEAN Management - คำขออนุมัติไปราชการ - แผนปฏิบัติงาน ประจำเดือน -ระบบครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์ -ระบบยืม - คืน ครุภัณฑ์ คอมพิวเตอร์ -แบบประเมินความพึง พอใจระบบ Lean Document odpc-11	- ปรับปรุงระบบ ควบคุม ดูแลบำรุงรักษาเครือข่าย และระบบคอมพิวเตอร์ ของหน่วยงาน -พัฒนาระบบเทคโนโลยี สารสนเทศของ หน่วยงาน

ผลผลิตที่ 3 การเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอนเปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
3.1 บริการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่เป็นปัญหารุนแรงและกลุ่มเป้าหมายพิเศษ	32,220.00	94,330.00	94,330.00 (ร้อยละ 100)	-รักษาระดับการแพร่โรคเท้าช้าง ให้อยู่ในเกณฑ์การกำจัดโรคตามพันธระสัญญางองการกำจัดโรค -ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้พิการจากโรคเท้าช้างตามพันธระสัญญางองการกำจัดโร -คัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HCV) ร้อยละ 70	-โรคเท้าช้าง อัตราความชุกของผู้ปรากฏอาการที่ยังคงมีสภาวะความพิการจำนวน 37ราย -ผลการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี (HCV) (ประชาชน) ร้อยละ 292.27 (HBV) ร้อยละ 270.23 -ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ได้รับการรักษาร้อยละ 25.39	-การติดตามอาการของผู้ป่วยโรคเท้าช้าง -เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ -โรคไข้เลือดออก -โรคเท้าช้าง -โรคไวรัสตับอักเสบบี -โรคเรื้อน

ผลผลิตที่ 5 โครงการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย วัณโรค และยุติปัญหาเอดส์

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
5.1 เร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย	755,140.00	755,140.00	755,140.00 (ร้อยละ 100)	การควบคุมการแพร่เชื้อมาลาเรียในพื้นที่เป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคในการเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรีย จำนวน 87,728 ราย พบเชื้อ 1,053 ราย ดังนี้ -ศตม.11.1 พังงา 20,276 ราย พบเชื้อ 61 ราย -ศตม.11.2 นครศรีธรรมราช จำนวน 1,309 ราย พบเชื้อ 13 ราย -ศตม.11.3 สุราษฎร์ธานี จำนวน 15,139 ราย พบเชื้อ 27 ราย -ศตม.11.4 ชุมพร จำนวน 30,926 ราย พบเชื้อ 532 ราย -ศตม.11.5 ระนอง จำนวน 17,220 ราย พบเชื้อ 409 บาท	การเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงสูง การสอบสวนโรคเฉพาะราย การตอบโต้โดยการควบคุมโรค/แหล่งแพร่เชื้อ การเฝ้าระวังทางกีฏวิทยา -การส่งเสริมพัฒนาพื้นที่ตำบลต้นแบบในการควบคุมโรคไข้มาลาเรียโดยการมีส่วนร่วมของอปท./เครือข่ายในชุมชน -การนิเทศงานติดตามควบคุมกำกับและประเมินผล -การสำรวจมุ้ง/ การชุบนึ่ง ธรรมชาติหรือนึ่งชุดสารเคมีชนิดออกฤทธิ์ -การพ่นเคมีชนิดมีฤทธิ์ตกค้างในพื้นที่เสี่ยงสูง -ระดมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับคุณภาพของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแผนลงแบบก้าวกระโดด (Exponential Growth)

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
5.2 ควบคุม วัณโรค	296,200.00	296,200.00	296,200.00 (ร้อยละ 100)	- อัตราความครอบคลุมการค้นหาและ บันทึกทะเบียนรักษา ร้อยละ 90 - อัตราความสำเร็จ การรักษาวัณโรค ร้อยละ 88	- อัตราความครอบคลุมการค้นหาและ บันทึกทะเบียนรักษาปี 2567 ร้อยละ 79.0 - อัตราความสำเร็จ การรักษาวัณโรค ปี 2566 ร้อยละ 83.4 - อัตราการเสียชีวิต ปี 2566 ร้อยละ 9.5	- เร่งรัดการขึ้นทะเบียนใน สถานพยาบาลทุกแห่ง ทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข - ชี้แจงแนวทางการสนับสนุนการ ค้นหาผู้ป่วยวัณโรค การติดเชื้อ และ การรักษาวัณโรคระยะแฝงในผู้ สัมผัสร่วมบ้าน โดยวิธีการตรวจ IGRA - ชี้แจงการบริหารจัดการวัณโรคด้วย ยา ภายใต้การดูแลให้คำปรึกษาโดย ผู้เชี่ยวชาญระดับเขตสุขภาพที่ 11
5.3 ป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์	195,000.00	195,000.00	195,000.00 (ร้อยละ 100)	- ร้อยละของระดับ จังหวัดมีการ ขับเคลื่อนกลไกการ ดำเนินงานเอดส์/ STIs - ร้อยละ 90 ของ ผู้รับผิดชอบงานภาคี เครือข่ายฯ ได้รับการ ถ่ายทอดนโยบาย แนวทาง การ ดำเนินงาน - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ทราบสถานะได้รับยา ต้านไวรัส ร้อยละ 92 - ร้อยละ 30 ของ sw. ผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐาน STIs	- ร้อยละ 100 ของ ระดับจังหวัดที่มีการ ขับเคลื่อนกลไกการ ดำเนินงานเอดส์/ STIs - ร้อยละ 100 ของ ผู้รับผิดชอบงานภาคี เครือข่ายฯ ได้รับการ ถ่ายทอดนโยบาย แนวทาง การ ดำเนินงาน - ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ ทราบสถานะได้รับยา ต้านไวรัส ร้อยละ 86 - ร้อยละ 82.6 (19/23 แห่ง) ของ sw. ผ่านเกณฑ์ ประเมินมาตรฐาน STIs	- ประชุมถ่ายทอดนโยบายและ แนวทางขับเคลื่อนงานยุติปัญหา เอดส์ฯ แก่ภาคีเครือข่ายฯ เขต 11 - จัดประชุมฯ พัฒนารูปแบบการ สำรวจสถานบริการฯ - ลงพื้นที่เยี่ยมพัฒนาระบบ บริการฯ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอ วี - แลกเปลี่ยนและพัฒนารูปแบบ S&D ใน sw. โดย HA IC ARV clinic ที่มนำ - เยี่ยมเสริมพลังและสนับสนุนการ จัดบริการด้าน HIV/STI เชื่อมโยง ภาคประชาสังคม และจัดบริการ PrEP ม - พัฒนา sw.ต้นแบบด้านการดูแล รักษาเอชไอวี - จัดทำรายงานสรุปผลการ ดำเนินงานการดูแลรักษา 95-95- 95 รายงาน TPT-HIV

ผลผลิตที่ 6 โครงการพัฒนาจัดระบบบริการอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอนเปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
6.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	53,700.00	53,700.00	53,700.00 (ร้อยละ100)	-สถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ (3 กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ) -ร้อยละผู้ประกอบอาชีพกลุ่มเสี่ยงได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ (3 กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพ) ร้อยละ 20	-จำนวนสถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการเฝ้าระวัง 3 กลุ่มโรค : โรคจากตะกั่ว ฝุ่นซิลิกา และแอสเบส ตอส ในเขตสุขภาพที่ 11 มีผลการดำเนินงานเฝ้าระวังสุขภาพ ดังนี้ 1. โรคจากตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว ได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ ร้อยละ 0 2. โรคจากฝุ่นซิลิกา ได้รับการเฝ้าระวังสุขภาพ ร้อยละ 50 3. โรคจากแอสเบสสตอส (ใยหิน) ร้อยละ 0	-ประชุมราชการสนับสนุนการดำเนินงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม - ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม - ดำเนินงานให้บริการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมการทำงานให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐ และเอกชน

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
6.2 พัฒนาศถานที่ ทำงานที่เอื้อต่อการมี สุขภาวะที่ดี ปลอดภัย ปลอดภัย	31,200.00	31,200.00	31,200.00 (ร้อยละ 100)	1) จังหวัดได้รับ สนับสนุนการนำ มาตรฐานสถานที่ ทำงานที่เอื้อต่อการ มีสุขภาวะที่ดี ปลอดภัย ปลอดภัยไปใช้ งาน จำนวน 7 จังหวัด 2) จังหวัดได้รับการ ติดตามและ ประเมินผลสถาน ประกอบการ/สถานที่ ทำงาน มีการดำเนิน ตามมาตรฐาน ตามที่ กรมควบคุมโรค กำหนด	1) สนับสนุนการนำ มาตรฐานสถานที่ทำงาน ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ปลอดภัย ปลอดภัยไปใช้ งาน จำนวน 7 จังหวัด 2) สนับสนุนติดตาม ประเมินผลสถาน ประกอบการปลอดภัย ปลอดภัย ภายใจเป็นสุข จำนวน 6 แห่งผ่านการ ประเมิน 6 แห่ง จาก จำนวนสถาน ประกอบการที่สมัครเข้า ร่วมโครงการ 11 แห่งคิด เป็น ร้อยละ 54.55	- ปรับปรุง จัดทำฐานข้อมูล ที่ เป็นปัจจุบัน ของโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป สถาน ประกอบกิจการเสี่ยง และ ลูกจ้างหรือผู้ที่สัมผัสความ เสี่ยงโรคจากการประกอบ อาชีพ 4 โรคสำคัญ ร่วมกับ กองโรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อมและ หน่วยงานเครือข่ายที่ เกี่ยวข้อง - ชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานให้กับหน่วยงาน เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาศักยภาพพื้นที่เพื่อ เตรียมความพร้อมจัดบริการ อาชีพเวชกรรมตามมาตรฐาน (ม.24) และขึ้นทะเบียนหน่วย บริการ (ม.25) - ขับเคลื่อนและสนับสนุน สปก. และหน่วยบริการ ให้ ดำเนินงานตามแพคเกจ จัดการโรคจากการประกอบ อาชีพ

ผลผลิตที่ 7 โครงการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ตามแนวทางพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอนเปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
7.1 สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	611,000.00	611,000.00	611,000.00 (ร้อยละ 100)	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 75	อำเภอในเขตสุขภาพที่ 11 ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 74 อำเภอ เป็นร้อยละ 100	1. ประชุมราชการชี้แจงการดำเนินงานจังหวัดนำร่องพื้นที่ท่องเที่ยวปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เขตสุขภาพที่ 11 2. นิเทศ ติดตาม เชื่อมเสริมพลังการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในระดับอำเภอตามเป้าหมายกรมควบคุมโรคครบตามเป้าหมาย 3. การดำเนินการเมื่อพบคนหรือสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ - มีการส่งตรวจยืนยันโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ - อำเภอเสี่ยงมีการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าในหน่วยงานระดับ สสอ. - มีการจัดทำแผนที่เกี่ยวข้องกับโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
7.4 สนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์	18,625.00	18,625.00	18,625.00 (ร้อยละ 100)	ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ ร้อยละ 95	ร้อยละความสำเร็จในการคัดกรอง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ร้อยละ 98.79	1) ประชุมคณะทำงานตามโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติและโครงการที่เกี่ยวข้องกับพระบรมวงศานุวงศ์ ชี้แจงการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ เขตสุขภาพที่ 11 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 2) ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อสำคัญในเรือนจำ ภายใต้โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ผลผลิตที่ 8 โครงการเร่งรัดพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ให้ได้ตามกฏอนามัยระหว่างประเทศ

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
8.1 พัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างครบวงจรและบูรณาการ	487,505.00	838,735.00	838,735.00 (ร้อยละ 100)	- ทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติสำหรับรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All-Hazards Plan) - ฝึกซ้อมแผนเพื่อทดสอบแผนรับมือระบบการจัดการภาวะฉุกเฉิน และมาตรฐานการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 แผนรองรับโรคและภัยสุขภาพ	- มีแผนปฏิบัติการเฉพาะด้านโรคและภัยสุขภาพ (Hazard specific plan: HSP) เสนอผู้บริหารลงนาม แล้วเสร็จสมบูรณ์ วันที่ 31 พ.ค. 67 - มีแผนปฏิบัติการอุกภัยอันตราย (All Hazards Plan) ใน วันที่ 4 ก.ค. 67 - ฝึกซ้อมแผนกรณีโรคไข้หวัดนกใน วันที่ 20 มี.ค. 67 - ประเมิน EOC Assessment Tool 30 ส.ค. 67 ผลการประเมินระดับสีเขียว จำนวน 72 ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ 97.30 (10 หมวด 74 ตัวชี้วัด)	- ประชุมราชการจัดทำ ทบทวนปรับปรุงแผนและคณะกรรมการเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร.11 ปี 2567 (10 ม.ค. 67) - ประชุมราชการเตรียมความพร้อมการยกระดับศูนย์ปฏิบัติการ ดอดบกเรียนและฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร.11 ปี 2567 กรณีโรคไข้หวัดนก (20 มี.ค. 67) - นิเทศ ติดตาม ประเมินและสนับสนุนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับจังหวัด และระดับเขต ปี 2567 จำนวน 2 จังหวัด (ชุมพร 25 มี.ย. 67) (ภูเก็ต 26 มี.ย. 67)

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
8.3 พัฒนา สมรรถนะช่อง ทางเข้าออก ระหว่างประเทศ และจังหวัด ชายแดน	661,040.00	619,780.00	619,780.00 (ร้อยละ 100)	- มีสรุปผลการ ดำเนินงานสื่อสาร ความเสี่ยง ตาม เกณฑ์ JEE-IHR 2005 - มีการทบทวน มี การประเมินผล และ มีการปรับปรุง พัฒนาอย่าง สม่ำเสมอ และถูก บูรณาการเข้า ใน แผนตอบโต้ภาวะ ฉุกเฉินระดับประเทศ	- สรุปผลการประเมินผล การดำเนินงานการสื่อสาร ความเสี่ยงและการมีส่วนร่วม ร่วมกับชุมชน ตามกฎ อนามัยระหว่างประเทศ ระดับจังหวัด - ทบทวน มีการประเมินผล และมีการปรับปรุงพัฒนา อย่างสม่ำเสมอ และถูก บูรณาการเข้าในแผนตอบ โต้ภาวะฉุกเฉิน ระดับประเทศ ทั้ง 3 ช่องทาง (Designated)	- ดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ตาม เกณฑ์ JEE-IHR 2005 เพื่อปิด GAP - ติดตามและสนับสนุนจังหวัดให้มี คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบด้าน สื่อสารความเสี่ยงโรคและภัย สุขภาพ ตามเกณฑ์ JEE-IHR 2005 เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินทางด้าน สาธารณสุข - มีการสำรวจความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ไว้เลือดออกในพื้นที่เสี่ยง - การทบทวนการประเมิน กรณี โรค ไข้เหลือง ช่องทางเข้าออกประเทศ ท่าอากาศยานภูเก็ต /ประชุมเชิงปฏิบัติการฝึกซ้อมแผน ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ช่องทางเข้าออกประเทศ กรณีไข้ ระงับผู้เดินทางมาจากเขตติดโรคไว้ เหลือง/จัดประชุมเชิงปฏิบัติการซ้อม แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขระหว่างประเทศช่อง ทางเข้าออกประเทศในพื้นที่

ผลผลิตที่ 9 โครงการพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกระดับชุมชนที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดี

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง(บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
9.1 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	330,000.00	330,000.00	330,000.00 (ร้อยละ 100)	กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง ไวรัส ตับอักเสบบี ซี ≥ร้อยละ 70	กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับ การคัด กรอง ไวรัสตับ อักเสบบี ร้อยละ 270.23 การคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี ซี ร้อยละ 292.27	-สนับสนุนการดำเนินงาน ควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี : สนับสนุนการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ -นิเทศงานติดตามและ สนับสนุนการดำเนินงาน การใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล -ขับเคลื่อนการบูรณาการ Triple EMTCT(HIV, Syphilis, Hepatitis B)

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
9.2 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพเพื่อเด็กไทย ปลอดภัย	20,000.00	85,870.00	85,870.00 (ร้อยละ 100)	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กลดลงน้อยกว่า 15 ปี ของเขตสุขภาพที่ 11 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ 1.9 ต่อแสนประชากร	เขตสุขภาพที่ 11 มีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 2.2 ต่อแสนประชากร เด็กลดต่ำกว่า 15 ปี	-ประชุมราชการเยี่ยมเสริมพลังและติดตาม/ประเมินรับรองผลการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 -ติดตามและสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากแมงกะพรุนพิษ
9.4 พัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยง	241,500.00	241,500.00	241,500.00 (ร้อยละ 100)	ร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการพัฒนานโยบายและมาตรการระดับตำบลหรืออำเภอ -สนับสนุนข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนอำเภอละ 10 คน	ดำเนินการสนับสนุนให้ 5 จังหวัดใหม่ ได้แก่ จังหวัดกระบี่ ภูเก็ต ตรัง พังงา และนครศรีธรรมราช สำนักรวบรวมข้อมูลในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม (Salt meter) และรายงานข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน Thai Salt Survey ผลการสำรวจภาพรวมเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 12,819 ตัวอย่าง แยกเป็นจังหวัดดังนี้ -ระนอง 2,816 -กระบี่ 2,317 -ภูเก็ต 1,457 -พังงา 2,273 -นครศรีธรรมราช 3,956	-พัฒนาศักยภาพบุคลากรดำเนินงานรูปแบบการบริการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง -สนับสนุนข้อมูลอุบัติเหตุทางถนนและดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน -ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม

กิจกรรมหลัก	งบประมาณ (บาท)			ผลการดำเนินงาน		รายละเอียดผลการดำเนินงาน
	ได้รับ (บาท)	หลังโอน เปลี่ยนแปลง (บาท)	เบิกจ่าย (บาท)	เป้าหมาย	ผลงาน	
9.5 พัฒนาและสนับสนุนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ	16,000.00	16,000.00	16,00.00 ร้อยละ (100.00)	อัตราผู้ป่วยในจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปของเขตสุขภาพที่ 11 ลดลงตามค่าเป้าหมาย ร้อยละ=5	อัตราผู้ป่วยใน ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 11 เท่ากับ 446 ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนต่ำกว่าภาพประเทศเล็กน้อย	1. รับการชี้แจงนโยบายและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน 2. ประชุมราชการตรวจเยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินผลเครือข่าย 3. สรุปผลการดำเนินการ ภายหลังการดำเนินงานในพื้นที่ 4. ตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ติดตามพื้นที่จังหวัดพังงา ซึ่งดำเนินงานดีเยี่ยม

4.ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน

- ผู้บริหารและบุคลากรให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

5.ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค : การรายงานผลการดำเนินงานตามผลผลิตยังเน้นเชิงปริมาณ ไม่ได้มีการรายงานเชิงคุณภาพ ทำให้ไม่สามารถวัดผลความสำเร็จของโครงการได้อย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะ: -ผู้เกี่ยวข้องรายงานผลการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตให้ครบถ้วนครอบคลุมวัตถุประสงค์ เป้าหมายทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

-ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามเป้าหมายผลผลิตในแผนปฏิบัติการของหน่วยงานควรดำเนินการเบิกจ่ายตามแผนปฏิบัติการประจำปีหรือบริหารจัดการการใช้จ่ายงบประมาณของหน่วยงานเพื่อให้การดำเนินโครงการเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

ส่วนที่ 4

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช รอบ 12 เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และมีการประเมินผลตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รอบ 12 เดือน ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 12 ตัวชี้วัดย่อย ผลจากการประเมินตนเองได้คะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 4.7370 คะแนน ส่วนผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้คะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 4.7192 คะแนน โดยจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 : Functional Base เป็นตัวชี้วัดการบรรลุความสำเร็จของระบบป้องกันควบคุมโรคให้ได้มาตรฐาน น้ำหนักร้อยละ 10 ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย จำนวน 1 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก ผลการประเมินตนเองได้ 5.0000 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 0.5000 คะแนน และผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอก 5.0000 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 0.5000 คะแนน ซึ่งผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้คะแนนเท่ากับคะแนนประเมินตนเอง

องค์ประกอบที่ 2 : Agenda Base น้ำหนักร้อยละ 55 ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย จำนวน 6 ตัวชี้วัด ซึ่งทุกตัวชี้วัดสามารถดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก ผลการประเมินตนเองได้ 4.7283 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 2.5870 คะแนน และผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอก 4.7083 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 2.5850 คะแนน ซึ่งผลการประเมินรวม 6 ตัวชี้วัดย่อยจากผู้ประเมินภายนอกได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนประเมินตนเอง โดยตัวชี้วัดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น คือ ตัวชี้วัดที่ 2.1 : ระดับความสำเร็จของความสำเร็จของการขับเคลื่อนของผู้นำนโยบายโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ และมี 2 ตัวชี้วัดที่มีคะแนนลดลง คือ ตัวชี้วัดที่ 2.2 ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชว.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตัวชี้วัดที่ 2.3.1 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเมหาวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

องค์ประกอบที่ 3 : Area Base น้ำหนักร้อยละ 15 ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย จำนวน 3 ตัวชี้วัด ซึ่งทุกตัวชี้วัดสามารถดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก ผลการประเมินตนเองได้ 5.0000 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 0.7500 คะแนน และผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอก 4.9278 คะแนน ผลคะแนนต่อน้ำหนักเท่ากับ 0.7392 คะแนน ซึ่งผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้น้อยกว่าคะแนนประเมินตนเอง โดยตัวชี้วัดที่มีคะแนนลดลง คือ ตัวชี้วัดที่ 3.3 ระดับความสำเร็จของช่องทางเข้าออกประเทศที่ถูกกำหนดให้มีสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR-JEE) พ.ศ. 2548 ไม่ต่ำกว่าระดับ 4

องค์ประกอบที่ 4 : Innovation Base น้ำหนักร้อยละ 10 ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย จำนวน 1 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถ

ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก ผลการประเมินตนเองได้ 4.0000 คะแนน ผลคะแนนถ่วงน้ำหนัก 0.4000 และผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้ 4.2000 คะแนน ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 0.4200 คะแนน ซึ่งผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้คะแนนมากกว่าคะแนนประเมินตนเอง โดยตัวชี้วัดที่มีคะแนนเพิ่มขึ้น คือ ตัวชี้วัดที่ 4.1 ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการบริหารจัดการภาครัฐเข้าสู่ระบบราชการ 4.0 ได้ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด

องค์ประกอบที่ 5 : Potential Base น้ำหนักร้อยละ 10 ประกอบด้วยตัวชี้วัดย่อย จำนวน 1 ตัวชี้วัด ซึ่งสามารถดำเนินการได้

ดีกว่าเป้าหมายมาก ผลการประเมินตนเองได้ 5.0000 ผลคะแนนถ่วงน้ำหนัก 0.5000 และผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้ 4.7500 คะแนน ผลคะแนนถ่วงน้ำหนักเท่ากับ 0.4750 คะแนน ซึ่งผลการประเมินจากผู้ประเมินภายนอกได้คะแนนน้อยกว่าคะแนนประเมินตนเอง โดยตัวชี้วัดที่มีผลคะแนนน้อยลง คือ ตัวชี้วัดที่ 5.1 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบัญชีข้อมูล (Data Catalog) เพื่อนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ (Open Data)

ปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงาน

1. ผู้บริหารของหน่วยงานให้การสนับสนุนในทุกด้าน
2. มีระบบการถ่ายทอดตัวชี้วัดลงถึงระดับบุคคลที่ค่อนข้างชัดเจนและรวดเร็ว
3. ความตั้งใจและความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ข้อเสนอแนะระดับหน่วยงาน

1.1 ควรมีการแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมคุณภาพของการดำเนินงานตัวชี้วัดรองรับรองการปฏิบัติราชการระดับหน่วยงาน หรือมอบหมายผู้กำกับตัวชี้วัดเป็นผู้ติดตามและวางแผนพัฒนากระบวนการการดำเนินงาน ช่วงก่อนสิ้นไตรมาส 1 เดือน

1.2 ควรจัดให้มีวันแห่งการปรับปรุง (Improvement Day) ของการดำเนินงานตัวชี้วัดรองรับรองการปฏิบัติราชการเพื่อผู้บริหาร ผู้กำกับตัวชี้วัดร่วมวางแผน ในเชิงปฏิบัติการ การปรับเปลี่ยนงบประมาณ สู่ความสำเร็จของตัวชี้วัดในภาพรวมของหน่วยงาน

2. ข้อเสนอแนะระดับบุคคล

2.1 ควรมีการรวบรวม แนวทางการดำเนินงานที่ดี (Best Practice) และแนวทางปฏิบัติที่ดำเนินการไม่สำเร็จ หรือ ล้มเหลว (Failure) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

องค์ประกอบที่ / ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	การประเมินตนเอง		การประเมินจากภายนอก		ดำเนินการตามเป้าหมาย
		คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
องค์ประกอบที่ 1 : Functional Base	10	5.0000	0.5000	5.0000	0.5000	
ตัวชี้วัดที่ 1.1.1.1 : ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางานวิจัย	10	5.0000	0.5000	5.0000	0.5000	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
องค์ประกอบที่ 2 : Agenda Base	55	4.7283	2.5870	4.7083	2.5850	
ตัวชี้วัดที่ 2.1 : ระดับความสำเร็จของความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	10	4.7000	0.4700	4.8600	0.4860	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 2.2 : ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชว.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	5	5.0000	0.5000	4.8000	0.2400	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 2.3.1 : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	10	4.7600	0.4760	4.6800	0.4680	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 2.4 : ระดับความสำเร็จของการสร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ป้องกันการจมน้ำ	10	4.8000	0.4800	4.8000	0.4800	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 2.5 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการดำเนินการสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ	10	5.0000	0.5000	5.0000	0.5000	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 2.6 : ระดับความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายรวม	10	4.1100	0.4110	4.1100	0.4110	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก

