



แผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ยุทธศาสตร์ที่ 1

การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ

4 กลยุทธ์

9 OKRs

26 Key Result

ยุทธศาสตร์ที่ 1

การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ

ผู้สูงอายุ / ผู้พิการ

แม่

เด็ก

ปัญหา
กลุ่มวัย

วัยรุ่น

วัย
เรียน

วัย
ทำงาน

- 1) หกกล้ม / สมองเสื่อม
- 2) คลินิกผู้สูงอายุ มีระบบคัดกรอง ส่งต่อ เน้นหกกล้ม สมองเสื่อม จาก Bluebook เข้าคลินิกทุกราย ,ครู ก ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ
- 3) ขาดการติดตาม Wellness Plan ติดตามผ่าน google sheet รายอำเภอ
- 4) LTC ติดตามการเบิก-จ่าย เงินกองทุน
- 5) CG ขาดการฟื้นฟูศักยภาพ พัฒนาศักยภาพและฟื้นฟูความรู้โดย CUP



- 1) ANC 8 ครั้งน้อย พบ NO ANC (One province one labor room + CFT)
- 2) ภาวะโลหิตจาง (One province one labor room + CFT)
- 3) คลอดก่อนกำหนด (พบในแม่วัยรุ่นเพิ่มขึ้น)
- 4) แม่ตาย 2 ราย



- 1) มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งท่อน้ำดี ติดตาม คีนข้อมูลมะเร็งผ่าน google sheet
- 2) DM (DM Remission) ขยายกลุ่มเป้าหมาย , CPG ,HT ,CKD รายใหม่



- 1) เด็กตาย 19 ราย (คลอดก่อนกำหนดอันดับ 1)
- 2) การคัดกรองพัฒนาการไม่ครอบคลุม
- 3) กระตุ้นพัฒนาการไม่ได้ตามเกณฑ์
- 4) สพด 4D ไม่ผ่านมาตรฐาน (ยกระดับ สพด.)
- 5) น้ำหนัก/ส่วนสูง (มาตรฐานคลินิก WCC คุณภาพ)



- 1) เด็กหญิงแม่รายใหม่เพิ่ม พัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่น เน้นวัยรุ่นตอนต้น
- 2) คลอดวัยรุ่นสูงอันดับที่ 3 เขต 6 เก็บข้อมูลการคุมกำเนิด ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น
- 3) ตั้งครรภ์ซ้ำ เน้น ยาฝังคุมกำเนิด
- 4) มีเพศสัมพันธ์ไม่สวมถุงยางอนามัย เพิ่มการเข้าถึงถุงยางอนามัย



- 1) อ้วน เตี้ย (ChoPA and ChildPA ยกกระดับโรงเรียน มาตรฐานสากล ,Thai school lunch)



NEW

- 1) ซึมเศร้า/พยายามฆ่าตัวตาย ในวัยรุ่น Mental health check in ,นักเรียนจิตดี, Mr.ใส่ใจ
- 2) ฆ่าตัวตายสำเร็จ ในวัยทำงาน Mental health check in ,วัดชื่นใจในชุมชน
- 3) จิตเวช ยาเสพติด: มินิธัญญารักษ์ ,CBTX ,ขบวนการ 5 เสือ





ตัวชี้วัดเป้าหมาย 5 ปี

1. อัตราตายมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลงจากปีที่ผ่านมา
2. อัตราตายทารกต่ำกว่า 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ลดลง
3. เด็กวัยเรียนมีภาวะสูงตีสัดส่วน
4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-19 ปี ลดลง
5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาและส่งต่ออย่างมีมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ 1

การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชน
ที่ทุกคนเป็นเจ้าของ

กลยุทธ์ 1

ยกระดับความพร้อมของสถานบริการ
และบุคลากร และพัฒนาศักยภาพของ
เครือข่ายในการจัดบริการและดูแล
แม่ เด็ก และวัยรุ่นวัยรุ่น

01 มารดาและทารกได้รับการบริการตามเกณฑ์คุณภาพ

02 เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงตีสัดส่วน

03 วัยเรียนมีสุขภาพดี สูงตีสัดส่วน

04 วัยรุ่นได้รับการบริการสุขภาพตามมาตรฐาน

**1. โครงการมหัศจรรย์
1,000 วัน plus 2,500
วัน และสพด.4D**

**2. โครงการพัฒนา
สุขภาพวัยรุ่น วัยรุ่น**

กลยุทธ์ 2

พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านการดูแล
คุณภาพชีวิตสูงอายุในชุมชน
และยกระดับบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
หน่วยบริการ

05 ผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพ
อย่างมีมาตรฐานตามเกณฑ์

**3. โครงการยกระดับ
เครือข่ายในการให้บริการ
ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ**



ตัวชี้วัดเป้าหมาย 5 ปี

6. ร้อยละผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ลดลง
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น
8. ร้อยละของประชาชนได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ มะเร็งท่อน้ำดี
9. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
10. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เพิ่มขึ้น

ยุทธศาสตร์ 1

การสร้างระบบสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทุกคนเป็นเจ้าของ

กลยุทธ์ 3

ยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการจัดการรายบุคคลผ่านความร่วมมือของเครือข่ายบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ 4

ยกระดับการเฝ้าระวังและส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตและยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

06 วัยทำงานห่างไกลโรค NCDs

07 ลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง

08 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตผ่านการมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่าย