องค์ประกอบที่ / ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	การประเมินตนเอง		การประเมินจากภายนอก		ดำเนินการตามเป้าหมาย
		คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	คะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
องค์ประกอบที่ 3 : Area Base	15	5.0000	0.7500	4.9267	0.7392	
ตัวชี้วัดที่ 3.1 : ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบในระดับพื้นที่	5	5.0000	0.2500	5.0000	0.2500	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 3.2 : ระดับความสำเร็จของการยกระดับฐานข้อมูลของเขตสุขภาพและขับเคลื่อนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)	5	5.0000	0.2500	5.0000	0.2500	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
ตัวชี้วัดที่ 3.3 : ร้อยละช่องทางเข้าออกประเทศที่กำหนดมีสมรรถนะตามกฎหมายระหว่างประเทศ (IHR-JEE) พ.ศ. 2548 ไม่ต่ำกว่าระดับ 4	5	5.0000	0.2500	4.7833	0.2392	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
องค์ประกอบที่ 4 : Innovation Base	10	4.0000	0.4000	4.2000	0.4200	
ตัวชี้วัดที่ 4.1 : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่ดำเนินการบริหารจัดการภาครัฐเข้าสู่ระบบราชการ 4.0 ได้ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	10	4.0000	0.4000	4.2000	0.4200	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
องค์ประกอบที่ 5 : Potential Base	5	5.0000	0.5000	4.7500	0.4750	
ตัวชี้วัดที่ 5.1 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบัญชีข้อมูล (Data Catalog) เพื่อนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ (Open Data)	5	5.0000	0.5000	4.7500	0.4750	ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายมาก
รวม	100	คะแนนที่ได้	4.7370		4.7192	

ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มพัฒนาองค์กร

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2566		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
งานพัฒนาศูนย์สุขภาพ				
1. โครงการพัฒนาโปรแกรมพี่เลี้ยง Mentoring Program ในกรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	หน่วยงานขนาด L จำนวน 6 คู่	หน่วยงานพัฒนาคู่พี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง (Mentor & Mentee) โดยใช้เครื่องมือการพัฒนาบุคลากรผ่านโปรแกรมพี่เลี้ยง Mentoring Program ได้สำเร็จจำนวน 12 คู่ 11 ประเด็น Subject matter ในการดำเนินโครงการฯ ปี 2566 หน่วยงานได้รับการคัดเลือกเป็น 1 ในหน่วยงาน Best Practice ของกรมควบคุมโรค	-	การผลักดันต่อยอดโครงการพัฒนาโปรแกรมพี่เลี้ยงในกลุ่มของบุคลากรที่มีการหมุนเวียนงานใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
2. การส่งเสริมให้บุคลากรศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองผ่าน Training Road Map for e-learning	- Training Road Map (เป้าหมาย ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และ ลูกจ้างชั่วคราว)	บุคลากรของหน่วยงานได้มีการพัฒนาตนเองด้วยการเรียนรู้ผ่านระบบ E-Learning - Training Road Map ร้อยละ 93.05	ช่องว่างการพัฒนาทักษะรายบุคคล	1.พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผลการสำเร็จจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง/การรายงานผล เนื่องจากระบบของแหล่งเรียนรู้มีหลากหลาย ผู้รับผิดชอบงานไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของส่วนบุคคลได้ ต้องให้บุคลากรรายงานผลมายังผู้รับผิดชอบเป็นรายบุคคล และไม่มีระบบการจัดเก็บที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2566		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
งานพัฒนาศูนย์สุขภาพ				
3. การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมกับหน่วยงานภายนอก	จำนวน 15 คน	หน่วยงานส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพ โดยส่งบุคลากรเข้าอบรมกับหน่วยงานภายนอก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้จำนวน 55 คน	-	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 หน่วยงานสามารถส่งบุคลากรเข้ารับการพัฒนาศักยภาพกับหน่วยงานภายนอกได้เกินกว่าเป้าหมาย เนื่องด้วยได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเงินบำรุงของหน่วยงาน
4. ผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการเสริมสร้างความสูงและความผูกพันในองค์กรที่แล้วเสร็จ รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	ร้อยละ 80	แผนดำเนินงานทั้งสิ้น 20 กิจกรรม สามารถดำเนินการได้สำเร็จตามเป้าหมาย 20 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100	-	-
5. ร้อยละของบุคลากรที่เข้ารับการอบรมและได้รับการติดตามประเมินผล โดยผู้บังคับบัญชาภายในระยะเวลา 3 - 6 เดือน	ร้อยละ 80	โครงการที่เข้าเกณฑ์การประกันคุณภาพการฝึกอบรมทั้งสิ้น 12 โครงการ ประกอบด้วย 1. โครงการที่ฝึกอบรมที่หน่วยงานจัดเอง จำนวน 2 โครงการ 2. โครงการฝึกอบรมภายนอกกรม จำนวน 10 โครงการ ทั้ง 2 โครงการมีบุคลากรที่ต้องติดตามการอบรมทั้งสิ้น 98 คน ส่งผลการติดตามการอบรม 95 คน คิดเป็นร้อยละ 96.94	-	ข้อเสนอแนะ การพัฒนาระบบการติดตามผลการอบรมผ่านระบบออนไลน์
6. โครงการฝึกอบรมเพื่อเร่งรัดสร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค (Mini Leadership in Disease Control : Mini LDC) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช - ร้อยละของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเขียนแผนงานโครงการการแก้ปัญหาโรคที่สำคัญได้	ร้อยละ 90	หน่วยงานจัดโครงการฝึกอบรมเพื่อเร่งรัดสร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค (Mini Leadership in Disease Control : Mini LDC) สคร.11 เพื่อให้บุคลากรมีภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค เป็นนักคิดเชิงระบบ (System Thinking) และนักออกแบบแผนงานเชิงสร้างสรรค์ โดยมีการจัดอบรม 5 Workshop ซึ่งบุคลากรกลุ่มเป้าหมายสามารถเขียนแผนงานโครงการการแก้ปัญหาโรคที่สำคัญได้ร้อยละ 100 (จำนวน 19 แผนงานโรค)	-	บุคลากรนำองค์ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรมไปพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานตามแผนงานโรคที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2566		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการ สนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
งานคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน				
1. ผลตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติ ราชการของหน่วยงานที่รายงาน ในระบบตามระยะเวลาที่กำหนด	คะแนนถ่วงน้ำหนัก 5 คะแนน	องค์ประกอบที่ 1 Functional Base คะแนนถ่วงน้ำหนัก 0.75 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 Agenda Base คะแนนถ่วงน้ำหนัก 1.713 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 Area Base คะแนนถ่วงน้ำหนัก 1.707 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 Innovation Base คะแนนถ่วงน้ำหนัก 0.5 คะแนน องค์ประกอบที่ 5 Potential Base คะแนนถ่วงน้ำหนัก 0.250 คะแนน รวมคะแนนถ่วงน้ำหนัก 4.920 คะแนน	-	-
งานบริหารจัดการภาครัฐ PMQA และผลงานคุณภาพ				
1. ระดับความสำเร็จของหน่วยงาน ที่ดำเนินการบริหารจัดการภาครัฐ เข้าสู่ระบบราชการ 4.0 ได้ตาม เกณฑ์ที่กรมควบคุมโรค	ขั้นตอนที่ 5 และผล คะแนนการประเมินการ เป็นระบบราชการ 4.0 ของหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2566 จากผู้ประเมิน เพิ่มขึ้นร้อยละ 3	ดำเนินการได้ครบถ้วนทั้ง 5 ขั้นตอน และมีผลคะแนนการ ประเมินการเป็นระบบราชการ 4.0 ของหน่วยงาน ปี พ.ศ. 2566 จากผู้ประเมินเพิ่มขึ้นร้อยละ 8.41	-	-
2. ผลการดำเนินงานตามแผนการ ดำเนินงานที่สอดคล้องกับนโยบาย การกำกับดูแลองค์การที่ดี (OG) ที่ แล้วเสร็จ รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566	ร้อยละ 100	แผนดำเนินงาน ทั้งสิ้น 7 กิจกรรม สามารถดำเนินการได้ สำเร็จตามเป้าหมาย 7 กิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100	-	-
3. ระดับความสำเร็จในการ ดำเนินงานสมัครเข้าร่วมรางวัลเลิศ รัฐ	จำนวน 1 ผลงาน	สมัครเข้าร่วมรางวัล จำนวน 1 ผลงาน และได้รับรางวัล เลิศรัฐ สาขาบริการภาครัฐ ระดับ “ดี” ประเภทบริการ ตอบใจยกย่องใจ ชื่อผลงาน: “Phuket Tourism Sandbox” สร้างสมดุลสุขภาพ และเศรษฐกิจสังคมของ ประเทศไทย	-	-

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2566		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน เพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
งานการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม และความโปร่งใส				
1. หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นองค์กรคุณธรรม	ผ่านเกณฑ์การประเมินเป็นองค์กรคุณธรรมต้นแบบ	ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการด้านการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 โดยมีผลสำเร็จการดำเนินโครงการได้ร้อยละ 100 และผ่านเกณฑ์การประเมินองค์กรคุณธรรมต้นแบบ ระดับกรมควบคุมโรค	-	-
	มีบุคลากรต้นแบบด้านคุณธรรม จริยธรรมของหน่วยงาน	มีบุคลากรของหน่วยงานที่ได้รับคัดเลือกเป็นบุคลากรต้นแบบด้านคุณธรรม จริยธรรม ของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน 2 ท่าน ดังนี้ 1. กลุ่มข้าราชการ ได้แก่ นางจินตนา จิราพันธ์ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ 2. กลุ่มพนักงานราชการ ได้แก่ นางสาวพัสยา ดวงแฉ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	-	-
งานระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน				
1. ระดับความสำเร็จในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน	มีการจัดวางระบบการควบคุมภายใน ที่เป็นไปตาม พรบ.วินัยการเจ้าหน้าที่ของราชรัฐ พ.ศ. 2561 และหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2561	1. ดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมภายในของหน่วยงาน 2. รายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (ปค. 4) 3. รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน (ปค. 5) 4. รายงานผลการติดตาม การประเมินผลการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปค. 5) ดำเนินการติดตามได้เรียบร้อย สิ้นสุด 30 กันยายน 2566	-	-

ผลงานเด่นของกลุ่มพัฒนาองค์กร : โครงการพัฒนาบุคลากรโดยใช้โปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

การดำเนินงานโครงการพัฒนาบุคลากรด้วยโปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการดำเนินงานโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มดำเนินโครงการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ในฐานะหน่วยงานนำร่อง จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ด้วยหน่วยงานมีช่องว่าง Generation Gap ของบุคลากร และมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น การลาออก การเกษียณอายุราชการ การโอน/ย้าย การบรรจุบุคลากรใหม่ การพัฒนาบุคลากรด้วยระบบ Mentoring Program หรือระบบพี่เลี้ยง เป็นกระบวนการพัฒนาบุคลากรที่ผู้อาวุโสกว่าและมีความรู้ความชำนาญในงานนั้น (Mentor) ทำหน้าที่สอนและแนะนำงาน พร้อมทั้งให้คำปรึกษา รวมถึงสนับสนุนผู้ที่อ่อนอาวุโสกว่า (Mentee) ให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานนั้นได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีคุณธรรม จริยธรรม

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อพัฒนาระบบโปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) ให้เป็นเครื่องมือการถ่ายทอดความรู้และพัฒนาบุคลากรของหน่วยงาน
2. เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ เพิ่มศักยภาพของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เพื่อพัฒนาให้ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา ที่เป็น Mentor ให้มีความรู้และทักษะการถ่ายทอด/การสอนงาน ตามหลักการเป็น Mentor ที่ดี
4. เพื่อให้บุคลากรที่เป็น Mentee มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจากกระบวนการพัฒนาโดยใช้ระบบพี่เลี้ยง

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การดำเนินงานโครงการโปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีเป้าหมายการพัฒนา เชิงปริมาณ พัฒนาให้มีคู่พี่เลี้ยง - น้องเลี้ยง ไม่น้อยกว่า 6 คู่ (หน่วยงานขนาด L) และให้ข้าราชการบรรจุใหม่ได้รับการพัฒนาครบ 100% (บรรจุตั้งแต่วันที่ 1 พ.ย. 2566) ส่วนเชิงคุณภาพ มีการประเมินผลความพึงพอใจและความสำเร็จในการพัฒนา มีคู่พี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง (Mentor-Mentee) จำนวนทั้งสิ้น 12 คู่ และมีจำนวน 1 คู่* ที่เข้าร่วมระหว่างปีงบประมาณ เนื่องจากเป็นข้าราชการบรรจุใหม่ ซึ่งอยู่ระหว่างการพัฒนา โดยมีเหตุผลในการจับคู่พี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง เป็นคู่ข้าราชการบรรจุใหม่ หมุนเวียนงาน และพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 23.08 คู่ข้าราชการบรรจุใหม่เป็นเป้าหมายของกรมควบคุมโรคที่กำหนดให้มีการพัฒนาบุคลากรด้วยโปรแกรมพี่เลี้ยง 100% รองลงมาคู่บุคลากรใหม่ (พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว) ร้อยละ 15.38 และเหตุผลเพื่อการเลื่อนระดับและ

ทดแทนผู้เกษียณอยู่ในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 7.69 สามารถดำเนินงานถ่ายทอดตามประเด็น Subject matter บรรลุตามแผนการ พัฒนาถ่ายทอดทั้งหมด 12 คู่ มีกระบวนการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะเตรียมการ

- ทบทวนคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนและกำกับดูแลการพัฒนาบุคลากรโดยใช้โปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program)
- สื่อสารชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน
- ทบทวนและจัดทำแผนที่ความรู้ (Knowledge map)
- คัดเลือกคู่พี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง (Mentor-Mentee) และประเด็นการถ่ายทอด (Subject matter)
- อบรมเตรียมความพร้อมสำหรับพี่เลี้ยง “การเป็น Mentor ที่ดี”

2. ระยะดำเนินการพัฒนา

- คู่พี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง (Mentor-Mentee) วางแผนการพัฒนาร่วมกัน กำหนด Small Success
- ดำเนินการพัฒนาตามแผนการพัฒนา
- รายงานผลการพัฒนา โดยพี่เลี้ยง (Mentor)

3. ระยะติดตาม/ประเมินผล

- พี่เลี้ยงประเมินผลการพัฒนาตามประเด็นการถ่ายทอด (Subject matter) และสรุปผลการพัฒนา
- ถอดบทเรียนการดำเนินงานโครงการฯ
- ประเมินผลคุณลักษณะพี่เลี้ยง-น้องเลี้ยง
- ประเมินผลความพึงพอใจต่อโครงการ

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้ริเริ่มการพัฒนาบุคลากรโดยใช้เครื่องมือโปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) 1 ใน 3 หน่วยงานนำร่องของกรมควบคุมโรค เมื่อปี 2563 (ประกอบด้วย กองบริหารการคลัง กองโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช) ด้วยหน่วยงาน มีช่องว่าง Generation Gap ของบุคลากร และมีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น การลาออก การเกษียณอายุราชการ การโอน/ย้าย การบรรจุบุคลากรใหม่ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความเชี่ยวชาญของบุคลากร อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงในประเด็นการเกษียณอายุราชการ ที่ทำให้องค์ความรู้/ความเชี่ยวชาญ ที่เป็นลักษณะ Tacit Knowledge ได้หายไป แต่เมื่อนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ ทำให้หน่วยงานสามารถดึง Tacit Knowledge เพื่อถ่ายทอดให้กับบุคลากรรุ่นต่อมาได้

การนำไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานนำเครื่องมือการพัฒนาบุคลากรโดยใช้เครื่องมือโปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) ไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานเพื่อลดช่องว่าง Generation Gap ของบุคลากร และรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลากร เพื่อเพิ่ม

ศักยภาพของบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานด้านการป้องกันควบคุมโรคให้มีความเชี่ยวชาญ รักษาความรู้/ความเชี่ยวชาญ ที่เป็นลักษณะ Tacit Knowledge ได้อยู่กับหน่วยงานเพื่อถ่ายทอดให้บุคลากรรุ่นถัดไป ที่จะช่วยเสริมความเข้มแข็งในการปฏิบัติงาน และนอกจากนั้น เครื่องมือการพัฒนาดังกล่าวได้ช่วยเสริมสร้างความผูกพันให้เกิดขึ้นภายในหน่วยงานระหว่างพี่เลี้ยง - น้องเลี้ยง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สามารถนำระบบการพัฒนาบุคลากรโดยใช้โปรแกรมพี่เลี้ยง (Mentoring Program) มาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากรในหน่วยงาน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 มีคู่พี่เลี้ยง - น้องเลี้ยง ที่สามารถถ่ายทอดได้สำเร็จตามประเด็นการถ่ายทอด (Subject matter) จำนวน 12 คู่ ทั้งนี้ เริ่มตั้งแต่การเป็นหน่วยงานนำร่องการพัฒนา ปี 2563 จนถึงปัจจุบัน หน่วยงานสามารถพัฒนาคู่พี่เลี้ยง - น้องเลี้ยง ได้จำนวน ทั้งสิ้น 46 คู่ และนอกจากนี้ยังได้มีการนำเครื่องมือไปประยุกต์ใช้กับโครงการฝึกอบรมเพื่อเร่งรัดสร้างภาวะผู้นำด้านการควบคุมโรค (Mini Leadership in Disease Control : Mini LDC) ในการพัฒนาผู้จัดการแผนงานโรค ได้จำนวน 39 คู่ ภาพประกอบการดำเนินงาน (ใส่ภาพประกอบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง)



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. คู่พี่เลี้ยง & น้องเลี้ยง บางคู่อาจจะพบปัญหากรณีไม่มีสถานการณ์จริงให้ลองฝึกปฏิบัติจริง เช่น กรณีประเด็นการสอบสวนโรค ในช่วงเวลาตามแผนการถ่ายทอดไม่ได้มีสถานการณ์ให้ต้องลงสอบสวน
2. คู่พี่เลี้ยง & น้องเลี้ยง มีการะงานประจำ ทำให้บางคู่อาจจะมีความถี่ในการพบปะต่อเดือนน้อย

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อๆ

วางแผนทางพัฒนาบุคลากรโดยใช้ Mentoring Program กับบุคลากรใหม่ของหน่วยงานทุกราย โดยพัฒนาร่วมกับการใช้เครื่องมือ Onboarding Program

กลุ่มยุทธศาสตร์แผนงานและเครือข่าย

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
งานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่				
ตัวชี้วัดที่ 2.2 : ระดับความสำเร็จการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชว.) และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	ดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน คิดเป็น 5 คะแนน	4.8 คะแนน	1.กลยุทธ์การทำงาน (Strategy) : ยังต้องเน้นมาตรการ สนับสนุนความรู้ด้านวิชาการให้แก่พื้นที่	พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานพชอ.ระดับอำเภอและจังหวัดให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้เครื่องมือ Situation Analysis และจัดทำโครงการแก้ไขปัญหในพื้นที่โดยใช้กลไกพชอ.และบูรณาการระบบสุขภาพปฐมภูมิ
ร้อยละผลสำเร็จของประเด็น โรค ปะจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพ ที่ถูกเลือกและนำมาแก้ไข ปัญหา	ร้อยละ 50	91.30	2.ขาดทำเนียบผู้เชี่ยวชาญภายนอกกรมควบคุมโรค	
ร้อยละของอำเภอ/เขตที่มีประเด็นการป้องกันควบคุมโรค ปะจัยเสี่ยงและภัยสุขภาพมีการขับเคลื่อนแบบบูรณำการด้วยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่และระบบสุขภาพปฐมภูมิ	23 อำเภอ	ดำเนินการได้ ร้อยละ 100 ครบ 23 อำเภอ		
งานควบคุมป้องกันโรคเขตเมือง				
การพัฒนานำรูปแบบและกลไกการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพสำหรับหมู่บ้านจัดสรรและชุมชนแออัด ในพื้นที่เขตเมือง	1 เรื่อง	พื้นที่ปีงบประมาณ 2567 ได้แก่ เขตเทศบาลเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ ในชุมชนคูเมือง และชุมชนรักษ์ห้วยน้ำแดง (หมู่บ้านประเสริฐสูง) ประเด็นเรื่องโรคไข้เลือดออก	ขาดผู้รับผิดชอบงานในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เฉพาะงานเขตเมืองที่ชัดเจน ผู้รับผิดชอบงานมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้าย ขาดการบูรณาการร่วมกับการสร้างงานอื่น ๆ รวมถึงหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขไม่มีความร่วมมือกันในการจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมืองอย่างยั่งยืน	แก้ไขปัญหาคความแตกต่างของโครงสร้างองค์กรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการบูรณาการเขตเมืองทุกระดับทั้งหน่วยงานภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข และพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมโดยจัดทำเป็นแผนงาน/โครงการที่มีหน่วยงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการปัญหาสุขภาพเขตเมืองอย่างยั่งยืน
งานเทคโนโลยีสารสนเทศ				
ตัวชี้วัดที่ 5.1 : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบัญชีข้อมูล (Data Catalog) เพื่อนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลภาครัฐ (Open Data)	ดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอน คิดเป็น 5 คะแนน	4. 75 คะแนน	การทบทวนชุดข้อมูลไม่ได้รับประโยชน์ในเอกสาร	

ผลงานเด่นของกลุ่มยุทธศาสตร์ แผนงาน และเครือข่าย : ระบบการบริหารจัดการองค์กร Lean Document odpc 11

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

กระบวนการปฏิบัติราชการในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช บางกระบวนการมีขั้นตอนการปฏิบัติที่ซ้ำซ้อน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการเกินความจำเป็น ส่งผลให้การปฏิบัติราชการบางประเภทล่าช้า ไม่ทันต่อการตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วน เช่น การขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถยนต์ราชการซึ่งมีหลายขั้นตอนและต้องผ่านหลายกลุ่มงานในการพิจารณา เกิดความล่าช้าในการอนุมัติ ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการปฏิบัติงานที่สำคัญ เช่น การป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรค การสอบสวนเพื่อการป้องกันควบคุมโรค ระบบการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถยนต์ราชการ มีปัญหาหลักคือ การขาดประสานงานระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่จำเป็น เช่น ตารางการใช้รถหรือเส้นทางการปฏิบัติงาน ไม่ถูกสื่อสารหรือบันทึกอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการใช้ทรัพยากรซ้ำซ้อน ไม่เต็มประสิทธิภาพ ปัจจุบันหลายกลุ่มงานยังคงใช้ระบบเอกสารหรือกระบวนการแบบทำด้วยมือ (Manual) ในการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถยนต์ราชการ ทำให้การติดตามเอกสารและสถานะการขออนุมัติเกิดความล่าช้า ยากต่อการตรวจสอบประวัติการอนุมัติ การจัดการการขอใช้รถยนต์ราชการไม่สามารถจัดสรรให้ตรงตามวัตถุประสงค์การใช้รถยนต์หรือความต้องการได้ รวมถึงบางสถานการณ์ เช่น สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การระบาดของโรคภัยสุขภาพ รวมถึงการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ความล่าช้าในกระบวนการขออนุมัติ สามารถส่งผลกระทบ เกิดความเสียหายและไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อน ประสานงานระหว่างหน่วยงานได้ดีขึ้น และทำให้การใช้ทรัพยากรเกิดความคุ้มค่ามีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการขออนุมัติไปราชการ การขอใช้รถสำนักงาน แผนปฏิบัติงานประจำเดือน การจัดการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และการยืม-คืนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
2. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการติดตามสถานการณ์ขออนุมัติการไปราชการ การขอใช้รถสำนักงาน การยืม-คืนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
3. เพื่อจัดการทรัพยากรและการใช้รถสำนักงานอย่างเหมาะสม
4. เพื่อรองรับสถานการณ์เร่งด่วนในการป้องกันและควบคุมโรค
5. เพื่อสนับสนุนการทำงานเชิงป้องกันและควบคุมโรคในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 11

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ)

การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถสำนักงานเพื่อปฏิบัติงานในการป้องกันควบคุมโรคและสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการดังนี้

1. สำรวจและวิเคราะห์กระบวนการที่มีอยู่

ทำการศึกษาและสำรวจขั้นตอนการขออนุมัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน เพื่อระบุปัญหาและจุดที่สามารถพัฒนาได้ รวมถึงการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้รถสำนักงาน เพื่อทำความเข้าใจการจัดสรรทรัพยากรและความต้องการใช้งานในแต่ละหน่วยงาน

2. พัฒนาระบบดิจิทัลสำหรับการขออนุมัติและการจัดการทรัพยากร

พัฒนาระบบออนไลน์ที่อยู่ในรูปแบบ เว็บไซต์พลิเคชัน ที่ใช้ในการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถสำนักงาน ระบบติดตามสถานะการขออนุมัติแบบเรียลไทม์ โดยการแจ้งเตือนการอนุมัติผ่าน Line notify ทำให้การติดตามและอนุมัติเป็นไปอย่างรวดเร็วและโปร่งใส

3. ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการใช้งานระบบใหม่

มีการจัดการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ในทุกระดับที่เกี่ยวข้องในการใช้งานระบบใหม่ รวมถึงการอธิบายขั้นตอนการใช้งาน เช่น การกรอกข้อมูล การตรวจสอบสถานะการขออนุมัติ และการติดตามการใช้ทรัพยากร

4. ทดสอบและปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

การนำระบบไปทดสอบใช้งานจริงในกลุ่มทดลอง และเก็บรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ใช้งานเพื่อนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ได้ดียิ่งขึ้น

5. ติดตามผลและประเมินประสิทธิภาพ

หลังจากนำระบบมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง มีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบความสำเร็จในการลดเวลาและขั้นตอนที่ซับซ้อน รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. การบำรุงรักษา

มีการสำรองข้อมูลทุกๆ 6 ชั่วโมง และการสร้างเครื่องแม่ข่ายสำรองเพื่อการป้องกันระบบหลักมีปัญหาและทำให้ระบบ Lean Document odpc-11 สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การลดระยะเวลาในกระบวนการขออนุมัติ

การนำระบบ Lean Document odpc-11 มาใช้ พบว่าระยะเวลาในการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถสำนักงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากระบบสามารถตรวจสอบสถานะการอนุมัติได้ทันที ลดความซับซ้อนในการส่งเอกสารและการประสานงาน

2. การเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ระบบ Lean Document odpc-11 การขอใช้รถสำนักงานใหม่ช่วยในการจัดสรรและบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ลดการใช้งานครบซ้ำซ้อนและเพิ่มความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรในแต่ละภารกิจ

3. การตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินได้รวดเร็วขึ้น ระบบ Lean Document odpc-11 สามารถช่วยในการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การควบคุมการระบาดของโรค ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น เจ้าหน้าที่สามารถขออนุมัติและได้รับการตอบสนองภายในเวลาที่เหมาะสม

4. ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ บุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 มีความพึงพอใจกับระบบใหม่ที่สามารถใช้งานได้สะดวก รวดเร็ว และลดขั้นตอนในการดำเนินงาน ซึ่งส่งผลให้การปฏิบัติงานมีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

1. การวิเคราะห์ความต้องการ (Requirement Analysis) ในขั้นตอนนี้จะทำการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการของผู้ใช้งาน รวมถึงข้อจำกัดและปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการเดิม การดำเนินการในขั้นตอนนี้มีดังนี้การนำไปใช้ประโยชน์

- สำรวจการทำงานของระบบปัจจุบัน เช่น ขั้นตอนการขออนุมัติไปราชการและการขอใช้รถสำนักงาน

- สัมภาษณ์ผู้ใช้งาน เช่น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ผู้ขออนุมัติ และผู้บริหาร เพื่อระบุความต้องการและข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบ

- รวบรวมความต้องการ และระบุปัญหาหรือความล่าช้าในกระบวนการเดิม

2. การออกแบบระบบ (System Design) ในขั้นตอนนี้ จะมีการออกแบบโครงสร้างของระบบตามความต้องการที่ได้จากขั้นต้นแรก โดยแยกออกเป็นสองส่วนคือ

- การออกแบบเชิงตรรกะ (Logical Design): ออกแบบการไหลของข้อมูลและการทำงานของระบบ เช่น โครงสร้างฐานข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโมดูล การประมวลผลของระบบ รวมถึงหน้าที่ของแต่ละฟังก์ชันในระบบ เช่น การขออนุมัติ การอนุมัติ การติดตามสถานะ

- การออกแบบเชิงกายภาพ (Physical Design) ออกแบบหน้าจอการใช้งาน (User Interface) และองค์ประกอบที่ผู้ใช้จะเห็น รวมถึงการออกแบบฐานข้อมูลจริงและเตรียมเครื่องแม่ข่ายเพื่อรองรับการทำงานของระบบ Lean Document odpc-11

3. การพัฒนาระบบ (System Development) นักพัฒนาจะทำการเขียนโปรแกรมหรือโค้ดตามการออกแบบที่กำหนดไว้ โดย การพัฒนาระบบจะครอบคลุม ดังนี้

- การพัฒนาโมดูลต่างๆ เช่น โมดูลการขออนุมัติ โมดูลการติดตามสถานะ โมดูลการจัดสรรทรัพยากรรถสำนักงาน โมดูล แผนปฏิบัติงานประจำวัน โมดูลครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ โมดูลการยืม - คืนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
- การพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูล ระบบ Lean Document odpc-11
- การพัฒนาอินเทอร์เฟซผู้ใช้ (UI) ที่ใช้งานง่ายและเข้าถึงได้สะดวก

4. การทดสอบระบบ (System Testing)

เมื่อพัฒนาระบบเสร็จแล้ว จะต้องทำการทดสอบเพื่อให้แน่ใจว่าระบบทำงานได้ถูกต้องตามข้อกำหนดและไม่มีข้อผิดพลาด โดยทำ การทดสอบในหลายระดับ

- การทดสอบหน่วย (Unit Testing) ทดสอบแต่ละฟังก์ชันหรือโมดูลของระบบ เพื่อให้แน่ใจว่าแต่ละส่วนทำงานได้ถูกต้อง
- การทดสอบระบบ (System Testing) ทดสอบระบบทั้งหมดเพื่อดูว่าการทำงานของแต่ละโมดูลสัมพันธ์กันได้อย่างถูกต้อง
- การทดสอบผู้ใช้ (User Acceptance Testing - UAT) ให้ผู้ใช้งานที่เกี่ยวข้องทดสอบระบบในสถานการณ์การใช้งานจริง เพื่อตรวจสอบว่าสามารถใช้งานได้ตามความต้องการที่กำหนดไว้

5. การนำระบบไปใช้งาน (Deployment) หลังจากกระบวนการทดสอบและปรับปรุงแล้ว จะดำเนินการติดตั้งระบบเพื่อให้ ผู้ใช้งานสามารถใช้งานได้จริง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- ติดตั้งระบบบนเซิร์ฟเวอร์หรือโครงสร้างพื้นฐานที่เหมาะสม
- จัดอบรมและให้คำแนะนำแก่ผู้ใช้งานจริง เพื่อให้พนักงานสามารถใช้งานระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- คู่มือการใช้งานระบบและการอบรมผู้ใช้

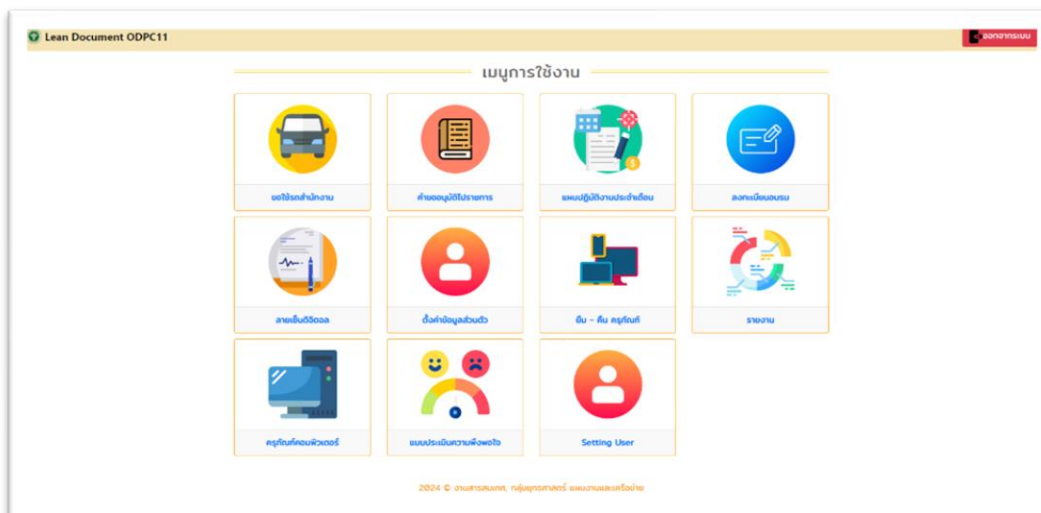
6. การบำรุงรักษาระบบ (Maintenance) หลังจากการนำระบบไปใช้งานจริงแล้ว จะต้องมีการบำรุงรักษาและปรับปรุง ระบบอย่างต่อเนื่องเพื่อแก้ไขข้อผิดพลาดหรือเพิ่มฟังก์ชันการทำงานใหม่ๆ ตามความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

- ตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้งานและดำเนินการแก้ไข
- ปรับปรุงระบบและเพิ่มคุณสมบัติใหม่ๆ ตามคำแนะนำจากผู้ใช้งาน
- การบำรุงรักษาฐานข้อมูลและระบบเครือข่ายเพื่อให้ระบบสามารถทำงานได้ต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลลัพธ์ที่ได้จากการพัฒนาระบบ Lean Document odpc-11

1. ระบบ เมนูทั้งหมด ในระบบ Lean Document odpc-11
2. ระบบ การขอใช้รถสำนักงาน
3. ระบบ การขออนุญาตไปราชการ
4. ระบบการบันทึกแผนงานประจำเดือน
5. ระบบรายงานการขอใช้รถสำนักงาน การขออนุมัติไปราชการ
6. ระบบ ลายเซ็นดิจิทัล
7. ระบบครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
8. ระบบยืม - คืน ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์
9. แบบประเมินความพึงพอใจระบบ Lean Document odpc-11



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การพัฒนาระบบและนำไปใช้งานอาจเจอปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานและความสำเร็จของโครงการ สามารถแบ่งปัญหาและอุปสรรคที่พบได้ดังนี้

1. ความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to Change)
2. ความไม่สอดคล้องของระบบกับการใช้งานจริง (System-User Mismatch)
3. การบำรุงรักษาและอัปเดตระบบ (Maintenance and Updates)

กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
การเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดภูเก็ต	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 64	ร้อยละ 70.4	สถานการณ์โรคฝีดาษวานรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 มีทั้งหมด 39 ราย จังหวัดภูเก็ตพบผู้ป่วยมากที่สุด 33 ราย พบมากในประชากรกลุ่มวัยทำงาน และมีรสนิยมทางเพศแบบ MSM โดยมีประวัติเสี่ยงคือ ประกอบอาชีพสัมผัสนักท่องเที่ยว เกี่ยวสถานบันเทิง และมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย	งบประมาณ กองที่ระลึกสำหรับผู้เข้าร่วมกิจกรรม และสื่อประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายและเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย

ผลงานเด่นของกลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ : การเสริมสร้างความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานร

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคฝีดาษวานรเป็นโรคที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก เกิดจากเชื้อไวรัสกลุ่ม Poxvirus ถูกค้นพบครั้งแรกในลิงที่เก็บไว้เพื่อการวิจัยที่เดนมาร์กในปี พ.ศ. 2501 และปี พ.ศ. 2513 พบการติดเชื้อในมนุษย์ รายแรกคือ เด็กชายอายุ 9 เดือนในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก โดยปี พ.ศ. 2565 เกิดการระบาดของโรคฝีดาษวานรไปทั่วโลก ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการไปยังองค์การอนามัยโลก จากประเทศสมาชิก 116 ประเทศ 6 ภูมิภาค ทั้งหมด 99,176 ราย และ ผู้เสียชีวิต 208 ราย พบมากที่สุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รองลงมาคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยรายแรกในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ที่จังหวัดภูเก็ตเป็นนักท่องเที่ยว ชาวไนจีเรีย วันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2567 มีรายงานผู้ป่วยได้รับการยืนยันจากห้องปฏิบัติการทั้งสิ้น 822 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 801 ราย เพศหญิง 21 ราย พบมากในกลุ่มอายุ 30-39 ปี รองลงมา 40-49 ปี และ 25-29 ปี ตามลำดับ จังหวัดที่พบผู้ป่วยสูงสุดได้แก่ กรุงเทพมหานคร จำนวน 441 ราย รองลงมาคือ ชลบุรี นนทบุรี สมุทรปราการ ภูเก็ต ปทุมธานี ระยอง เชียงใหม่ สงขลา และขอนแก่น จำนวน 74, 42, 31, 31, 25, 24, 23, 12 และ 12 ราย ตามลำดับ สถานการณ์โรคฝีดาษวานรในพื้นที่

เขตสุขภาพที่ 11 มีทั้งหมด 39 ราย ส่วนใหญ่สัญชาติไทย จังหวัดที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ จังหวัดภูเก็ต 33 ราย รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี 3 ราย ระนอง 1 ราย นครศรีธรรมราช 1 ราย และกระบี่ 1 ราย พบมากในประชากรกลุ่มวัยทำงานและมีรสนิยมทางเพศแบบ MSM ร้อยละ 58.90 โดยมีประวัติเสี่ยงคือ ประกอบอาชีพสัมผัสพนักงานท่องเที่ยว ร้อยละ 40.00 เกี่ยวสถานบันเทิง ร้อยละ 29.41 มีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย ร้อยละ 26.47

จากปัญหาดังกล่าว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชได้ดำเนินการโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดภูเก็ต โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งมีความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงที่สุด สามารถเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันตนเองได้

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- 1.เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.เพื่อประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1.ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
 - ผู้บริหารของหน่วยงานประกาศให้การดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ เป็นนโยบาย หรือมีการสื่อสารแนวทางการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ในระดับหน่วยงาน
 - นำผลการวิเคราะห์จากข้อมูลสถานการณ์ สถิติ การสำรวจ ฯลฯ มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/ความเสี่ยง ทางสุขภาพร่วมกับคณะทำงาน หรือผู้เกี่ยวข้องที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญ
 - หน่วยงานคัดเลือกประเด็นที่จะดำเนินการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตามบริบทที่เป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน หรือตามนโยบาย หรือจุดเน้นของกรมควบคุมโรค ซึ่งกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชี้เป้าให้เลือกดำเนินการประเด็นโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2.ศึกษาข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่รับผิดชอบ (ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนจัดกิจกรรม)
 - นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ มาดำเนินการออกแบบขั้นตอนการดำเนินงาน โดยในขั้นตอนต้องมีการประเมินทักษะของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังดำเนินงาน เพื่อแสดงถึงการพัฒนากิจกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ

-จัดทำแผนปฏิบัติการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ระดับหน่วยงาน ปี 2567 ที่สอดคล้องตามแผนปฏิบัติการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ กรมควบคุมโรค (พ.ศ. 2566- 2570)

3.ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคฝาดชาวนรในพื้นที่รับผิดชอบตามแผนที่กำหนด

4.ติดตามประเมินผล (ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคฝาดชาวนรหลังจัดกิจกรรม)

5.สรุปผลการดำเนินงานและจัดทำรายงานการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ของหน่วยงาน

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้การพัฒนากทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ (K-shape) เป็นกระบวนการที่ประยุกต์จากแนวทางของกรมควบคุมโรค ประกอบด้วย 5 ทักษะ คือ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (information) และความรู้ (knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และเกิดการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่องจนนำไปสู่สุงภาวะที่ดี

การนำไปใช้ประโยชน์ กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เรื่องโรคฝาดชาวนร และมีการพัฒนากทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคฝาดชาวนรที่ถูกต้อง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

จากการประเมินความรอบรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคฝาดชาวนรในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดภูเก็ต พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 74.10 มีคู่เพศสัมพันธ์/คู่นอนเป็นเพศชาย ร้อยละ 75.90 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. ร้อยละ 38.90 และมีความ สนใจในรูปแบบสื่อโรคฝาดชาวนรเป็นแบบสื่อที่เน้นภาพอธิบายด้วยข้อความสั้น ๆ กระชับ ร้อยละ 55.60 ระดับความรู้ก่อนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคฝาดชาวนรของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.30 และหลังการเสริมเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคฝาดชาวนร พบว่า อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.10 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.00 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.83 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสื่อเรื่องโรคฝาดชาวนร กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเคยรับทราบข้อมูลข่าวสารโรคฝาดชาวนร ร้อยละ 100.00 โดยได้รับทราบจากบุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 77.80 รองลงมาคือโซเชียลมีเดีย

(เฟซบุ๊ก ไลน์ ทวิตเตอร์ อินสตาแกรม ทวิสเตอร์ ฯลฯ) ร้อยละ 61.10 ซึ่งร้อยละ 96.30 คิดว่าข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมีความเพียงพอต่อการป้องกัน โรคฝีดาษวานร และร้อยละ 100.00 จะนำข้อมูลข่าวสารที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรแก่ตนเอง ร้อยละ 87.00 รองลงมาจะเผยแพร่ ส่งต่อให้คนอื่น ๆ ร้อยละ 61.10 ข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติมคือ การป้องกัน สถานการณ์โรค การติดต่อและการแพร่เชื้อ และการวินิจฉัย ร้อยละ 74.10, 66.70, 50.00 และ 50.00 ตามลำดับ โดยร้อยละ 100.00 รู้จักสื่อความรู้เรื่องโรคฝีดาษวานรของกรมควบคุมโรคจากช่องทางออนไลน์ของกรมควบคุมโรค ร้อยละ 72.20 รองลงมาคือ คลินิกที่เข้ารับบริการ/ สถานพยาบาล/ โรงพยาบาล ร้อยละ 61.10 การประเมินความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคฝีดาษวานร แยกรายทักษะ พบว่า ทักษะการเข้าถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง ร้อยละ 63.00 ทักษะการเข้าใจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง ร้อยละ 70.4 ทักษะการเฝ้าติดตามมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมีปัญหา ร้อยละ 31.50 ทักษะการตัดสินใจมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง ร้อยละ 72.20 ทักษะการนำไปใช้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง ร้อยละ 66.70 และในภาพรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอเพียง ร้อยละ 46.30

ปัญหาและอุปสรรค การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทำได้ยาก เนื่องจากเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ



กลุ่มโรคติดต่อ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยว				
ตัวชี้วัด HL03: ร้อยละของหน่วยงานเครือข่ายได้รับการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในกลุ่มผู้เดินทางและแรงงานข้ามชาติ	หน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยวอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11	หน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยว ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน12 แห่ง จำแนกเป็นระดับพื้นฐาน 8 แห่ง ระดับกลาง 4 แห่ง = (12/12) x 100 = 100%	งบประมาณ และกรอบอัตราค่าจ้าง ในการจัดหน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยวไม่เพียงพอ	- ทิศทางและนโยบายผู้บริหาร ความพร้อมของหน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยว และศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการ - หลักสูตรและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพผู้เดินทางและท่องเที่ยวระดับพื้นที่
แผนงานโรคติดต่ออุบัติใหม่				
ตัวชี้วัด ร้อยละของเหตุการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ ที่สามารถควบคุมไม่ให้เกิน Generation ที่ 2	ร้อยละ 100	ไม่พบเหตุการณ์ของโรคติดต่ออุบัติใหม่		ควรมีการอบรม การซ้อมแผน และชี้แจงแนวทางของโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
แผนงานโรคไข้หวัดใหญ่				
ตัวชี้วัด อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ร้อยละ 30	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1,022.58	963.45 ต่อประชากรแสนคน	อัตราป่วยโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เนื่องจากในปี 2563 และ 2564 เกิดการระบาดของโควิด 19 ส่งผลให้การรายงานของโรคไข้หวัดใหญ่อ่อนไหวลดลง

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019				
ตัวชี้วัด อัตราป่วยโรคโควิด 19 ลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 20	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 167.55	431.77 ต่อประชากรแสนคน	โรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องในทุกปี จึงขอให้หน่วยงานในระดับพื้นที่เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์โรคอย่างต่อเนื่องหากพบการระบาดเป็นกลุ่มก้อนให้รีบดำเนินการสอบสวน และควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว และให้ประชาชนยึดหลักการปฏิบัติตนตามมาตรการ DMHT
การพัฒนาการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ อุบัติซ้ำภายใต้แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว				
ประเมินสถานะด้านสุขภาพ หนึ่งเดียวในระดับจังหวัดและ คัดเลือกจังหวัดนำร่องเพื่อ การขับเคลื่อนรูปแบบจังหวัด สุขภาพหนึ่งเดียว	1 จังหวัด นำร่อง	ประเมินสถานะด้านสุขภาพ หนึ่งเดียวในระดับจังหวัด ครบทั้ง 7 จังหวัดในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 11 และ คัดเลือกจังหวัดภูเก็ตเป็น พื้นที่นำร่องเพื่อการ ขับเคลื่อนรูปแบบจังหวัด สุขภาพหนึ่งเดียว		จัดประชุมแบบ on - site เพื่อประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งเดียวในระดับจังหวัด เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพคน สุขภาพสัตว์ และสิ่งแวดล้อม ได้ร่วมประเมินสถานะด้านสุขภาพหนึ่งร่วมกันเป็นองค์รวม
แผนงานโรคพิษสุนัขบ้า				
ตัวชี้วัดที่ 1 ไม่พบผู้เสียชีวิต ด้วยโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่พบผู้เสียชีวิต	ไม่พบผู้เสียชีวิต	-	
ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้สัมผัสสัตว์ติด เชื้อยืนยันโรคพิษสุนัขบ้าได้รับ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคตาม แนวทางเวชปฏิบัติและมีการ รายงาน ผลการดำเนินงาน ภายหลัง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	-	
ตัวชี้วัดที่ 3 อำเภอประเมิน ผ่านเกณฑ์การประเมินพื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าด้าน สาธารณสุข	ร้อยละ 50	ร้อยละ 100	-	

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน เพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดที่ 4 อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในคน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100	-	
ตัวชี้วัดที่ 5 อำเภอในจังหวัดนำร่องตามนโยบายกระทรวง สาธารณสุข ประเด็น 13 นวัตกรรมเพื่อปลอดภัยและผ่านเกณฑ์การ ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าใน คน เพื่อสนับสนุนการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	-	
ตัวชี้วัดที่ 6 จำนวนอำเภอปลอดโรคพิษสุนัขบ้า	10 อำเภอ	7 อำเภอ	ท้องถิ่นบางแห่งไม่เข้าใจใน ระเบียบ ข้อกฎหมายที่ เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน	กรมส่งเสริมการปกครอง ท้องถิ่นควรชี้แจงแนว ทางการดำเนินงานให้กับทุก อปท.
แผนงานโรคติดต่อในเด็ก				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ลดลงร้อยละ 25	1,752.35 (ข้อมูล ณ 12/11/67) DDS	เพิ่มขึ้น 148.14	1.จังหวัดควรมีการจัดทำ แผนบูรณาการในการ ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในเด็ก
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราป่วยโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	ลดลงร้อยละ 25	3,665.37 (ข้อมูล ณ 12/11/67) DDS	เพิ่มขึ้น 229.48	ร่วมกับภาคีเครือข่ายใน พื้นที่
ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยไข้สมองอักเสบใน เด็กต่ำกว่า 5 ปี	ไม่พบ	ไม่พบ		2.ควรเพิ่มการสื่อสารความ เสี่ยงเกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในเด็ก ทั้ง ในระดับชุมชนและโรงเรียน เพื่อสร้างความตระหนักใน การป้องกันโรค
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนและชุมชนในโครงการตาม พระราชดำริฯ มีการดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคหนองพยาธิ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคหอบพยาธิ				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราการติดเชื้อหอบพยาธิในนักเรียนและเยาวชน	<ร้อยละ2	ร้อยละ 0.39	อัตราความครอบคลุมของการเก็บอุจจาระส่งตรวจยังต่ำกว่าเป้าหมาย อยู่ที่ ร้อยละ 68.24	1.ทางพื้นที่ควรมีการดำเนินการเก็บตัวอย่างอุจจาระส่งตรวจเพิ่มมากขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มอัตราความครอบคลุมของการเก็บอุจจาระส่งตรวจให้ได้ตามเป้าหมายของโครงการ 2.แม้ว่าผลการดำเนินงานจะเกินค่าเป้าหมายแต่ยังมี ปัญหาเรื่องงบประมาณไม่เพียงพอ เนื่องจากบางพื้นที่โรงพยาบาลไม่สามารถรองรับการตรวจหาเชื้อหอบพยาธิได้ทันในช่วงเวลาที่กำหนดจึงทำให้ต้องจัดจ้างหน่วยงานเอกชน เพื่อรองรับการตรวจได้มากขึ้น
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของโรงเรียนและชุมชนในโครงการตามพระราชดำริฯ มีการดำเนินกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคหอบพยาธิ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100		
แผนงานโรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูง มีการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ	ร้อยละ 100	ไม่มีจังหวัดเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ 11		การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายการดำเนินงานโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษสูง มีจำนวนผู้ป่วยโรคอาหารเป็นพิษลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 100	ไม่มีจังหวัดเป้าหมาย ในเขตสุขภาพที่ 11		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (EPI)				
ตัวชี้วัดที่ 1 ราชอาณาจักรไทยปลอดโรคโปลิโอ(ไม่มีผู้ป่วยโรคโปลิโอ)	0 ราย	0 ราย		
ตัวชี้วัดที่ 2 ลดอุบัติการณ์ของผู้ป่วยยืนยันโรคหัด	0 ราย	65 ราย	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายต่ำกว่าเกณฑ์ - การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในพื้นที่ พบว่า เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และไม่ครบถ้วน โดยไม่ได้เก็บข้อมูลวัคซีนจากสถานบริการเอกชน หรือการให้บริการวัคซีนในโรงเรียน มาบันทึก ทำให้ความครอบคลุมต่ำกว่าความเป็นจริง - ขาดการส่งต่อข้อมูลการให้บริการวัคซีนเด็กนอกเขตหรือนอกพื้นที่	เร่งรัดการฉีดวัคซีนป้องกันโรคหัดและหัดเยอรมันให้ได้ตามเกณฑ์
ตัวชี้วัดที่ 3 ลดอุบัติการณ์ของผู้ป่วยยืนยันโรคหัดเยอรมัน	0 ราย	8 ราย		
ตัวชี้วัดที่ 4 อัตราป่วยโรคคอตีบ (ผู้ป่วยยืนยัน)	0.015 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน	0.00 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน		
ตัวชี้วัดที่ 5 อัตราป่วยโรคไอกรน (Proxy Indicator)	0.08 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน	0.271 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน		
แผนงานโรคเลปโตสไปโรซิส				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส (ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 2559-2563)	ลดลงร้อยละ 20 (ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี เท่ากับ 9.27) ลดลง 1.85(= 7.42)	14.28 (ข้อมูล ณ 29/10/67) DDS	เพิ่มขึ้น 6.86	เร่งรัดการดำเนินการตามมาตรการ4E2C อย่างเคร่งครัด
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราป่วยตาย	ไม่เกิน 1%	1.27% (ข้อมูล ณ 29/10/67) DDS	เพิ่มขึ้น 0.27	
แผนงานโรคเมลิออยด์				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราป่วยโรคเมลิออยด์(ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 2559-2563)	1.26	1.81 (ข้อมูล ณ 28/10/67) DDS	เพิ่มขึ้น 0.55	เร่งรัดการดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคอย่างเคร่งครัด
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราป่วยตาย (ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี 2559-2563)	4.65%	10% (ข้อมูล ณ 28/10/67) DDS	เพิ่มขึ้น 5.35	

ผลงานเด่นของกลุ่มโรคติดต่อ : จังหวัดภูเก็ตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Phuket Island)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคจะเสียชีวิตทุกราย จากการดำเนินงานภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี มีเป้าหมายที่จะกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทย พื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเร่งรัดการดำเนินงานป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งในคนและในสัตว์ รวมทั้งเร่งรัดการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคอย่างต่อเนื่องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยในปีงบประมาณ 2567 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ประเด็นที่ 13 “นักรบป้องกันโรค” ได้มีการกำหนดให้จังหวัดภูเก็ตเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies free Phuket Island) ซึ่งเป็นการยกระดับการสร้างพื้นที่ปลอดโรคและภัยสุขภาพ เพิ่มหลักประกันความปลอดภัยให้ประชาชนคนไทย และนักท่องเที่ยวต่างชาติให้เกิดความเชื่อมั่นต่อการท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อให้จังหวัดภูเก็ตผ่านการประเมิน รับรอง จังหวัดปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผลักดันการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าผ่านผู้บริหาร และดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข ปศุสัตว์ และท้องถิ่น เพื่อเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ทั้งในคนและในสัตว์ ป้องกันการเกิดโรค และไม่ให้โรคพิษสุนัขบ้าแพร่ระบาดเข้ามาในพื้นที่ จัดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ และการควบคุมประชากรสัตว์ โดยการจัดประชุมหน่วยงานเครือข่าย เพื่อชี้แจงเกณฑ์ฯ แนวทางการดำเนิน และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้ เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนองค์ความรู้ ให้คำแนะนำ ผลักดันการดำเนินงานตามแนวทางการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานฯ ตามบริบทของพื้นที่ และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การนำไปใช้ประโยชน์ ความสำเร็จของจังหวัดภูเก็ตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า สามารถเป็นจังหวัดต้นแบบและขยายผลการดำเนินงานพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าไปยัง 6 จังหวัดที่เหลือในเขตสุขภาพที่ 11 นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยวต่างชาติ เพิ่มรายได้ด้านการท่องเที่ยวเกี่ยวกับจังหวัดภูเก็ต และส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดีของประเทศไทย

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

จังหวัดภูเก็ตปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เป็นจังหวัดปลอดโรคพิษสุนัขบ้าแห่งแรกของประเทศไทย



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ทำให้ต้องมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในเกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าและการรวบรวมเอกสารผลการดำเนินงานฯ

แผนการดำเนินงานต่อเนื่อง ขยายการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11

รางวัลที่ได้รับ จังหวัดภูเก็ตปลอดโรคพิษสุนัขบ้าประเมินโดยคณะทำงานประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ระดับจังหวัดและพื้นที่กรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้าฯ เมื่อวันที่ 25 มิ.ย. 67

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคดันโลหิตสูง				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	ร้อยละ 57.64 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	ผู้ป่วยยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	ติดตามจังหวัดให้มีการประชาสัมพันธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	ร้อยละ 73.53 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่อยู่บ้าน ทำให้ไม่สามารถได้รับการคัดกรอง	ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนให้ได้รับการคัดกรอง และให้มาคัดกรองที่ sw.สต. แทน
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.14 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการตรวจติดตามวัดความดันโลหิตที่บ้าน เนื่องจากเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ	แนะนำ สสจ.และ sw.สต. ให้ประสานอปท. จัดการเกี่ยวกับการจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตให้กลุ่มสงสัยป่วยได้วัดความดันโลหิตที่บ้าน หรือแนะนำให้มาวัดที่ sw.สต.
ตัวชี้วัดในการติดตามประเมินผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	ร้อยละ 39.03 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	ผู้ป่วยยังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการประชาสัมพันธ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย	ติดตามจังหวัดให้มีการประชาสัมพันธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคเบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	ร้อยละ 74.23 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ไม่อยู่บ้าน ทำให้ไม่สามารถได้รับการคัดกรอง	ประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนให้ได้รับการคัดกรอง และให้มาคัดกรองที่ sw.สต. แทน
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 72	ร้อยละ 67.86 (freeze ข้อมูล HDC 16 ก.ย 67)	กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานไม่ได้รับการตรวจติดตามเจาะเลือด เนื่องจากไม่สามารถไป sw.ได้ และไม่ว่างไป sw.	แนะนำ สสจ. และ sw.สต. ให้กลุ่มสงสัยป่วยไปเจาะเลือดที่ sw.สต.ใกล้บ้าน และส่งเลือดไปตรวจที่ sw.

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานการป้องกันการจมน้ำ				
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตไม่เกิน 27 คน หรือไม่เกิน 3.3 ต่อแสนประชากรเด็ก	เสียชีวิต 39 คน หรือ 4.7 ต่อแสนประชากรเด็ก	การเสียชีวิตสูงกว่าค่าเป้าหมาย ในภาพเขตสุขภาพที่ 11 และในเกือบทุกจังหวัด ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดชุมพร จังหวัดพังงา จังหวัดภูเก็ต และจังหวัดระนอง	ควรมีการสะท้อนข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำแก่เครือข่ายในพื้นที่ เป็นระยะ เพื่อให้เห็นสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เพื่อการแก้ไข ปัญหาได้ตรงจุดมากยิ่งขึ้น
จำนวนทีมผู้ก่อการดี (ระดับเชิงทองเพชร)	จำนวนทีมผู้ก่อการดี (ระดับเชิงทองเพชร) จำนวน 19 ทีม	12 ทีม	การสร้างทีมผู้ก่อการดีในระดับเงินขึ้นไป มีเกณฑ์ที่ต้องดำเนินการค่อนข้างยาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งฝ่ายสาธารณสุข ฝ่ายท้องถิ่น ฝ่ายภาคการศึกษา และอื่นๆ	หน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอควรมีการขับเคลื่อนงานป้องกันการจมน้ำในระดับพื้นที่ตำบลทุกตำบล เพื่อให้เข้าถึงและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น
แผนงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน				
ตัวชี้วัดที่ 1 การดำเนินการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (Thailand Safe Youth Program :TSY program)	พัฒนาศักยภาพครู/วิทยากร ประจำจังหวัด	83 คน	การดำเนินงานในกลุ่มเด็กและเยาวชน ต้องอาศัยภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน โดยเฉพาะจากภาคการศึกษา หากพื้นที่ใด สปด.ไม่เข้มแข็งก็จะไม่ค่อยได้รับความร่วมมือในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้	ตัวชี้วัด/หลักสูตร ที่กำหนดให้สถานศึกษาดำเนินงานเรื่อง แก้ปัญหาอุบัติเหตุ และบรรเทาความรุนแรงของอุบัติเหตุให้อยู่ในหลักสูตรทุกชั้นเรียน
ตัวชี้วัดที่ 2 การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนในระดับอำเภอ D-RTI	ร้อยละ 70 ขึ้นไปของอำเภอเสี่ยงหรือจังหวัดในเขตสุขภาพที่11 มีจำนวนผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 5 จากการสำรวจฐาน 3 ปี (2564-2566)	อำเภอเสี่ยงสูงและเสี่ยงสูงมาก มีผู้บาดเจ็บรวมกับเสียชีวิตลดลง มี 4 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 19	การขับเคลื่อนงานในระดับอำเภอต้องอาศัยความเข้มแข็งของ สปด.ระดับท้องถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่เวที สปด.ในระดับท้องถิ่นไม่ค่อยมีการขับเคลื่อนในด้านของการแก้ปัญหาที่บุคคล รวมทั้งไม่ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาตามกระบวนการและแก้ปัญหาไม่ตรงจุด อาศัยแก้ไขเฉพาะจุดเสี่ยง จึงไม่เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในพื้นที่	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และเวทีสปด.ระดับตำบลต้องมียกที่ขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานควบคุมการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของจังหวัดและกกม. ที่ดำเนินการควบคุมการบริโภคยาสูบครบ 5 มาตรการหลักระดับพื้นที่	ร้อยละ 70	100		
ตัวชี้วัดที่ 2 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 50	48.62	1.การบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม 2. การปรับถ่ายโอนหน่วยงานของ รพ.สต. ทำให้บางจังหวัดที่มีการถ่ายโอนหน่วยงานไม่มีการนำเข้าข้อมูลในฐานของสารานณสุข JHCIS	ผลักดันนโยบายให้หน่วยงานที่มีการถ่ายโอนภารกิจไปยังสังกัดกระทรวงมหาดไทย ให้ดำเนินการรายงานผลเข้าสู่ระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข
แผนงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ				
อัตราผู้ป่วยในจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ	ลดลง ร้อยละ 5 จากปีงบประมาณที่ผ่านมา	ลดลง ร้อยละ 26.98	ข้อมูลจำนวนการพลัดตกหกล้ม อาจจะยังไม่ครอบคลุมทุกหน่วยของสถานบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้ โดยปัจจุบันใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล pher plus ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะโรงพยาบาลขนาด S, M1, A เท่านั้น	การพัฒนาระบบเข้าถึงฐานข้อมูลการพลัดตกหกล้มอย่างครอบคลุมทุกหน่วยบริการสาธารณสุข
ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม	ร้อยละ 80	ร้อยละ 84.60	มีบางพื้นที่จังหวัดที่ยังคัดกรองการพลัดตกหกล้มไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต (ร้อยละ 44.07)	หน่วยบริการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ควรเริ่มดำเนินการคัดกรองการพลัดตกหกล้มตั้งแต่ช่วงไตรมาส ที่ 1 และ 2 ของปีงบประมาณ เพื่อให้ดำเนินการคัดกรองได้อย่างครอบคลุมแก่ผู้สูงอายุในพื้นที่ และสามารถให้คำแนะนำเพื่อป้องกันหรือแก้ไขความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มแก่ผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็วขึ้น

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
การลดการบริโภคเกลือและโซเดียม				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละเครื่อง่ายเป้าหมายที่ดำเนินการลดการบริโภคเกลือโซเดียมตามแนวทางที่กำหนด	ร้อยละ52.60	ร้อยละ 100	- เครื่อง Salt meter ที่ได้รับสนับสนุนยังไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้งานในพื้นที่ - บางแห่งยังขาดกลไกในการสร้างความร่วมมือกับ รพ.สต.ที่มีการถ่ายโอนไปยัง อบจ. ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ - ขาดงบประมาณสนับสนุนการสำรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็มในพื้นที่	- สนับสนุนให้พื้นที่ เขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท.ในการจัดซื้อ Salt meter เพื่อดำเนินการในพื้นที่
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละอำเภอในเขตสุขภาพดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไตผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ร้อยละ 20	ร้อยละ 24	-ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในระดับพื้นที่ ขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการคัดเลือกประเด็นการขับเคลื่อนของ พชอ..ด้านโรคไม่ติดต่อ/โรคใด ยังมีน้อยในพื้นที่	- สนับสนุนให้พื้นที่ เขียนโครงการขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท.และเครือข่ายภาคเอกชนในพื้นที่
ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนเครื่อง่ายเป้าหมายได้รับการพัฒนาและสนับสนุนการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือโซเดียม	17 เครื่อง่าย	25 เครื่อง่าย	ขาดการสื่อสารประชาสัมพันธ์สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการคัดเลือกประเด็นการขับเคลื่อนของ พชอ..ด้านโรคไม่ติดต่อ/โรคใด ยังมีน้อยในพื้นที่	สนับสนุนให้พื้นที่วิเคราะห์ปัญหาเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตเรื้อรัง)และผลักดันให้นำเสนอในวาระการประชุมเลือกประเด็นการขับเคลื่อนผ่านกลไก พชอ.

ผลงานเด่นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ : การพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน ภาพรวมประเทศ ปี 2560-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับเขตสุขภาพที่ 11 ในปี 2560-2566 อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน แต่โรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีแนวโน้มไม่คงที่ เมื่อพิจารณาการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีปี 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 40.00 ผลการดำเนินงานเท่ากับ 36.81 และร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีปี 2566 ไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60.00 ผลการดำเนินงานเท่ากับ 56.01 การพัฒนาคุณภาพบริการเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่จำเป็นในการดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สำคัญ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ลดโรค รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยให้มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

- 1.ชี้แจงเกณฑ์และวิธีการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online
- 2.ลงทะเบียนเข้าใช้งานแบบประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus Online
- 3.ติดตามผลการประเมินรอบที่ 1 ผ่านแบบประเมินออนไลน์ สสจ. และ สคร. ตรวจสอบและยืนยันผลการประเมินของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ
- 4.คัดเลือกโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป เพื่อเป็นตัวแทนระดับเขต ประกวด NCD Clinic Plus Awards ไปยังกองโรคไม่ติดต่อ
- 5.ลงพื้นที่ประเมินรับรองการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนระดับเขต และเตรียมความพร้อมในการประกวด NCD Clinic Plus Awards
- 6.ติดตามผลการประเมินรอบที่ 2 ภายหลังการประเมินรับรองผ่านแบบประเมินออนไลน์

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้ การประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข (NCD Clinic plus) ใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจรการพัฒนา งานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพื่อคุณภาพให้เกิดการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง

การนำไปใช้ประโยชน์ แนวทางการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข (NCD Clinic plus) นำไปใช้กับโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 11 ที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมดจำนวน 82 แห่ง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ปีงบประมาณ 2567 ของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 30.49 รองลงมาเป็นระดับดีมาก จำนวน 20 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 24.39 ระดับดีเด่น จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 21.95 ระดับพื้นฐาน จำนวน 17 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 20.73 และระดับต่ำกว่าพื้นฐาน จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.44 สรุปโรงพยาบาลที่มีผลการประเมินฯ ผ่านเกณฑ์ (ระดับดีขึ้นไป) มีจำนวน 63 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.83



กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดที่ 1 (ตัวชี้วัดกระทรวง) ร้อยละของจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนกลไกเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ภายใต้พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562"	ร้อยละ 60	ร้อยละ 85.71	จังหวัดพิจิตรขาดการดำเนินงานในบางกิจกรรม ทำให้ไม่ผ่านตัวชี้วัดในปีนี้อีกทั้งมีการปรับโครงสร้างและเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ อาจทำให้การดำเนินงานติดขัด	สื่อสารสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับผู้รับผิดชอบงานใหม่ ค่อยๆ ปรับตัวและเรียนรู้ร่วมกัน
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของเหตุการณ์ด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการสอบสวนโรคแต่ละระดับตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด โดยพนักงานเจ้าหน้าที่หรือหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	-	-
ตัวชี้วัดที่ 3 อัตราป่วยด้วยโรคหรืออาการสำคัญของพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช	ลดลงร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	ลดลงร้อยละ 52.4	ข้อมูลในระบบ HDC ในบางพื้นที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้รายงานข้อมูลขาดความเข้าใจในการคีย์รหัสโรค และมีข้อจำกัดในเบิกจ่ายงบประมาณ (สปสช.) และยา	พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบในหน่วยบริการในการคีย์รหัสโรค
ตัวชี้วัดที่ 4 (ตัวชี้วัดจุดเน้น) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาและขับเคลื่อนแพคเกจการเฝ้าระวังสุขภาพด้านโรคจากการประกอบอาชีพให้เป็นไปตาม พ.ร.บ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพฯ (5 ขั้นตอน)	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน		
ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละของสถานประกอบการกิจการเสี่ยงที่ดำเนินการเฝ้าระวังสุขภาพด้านโรคจากการประกอบอาชีพ เน้น สปก.ที่มีคนงานจำนวน 200 คนขึ้นไป (จำนวน 629 แห่ง)	ร้อยละ 40 ของสถานประกอบการกิจการเสี่ยง	ร้อยละ 20	การแจ้ง และการรายงานข้อมูลพื้นที่สะท้อนว่ามีความซ้ำซ้อนกับการแจ้งการรายงานไปยังสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สถานประกอบการดำเนินกิจกรรมตามแพคเกจโรคกับรพ. เอกชน นอกเขตพื้นที่ทำให้จังหวัดติดตามข้อมูลไม่ได้	ส่วนกลางบูรณาการในการเชื่อมโยงข้อมูลกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพยกระดับการจัดบริการอาชีวเวชกรรม เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเสี่ยงโรคจากการประกอบอาชีพสำคัญ (SWศ. และ SWท.)	ร้อยละ 40	ร้อยละ 47.6	1. ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นที่ 2. ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินฯ	1. พัฒนาสร้างความเข้าใจเกณฑ์การประเมินฯ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรา 24 25 พ.ร.บ. โรคจากการประกอบอาชีพฯ
ตัวชี้วัดที่ 7 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 20	ร้อยละ 16	1. ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นที่ 2. ผู้รับผิดชอบขาดความรู้ ความเข้าใจในเกณฑ์การประเมินฯ	พัฒนาสร้างความเข้าใจเกณฑ์การประเมินฯ
ตัวชี้วัดที่ 8 เด็กที่มีระดับตะกั่ว มากกว่า 5 ไมโครกรัม/เดซิลิตรในปี 2566 ได้รับการเจาะซ้ำ (ร้อยละ 70)	ร้อยละ 70	ร้อยละ 42.37	1. บางจังหวัดไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานในพื้นที่ 2. ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดระดับพื้นที่	1. สร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสกับตะกั่วในการป้องกันการปนเปื้อนสู่เด็กแรกเกิด-5 ปี 2. ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ และการสื่อสารความเสี่ยงให้ผู้สัมผัสตะกั่ว
ตัวชี้วัดที่ 9 เด็กที่ได้รับการเจาะเลือดซ้ำมีระดับตะกั่วในเลือด น้อยกว่าปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80.00		
ตัวชี้วัดที่ 10 อัตราป่วยด้วยกลุ่มโรคทางเดินหายใจส่วนล่าง และกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดที่อาจเกี่ยวกับการรับสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง (ช่วงที่มีปัญหาฝุ่นของแต่ละพื้นที่ ในจังหวัดเสี่ยง 44 จังหวัด)	ต่ำกว่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2562-2566)	สูงกว่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ.2562-2566) มัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง = 0.03 อัตราป่วย ปี 67 = 028	การคัดกรองและบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ยังไม่ชัดเจนว่าอัตราด้วย 4 กลุ่มโรคเกิดจาก PM2.5 หรือสาเหตุอื่น	1. พัฒนาศักยภาพของผู้นับถือนักข้อมูลในระบบ HDC ให้ระบุสาเหตุว่า 4 กลุ่มโรคเกิดจาก PM2.5 หรือไม่ (Y97)

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดที่ 11 (ตัวชี้วัดจุดเน้นและคำรับรอง) ระดับความสำเร็จของการยกระดับ ฐานข้อมูลของเขตสุขภาพและขับเคลื่อน มาตรการ เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัย สุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5)	5 ขั้นตอน	5 ขั้นตอน	1. ไม่มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค (API) ทำให้ข้อมูลไม่ อัปเดตเป็นปัจจุบัน 2. พื้นที่ขาดประสบการณ์ในการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีฝุ่น PM2.5	1. ส่วนกลางพัฒนาระบบ API ให้ทุก สคร. สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ 2. ส่วนกลาง/สคร.จัดให้มีที่ปรึกษาในการ จัดทำ Dashbord
ตัวชี้วัดที่ 12 (ตัวชี้วัดตามภารกิจ) ให้บริการตรวจวัดสภาพแวดล้อมในการ ทำงาน	16 แห่ง	25 แห่ง	1. หน่วยงานตรวจวัด (สคร.) ไม่ สามารถขึ้นทะเบียนหน่วยงานตรวจวัด กับกรมสวัสดิการและคุ้มครอง แรงงานได้ 2. ไม่สามารถให้บริการตรงตามวัน เวลาที่ผู้รับบริการร้องขอได้ เนื่องจาก บุคลากรไม่เพียงพอ และมีภาระงาน อื่นๆ	1. เพิ่มศักยภาพผู้ปฏิบัติงานเพื่อความ ชำนาญในการใช้เครื่องมือ 2. เพิ่มบุคลากรในกลุ่มงานฯ เพื่อให้บริการ เครือข่ายในพื้นที่ได้รวดเร็ว และทั่วถึง

ผลงานเด่นของผลงานเด่นของกลุ่ม โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม :

การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการสาธารณสุข SWศ./SWท./SWข.M2

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

จากข้อมูลสถานการณ์การประสบอันตรายและเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2566 พบว่า มีลูกจ้างประสบอันตราย 81,509 ราย ส่วนใหญ่เป็นกรณีหยุดงานไม่เกิน 3 วัน ร้อยละ 68.31 ต่อปี กรณีหยุดงานเกิน 3 วัน ร้อยละ 29.80 ต่อปี กรณีสูญเสียอวัยวะบางส่วน ร้อยละ 1.15 ต่อปี กรณีตาย ร้อยละ 0.73 ต่อปี และทุพพลภาพ ร้อยละ 0.02 ต่อปี โรคที่เกิดขึ้นสูงสุด 5 อันดับ ได้แก่ โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน ร้อยละ 0.90 ต่อปี ของจำนวนการประสบอันตรายทั้งหมด โรคจากสาเหตุทางชีวภาพ ร้อยละ 0.37 ต่อปี โรคผิวหนังที่เกิดจากสาเหตุทางกายภาพและเคมี ร้อยละ 0.09 ต่อปี โรคจากแสงอัลตราไวโอเลต ร้อยละ 0.03 ต่อปี โรคหูตึงจากเสียงดัง ร้อยละ 0.01 ต่อปี โดยการดำเนินการตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นการดูแลบุคลากรวัยทำงานทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบอาชีพที่เป็นแรงงานในระบบ นอกระบบ และผู้ที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เพื่อลดการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินการตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

แนวทางการดำเนินงานของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้กำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและประชาชนที่อาจได้รับผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคมีกิจกรรมในการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุข และประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ตามมาตรา 24 กำหนดมาตรฐานให้บริการของหน่วยบริการอาชีวเวชกรรม และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และมาตรา 25 การให้บริการอาชีวเวชกรรมหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อมต้องดำเนินการโดยหน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนกับกรมควบคุมโรค หน่วยบริการจึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเพื่อดำเนินตามกฎหมายดังกล่าว

การนำไปใช้ประโยชน์ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านกฎหมาย พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

หน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สวศ./สวท. สวช. M2) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2567 โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินระดับดีเด่น ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทุ่งสง และโรงพยาบาลพังงา



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่สามารถให้คะแนนและข้อเสนอแนะรายชื่อได้ เนื่องจากระบบประเมินออนไลน์ไม่ได้ออกแบบให้ดำเนินการดังกล่าวแผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อๆ สนับสนุนให้มีการพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมให้เป็นเชิงคุณภาพมากขึ้น และขยายผลการดำเนินเพื่อให้มีการดูแลสุขภาพคนทำงานให้ครอบคลุมในเขตสุขภาพที่ 11

รางวัลที่ได้รับ รางวัลมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับดีเด่น สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัลระดับดีเด่น ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลทุ่งสง และโรงพยาบาลพังงา หน่วยงานที่มอบรางวัล สถาบันราชประชาสมาสัย วันที่ได้รับ มีการรับมอบโล่รางวัลในวันที่ 22 พฤศจิกายน 2567

กลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละผู้ต้องขังแรกได้รับ การคัดกรอง เอชไอวี ซีพีเอส และไวรัสตับอักเสบบี ซี	ร้อยละ 55	ร้อยละ 98	1) เรือนจำบางแห่งมีแผนคัดกรอง เดือนละ 1 ครั้ง อาจส่งผลให้การคัดกรองไม่ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมาย 2) เรือนจำบางแห่ง ไม่ได้ดำเนินการคัดกรองในผู้ต้องขังระหว่างโทษ อาจส่งผลให้ผู้ติดเชื้อแรกเริ่มที่อยู่ในระยะฟักตัวแพร่เชื้อติดต่อโรคได้	1. เรือนจำปรับแผนการคัดกรอง 3 โรค ในผู้ต้องขังแรกเริ่ม อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง 2. เรือนจำทุกแห่งเพิ่มการจัดบริการคัดกรอง 3 โรค ในผู้ต้องขังระหว่างโทษ ปีละ 1 ครั้ง
ตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละของผู้ได้รับการ วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (ไม่ขาดการ รักษา)	ร้อยละ 93	ร้อยละ 86	1.ข้อมูล NAP Plus บางส่วนไม่ถูกต้อง ซ้ำ ไม่ตัดผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเก่าในระบบไม่สามารถระบุตัวตนได้ 2.ผู้ป่วยรายเก่าในระบบไม่มีข้อมูลสำหรับ ที่ใช้ในการติดตามเพื่อกลับเข้าสู่การรักษา 3. sw. บางแห่งขาดการประเมินและ วางแผนป้องกันลดการขาดการรักษาใน ผู้ติดเชื้อฯ 4. การติดตามและเลือกปฏิบัติในชุมชน / การติดตามตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5. ผู้ติดเชื้อฯมีปัญหาหารายได้ / ปัญหาการใช้สารเสพติด ภาวะจิตเวช ปฏิเสธไม่เข้าสู่ การรับบริการ 6. ระบบบริการ ARV Clinic ไม่สอดคล้อง กับวิถีชีวิตของผู้ป่วย / ขาดการเสริม พลังในการส่งเสริมการ ติดยาต้านไวรัส เอชไอวี อย่างต่อเนื่อง	

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี กดไวรัสสำเร็จ ≤ 1,000 Copies/mL	ร้อยละ 93	ร้อยละ 92 (ข้อมูล ณ 7 ม.ค. 2568	1. ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 7 ไม่ได้รับการส่งตรวจ HIV viral load สาเหตุจาก sw.นัดผู้ป่วยส่งตรวจ HIV viral load สำข้า (นัดไตรมาสที่4) ผู้ป่วยไม่มาตามนัด/ขาดการรักษา 2. ผู้ป่วยขาดการรักษา มีปัญหา รายได้ สูงภาพจิต ยาเสพติด 3 .โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปมีผู้ป่วยจำนวนมาก เกิดความแออัด ดูแลไม่ได้ครอบคลุม และขาดบุคคลดูแลผู้ป่วย 4. หน่วยบริการบางแห่ง ไม่มี แนวทางการประเมินความเสี่ยงในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงต่อการล้มเหลวในการรักษา/ ผู้ป่วยในกลุ่มกินยาไม่ต่อเนื่อง	1. สคร.11 และ สสจ. ทำหนังสือขอความร่วมมือปรับระบบการส่งตรวจ HIV viral load ของหน่วยบริการ ไตรมาสที่ 1-2 ครอบคลุม ร้อยละ 90 ขึ้นไป และติดตามประเมินผลผ่าน HIV Info Hub 2. หน่วยบริการทุกแห่งพัฒนาระบบประเมินความเสี่ยงและการติดตามผู้ป่วยขาดนัด และจัดกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงกดไวรัสไม่ได้ และใช้หลักสูตร EAC ของกองเอดส์ฯในการปรับเปลี่ยนและส่งเสริมการกินยาผู้ป่วย 3. หน่วยบริการปรับบริการให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต เพิ่มทางเลือกในการรับบริการ ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เช่น พัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ต้นแบบการจัดบริการตามบริบทของโรงพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นต้น 4. ส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม ประสานกับงานสุขภาพจิต ยาเสพติด และศูนย์คนไร้ที่พึ่ง พัฒนาสังคมและสวัสดิการของจังหวัดนั้นๆ
ตัวชี้วัดที่ 4 ร้อยละของจังหวัดที่มีกลไกการส่งเสริมคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ระดับจังหวัด	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ขาดงบประมาณในการจัดประชุมต่อเนื่อง ปีละ 1 ครั้ง	1. ระดับจังหวัดจัดสรรงบประมาณการจัดประชุม หรือ ประชุมผ่านระบบออนไลน์
ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (สะสม)	ร้อยละ 40 (88 แห่ง)	ร้อยละ 41 (36 แห่ง)	หน่วยบริการขาดแรงจูงใจและงบประมาณในการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เชื่อมโยงกับลดการตีตราในตนเองของผู้ติดเชื้อและชุมชน	กองโรคเอดส์ฯ ผลักดันให้กิจกรรมลดการตีตราฯ ในสถานพยาบาล เป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการบริการภายใต้ HA ของหน่วยบริการ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของ หน่วยบริการสุขภาพที่ จัดบริการโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ได้ตาม มาตรฐาน	ร้อยละ 30 (เป้าหมายประเมิน 23 แห่ง)	ร้อยละ 83 (ระดับเพชร 17 แห่ง ระดับทอง 1 แห่ง ระดับเงิน 1 แห่ง ควรปรับปรุง 3 แห่ง และยังไม่พร้อมรับ การประเมิน 1 แห่ง)	1. หน่วยบริการสาธารณสุขส่วนมาก ยังขาดผู้ประสานงานด้านโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ (STI co.) ในระดับ ให้มีการพัฒนาระบบบริการตาม มาตรฐานต่อเนื่อง (CQI) 2. โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีช่องว่าง เรื่องการบันทึกข้อมูลบริการ บันทึก กิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการ การ ทบทวนสถานการณ์โรค ข้อมูลที่ เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ 3. โรงพยาบาลขาดการเผยแพร่ ข้อมูลข่าวสารด้าน STI ภายใน หน่วยงาน	1. ผู้บริหารระดับส่วนกลางและเขตสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำรางวัลเชิดชู เกียรติและเวทีในการเชิดชูเกียรติหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็น แรงจูงใจในการพัฒนามาตรฐานการ จัดบริการฯ 2. ระดับพื้นที่ส่งเสริมการใช้ประโยชน์ข้อมูล ผ่านเวทีประชุม ระดับหน่วยบริการ ระดับ จังหวัด เช่น คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด เป็น ต้น 3. ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณพัฒนา ศักยภาพผู้รับผิดชอบงานและทีมสหวิชาชีพใน รูปแบบประชุม Onsite

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรควัณโรค				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	เขต 11 ร้อยละ 83 กระบี่ ร้อยละ 60.1 ชุมพร ร้อยละ 64.4 นครศรีฯ ร้อยละ 64.4 พังงา ร้อยละ 77.1 ภูเก็ต ร้อยละ 144.4 ระนอง ร้อยละ 95.3 สุราษฎร์ฯ ร้อยละ 85.2	1. ผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยมีป่วยเป็นวัณโรคสูง แต่อัตราการเข้าถึงการคัดกรองวัณโรคยังต่ำ 2. บุคลากรผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่เปลี่ยนงานบ่อย ทำให้ขาดทักษะ การดำเนินงานต่อเนื่อง 3. การเคลื่อนย้ายประชากร แรงงานข้ามชาติส่งผลให้อาจเกิดการแพร่เชื้อของโรคได้ง่ายขึ้น	1.1 สสจ., sw. วิเคราะห์ข้อมูลการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง กลุ่มใดที่ยังดำเนินการได้น้อย ควรวางแผนและเร่งรัดดำเนินการ และยังมีกลุ่มเสี่ยงใดที่นอกเหนือจาก 7 กลุ่มเสี่ยง ก็ควรเร่งรัดดำเนินการเพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วย Covid-19 , กลุ่มผู้ติดยา ใช้สารเสพติด, กลุ่มสถานสงเคราะห์คนชรา เป็นต้น 1.2 จัดทำทะเบียนผู้สัมผัสร่วมบ้าน และมีระบบติดตามผู้สัมผัสมาคัดกรองวัณโรคโดยการเอกซเรย์ปอด ทุก 6 เดือน จนครบ 2 ปี 1.3 มีระบบการประสานงานในโรงพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาวัณโรคแผนอื่นๆให้มาขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรคทุกราย 1.4 ประเมินคุณภาพเสมหะในการวินิจฉัย ควรเป็นเสมหะคุณภาพดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป 1.5 มีการให้คำแนะนำผู้สงสัยวัณโรคในการเก็บเสมหะมาส่ง วินิจฉัยให้ถูกต้อง 1.6 หากการตรวจ AFB ไม่พบเชื้อ ให้มีการส่งตรวจ Xpert MTB/RIF 1.7 ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนวัณโรค โดยเปรียบเทียบกับข้อมูลการจ่ายยา ข้อมูลผลการชันสูตรวัณโรค หรือผลการวินิจฉัย ICD 10 อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำผู้ป่วยมาขึ้นทะเบียนให้ครบถ้วนภายใน 14 วัน 1.8 สนับสนุนศักยภาพ จนก.sw.เอกชน แนวทางการส่งข้อมูล และมีการกำกับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 1.9 สื่อสารประชาสัมพันธ์เน้นกลุ่มเสี่ยง ให้ตระหนักและเข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเองเมื่อมีอาการสงสัย วัณโรค เช่น การให้สุกศึกษารายบุคคล สื่อประชาสัมพันธ์เข้าใจได้ง่าย 1.10 สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทั้งสาธารณสุขทุกระดับไทย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประชาชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัณโรค

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรควัณโรค				
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ร้อยละ 88	ร้อยละ 79 กระบี่ ร้อยละ 77 ชุมพร ร้อยละ 84.9 นครศรีฯ ร้อยละ 83.5 พังงา ร้อยละ 83 ภูเก็ต ร้อยละ 85.4 ระนอง ร้อยละ 86 สุราษฎร์ฯ ร้อยละ 83.2	1. อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่พบในผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม 2.ระบบการส่งต่อวัณโรคในแรงงานต่างชาติ ยังไม่สามารถเชื่อมประสานได้อย่างดี ส่งผลให้เกิดการขาดยา	1 ลดอัตราการเสียชีวิต - ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยสูตรยามาตรฐาน และมีระบบกำกับการกินยา (DOT) โดยเจ้าหน้าที่ - ระบบที่ปรึกษา clinical consultant เพื่อจัดการรักษาที่เหมาะสมในรายที่มีความซับซ้อนในการรักษา - Dead case conference หลัก 5Ds 1.Delay 2.DOT not performed 3.Disease other than TB (HIV,CKD) 4.Drug quality 5.Data -TB related หรือ non TB related 2. ลดอัตราการขาดยา - คนไข้ที่มีประวัติการขาดนัด ควร Counselling วิเคราะห์สาเหตุของการขาดยาทุกราย - มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย ไป DOT ที่รพสต. และให้ สสอ. กำกับรพ.สต. - มีการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินความเสี่ยงในการรักษาต่อเนื่อง 3. บริหารจัดการผู้ป่วยโอนออก - กรณีมี Case ค้างโอนในระบบ ถ้าผู้ป่วยไม่มาโรงพยาบาล ต้องประสานแจ้ง sw.ต้นทางให้ติดตามผู้ป่วย - ติดตามผู้ป่วยที่โอนออกทุกราย โดยสามารถประสานงานผ่านศูนย์ติดตามการส่งต่อ ทุกระดับ (จังหวัด เขต ประเทศ)

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานควบคุมโรคเรื้อน				
มาตรการ : เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่				
ตัวชี้วัด 1 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่	3 คน	5 คน	1. WU New case ในพื้นที่นอกอำเภอเป้าหมาย 2. ผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนใหม่ระดับพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงานใหม่ 3. การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อน ทำให้การติดตามการตรวจผู้สัมผัสโรคในพื้นที่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากอาจจะไม่มีการส่งต่องานที่ต้องดำเนินการ	- เน้นทำกิจกรรม Case finding ในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม Household contact, near boring contact และ Social contact เมื่อWU new case ทุกราย - ส่วนกลางจัดอบรมฟื้นฟูให้เขต/จังหวัด/พื้นที่ - ใช้ระบบพี่เลี้ยง/ให้คำปรึกษา ในพื้นที่ - ให้นุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคเรื้อนที่รับงานใหม่ ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนผ่านระบบ E-learning - นำเทคโนโลยีมีใช้ >>พัฒนาระบบฐานข้อมูล ติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน เพื่อสามารถแจ้งเตือน ติดตามและรายงานผล อย่างต่อเนื่อง และ real time โดย จนก. ระดับ พื้นที่ เช่น google form
ตัวชี้วัด 2 จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ มีความพิการระดับ 2	0 คน	2 คน		
ตัวชี้วัด 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ที่เป็นเด็ก	0 คน	0 คน		
ตัวชี้วัด 4 ร้อยละของผู้มีประวัติเป็นผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนในพื้นที่อำเภอเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100 (43ราย)		
ตัวชี้วัด 5 ร้อยละการตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อนนอกพื้นที่ที่ข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยา	ร้อยละ 100 (สคร.กำหนดเอง)	ร้อยละ 58.17 (ได้ตรวจ 121 รายไม่ได้ตรวจ 87 ราย)		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน เพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล				
ตัวชี้วัดที่ 1 ลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ครั้ง/ 1,000 วันนอน)	SWศ. และ SWท ≤ 1.8ครั้ง/1,000 วันนอน SWช ≤ 0.45ครั้ง/1,000 วันนอน	1.31 ครั้ง/1,000 วันนอน	- เปลี่ยนผู้รับผิดชอบใหม่บ่อยทั้งในระดับจังหวัดและระดับ SW. และมีการะงานมาก - กรมควบคุมโรคไม่ใช่สายบังคับบัญชาตรงของ SW. - โรงพยาบาลไม่ลงบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระบบ IPC&AMR Surveillance	- ส่วนกลางควรผลักดันนโยบายลงสู่พื้นที่อย่างชัดเจน - ข้อมูลการติดเชื้อใน SW. ควรเป็นฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศและใช้ฐานข้อมูลเดียวกัน
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราการติดเชื้อตามตำแหน่ง (SWศ. และ SWท.)	1) VAP (ครั้ง 1,000 วันใช้ เครื่องช่วยหายใจ) ≤ 4 2) CAUTI (ครั้ง/1,000 วันสายสวน ปัสสาวะ) ≤1.5 3) CLABSI (ครั้ง/1,000 วันสายสวน หลอดเลือดดำ) ≤1.5 4) SSI (ครั้ง/ 100 รายผ่าตัด) ≤ 0.5	1) VAP=4.9 2) CAUTI =1.18 3) CLABSI =2.04 4) SSI=0.2		

ผลงานเด่นของผลงานเด่นของกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรัง :

พัฒนาระบบการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำ ด้วยการเอกซเรย์ทรวงอกภายใน 30 วัน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรค (Tuberculosis:TB) เป็นโรคติดต่อที่เป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตในคนทั่วโลก ทำให้ องค์การอนามัยโลก กำหนดเป้าหมายลดอุบัติการณ์ของวัณโรคของโลกให้น้อยกว่า 10 ต่อแสนประชากร และจัดอันดับกลุ่มประเทศ ที่มีปัญหาวัณโรค สูงของโลก โดยกำหนดในปีพ.ศ.2564 - 2568 จัดอันดับ ให้ประเทศไทยอยู่ใน กลุ่มประเทศที่มีจำนวนหรืออุบัติการณ์ของวัณโรค สูงและวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง (WHO global list of high burden countries for TB, TB/HIV, and MDR/RR-TB in 2021 - 2025) และคาดประมาณประเทศไทย มีอุบัติการณ์วัณโรค (TB incidence) 155 ต่อประชากร แสนคน หรือ จำนวน 111,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต 14,000 ราย (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) และกำหนดเป้าหมายของการยุติวัณโรค (The End TB strategy) ภายในปีพ.ศ. 2578 (ค.ศ. 2035) โดยลดอุบัติการณ์วัณโรค ร้อยละ 90 และ ลดจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปีพ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) และไม่มีครอบครัวใดที่ได้รับ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการป่วยเป็นวัณโรค ซึ่งสถานการณ์วัณโรคประเทศไทยจากผู้มารับบริการสถานบริการของรัฐ (ณ ตุลาคม 2566) การขึ้นทะเบียนการรักษาวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ พบว่า ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ได้กำหนดเป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 88 พบว่า อัตราความครอบคลุมการขึ้น ทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ภาพรวมประเทศ ร้อยละ 81.7 เมื่อเทียบกับจำนวน คาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (WHO, Global Tuberculosis Report 2022) ซึ่งผลการดำเนินงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 69.4 ในปี 2565 เป็น 81.7 ในปี 2566 ในขณะที่ระดับพื้นที่เขต 11 อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 81.7

ผู้ต้องขังได้รับสิทธิคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชน ชาวไทย มาตรา 47 กำหนดไว้ว่า บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการ สาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจาก รัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งรัฐบาลไทยให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพผู้ต้องขังในทุกมิติมาอย่างต่อเนื่องและประเด็น ปัญหาวัณโรคในผู้ต้องขังเรือนจำ/กักขังสถานเป็นหนึ่งในหลายประเด็นปัญหาในเชิงนโยบายและแผนงานสู่การปฏิบัติด้วยชุด โครงการสำคัญ ได้แก่ โครงการยุติปัญหาวัณโรค กรมควบคุมโรค, โครงการราชทัณฑ์ปันสุข โดยใช้หลักการสำคัญในการควบคุม วัณโรคอย่างเข้มข้น ด้วยการค้นผู้ป่วยให้พบเร็วที่สุดและรับรักษาให้หาย เพื่อตัดวงจร การแพร่เชื้อในเรือนจำ/กักขังสถาน ซึ่งเป็น สถานการณ์เสี่ยงต่อผู้ต้องขังที่จะติดและแพร่เชื้อวัณโรค ที่มีความชุกของวัณโรคในผู้ต้องขังสูงกว่าประชากรทั่วไป 6-10 เท่า

เนื่องด้วยปัจจัยหลายด้านรวมกัน ได้แก่ ความแออัดของจำนวนผู้ต้องขัง การเป็นสถานที่ปิด การระบายอากาศไม่ดีและการมีภูมิหลังทางสุขภาพของผู้ต้องขังบางกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดยาเสพติด ผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร ฯลฯ รวมถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รวดเร็วและทั่วถึง ทำให้ผู้ต้องขังป่วยเป็นวัณโรคในอัตราสูงมีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว

การดำเนินงานคัดกรองวัณโรคในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 11 ที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนและดำเนินการด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่พระราชทานซึ่งรับผิดชอบโดยโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ให้บริการเรือนจำทั้งหมด 15 แห่ง ทำให้ไม่สามารถให้บริการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับได้ภายในระยะเวลา 30 วัน โดยเฉลี่ยเรือนจำจะได้รับการคัดกรอง 2-3 เดือนครั้ง ซึ่งมีความล่าช้า ส่งผลต่อการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในเรือนจำ

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองวัณโรคในเรือนจำด้วยการเอกซเรย์กรงออกที่รวดเร็วในผู้ต้องขังแรกรับภายใน 30 วัน

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ศึกษารูปแบบกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคข้อค้นพบในปัจจุบัน
2. การวิเคราะห์ขั้นตอนและการไหลเวียนกระบวนการงานจัดบริการวัณโรคเพื่อลดความสูญเสีย
3. การจัดทำแผนพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการและการไหลเวียนกระบวนการงานวัณโรค
4. การปฏิบัติหรือนำแผนพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการงานวัณโรคไปปฏิบัติ
5. การประเมินผลการนำแผนพัฒนาการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการงานวัณโรคไปปฏิบัติ

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

หลักการสำคัญของ Lean ได้แก่ การเปลี่ยนจาก “ความสูญเสีย” เป็น “สร้างคุณค่า(Value) ในขั้นตอน/กระบวนการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การนำไปใช้ประโยชน์

เรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายปรับปรุงกระบวนการคัดกรองวัณโรคด้วยการเอกซเรย์กรงออกที่รวดเร็วในผู้ต้องขังแรกรับ เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการป่วยและการแพร่กระจายวัณโรคในเรือนจำ

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

พัฒนาการจัดบริการคัดกรองวัณโรค ด้วยการเอกซเรย์กรงอกผู้ต้องขังในเรือนจำ 15 แห่ง และโรงพยาบาลแม่ข่าย เขตสุขภาพที่ 11 ให้สามารถดำเนินการเอกซเรย์ผู้ต้องขังรวดเร็วขึ้น ภายใน 30 วัน

การดำเนินการ	เรือนจำ/กักตุนสถาน
ทุกวัน	กักตุนสถานวัยหนุ่ม
ทุกสัปดาห์	6 แห่ง รจ.ชุมพร รจ.อ.หลังสวน รจ.ภูเก็ต รจ.สุราษฎร์ธานี รจ.อ.ปากพนัง และ รจ.อ.เกาะสมุย
ทุก 2 สัปดาห์	รจ.อ.ทุ่งสง
ทุกเดือน	5 แห่ง รจ.กระบี่ รจ.นครศรีฯ รจ.ระนอง รจ.อ.ไชยา กักตุนกลางนครศรีฯ
2-3 เดือน ครั้ง	2 แห่ง รจ.พังงา รจ.อ.ตะกั่วป่า (อยู่ระหว่างหาวิธีการดำเนินงานให้รวดเร็วขึ้น)

โดยมีการดำเนินงานแต่ละเรือนจำ ดังนี้

ลำดับ	จังหวัด	เรือนจำ	การ CXR ก่อนปรับปรุง		การ CXR หลังปรับปรุง	
			ความถี่	เครื่องมือ	ความถี่	เครื่องมือ
1	กระบี่	กระบี่	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร	เดือนละ 1 ครั้ง	Portable Xray SW.กระบี่
2	ชุมพร	ชุมพร	เดือนละ 1 ครั้ง	Portable Xray SW.ชุมพรเขตฯ	ทุกสัปดาห์	Portable Xray SW.ชุมพรเขตฯ
3		หลังสวน	ทุกสัปดาห์	Portable Xray ของเรือนจำ	ทุกสัปดาห์	Portable Xray ของเรือนจำ
4	นครศรีฯ	ทุ่งสง	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร	ทุก 2 สัปดาห์	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร
5		ปากพนัง			ทุกสัปดาห์	Portable Xray SW.ปากพนัง
6		กลางนครศรีฯ			เดือนละ 1 ครั้ง	Portable Xray SW.มหาสาร
7		กั๊กังกลาง			เดือนละ 1 ครั้ง	Portable Xray SW.มหาสาร
8		กั๊กังกลางวัยหนุ่มฯ			ทุกวัน	Portable Xray ได้รับสนับสนุนจากกรมราชทัณฑ์
9	พังงา	พังงา	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร
10		ตะกั่วป่า				
11	ภูเก็ต	ภูเก็ต	ทุกสัปดาห์	Mobile Xray SW.กลาง	ทุกสัปดาห์	Mobile Xray SW.กลาง
12	ระนอง	ระนอง	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร	เดือนละ 1 ครั้ง	Portable Xray สนับสนุนจากกองวัณโรค
13	สุราษฎร์ธานี	เกาะสมุย	2-3 เดือนครั้ง	Mobile Xray (พระราชทาน) SW.มหาสาร	ทุกสัปดาห์	Portable Xray สนับสนุนจากกองวัณโรค
14		ไชยา	เดือนละ 1 ครั้ง	Mobile Xray SW.ไชยา	เดือนละ 1 ครั้ง	Mobile Xray SW.ไชยา
15		กลางสุราษฎร์	เดือนละ 1 ครั้ง	Mobile Xray SW.สุราษฎร์ฯ	ทุกสัปดาห์	Portable Xray สนับสนุนจากกรมราชทัณฑ์



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- โรงพยาบาลแม่ข่ายบางแห่งไม่มีเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Portable CXR) หรือรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ (Mobile CXR)
- บุคลากรในเรือนจำมีจำกัด
- เรือนจำมีห้องแยกไม่เพียงพอสำหรับแยกผู้ต้องขังที่สงสัย และป่วยเป็นวัณโรค
- กระบวนการคัดกรองจนถึงกระบวนการรักษาใช้เวลานานเกิน 1 เดือน

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อๆ

1. เร่งรัด/สนับสนุนเครื่องเอกซเรย์เคลื่อนที่มาติดตั้งเรือนจำ และวางแผนบริหารจัดการ ควบคุมดูแลรักษา โดยรพ. แม่ข่าย พร้อมแผน จัดหาเครื่องสำรอง กรณีชำรุด หรือมีปัญหาขัดข้อง
2. ใช้โปรแกรมปัญญาประดิษฐ์ (AI) มาใช้ในการอ่านผลเอกซเรย์เบื้องต้น และตรวจสอบความถูกต้องรังสีแพทย์
3. จัดทำแผนกระบวนการใหม่และระบุผู้รับผิดชอบ และระยะเวลาการดำเนินการแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจนรางวัลที่

กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย (ตัวอย่าง)	ผลงาน (ตัวอย่าง)		
การดำเนินงานห้องปฏิบัติการโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อนและโรคอุบัติใหม่				
HIV-VL	9,000	10,164	1.การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการบาง รายการไม่ได้มีการเตรียม น้ำยาตรวจทาง ห้องปฏิบัติการไว้อย่าง เพียงพอ เนื่องจากเป็น การเกิดโรคระบาดที่ไม่ สามารถคาดการณ์ ล่วงหน้าได้ 2.การเรียกเก็บเงินทาง/ ห้องปฏิบัติการ 3.การวางแผนร่วมกัน ระหว่างคลินิกเวชศาสตร์ และห้องปฏิบัติการ เพื่อ การส่งต่อตัวอย่าง และ ผลทางห้องปฏิบัติการ	1.ควรมีการตั้งงบประมาณวัสดุ วิทยาศาสตร์และน้ำยาตรวจทาง ห้องปฏิบัติการสำรองไว้สำหรับกรณีการ เกิดโรคระบาดที่ไม่ได้มีการคาดการณ์ ล่วงหน้าไว้อย่างเพียงพอ 2.ควรมีระบบเรียกเก็บเงินผ่านเครื่องรับ เงินหรือ QR เพื่อรองรับกรณีหาก วางแผนเปิดคลินิกเวชศาสตร์ หรือ แนวทางอื่นนอกจากการรับเงินสด และ เจ้าหน้าที่การเงินผู้รับผิดชอบ ต้องเข้าสู่ ระบบเพื่อปฏิบัติงานให้สอดคล้องกันกับ ห้องปฏิบัติการ 3.ควรมีผู้รับผิดชอบเพื่อดำเนินงาน ประสานการทำงานอย่างราบรื่น เพื่อให้ ผู้รับบริการ/ผู้ป่วย ได้รับความสะดวก รวดเร็ว
CD4	3,000	3,127		
Drug HIV	80	74		
HCV-VL	500	699		
Anti-HIV	500	850		
Syphilis	300	329		
Influenza	100	109		
Monkeypox	0	1		
Culture/sens <i>N. gonorrhoeae</i>	0	2		
KOH	0	4		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
กลุ่มห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ด้านควบคุมโรค				
ตรวจหาเชื้อAFBด้วยกล้องจุลทรรศน์	2000 ตัวอย่าง	3690 ตัวอย่าง	การรายงานผลผ่านโปรแกรม NTIP บางครั้งไม่สามารถเข้าไปรายงานผลในโปรแกรมได้	- โปรแกรม NTIP ควรปรับปรุงให้มีความเสถียรในการใช้งานมากกว่านี้ - แผนควรสามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน ภายใต้วงเงินงบประมาณที่ได้รับการอนุมัติ
การเพาะเลี้ยงเชื้อวัณโรค	1300 ตัวอย่าง	1945 ตัวอย่าง		
ทดสอบความไวต่อยาต้านวัณโรค	400 ตัวอย่าง	776 ตัวอย่าง MDR= 39 ตัวอย่าง RR+= 10 ตัวอย่าง		
ตรวจหาการดื้อยาแนวที่หนึ่งทางอนุชีววิทยา	2000 ตัวอย่าง	2747 ตัวอย่าง wUMDR= 26 ตัวอย่าง wURR+= 18 ตัวอย่าง		
ตรวจหาการดื้อยาแนวที่สองทางอนุชีววิทยา	300 ตัวอย่าง	330 ตัวอย่าง wu Pre-XDR = 4 ตัวอย่าง		
ตรวจวินิจฉัยชนิดของเชื้อวัณโรคที่เรื้อรัง	200 ตัวอย่าง	278 ตัวอย่าง		
ตรวจวินิจฉัยด้วย Xpert	3000 ตัวอย่าง	5521 ตัวอย่าง		
ตรวจวินิจฉัยวัณโรคระยะแฝง (IGRAs)	2000 ตัวอย่าง	2512 ตัวอย่าง		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
กลุ่มห้องปฏิบัติการโรคติดต่อฯ โดยแมลง				
1. การควบคุมคุณภาพเชื้อมาลาเรียด้วยกล้องจุลทรรศน์ ให้กับมาลาเรียคลินิกและโรงพยาบาล	3,500 ตัวอย่าง	3,620 ตัวอย่าง	- ผลการควบคุมคุณภาพฟิล์มเลือดมาลาเรียมีผลที่ไม่สอดคล้องแต่ไม่เกินเป้าหมายที่องค์การอนามัยโลก	- ได้ดำเนินการอบรมฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยเชื้อมาลาเรียด้วยกล้องจุลทรรศน์
2. การตรวจยืนยันเชื้อมาลาเรียด้วยเทคนิค Real-Time PCR	200 ตัวอย่าง	187 ตัวอย่าง		
3. ตรวจยืนยันซีโรกัยบิเชื้อไวรัสเดงกี ด้วยเทคนิค Real-Time RT-PCR	100 ตัวอย่าง	50 ตัวอย่าง		
4. ตรวจยืนยันเชื้อไวรัสเดงกี/ชิคุนกุนยา/ซิกา ด้วยเทคนิค Real-Time RT- PCR	200 ตัวอย่าง	158 ตัวอย่าง		
5.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการให้กับหน่วยงานภายในและเครือข่าย	105 คน	123 คน		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดที่ 1.1.1.1 ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนางานวิจัย				
องค์ประกอบที่ 1 การจัดการความรู้สู่การวางแผนดำเนินงานวิจัย	1	1	-	-
องค์ประกอบที่ 2 ลงทะเบียน (Register) และบันทึกข้อมูลใน “ระบบบันทึกข้อมูลนักวิจัย (DDC Researcher Data System: DRDS)”	115	115	-	-
องค์ประกอบที่ 3 การดำเนินงานโครงการวิจัยปีปัจจุบัน (2567) ตามแผน	1	1	-	-
องค์ประกอบที่ 4 การดำเนินโครงการวิจัยในอนาคต	2	2	-	-
องค์ประกอบที่ 5 ดำเนินงานตามกระบวนการ DDC Clearance	25	25	ผู้ส่งเอกสารวิชาการส่งผิดขั้นตอนทำให้การกลั่นกรองงานวิชาการล่าช้า	ควรมีคณะกรรมการพิจารณาพิพากษาที่มีความเชี่ยวชาญหลายสาขาเพื่อให้ครอบคลุมในงานวิชาการที่ส่งมากลั่นกรอง
องค์ประกอบที่ 6 การนำไปใช้ประโยชน์ ระหว่างปี 2564-2567	1	1	-	-
ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถบุคลากรด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สคร.11 นครศรีธรรมราช (การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย : Routine to Research) 3 ระยะ	25	25	ผู้เข้าร่วมอบรมมีภาระงานประจำทำให้มีเวลาในการทำงานวิจัยไม่เต็มที่	ควรมีการจัดอบรมในปีต่อไป

ผลงานเด่นของผลงานเด่นของกลุ่มนวัตกรรมและวิจัย :

ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สคร. 11 นครศรีธรรมราช
(การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย : Routine to Research)

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

การวิจัยเป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ ความจริงโดยใช้หลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบของปัญหาหรือคำถามการวิจัยที่ตั้งไว้ งานบริการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ซึ่งบริการเหล่านี้มีสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งด้านระบาดวิทยา ธรรมชาติของการเกิดโรค (Natural history of disease) กลไกการดำเนินของโรค ลักษณะอาการทางคลินิก พยาธิวิทยา ชีววิทยา สุขศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ สังคมศาสตร์ เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการคิด วิเคราะห์ ค้นหาปัญหา เขียนโครงการแก้ไขปัญหารวมทั้งให้บริการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ตรงกับสาเหตุและปัจจัยที่กำหนดปัญหาสุขภาพ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะทางการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข

การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัย เป็นมิติหนึ่งของการพัฒนาการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่จะส่งผลให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) โดยอาศัยหลักการพัฒนาตามวงจร PDCA (plan do check act) ของเดมมิง โดยกระบวนการเหล่านี้จะช่วยให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานสามารถค้นหา วิเคราะห์ปัญหา และหาทวนวิธีการแก้ปัญหาก็ได้ถูกต้องโดยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ประกอบกับการพัฒนางานวิจัยจากงานประจำเพื่อตอบสนองข้อจำกัดการปฏิบัติการปฏิบัติราชการ ของกรมควบคุมโรค ดังนั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงเห็นสมควรให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สคร. 11 นครศรีธรรมราช (การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย : Routine to Research) อันจะนำมาซึ่งการใช้บรรทัดฐานในการพัฒนาบุคลากรและองค์กรต่อไปวัตถุประสงค์การดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาขีดความสามารถด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สคร. 11 นครศรีธรรมราช (การพัฒนางานประจำสู่การวิจัย : Routine to Research) ทั้งหมด 3 ระยะ
ระยะที่ 1 ระหว่างวันที่ 12 - 14 กุมภาพันธ์ 2567
ระยะที่ 2 ระหว่างวันที่ 4 - 6 เมษายน 2567
ระยะที่ 3 ระหว่างวันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2567

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้

จัดหาวิทยาการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการเขียนงานวิจัย โดยนำข้อมูลจากงานที่ทำมาให้เป็นงานวิจัย โดยตั้งแต่เริ่มกระบวนการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรูปเล่มวิจัย ครอบคลุมการจนได้ผลงานวิชาการ

การนำไปใช้ประโยชน์

ผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ในการอบรม เรื่องการเขียนงานวิจัยมาใช้ในการพัฒนางานประจำมาเป็นงานวิจัยได้

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1. บุคลากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้าอบรมทั้งหมด 24 คน ที่เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการดำเนินงานวิจัยเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 100
2. มีผลิตภัณฑ์ทางวิชาการของหน่วยงานได้คุณภาพตามมาตรฐาน (รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์) ทั้งหมด 24 ชิ้นงาน



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1) ในขณะนี้ กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย มีบุคลากร แค่จำนวน 3 คน จึงเป็นภาระงานหนักมาก ๆ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ
- 2) เนื่องจากกลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย ไม่ได้มีประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ มานานหลายปีแล้ว จึงไม่แม่นยำในระเบียบต่าง ๆ ประกอบกับการขาดพี่เลี้ยง และการชี้แนะจากกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดข้อผิดพลาดบ้างระหว่างเตรียมการจัดประชุม

กลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่ 13: 1. ระดับความสำเร็จการใช้ประโยชน์ข้อมูลรายงานโรคจากระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (DDS)	ร้อยละ 60 - 70 ของจังหวัดที่สถานพยาบาลรายงานโรคในระบบ DDS สามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลรายงานโรคในการตรวจจบและตอบโต้สถานการณ์จากการแจ้งเตือนได้	ร้อยละ 100.00	เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงาน โดยกองระบาดวิทยาฯ บ่อยครั้ง รวมไปถึงระบบการดำเนินงานของพื้นที่ที่มีความหลากหลาย ส่งผลให้การดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงานบางแห่งต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ส่วนกลางในการแก้ปัญหา ซึ่ง สคร. ไม่สามารถดำเนินการแก้ไขให้ได้	พัฒนา ครู ก เพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่
ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นที่ 13: 2. จังหวัดมีทีมตระหนักรู้สถานการณ์ที่มีคุณภาพ (Smart SAT)	ทีม SAT จังหวัดนำร่อง (7 จังหวัด) สามารถรวบรวมข้อมูล ติดตาม ตรวจจบวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้	จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 เป็นจังหวัดเป้าหมาย โดยทุกจังหวัดสามารถรวบรวมข้อมูล ติดตาม ตรวจจบวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ได้	ไม่มี GAP ในการดำเนินงาน ปี 2567	แนวทางการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่ปรับปรุงเป็นปัจจุบัน
ตัวชี้วัดระดับกิจกรรมหลัก (ACT): 1. ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน (ACT0801)	ระดับ 5 ดำเนินการครบตามขั้นตอน (1+2+3+4+5)	ดำเนินการได้ครบ 5 ขั้นตอนตามระยะเวลาที่กำหนด	ไม่มี GAP ในการดำเนินงาน ปี 2567	1. สนับสนุนแนวทาง/มาตรฐานในการรับประเมิน เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระดับจังหวัดให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ EOC Assessment Tool 2. สนับสนุนองค์ความรู้ในการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ 3. ทางส่วนกลางควรมีการระบุนายละเอียดการฝึกซ้อมแผนประกอบกิจการ (BCP) และควรมีตัวอย่างคู่มือการฝึกซ้อมให้สคร.เห็นภาพมากขึ้นในการนำมาปฏิบัติจริง

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน เพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดจุดเน้น (HL): 1. ตัวชี้วัด HL06 จำนวน จังหวัดชายแดนที่เป็น เป้าหมาย มีแผนการพัฒนาศักยภาพ และกลไกการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันควบคุมโรคและ ภัยสุขภาพ ตามวาระความ มั่นคง	จำนวนจังหวัดชายแดนที่เป็น เป้าหมาย มีแผนการพัฒนาศักยภาพ และกลไกการดำเนินงานเฝ้า ระวัง ป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพ ตาม กรอบความร่วมมือระหว่าง ประเทศ เพื่อความมั่นคง ทางสุขภาพ อย่างน้อย 3 ด้าน (จังหวัด เป้าหมาย: ระนอง)	-จำนวนจังหวัดชายแดนที่เป็น เป้าหมาย (จังหวัดเป้าหมาย: ระนอง) พัฒนาศักยภาพและกลไกการ ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพของจังหวัด ตาม ประเด็นวาระความมั่นคงทางสุขภาพ โลก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการป้องกัน (ประเด็นการสร้างภูมิคุ้มกันโรค) 2) ด้านการตรวจจစ်และการรายงานโรค (ประเด็นการเฝ้าระวังและรายงานผล แบบเรียลไทม์) 3) ด้านการตอบโต้เร็ว (ประเด็นการสื่อสารความเสี่ยง) 4) ด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานสากล (ประเด็นข้อตกลงระหว่างชายแดน เกี่ยวกับการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้าน สาธารณสุขและสุขภาพสัตว์) โดยมี หน่วยงานอื่นนอกเหนือจาก สาธารณสุขเข้าร่วมจัดทำแผนแบบ บูรณาการหลายภาคส่วน	1) ด้านการป้องกันโรค พบว่าประชาชน สัญชาติอื่น ๆ ได้รับ วัคซีนแต่ไม่มีการเก็บ หลักฐานผ่านระบบ HDC 2) ด้านการตรวจจစ် และรายงานโรคพบว่า ระบบ DDS ยัง ดำเนินการไม่เสร็จ สมบูรณ์ ทำให้การ ตรวจจစ်บางโรคยังทำ ไม่ได้ และยังต้องมีการ ถ่ายทอดวิธีการ ตรวจจစ်และการ รายงานโรคไปยังพื้นที่ และผู้เกี่ยวข้อง 3) การปฏิบัติตาม มาตรฐานสากลพบว่า ไม่มีตัวแทนจากประเทศ เพื่อนพวเข้าร่วม ฝึกซ้อมแผน	การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิจากทาง ส่วนกลาง ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงาน ตามแผน Action Plan ได้ตรง กับปัญหาและความต้องการ ในพื้นที่ในประเด็นต่างๆ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 1. ร้อยละของเหตุการณ์ผิดปกติทางสาธารณสุขที่ดำเนินการสอบสวนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65.85	จำนวน PI และสมาชิกทีม JIT ติดตามการปฏิบัติงานไปราชการ	ส่ง PM โรค/เจ้าหน้าที่ระดับวิทยา และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องอบรมหลักสูตร FEMT หรือหลักสูตรระดับวิทยาอื่น ๆ เพื่อให้สามารถเป็น PI และสมาชิกทีมในการสอบสวนโรคได้
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 2. ระดับความสำเร็จของการจัดทำรายงานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด	จัดทำรายงานสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ full report/Manuscript ที่มีคุณภาพ ตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนด อย่างน้อยปีละ 1 ฉบับ	จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 เรื่อง คือ 1.การสอบสวนการระบาดของโรคไข้เจียนแนร์ในนักท่องเที่ยวชาวยุโรปตำบลอ่าวนาง อำเภอมะนัง จังหวัดกระบี่ วันที่ 27 กุมภาพันธ์ - 1 มีนาคม 2567 2.การสอบสวนการบาดเจ็บจากการทำงานในที่อับอากาศกรณีคนงานลูกเรือประมงหมดสติขณะทำงานขนถ่ายปลาเปิดใต้ท้องเรือ ตำบลศาลาด่าน อำเภอกำสลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ระหว่างวันที่ 1-2 มิถุนายน 2567	ทีมปฏิบัติการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ (JIT) ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 วกดักตะในการเขียนรายงานสอบสวนโรค ฉบับสมบูรณ์ (Full report) หรือ Manuscript	จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการเขียนรายงานสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ (Full report) หรือ Manuscript

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 4. ระดับความสำเร็จของการประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วย AFP ตามโครงการกวาดล้างตามพันธสัญญานานาชาติ ในจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (<2 ต่อประชากรแสนคน)	จังหวัด นครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดระนอง	ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวัง และค้นหา (Active search) ผู้ป่วย AFP พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 จังหวัด นครศรีธรรมราช วันที่ 14-15 มีนาคม 2567 จังหวัดระนอง วันที่ 28-29 มีนาคม 2567 จังหวัดกระบี่	จังหวัดนครศรีธรรมราช 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลเข้าใจนิยามของผู้ป่วย AFP แต่ไม่มีการค้นหาผู้ป่วยตามรหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์ทุกสัปดาห์ ส่งผลให้ไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้ากัมนิยามได้ 2. แพทย์ผู้ให้การรักษาราบเรื่องโครงการกวาดล้างโรคโปลิโอตามพันธสัญญานานาชาติของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการรายงานผู้ป่วยตามนิยามผู้ป่วย AFP กรณีเมื่อแรกรับผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์การรายงาน แต่ผ่านไประยะหนึ่งผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น จึงไม่รายงานเข้าสู่ระบบ	โรงพยาบาล 1. ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลดำเนินงานค้นหารหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์ทุกสัปดาห์ เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP โดยหากพบผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยาม ให้รายงานเข้าสู่ระบบและเก็บตัวอย่างส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกราย 2. ควรมีการชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์ พยาบาล แกร็บ หากพบผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของแขน ขา ยกเว้นผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บรุนแรง (Trauma) และมี Motor Power Grade <5 หรือ Deep tendon reflex Grade < 2 (ไม่ต้องคำนึงถึงการวินิจฉัย) ให้แจ้งผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลเพื่อทำการสอบสวนและเก็บอุจจาระส่งตรวจ เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวไม่ใช่ผู้ป่วยโปลิโอ และรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ทันที

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 4. ระดับความสำเร็จของการประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วย AFP ตามโครงการกวาดล้างโรคตับอักเสบบี ในจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (<2 ต่อประชากรแสนคน)	จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดระนอง	ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วย AFP พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 14-15 มีนาคม 2567 จังหวัดระนอง วันที่ 28-29 มีนาคม 2567 จังหวัดกระบี่	จังหวัดกระบี่ 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลเข้าใจนิยามของผู้ป่วย AFP แต่ไม่มีการค้นหาผู้ป่วยตามรหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์ทุกสัปดาห์ ส่งผลให้ไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าขั้กับนิยามได้ 2. แพทย์จบใหม่ (Intern) และแพทย์ Extern ผู้ให้การรักษายังไม่ทราบเรื่องโครงการกวาดล้างโรคตับอักเสบบีตามพันธสัญญานานาชาติของกระทรวงสาธารณสุข กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การรายงานผู้ป่วย AFP จึงไม่ได้แจ้งพยาบาล/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) ให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ส่งผลให้ไม่มีการรายงานผู้ป่วยตามนิยามเข้าสู่ระบบ จังหวัดระนอง 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลเข้าใจนิยามของผู้ป่วย AFP ถูกต้องตามมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) แต่ไม่มีการค้นหาผู้ป่วยตามรหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์ทุกสัปดาห์ ส่งผลให้ไม่มีรายงานผู้ป่วยที่มีอาการเข้าขั้กับนิยาม 2. แพทย์ผู้ให้การรักษาทราบเรื่องโครงการกวาดล้างโรคตับอักเสบบีตามพันธสัญญานานาชาติของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในการรายงานผู้ป่วยตามนิยามผู้ป่วย AFP กรณีเมื่อแรกพบผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์การรายงาน มีเฉพาะผลการตรวจร่างกาย Motor Power แต่ไม่มีผลตรวจ Deep tendon reflex ทำให้ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์รายงานหรือไม่	3. ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของโรงพยาบาล ควรมีการทบทวนแนวทางการรายงานโรคในโรงพยาบาล หรือส่งแนวทางการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ตามโครงการกวาดล้างโรคตับอักเสบบีตามพันธสัญญานานาชาติ ให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน กุมารแพทย์ เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น) เพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงานและการรายงานตามระบบเฝ้าระวัง 4. กลุ่มงานที่รับผิดชอบหลัก ควรจัดอบรม/orientation การดำเนินงานเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลรับทราบถึงแนวทางการดำเนินงานและการรายงานตามระบบเฝ้าระวัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1. ควรมีการนิเทศ ติดตาม หรือทบทวนระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย AFP ตามโครงการกวาดล้างโรคตับอักเสบบีตามพันธสัญญานานาชาติในโรงพยาบาล เพื่อทราบแนวทางการดำเนินงานและการรายงานตามระบบเฝ้าระวังได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2. ควรมีการติดตามโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อค้นหาผู้ป่วย AFP เชิงรุกรายสัปดาห์ ก่อนการรายงาน Zero report ของ AFP ให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 6. ระดับความสำเร็จของการ ประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วยไข้อยากพื้นที่ ที่ไม่ใช่หัด หัดเยอรมัน ตามโครงการจัดทำตามพันธ สัญญานานาชาติ ในจังหวัดที่มี รายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (<2 ต่อประชากรแสนคน)	จังหวัด นครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดระนอง	ดำเนินการประเมินระบบเฝ้า ระวัง และค้นหา (Active search) ผู้ป่วยหัด หัด เยอรมัน พร้อมทั้งชี้แจงแนว ทางการดำเนินงาน ดังนี้ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 14-15 มีนาคม 2567 จังหวัดระนอง วันที่ 28-29 มีนาคม 2567 จังหวัดกระบี่	จังหวัดนครศรีธรรมราช 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยา ของโรงพยาบาลไม่เข้าใจ นิยามของผู้ป่วยหัด หัด เยอรมัน และหัดเยอรมันแต่ กำเนิดตามมาตรฐานขั้นตอน การปฏิบัติงาน (SOP) ทำให้ แนวทางเฝ้าระวังโรค คลาดเคลื่อน ส่งผลให้มี รายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ 2. แพทย์ผู้ให้การรักษายังไม่ กราบเรื่องโครงการจัดทำ โรคตามพันธสัญญา นานาชาติของกระทรวง สาธารณสุข กรณีพบผู้ป่วย เข้าเกณฑ์การรายงานโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมัน แต่กำเนิด จึงไม่ได้แจ้ง พยาบาล/เจ้าหน้าที่ ห้องปฏิบัติการทาง การแพทย์ (Lab) ให้ ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่ง ตรวจ ส่งผลให้มีการ รายงานผู้ป่วยตามนิยามใน ระบบรายงาน ME	โรงพยาบาล 1. ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาของ โรงพยาบาล ควรทบทวนแนวทางการ รายงานโรคในโรงพยาบาล และแนวทาง การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยหัด หัด เยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด ตาม โครงการจัดทำโรคตามพันธสัญญา นานาชาติ และส่งให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน ภูมิแพทย เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เป็น ต้น เพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงาน และจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) การเฝ้าระวังโรคหัด หัดเยอรมัน และหัด เยอรมันแต่กำเนิดในโรงพยาบาล 2. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบบเฝ้าระวัง ผู้ป่วยหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่ กำเนิดในโรงพยาบาล ควรมีการค้นหารหัส ICD 10 ที่เข้าเกณฑ์ตามนิยามทุกสัปดาห์ เพื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกตามแนวทางการเฝ้า ระวังผู้ป่วยไข้อยากพื้นที่

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ตัวชี้วัดตามภารกิจของหน่วยงาน: 6. ระดับความสำเร็จของการประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วยไอออกผื่น ที่ไม่ใช่หัดเยอรมัน ตามโครงการกำจัดการตามพันธุกรรมนานาชาติ ในจังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (<2 ต่อประชากรแสนคน)	จังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดกระบี่ จังหวัดระนอง	ดำเนินการประเมินระบบเฝ้าระวังและค้นหา (Active search) ผู้ป่วยหัดเยอรมัน พร้อมทั้งชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2567 จังหวัดนครศรีธรรมราช วันที่ 14-15 มีนาคม 2567 จังหวัดระนอง วันที่ 28-29 มีนาคม 2567 จังหวัดกระบี่	จังหวัดกระบี่ 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลไม่เข้าใจนิยามของผู้ป่วยหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิดตามมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) ทำให้แนวทางเฝ้าระวังโรคคลาดเคลื่อน ส่งผลให้มีการรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบไม่ครบถ้วน 2. แพทย์ผู้ให้การรักษายังไม่ทราบเรื่องโครงการกำจัดการตามพันธุกรรมนานาชาติของกระทรวงสาธารณสุข และ Flow การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคกรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การรายงานโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด จึงไม่ได้แจ้งพยาบาล/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) ให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ส่งผลให้การรายงานผู้ป่วยตามนิยามในระบบรายงาน ME ไม่ครบถ้วน จังหวัดระนอง 1. เจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาของโรงพยาบาลไม่เข้าใจนิยามของผู้ป่วยหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิดตามมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) และไม่ได้มีการส่งต่อแนวทางการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลตัวอย่างส่งตรวจลงในฐานข้อมูลกำจัดการหัด (ME) ทำให้แนวทางเฝ้าระวังโรคคลาดเคลื่อน ส่งผลให้ไม่มีรายงานผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ 2. แพทย์ผู้ให้การรักษายังไม่ทราบเรื่องโครงการกำจัดการตามพันธุกรรมนานาชาติของกระทรวงสาธารณสุข กรณีพบผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การรายงานโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด จึงไม่ได้แจ้งพยาบาล/เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ (Lab) ให้ดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ส่งผลให้มีการรายงานผู้ป่วยตามนิยามในระบบรายงาน ME	3. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรจัดอบรม/orientation การดำเนินงานเฝ้าระวังโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิดให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลเพื่อรับทราบแนวทางการดำเนินงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1. ควรมีการนิเทศ ติดตาม หรือ ทบทวนระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด ตามโครงการกำจัดการตามพันธุกรรมนานาชาติในโรงพยาบาล เพื่อทราบแนวทางการดำเนินงานและการรายงานตามระบบเฝ้าระวังได้ถูกต้อง ครบถ้วน 2. ควรติดตามโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกรายสัปดาห์ ก่อนการรายงาน Zero report ของโรคหัด หัดเยอรมัน และหัดเยอรมันแต่กำเนิด ให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลงานเด่นของผลงานเด่นของกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข:

ความสำเร็จของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) และ

ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ปัจจุบันโรคและภัยสุขภาพนับวันจะมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จากปัญหาภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease) เช่น โรคเมอร์ส (MERS) โรคซาร์ส (SARS) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ หรือการระบาดของโรคประจำถิ่น เช่น โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา รวมถึงภัยสุขภาพอื่นๆ ที่เกิดขึ้นเกือบทุกปี สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ และสังคมของประชาชนทั้งสิ้น การจัดการแก้ไขปัญหาระบาดโรคและภัยสุขภาพที่รวดเร็วทันต่อที่จะช่วยลดการสูญเสียทางด้านชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความจำเป็นที่จะต้องเร่งรัดการสร้างความพร้อมในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อปัญหา คือ จะต้องมีการสร้างบุคลากรและเครือข่ายการเฝ้าระวังสอบสวนทางระบาดวิทยาที่เข้มแข็ง สามารถตรวจจับความผิดปกติของโรคและภัยได้อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีทีมที่สามารถตอบสนองการสอบสวน ควบคุมโรคและภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทันต่อสถานการณ์ในหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ จึงได้มีการพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ทั้งในระดับอำเภอ จังหวัด และเขต เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับทีมในทุกระดับ แต่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินมีความจำเป็นต้องแบ่งภารกิจให้ชัดเจน กรมควบคุมโรคจึงมีการจัดทีมใหม่เป็น 1) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ วิเคราะห์ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) ทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคหรือภัยสุขภาพ ค้นหา สาเหตุ และแหล่งรังโรค เพื่อนำไปสู่การควบคุมและป้องกัน พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการกลับไปยังผู้บริหาร และผู้เกี่ยวข้องอย่างทันต่อ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สังกัดกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานวิชาการด้านป้องกันควบคุมโรค มีบทบาทหน้าที่หลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ประกอบด้วย 7 จังหวัด ได้แก่ นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี ระนอง และชุมพร โดยหน่วยงานได้แต่งตั้งทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรคที่มีสมาชิกเป็นสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักเทคนิคการแพทย์ และ

นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อดำเนินการสอบสวน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวสูงและมีชื่อเสียงระดับโลก เช่น ภูเก็ต พังงา กระบี่ และสุราษฎร์ธานี หากเกิดการระบาดของโรคในพื้นที่ จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจการท่องเที่ยวของประเทศ และภาพลักษณ์ของประเทศที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค ดังนั้น ความพร้อมด้านกำลังคนในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้สามารถสอบสวนควบคุมโรค และลดโอกาสการระบาดของโรคในวงกว้าง จนไม่สามารถควบคุมให้สงบได้ ทั้งนี้ในการดำเนินงานของ สคร.11 อาศัยมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานที่มเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563 เป็นกรอบในการปฏิบัติงานตามบทบาทภารกิจและพัฒนาสมรรถนะขีดความสามารถของทีมให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ

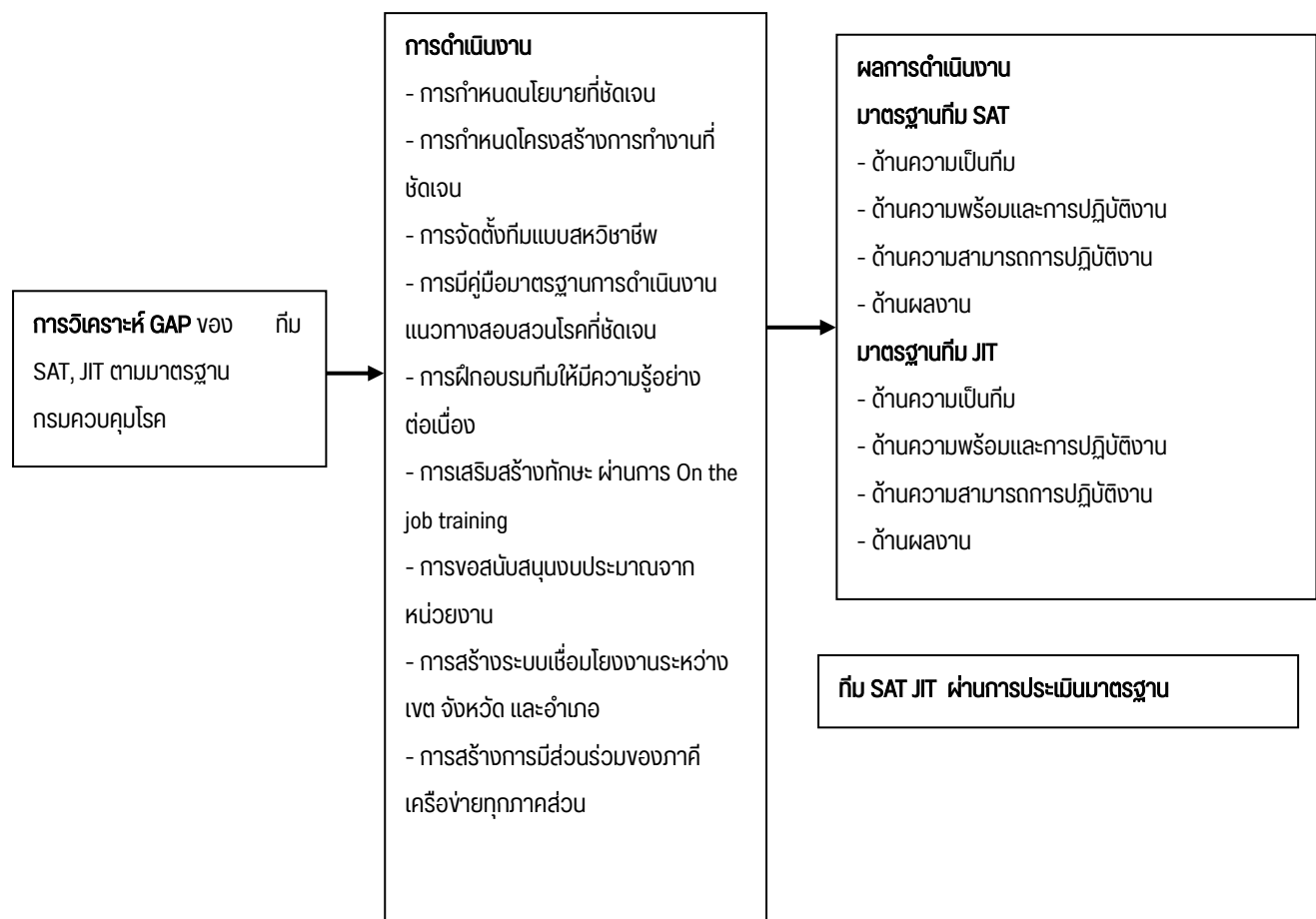
วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการเฝ้าระวัง สอบสวน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของ ทีม SAT, JIT สคร.11 ให้ผ่านมาตรฐานของกรมควบคุมโรค
2. เพื่อสร้างกลไกและระบบในการรับมือกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพที่เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. กระบวนการดำเนินงานประกอบด้วย การวิเคราะห์ GAP และการดำเนินการเพื่อปิด GAP (ภาพที่ 1)
2. การประเมินรับรองมาตรฐานการดำเนินงานของ SAT และทีม JIT สคร.11 โดยบุคคลภายนอก คือ คณะกรรมการจากกองระบาดวิทยา ร่วมกับกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน (ครอ.) กรมควบคุมโรค ใช้วิธีประเมินจากการสอบถาม ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานการดำเนินงานด้านต่างๆ และทดสอบการปฏิบัติจริงตามสถานการณ์ที่กำหนด ผลการประเมินพบว่า ทีม SAT และ JIT สคร.11 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ซึ่งเป็นหน่วยงานเดียวที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ประเมินรับรองมาตรฐาน SAT และทีม JIT ของหน่วยงานระดับเขต



กระบวนการดำเนินงานพัฒนาทีม SAT และทีม JIT ของหน่วยงาน

หลักการหรือแนวคิดที่ใช้ เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ GAP การดำเนินงาน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ของทีม SAT, JIT หลังจากนั้นระบุปัญหาว่า มีปัญหาอะไรบ้าง จากปัญหาดังกล่าว นำมาสู่การกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดวิธีการ ที่จำเพาะกับปัญหานั้นๆ และการประเมินผล

การนำไปใช้ประโยชน์ การเตรียมความพร้อมด้านกำลังคนและการวิเคราะห์ภาระงานในการกิจปกติเพื่อรองรับการ ยกระดับศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานของทีม SAT และ JIT

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 วันที่ 7 สิงหาคม 2567 ทีมตระหนักสถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) และทีม ปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) สคร.11 รับประเมิน จากคณะกรรมการภายนอกหน่วยงาน

(คณะทำงานประเมินฯ กรมควบคุมโรค) ผลการประเมินรับรองมาตรฐานทีม SAT และทีม JIT ด้วยเครื่องมือมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 2563 ทีม SAT และทีม JIT สคร. 11 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับพื้นฐาน ทั้ง 2 ทีม



การประเมินมาตรฐานทีม SAT และทีม JIT จากคณะกรรมการประเมินภายนอกหน่วยงาน เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2567

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เกณฑ์การตรวจสอบข่าวและสอบสวนโรค บางโรคและภัยสุขภาพไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จึงมีการทบทวนและกำหนดเกณฑ์ของ สคร.11 เป็นการจำเพาะ

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อๆ ดำเนินงานผ่านคณะทำงานทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) และทีมปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค (Joint Investigation Team: JIT) สคร.11 และประเมินตนเองและเตรียมความพร้อมขอประเมินรับรองในการยกระดับมาตรฐานทีมสู่ระดับดี ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ชื่อรางวัล/ วันที่ได้รับ/ หน่วยงานที่มอบรางวัล เป็นหน่วยงานเดียวในระดับเขต ที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน (อยู่ระหว่างรอใบประกาศผล ภายในไตรมาส 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จากกรมควบคุมโรค)

กลุ่มด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
ACT0803.1 จำนวนช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศได้รับการพัฒนาตาม แนวทางกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulations - Joint External Evaluation Tool : IHR - JEE)	10 ด้าน	10 ด้าน	การสืบเปลี่ยนการทำงานของ บุคลากรของเรือสำเภาที่เกี่ยวข้อง ทำให้ไม่สามารถที่จะดำเนินงานได้ อย่างคล่องตัวเนื่องจากต้องมีการ ถ่ายทอดความรู้ใหม่อยู่บ่อยครั้ง	มีความต้องการอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ เพื่อให้เกิดความพร้อม และรองรับการ ปฏิบัติงานตามสมรรถนะของกฎ อนามัยระหว่างประเทศให้สามารถ ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ACT0803.3 ร้อยละของช่อง ทางเข้าออกระหว่างประเทศที่มีการ พัฒนาสมรรถนะได้ตามกฎอนามัย ระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulations - Joint External Evaluation Tool : IHR - JEE)	ร้อยละ 95 (10 ด้าน)	ร้อยละ 100 (10 ด้าน)	ขั้นตอนที่ 1 คณะทำงานเปลี่ยนแปลง ตัวบุคคลตามวาระ 2. รายละเอียดตัวชี้วัดค่อนข้าง แสดงความเป็นการวัดการ ดำเนินงานด้านสาธารณสุข ขั้นตอนที่ 3 กำหนดการต้อง ปรับเปลี่ยนเป็นระยะ เนื่องจาก เป็น ภารกิจ 2 ส่วน คือ กองด่าน และ สคร.11 จำเป็นต้องบูรณาการงาน และนัดหมาย กำหนดการให้ตรงกัน	1. จัดให้มีการทบทวนบทบาทหน้าที่ ของ คณะทำงานทุกการประชุมครั้งที่ 1 ของ ทุกปี 2. ควรเพิ่มเติมอำนาจ หน้าที่ ของ คณะทำงานช่องทางให้สามารถ แต่งตั้งคณะปฏิบัติการเพื่อปฏิบัติการ เฉพาะด้านที่เป็นส่วนขาด หรือ ที่ต้อง ติดตามเป็นประจำ 3. ผลักดันตัวชี้วัดต่าง ๆ ที่เป็น ข้อกำหนดตามกฎอนามัยระหว่าง ประเทศ ให้เป็นข้อกำหนดการพัฒนาที่ ผู้รับผิดชอบช่องทางต้องดำเนินการ เป็นข้อกำหนดของกระทรวงนั้นๆด้วย เช่น กก.คมนาคม เป็นต้น
ACT0807 ร้อยละของช่องทางเข้าออก ประเทศมีสมรรถนะตามกฎอนามัย ระหว่างประเทศ (IHR-JEE) พ.ศ. 2548 ไม่ต่ำกว่าระดับ 4	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80		

ผลงานเด่นของผลงานเด่นของกลุ่มกลุ่มด้านควบคุมโรคระหว่างประเทศ

: การบูรณาการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศช่องทางเข้าออกประเทศในพื้นที่ สคร.11

(ประเภทท่าเรือ) กรณี สารเคมีรั่วไหลทางทะเล

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา/ต้นเหตุของปัญหา /สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

ตามที่ประเทศไทยในฐานะรัฐภาคีขององค์การอนามัยโลก ที่ได้ถือปฏิบัติการดำเนินงานตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (International Health Regulation : IHR 2005) เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และการเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข สอดคล้องตามแนวทางการจัดการภาวะโรคและภัยสุขภาพ 5 ด้าน หรือเรียกว่า All Hazards ได้แก่ ด้านโรคติดต่อเชื้อ สารเคมี อาหารปลอดภัย และกัมมันตรังสีและนิวเคลียร์ เพื่อให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ เตรียมความพร้อมเมื่อเกิดภาวะเหตุการณ์จริงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเป็นตามมาตรฐานในระดับสากล โดยจากการประเมินความเสี่ยงของช่องทางเข้าออกประเทศ ประเภทท่าเรือในพื้นที่ สคร.11 ภัยสุขภาพด้านสารเคมี มีความเสี่ยงมาเป็นอันดับสองรองจากโรคติดต่อ ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าเรือเกิดจึงได้มีการบูรณาการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศช่องทางเข้าออกประเทศ (ประเภทท่าเรือ) กรณี สารเคมีรั่วไหลทางทะเล ร่วมกับด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศในพื้นที่ สคร.11 และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในด้านแผนรองรับภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขให้ครอบคลุม โรคและภัยสุขภาพ 5 ด้าน (All Hazard) ของช่องทางเข้าออกประเทศ ประเภทท่าเรือ
2. เพื่อพัฒนาระบบเตรียมความพร้อมรับมือ ปรับตัวต่อภาวะอันตรายจาก All Hazard ของช่องทางเข้าออกประเทศให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญภายนอกจากองค์การอนามัยโลกและสอดคล้องตามแนวทางของกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 (IHR-JEE)

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อบูรณาการการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของช่องทางเข้าออกประเทศ ประเภทท่าเรือในพื้นที่ สคร.11

หลักการหรือแนวคิดที่ใช้ ใช้การฝึกซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise: TTX) เป็นการฝึกซ้อมแผนมุ่งเน้น การระบุดูจุดอ่อน รวมทั้งการทำความเข้าใจแผน นโยบาย ข้อตกลงความร่วมมือ และขั้นตอนการ ปฏิบัติที่ใช้อยู่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้การอภิปรายกลุ่มแบบไม่เป็นทางการบนพื้นฐานของ สถานการณ์สมมติที่กำหนดขึ้นโดยมีวิทยากรกระบวนการ

การนำไปใช้ประโยชน์ ช่องทางเข้าออกประเทศและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมประชุม สามารถนำแนวทาง มาตรการในการฝึกซ้อมแผนฯ ไปพัฒนาปรับปรุงแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่องทาง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของแต่ละช่องทาง รวมถึงการร่วมกัน วางแนวทางมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข
2. มีการจัดทำ/ปรับปรุงแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของช่องทางเข้าออกประเทศด้านสาธารณสุข



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องจากการบูรณาการจัดการฝึกซ้อมแผนฯ ร่วมกันระหว่างด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ประเภทท่าเรือ ในเขตพื้นที่ สคร.11 เป็นครั้งแรก อาจมีอุปสรรคในการประสานงานและการวางแผนการฝึกซ้อมฯให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่องทาง โดยบางช่องทางอาจมีแนวทางหรือมาตรการในการจัดการภัยด้านสาธารณสุขที่แตกต่างกันบ้างเล็กน้อย จึงต้องมีการนำแผนที่ได้ไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่องทางต่อไป

แผนการดำเนินงานต่อเนื่องในปีต่อๆ

มีการประชุมคณะทำงานพัฒนาช่องทางเข้าออกประเทศของแต่ละช่องทางปีละ 2 ครั้ง เพื่อประเมินวิเคราะห์ความเสี่ยงในช่องทาง และปรับปรุง/ฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของช่องทางเข้าออกประเทศ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลง

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
แผนงานโรคไข้เลือดออก				
ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกลดลงจาก ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี	ลดลงร้อยละ 20 (ไม่เกิน 49.02/แสน ปชก.)	2,609 ราย 128.89/แสน ปชก.	- บุคลากรและ วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีไม่เพียงพอกับสถานการณ์ของโรค - ขาดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก	- จัดสรรบุคลากรในการควบคุมโรคอย่างเพียงพอ รวมถึงการบริหารจัดการสารเคมี/เครื่องพ่นสารเคมีให้ครอบคลุมพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก - เพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะ - จัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนในแต่ละชุมชนมีความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยกันทำลายแหล่งรังโรค
ตัวชี้วัดที่ 2 อัตราป่วยตายด้วยโรค ไข้เลือดออกในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป	ไม่เกินร้อยละ 0.10	0.19		
ตัวชี้วัดที่ 3 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้ปวดท้อยุ่งลายลดลง	ลดลงร้อยละ 50 จากปีงบประมาณ 2566	3 ราย ลดลง ร้อยละ 40		
ตัวชี้วัดที่ 4 หญิงตั้งครรภ์ทุกรายในหมู่บ้านที่มีรายงานผู้ป่วยโรคติดเชื้อมีประวัติการได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสซิกา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
ตัวชี้วัดที่ 5 ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ ให้ค่า HI CI < 5 (sw./ss. = 0)	HI CI < 5 (sw./ss. = 0)	HI = 9.65 CI = 2.65		

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
โรคไข้มาลาเรีย				
1. ร้อยละของการรายงานผู้ป่วยไข้มาลาเรีย ภายใน 1 วัน	ร้อยละ 95	ผู้ป่วยไข้มาลาเรียได้รายงานเข้าระบบมาลาเรียออนไลน์ภายใน 1 วัน จำนวน 59 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย ผลงาน : ร้อยละ 100	-	- สื่อสาร ถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานเร่งรัดกำจัดโรคไข้มาลาเรียแก่เครือข่ายในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง
2. ร้อยละของผู้ป่วยไข้มาลาเรียได้รับการสอบสวนประวัติเฉพาะราย (ร.ว.3) ภายใน 3 วัน	ร้อยละ 95	ผู้ป่วยไข้มาลาเรียได้รับการสอบสวนประวัติเฉพาะราย (ร.ว.3) ภายใน 3 วัน จำนวน 59 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 59 ราย ผลงาน : ร้อยละ 100	-	-
3. ร้อยละของแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียได้รับการทำลาย/ควบคุม (ตอบโต้แหล่งแพร่เชื้อ) ภายใน 7 วัน	ร้อยละ 95	แหล่งแพร่เชื้อมาลาเรียได้รับการทำลาย/ควบคุม ภายใน 7 วัน จำนวนแหล่งแพร่เชื้อมาลาเรีย 44 แหล่ง ผลงาน : ร้อยละ 100	-	-
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการติดตามผลการรักษาครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์ (FU)	ร้อยละ 60	ผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียจำนวน 59 ราย ได้รับการติดตามครบ 4 ครั้ง ตามเกณฑ์ จำนวน 59 ราย ผลงาน : ร้อยละ 100	-	- สื่อสารความรู้แก่ผู้ป่วย และชุมชนสร้างความตระหนักในการให้ความสำคัญของการดูแลรักษาโรคไข้มาลาเรีย
5.ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับการอบรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครมาลาเรียมีความรู้เรื่องโรคไข้มาลาเรียเพิ่มขึ้นหลังจากผ่านการอบรม	ร้อยละ 85	อบรมพัฒนาสร้างเสริมศักยภาพอาสาสมัครมาลาเรียในพื้นที่จังหวัดพังงา จำนวน 70 คน ผลงาน : ร้อยละ 91.43	-	- ติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครมาลาเรียและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง
แผนงานโรคเท้าช้าง				
ไม่มีการแพร่เชื้อในยุงพาหะนำโรคเท้าช้างสายพันธุ์ป่า	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
สรุปรายงานผลการติดตาม นิเทศหน่วยบริการ และเยี่ยมเยียนผู้ปรากฏอาการโรคเท้าช้าง (จ.นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และ จ.ชุมพร)	3 ฉบับ	3 ฉบับ		

ผลงานเด่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อมาโดยแมลงที่ 11.1 จังหวัดพังงา

แผน POR : กับการระบาดของโรคไข้มาลาเรีย อ.บางขัน จังหวัดนครราชสีมา

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

การกำจัดโรคไข้มาลาเรียดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การกำจัดโรคไข้มาลาเรียประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2569 มีเป้าหมายคือ ประเทศไทยปลอดจากโรคไข้มาลาเรียภายในปี 2567 โดยอาศัยกลไกการขับเคลื่อนในระดับนโยบายผ่านคณะกรรมการอำนวยการกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (รองนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน) และคณะกรรมการบริหารกำจัดมาลาเรียแห่งชาติ (ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน) สำหรับในระดับจังหวัดขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดตาม พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558

ปัจจุบันประเทศไทยมีจังหวัดปลอดโรคไข้มาลาเรียที่ผ่านการประเมินรับรอง ณ ปี 2565 จำนวนทั้งสิ้น 41 จังหวัด และจังหวัดนครราชสีมา ก็เป็น 1 ใน 41 จังหวัดที่ปลอดจากโรคไข้มาลาเรียในปีนั้น แต่ในปีงบประมาณ 2567 กลับพบว่า จังหวัดนครราชสีมา เป็นจังหวัดที่กลับมาแพร่เชื้อใหม่ โดยเฉพาะ อำเภอบางขัน จากข้อมูลทางระบาดวิทยา (ระบบมาลาเรียออนไลน์) พบว่า อำเภอบางขัน พบผู้ป่วยล่าสุด ปีงบประมาณ 2556 จำนวน 2 ราย และในปีงบประมาณ 2567 พบว่ามีการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ในพื้นที่ ซึ่งพบผู้ป่วยทั้งสิ้น 9 ราย และเป็นการติดเชื้อในพื้นที่จำนวน 5 ราย ซึ่งการกลับมาแพร่เชื้อหรือมีการระบาดของมาลาเรียจะเกิดขึ้นได้ มีสาเหตุหลายประการ โดยทั่วไปจะพบการระบาดเป็นจุดเล็ก ๆ ในพื้นที่ที่หยุดการแพร่เชื้อแล้ว ทำให้เกิดการระบาดหากไม่มีการเฝ้าระวังที่เข้มแข็งการระบาดอาจขยายวงกว้างได้อย่างรวดเร็ว และยังพบอีกว่า จากที่จำนวนผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียลดลงมาก จนไม่มีการแพร่เชื้อหรือติดเชื้อในพื้นที่หรือจังหวัดแล้ว ทำให้ความสนใจ งบประมาณ ตลอดจนการเฝ้าระวัง ทักษะในการตรวจวินิจฉัยรักษา ลดน้อยลง ไม่มีการสำรองเวชภัณฑ์ที่สำคัญเช่นยาต้านมาลาเรียไว้ เมื่อมีผู้ป่วยนำเชื้อจากพื้นที่อื่นเข้ามาจึงไม่สามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วได้ เจ้าหน้าที่อาจไม่สงสัยว่าเป็นโรคไข้มาลาเรียเพราะหยุดไปนานแล้ว แต่ยังมีอยู่กันปลอมอยู่ ก็อาจทำให้มาลาเรียกลับมาระบาดใหม่ได้ ฉะนั้นจังหวัดจะต้องพิจารณาประเมินดูการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งสองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถคาดการณ์หรือพยากรณ์การระบาดล่วงหน้าได้ และป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อมาลาเรียใหม่ในพื้นที่ ทั้งในด้านการป้องกัน การเตรียมความพร้อมและการตอบโต้เมื่อมีการระบาดของโรคไข้มาลาเรียเกิดขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อระงับการแพร่เชื้อโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ (Active case finding) ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่กลุ่มบ้านน้ำนิ่ง ด้วยชุดตรวจ RDT 67 โดย ศตม ร่วมกับ สสจ. sw.บางขัน sw.สต. อสม. อบต. และผู้นำชุมชน ในพื้นที่ จำนวนผู้รับการตรวจ 165/0 ราย คัดกรองเด็กนักเรียนจากโรงเรียนสังวาลย์วิทย์ จำนวน 136/0 ราย ค้นหาประชาชนกลุ่มบ้านเวาหวง จำนวน 21/0 ราย จากการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ตลอดจนการดำเนินงานในกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคในพื้นที่ และจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น พบว่าในพื้นที่ดังกล่าวพบผู้ป่วยรายสุดท้ายเมื่อวันที่ 23 พ.ค. 2567 จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่พบผู้ป่วยเพิ่มเติมในพื้นที่ แนวโน้มการเกิดโรคน่าจะหยุดการระบาด

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้รับผิดชอบมีความตระหนักว่าการจัดทำแผนป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่ โรคไข้มาลาเรียอำเภอบางขัน จังหวัดนครศรีธรรมราช (แผน POR (Prevention of Re-Establishment of Malaria Transmission: แผนการป้องกันการกลับมาแพร่เชื้อใหม่โรคไข้มาลาเรีย) เพื่อที่จะได้รับมือกับการระบาดของโรคไข้มาลาเรียในพื้นที่ได้ทันต่อเวลาที่จำเป็นมาตรการรองรับดังนี้

มาตรการ	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
1. การตรวจวินิจฉัยและรักษา	ดำเนินการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาโรคไข้มาลาเรียตามมาตรฐานฯ	sw.บางขัน
2. การเฝ้าระวังโรค	สำรวจยุงพาหะในพื้นที่ไวกะสูง	ศตม
	มีช่องทางการสื่อสาร เรื่อง การป้องกันตนเองและสถานที่ตรวจรักษา	sw.สต.สสจ.
	การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (ACD) เพื่อค้นหาผู้ป่วยไม่แสดง	ศตม sw.สต. / อสม. ในพื้นที่
3. การป้องกันและควบคุมยุงพาหะ	ให้มีการป้องกันยุงกัดในกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงในเวลากลางคืน โดยการนอนในมุ้งหรือใช้ยากากันยุง	สสจ. / อบจ.ศตม. sw.สต
4. การเตรียมความพร้อมทักษะวัสดุอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์	อบรมการตรวจมาลาเรียตามแนวทางประกาศให้กับ อสม.	ศตม
	สำรองวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ชุดตรวจ	ศตม.sw.บางขันsw.สต.
	มีศูนย์สำหรับบริการรักษามาลาเรียในจังหวัด	
5. การตอบโต้เมื่อพบการแพร่เชื้อในพื้นที่	ดำเนินการตามมาตรการ 1	ศตม sw.สต
	ดำเนินการตามมาตรการ 3	สสจ. / ศตม. / sw.สต/อบจ
	ดำเนินการตามมาตรการ 7	ศตม./sw.สต

การนำไปใช้ประโยชน์

สามารถนำไปประยุก์ใช้งานได้จริงในพื้นที่ ก่อให้เกิดบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงานแต่ละกิจกรรม สามารถควบคุมโรคในพื้นที่ไม่ให้เกิดการระบาดขยายไปในวงกว้าง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

สามารถควบคุมโรคไ้มาลาเรียที่ระบาดในพื้นที่ไม่ให้ขยายไปในวงกว้างและสามารถควบคุมโรคได้ทันท่วงที ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน และก่อให้เกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังโรคของเจ้าหน้าที่มากยิ่งขึ้น



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- 1.ระบบรายงานผู้ป่วยมีความล่าช้า
- 2.เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ขาดองค์ความรู้ในการจัดการการระบาดของโรคไ้มาลาเรีย
- 3.ไม่มีการ stock ยารักษาโรคไ้มาลาเรียไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจาก ไม่พบผู้ป่วยโรคไ้มาลาเรียมามากกว่า 10 ปี

ผลงานเด่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในพื้นที่
เศรษฐกิจท้องถิ่น (เกาะสมุย เกาะพะงัน และเกาะเต่า) จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

สืบเนื่องจากการณเหตุการณ มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกา เมื่อวันที่ เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งได้รับแจ้งจาก
ข้อมูลจากเว็บไซต์ต่างประเทศ Promed พบเหตุการณ์ติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 1 ราย มีประวัติเดินทางมาประเทศไทยเป็นเวลา
2 สัปดาห์ เดินทางไปที่เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากเหตุการณ์นี้ส่งผลให้มีประกาศแจ้งเตือนนักท่องเที่ยวที่จะเดินทางมา
ท่องเที่ยวในประเทศไทยในช่วงเวลานั้น จากผ่านทางเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก ประกอบกับในช่วงเวลาเดียวกัน
สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในอำเภอเกาะสมุย เกาะพะงัน และเกาะเต่า จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีรายงานผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1
มกราคม - 30 พฤษภาคม 2567 (สัปดาห์ที่ 20) มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกาจำนวน 30 ราย พบในอำเภอเกาะพะงัน 22 ราย
อำเภอเกาะสมุย 2 ราย เป็นผู้ป่วยชาวต่างชาติ 4 ราย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเข้ามา
ท่องเที่ยวในประเทศไทย และจังหวัดสุราษฎร์ธานีในอนาคต

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในพื้นที่ท่องเที่ยว
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคของผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ท่องเที่ยว
3. เพื่อสร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อจากยุงลาย

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) /ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี จัดทำโครงการฯ โดย ใช้งบประมาณ การเฝ้าระวัง
ป้องกัน ควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ(ผลผลิตที่ 3) เสนอโครงการต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ประชาสัมพันธ์ภาคีเครือข่าย กลุ่มเป้าหมายของโครงการ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี
(สสจ.สุ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
สมาคมส่งเสริมธุรกิจการท่องเที่ยว (สรทท.) ในพื้นที่ เกาะสมุย เกาะพะงัน และ เกาะเต่า เพื่อเข้าร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการ ร่วม
ภาคีเครือข่าย จำนวน 37 คน
3. ประสานความร่วมมือจาก กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช

4.จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในวันที่ 29 - 30 พฤษภาคม 2567 โดยได้รับเกียรติ จาก พญ.ฉันทนา ผดุงกศ
ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทางแมลง เป็นประธานและวิทยากร พญ.ดารินดา รอชะ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค
ที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช และ นพ.หิรัญวุฒิ แพร์คุณธรรม รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จ.นครศรีธรรมราช
ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มในการจัดประชุมกลุ่ม

5.ประชุมกลุ่มระดมสมอง ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการโดยนำ ปัญหาและอุปสรรค จุดเด่น จุดด้อย ของพื้นที่ และของ
เครือข่าย มาพิจารณาร่วมกันจัดทำแผนกิจกรรมที่สามารถปฏิบัติและประเมินผลได้

6.นำเสนอผลการจัดทำแผนปฏิบัติการแบ่งเป็น 3 พื้นที่คือ แผนปฏิบัติการฯพื้นที่เกาะสมุย แผนปฏิบัติการฯพื้นที่เกาะ
พะงัน และแผนปฏิบัติการฯพื้นที่เกาะเต่า

7.คณะทำงานนำร่างของแผนปฏิบัติการจัดทำเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายกบวทและแก้ไข
ร่างให้สมบูรณ์ เมื่อผ่านการกบวทและแก้ไขให้ถูกต้องจากเครือข่ายแล้วจึงเสนอให้กับหัวหน้าศูนย์ควบคุมโรคติดต่อทางแมลง
ที่ 11.3 จ.สุราษฎร์ธานี รับทราบและเสนอให้กับผู้บริหารของหน่วยงานเครือข่ายที่เข้าร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการยึดถือเป็นแนวทาง
ปฏิบัติ (เสนอให้เครือข่ายรับทราบเมื่อ เดือนกรกฎาคม 2567)

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้ แผนปฏิบัติการเป็นเอกสารที่ระบุแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ทั้งหมดที่จะดำเนินการในการ
จัดการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางแมลง เพื่อให้แนวทางกิจกรรมในการดำเนินงานใน ของทุกภาคส่วนที่มีส่วน
ได้เสียกับการระบาดของโรคติดต่อทางแมลงในพื้นที่เกาะ ลดข้อจำกัด และอุปสรรค ของการดำเนินงาน สร้างความชัดเจนใน
การปฏิบัติมากขึ้น เพื่อมีการประสานและบูรณาการการทำงานทรัพยากรที่เป็นทรัพย์สิน และทรัพยากรบุคคล กับหน่วยงานและ
องค์กรภาคเอกชน ทั้งนี้เพื่อเป็นเครื่องมือในการติดตามประเมินผลเมื่อสิ้นปีมีความสะดวกมากขึ้นอีกด้วย

การนำไปใช้ประโยชน์ พื้นที่เกาะ มีแผนปฏิบัติการ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางแมลง สำหรับ
ให้กับภาคส่วนที่มีส่วนได้เสียใช้เป็นคู่มือแนวทางในการปฏิบัติงาน ฯ

เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผลกิจกรรมการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางแมลง

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ คณะทำงานได้ดำเนินงานคืนข้อมูลให้กับเครือข่ายที่เข้าร่วมประชุมกบวทร่างฯ
และแก้ไขแผนปฏิบัติการฯ หลังจากนั้นได้เสนอให้กับผู้บริหารรับทราบและแจ้งให้กับผู้บริหารของหน่วยงานเครือข่ายที่เข้าร่วม
จัดทำแผนรับทราบนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เมื่อเดือน กรกฎาคม 2567 ซึ่งแผนปฏิบัติการดังกล่าวประกอบด้วยแผนปฏิบัติ
การ 3 ฉบับ คือ

- 1.แผนปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางแมลงในพื้นที่ อำเภอเกาะสมุย
- 2.แผนปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางแมลงในพื้นที่ อำเภอเกาะพะงัน
- 3.แผนปฏิบัติการในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางแมลงในพื้นที่ ตำบลเกาะเต่า



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

เนื่องด้วยพื้นที่เกาะ ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก จึงมีนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาตลอดทั้งปี ทำให้ประชากรในพื้นที่เป็นประชากรแฝงร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลต่อการจัดการโรคติดต่อ นำโดยยุงลายตามแผนปฏิบัติการในช่วงที่มีการระบาด หากไม่ได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนในพื้นที่ การขับเคลื่อนการดำเนินงานควรมีการผลักดันจากหน่วยงานระดับกรม ของภาคส่วนต่างๆในพื้นที่

ผลงานเด่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร

โครงการบูรณาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย อำเภอกำแพง จังหวัดชุมพร

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคไข้มาลาเรีย ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย สถานการณ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยสถานการณ์โรคไข้มาลาเรียในประเทศไทย 5 ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 3,946 ราย พ.ศ. 2564 จำนวน 3,267 ราย พ.ศ. 2565 จำนวน 11,036 ราย พ.ศ. 2566 จำนวน 17,015 ราย และพ.ศ. 2567 จำนวน 12,804 ราย (ข้อมูล 1 ม.ค. - 30 ก.ย. พ.ศ.67) ซึ่งจะเห็นได้ว่าโรคไข้มาลาเรียยังเป็นภัยคุกคามสุขภาพของประชาชนมาโดยตลอด โดยเฉพาะพื้นที่ตามตะเข็บแนวชายแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ไม่ว่าจะเป็นแนวชายแดนไทยพม่า กับพม่า และมาเลเซีย จะมีการแพร่ระบาดของโรคมาลาเรียเกือบทุกปีจนโรคไข้มาลาเรียเป็นโรคประจำถิ่นที่อยู่คู่กับประชาชนในพื้นที่ที่ประชาชนสามารถติดเชื้อมาลาเรียได้ตลอดเวลาหากมีปัจจัยที่เหมาะสมทั้ง 3 ด้าน คือ มีคนป่วย มีเชื้อมาลาเรียและมียุงกัดในพื้นที่ และจังหวัดชุมพร ถือเป็นจังหวัดที่พบผู้ป่วยโรคไข้มาลาเรียมาโดยตลอด ประกอบอาชีพภาคเกษตรกรรมที่การทำสวนทุเรียน อาชีพทำสวนยาง และอำเภอกำแพงเป็นปัญหาโรคไข้มาลาเรียมากที่สุดในจังหวัดชุมพร อำเภอกำแพง มีจำนวนผู้ป่วยคิดเป็น 95 เปอร์เซ็นต์ของจังหวัด

ซึ่งจะเห็นได้ว่าหากไม่มาตรการที่ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมอาจส่งผลให้โรคไข้มาลาเรียแพร่ระบาดในพื้นที่ ดังนั้น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.4 จังหวัดชุมพร ได้จัดทำโครงการบูรณาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้มาลาเรีย อำเภอกำแพง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อการค้นหาผู้ป่วยมาลาเรีย และรักษามาลาเรียในรายที่ตรวจพบเชื้อโดยเร็ว
2. เพื่อลดอัตราการป่วย และอัตราการตายด้วยโรคมาลาเรีย
3. เพื่อกำจัดยุงพาหะนำโรคมาลาเรีย ในสถานที่ต่างๆ ที่มีการระบาดของโรค ในพื้นที่อำเภอกำแพง
4. เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักในการป้องกัน และควบคุมโรคมาลาเรีย

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่ดำเนินการ อำเภอท่าชะงัดชุมพร ประกอบด้วย ศูนย์ควบคุมโรคติดต่ออำเภอท่าชะงัดชุมพร หน่วยควบคุมโรคติดต่ออำเภอท่าชะงัดชุมพร สำนักงานสาธารณสุขอำเภอท่าชะงัดชุมพร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร โรงพยาบาลท่าชะงัดชุมพร และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอท่าชะงัดชุมพร ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการ (Action plan) มีคณะทำงานติดตามและประเมินการดำเนินงานตามแผน

หลักการ หรือแนวคิดที่ใช้ ประชาชนได้รับการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออำเภอท่าชะงัดชุมพร โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

1. กิจกรรมตรวจเชิงรุกหาเชื้อมาลาเรียในประชากรกลุ่มเสี่ยง ด้วยชุดตรวจหาเชื้อ RDT
2. กิจกรรมตรวจหาเชื้อมาลาเรียอย่างรวดเร็ว (Malaria Rapid Diagnostic Test) ในพื้นที่และประชากรกลุ่มเสี่ยง
3. กิจกรรมประชาสัมพันธ์ป้องกันควบคุมโรคมาลาเรีย รดแก่ประชาสัมพันธ์ ป้องกัน ควบคุมโรคมาลาเรีย ในพื้นที่ระบาด (ใช้งบประมาณเงินบำรุง รพ.สต.ที่ดำเนินการ)
4. กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ การใช้ชุดตรวจมาลาเรียแบบรวดเร็ว (RDT)
5. กิจกรรมการถ่ายทอดองค์ความรู้ ทักษะ การใช้สารเคมี การใช้เครื่องพ่นชนิดมีฤทธิ์ตกค้าง (IRS) ให้พนักงานควบคุมพาหะนำโรค



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาสำคัญของการปฏิบัติงานเชิงรุกคือสภาพพื้นที่ที่ทุรกันดาร เข้าถึงได้ยาก และไม่มีไฟฟ้าใช้

ผลงานเด่น ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.5 จังหวัดชุมพร

“พัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อฯ โดยแมลงในรูปแบบ Dashboard”

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

ที่มา / ต้นเหตุของปัญหา / สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ

โรคติดต่อฯ โดยแมลงที่สำคัญทางสาธารณสุข ได้แก่ โรคไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคสครับไทฟัส เป็นต้น โดยข้อมูลประกอบด้วย ข้อมูลผู้ป่วย การเฝ้าระวังพาหะนำโรค และการประเมินมาตรฐานต่างๆ เป็นการเก็บข้อมูลในรูปแบบเอกสารและรูปแบบ Microsoft Excel ซึ่งอาจทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลล่าช้า ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงที่ 11.5 จังหวัดระนอง จึงพัฒนาการวิเคราะห์ข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อฯ โดยแมลงในรูปแบบ Dashboard เพื่อให้ง่ายต่อการนำเสนอข้อมูล รวมทั้งสามารถวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคได้ทันเวลาต่อไป

วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

- เพื่อเฝ้าระวังและติดตามการแพร่ระบาดของโรคติดต่อฯ โดยแมลงในพื้นที่จังหวัดระนอง
- เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในพื้นที่จังหวัดระนอง
- เพื่อนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องและทันก่วงที่แก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบในการวางแผนเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลงในพื้นที่จังหวัดระนอง

ส่วนที่ 2 แนวทางการแก้ไขปัญหาและการนำไปปฏิบัติ

การดำเนินการ (วิธีการ/รูปแบบ) / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลจากโปรแกรม D506 จากกองระบาด กรมควบคุมโรค ฐานข้อมูลระบบมาลาเรียออนไลน์ และจากการสำรวจภาคสนามของงานที่ภูมิวิทยา
2. แสดงผลการนำเสนอในรูปแบบ Dashboard

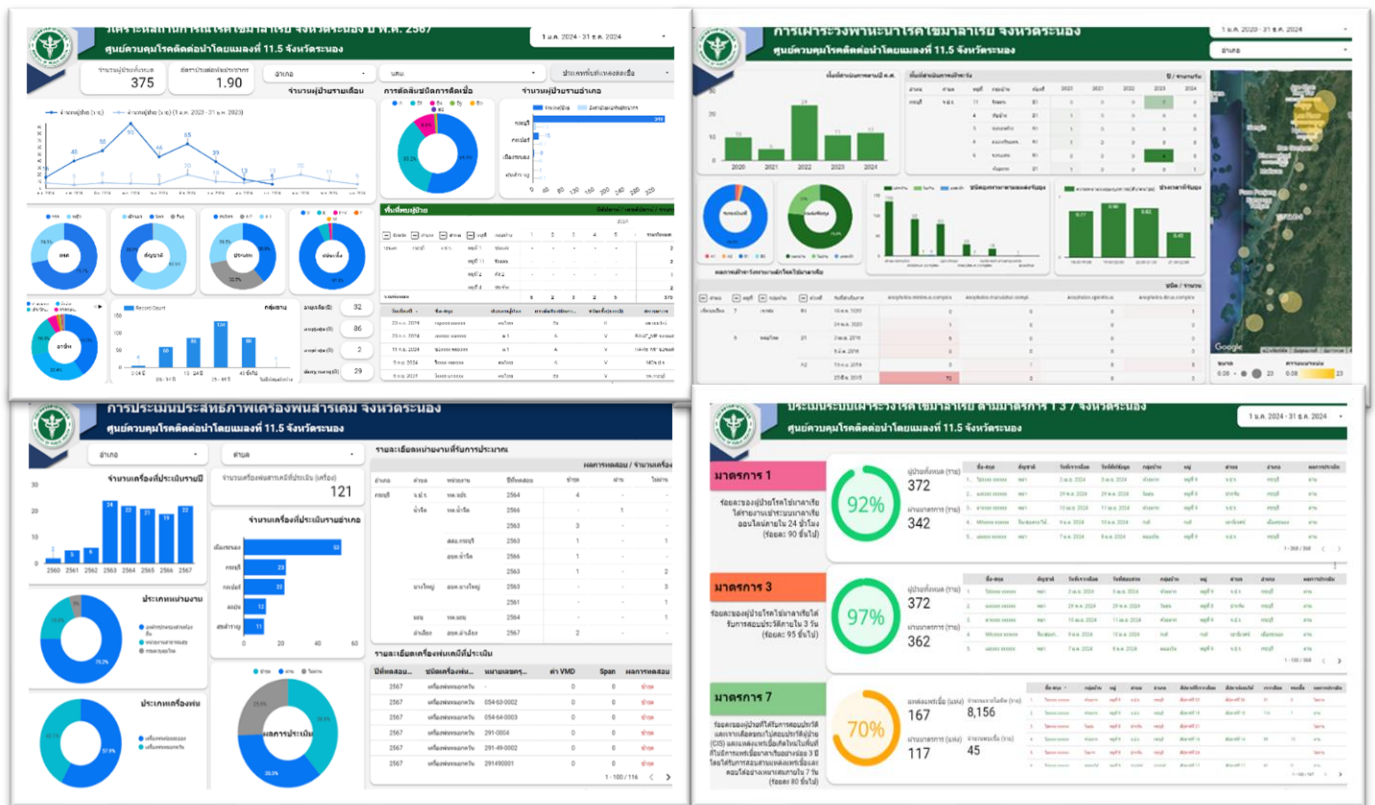
การนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถติดตามแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรค และชี้เป้าพื้นที่เสี่ยงได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งประเมินมาตรฐานต่างๆ เช่น มาตรฐานการควบคุมโรคมาลาเรีย (1-3-7) และมาตรฐานเครื่องพ่นสารเคมี

ส่วนที่ 3 ผลผลิต ผลลัพธ์เชิงประจักษ์ และปัญหาอุปสรรค

ผลผลิต หรือผลลัพธ์ที่ได้

รูปแบบ Dashboard เฝ้าระวังโรคติดต่อฯ โดยแมลงในพื้นที่จังหวัดระนอง ตามระเอียดตามลิงค์

<https://lookerstudio.google.com/s/u-Nw9Fduzy4>



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

1. ผู้ใช้งานบางส่วนขาดความรู้หรือทักษะในการใช้งาน Dashboard ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างเต็มที่
2. ข้อมูลทางที่ภววิทยายังไม่ครอบคลุมทุกโรคเนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณในการดำเนินงาน

งานกฎหมาย

ตัวชี้วัด/การดำเนินงาน	ปีงบประมาณ 2567		GAP	ข้อเสนอแนะ/ สิ่งที่ต้องการสนับสนุน เพิ่มเติม
	เป้าหมาย	ผลงาน		
การตรวจสอบจัดการข้อร้องเรียน	ดำเนินการตรวจสอบเรื่องร้องเรียนตามที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตรวจสอบ	ในปีงบประมาณ 2567 มีเรื่องร้องเรียนที่ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการตรวจสอบจำนวน 3 เรื่อง ซึ่งได้ดำเนินการตรวจสอบแล้วเสร็จทุกเรื่อง	-	-
การบังคับใช้กฎหมายตามที่พื้นที่ร้องขอ	บังคับใช้กฎหมายพ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 ในพื้นที่ ตามที่ได้มีการร้องขอ	ลงพื้นที่บังคับใช้กฎหมายตามที่ได้มีการร้องขอ จำนวน 5 ครั้ง	สามารถลงพื้นที่บังคับใช้กฎหมายได้เพียงพอเท่าที่ได้รับการจัดสรรเงินงบประมาณ	สนับสนุนเงินงบประมาณให้เพียงพอเพื่อรองรับการดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่เพิ่มขึ้น
การสนับสนุนให้ความรู้ด้านกฎหมายแก่พื้นที่	ให้ความรู้ด้านกฎหมาย พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560	มีการสนับสนุนให้ความรู้ด้านกฎหมายพ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พ.ร.บ.โรคจากการประกอบอาชีพ และโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.2551 และพ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 รวมจำนวน 10 ครั้ง	-	-

ส่วนที่ 5

รวมภาพกิจกรรม ปีงบประมาณ 2567

วันที่ 22 - 24 กันยายน 2567 แพทย์หญิงดารินดา รอชะ รักษาการแทนผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นประธานการประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สถานการณ์ ช่องว่างประเด็นเชิงนโยบายและปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการประชาชนด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ณ โรงแรมเขาหลัก แอมเมอร์ล บีช รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดพังงา



วันที่ 29 กรกฎาคม 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช ของมอบพระคุณ นพ.บิตี เหตานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค ที่ให้เกียรติเข้าร่วมพิธีเปิดโครงการพาหมอไปหาประชาชน เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมโภชสิริสมเด็จพรชนมพรรษา 6 รอบ โรงพยาบาลชะวอด จ.นครศรีธรรมราช โดยมี นายแพทย์ศักดิ์ดา อัลภาชน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 เป็นประธานในพิธี กรมควบคุมโรค นำโดย นพ.บิตี เหตานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค นพ.โกธสโร โตทับเที่ยง ผอ.กองวัณโรค แพทย์หญิงดารินดา รอชะ ผอ.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 มอบเครื่อง X-Ray portable ให้แก่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 และจัดบูธให้ความรู้ "โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี" "โรควัณโรค" "โรคไข้เลือดออกและโรคไข้มาลาเรีย" แจกสื่อความรู้ แจกโลชั่นทากันยุง สเปรย์พ่นกันยุง และทรายกำจัดลูกน้ำยุงลาย



นายแพทย์นิติ เหตานุรักษ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค และ แพทย์หญิงดารินดา รอชะ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมด้วยทีม ผู้บริหารกรมควบคุมโรค และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่ 11.3 จังหวัดสุราษฎร์ธานี ร่วมลงพื้นที่ที่ตรวจเยี่ยมเสริมพลัง ติดตามการดำเนินงานและรับฟังปัญหาการระงับ ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อในชุมชนในพื้นที่ท่องเที่ยวจากเครือข่าย และผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ ระหว่างวันที่ 22 - 24 สิงหาคม 2567 ณ อำเภอเกาะสมุย และอำเภอเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี



วันที่ 27 ธันวาคม 2567 แพทย์หญิงดารินดา รอชะ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมด้วยคณะผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ เข้าร่วมพิธีเปิด จุดบริการประชาชน และจุดตรวจร่วมแบบบูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหามลพิษทางอากาศ ช่วงเทศกาลปีใหม่ 2568 ทั้งนี้ได้มอบเวชภัณฑ์ชุดยาสามัญพร้อมสื่อสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุช่วงเทศกาลปีใหม่ โดยมีนายชวทิจ จักรวรรดิศรี รองผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นประธานในพิธี ณ จุดบริการประชาชน ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช



วันที่ 18 ธันวาคม 2567 แพทย์หญิงดารินดา รอดะ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราชและคณะ ร่วมกับผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 (นายแพทย์ปิยะ ศิริลักษณ์) ออกตรวจเยี่ยมและให้คำแนะนำแก่สถานบริการสาธารณสุขที่ประสบอุทกภัยในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเนิน อำเภอเชียรใหญ่ 2) โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และ 3) โรงพยาบาลพระพรหม พร้อมกันนี้ได้สนับสนุนยาชุดช่วยเหลือผู้ประสบภัยและรองเท้าบูท แก่ประชาชนและบุคลากรผู้ประสบภัย เพื่อการป้องกันโรคต่อไป



วันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยกลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมร่วมพิธีมอบโล่รางวัลเชิดชูเกียรติมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2567 ได้รางวัลระดับดีเด่น คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลพังงา โรงพยาบาลทุ่งสง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 10 แห่ง จังหวัดชุมพร จำนวน 6 แห่ง จังหวัดกระบี่ จำนวน 3 แห่ง และจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2 แห่ง



วันที่ 22 พฤศจิกายน 2567 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช ได้รับรางวัลคุณภาพแห่งชาติการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2567 จากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นายสมศักดิ์ เทพสุทิน ตามโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในกรณีพลัดตกหกล้ม ณ โรงแรมมิตร พักยา จังหวัดชลบุรี





กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

รายงานประจำปี 2567

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

ชี้อัตย เสยสละ รับผิดชอบ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา
ที่อยู่ : สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา
478/74 ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ อำเภอเมือง
จังหวัดนครราชสีมา