09 เพิ่มการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดโดยกระบวนการชุมชนล้อมรั้ว (CBTx)

4. โครงการพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ

5. โครงการอำเภอสุขภาพดีลดโรค NCDs

6. โครงการรู้ทันโรคมะเร็ง

7. โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด



01 มารดาและทารกได้รับบริการตามเกณฑ์คุณภาพ

โครงการหัตศจรรย 1,000 วัน plus 2,500 วัน สพด.4D

Q1

1. รพ.อรัญประเทศ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.อนามัยแม่และเด็ก
2. เจ้าหน้าที่คลินิกฝากครรภ์คุณภาพและไว้รอยต่อได้รับการพัฒนาศักยภาพ 100%
3. ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการติดตาม ผ่านการประชุม คปสจ.ทุกเดือน

Q2

1. รพช.ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน รพ.อนามัยแม่และเด็ก 100%
2. ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ได้รับการพัฒนาศักยภาพ 100%

Q3

1. ประชุม MCH BOARD ระดับจังหวัดและอำเภอ อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง (รวม 3 ครั้ง)
2. ตำบลมหัตศจรรย 1000 วัน ผ่านเกณฑ์ตำบลมหัตศจรรย 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน 100%

Q4

- KR1 อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก (<12 สัปดาห์) เป็น 80%
- KR2 อัตราการฝากครรภ์คุณภาพ 8 ครั้ง เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 5%
- KR3 ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุที่ป้องกันได้ (PPH, PIH)
- KR4 อัตราการการคลอดก่อนกำหนด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 9%
- KR5 หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 14%

กิจกรรมริเริ่ม

1. โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ
2. พัฒนามาตรฐานงานส่งเสริมการมีบุตร

สสจ.

1. ขับเคลื่อน One provide one labor room โดยจัดทำ Google sheet ติดตามหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ทุกรายให้กับ รพ.
2. ติดตาม และคืนข้อมูลตัวชี้วัด เน้น ภาวะโลหิตจาง ทุกเดือน
3. จัดทำแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดครอบคลุมถึง รพ.สต.
4. ประเมิน รพ.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
5. พัฒนาANC คุณภาพ (อบรมพัฒนาศักยภาพ / โรงเรียนพ่อแม่/ติดตามการดำเนินงานคลินิก ANC
6. ประชุม MCH BOARD จังหวัด
7. ประชุมชี้แจงเกณฑ์โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ / มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก /ตัวชี้วัด/ระบบส่งต่อ/One provide one labor room
8. ขับเคลื่อนโครงการฯ ผ่านทีม CFT ทุกตำบล (แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานฯ ปีละ 1 ครั้ง / เยี่ยมเสริมพลังฯ)

SW.

1. One provide one labor room (ลงบันทึก Google sheet เสี่ยงสูงทุกราย)
2. ANCคุณภาพ 8 ครั้ง เน้น เก็บ 7 ครั้ง
3. มีแนวทางการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด และภาวะโลหิตจาง
4. ติดตามการกินยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ผ่าน สมาร์ท อสม.
5. รพ.มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก
6. ประชุม MCH BOARD อำเภอ
7. ANC /LR /WCC/โรงเรียนพ่อแม่คุณภาพ/ พี่เลี้ยง ANC รพ.สต.
8. ขับเคลื่อนโครงการฯ
9. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร และเป็นพี่เลี้ยง รพ.สต.
10. RCA มารดาเสียชีวิตทุกราย

สสอ.

1. กำกับ และติดตามการดำเนินงาน และตัวชี้วัด อนามัยแม่และเด็ก ของ รพ.สต. ทุกเดือน เน้น ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์
2. สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมการมีบุตร
3. เยี่ยมเสริมพลัง/กำกับติดตามโครงการฯ
4. พัฒนาศักยภาพและติดตามทีม CFT ระดับตำบล

SW.สต.

1. ติดตามการกินยาเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน ผ่าน สมาร์ท อสม.
2. พัฒนา ANC คุณภาพ /โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐาน ติดตามฝากครรภ์ < 12 สัปดาห์ ต่อเนื่อง 8 ครั้ง เน้น 7 ครั้ง
3. มีทะเบียน หรือGoogle sheet /Care plan และติดตาม หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและเสี่ยงสูง ทุกราย
4. คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ติดตามและป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในชุมชน
5. ขับเคลื่อนโครงการฯ
6. พัฒนาศักยภาพทีม CFT ระดับตำบลให้เข้มแข็ง
7. พัฒนาคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ภาคีเครือข่าย

1. อปท.สนับสนุนงบประมาณ/นมไข
2. พัฒนาศักยภาพทีม CFT ทุกระดับ (อำเภอ ตำบล)
3. อสม.เชี่ยวชาญ อนามัยแม่และเด็ก





โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สพด.4D

02 เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีมีส่วน

1. เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 90%
2. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TDA4I 75%
3. เด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วน 65%

1. เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 90%
2. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TDA4I 75%
3. เด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วน 65%
4. ยกระดับ สพด. 4D ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี 50%

1. เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 90%
2. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TDA4I 75%
3. เด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วน 65%
4. ยกระดับ สพด. 4D ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี 75%

- KR6 คัดกรองพัฒนาการเด็กให้ได้ 90%
- KR7 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TDA4I 100 %
- KR8 เด็กปฐมวัยสูงดีมีส่วน 65%
- KR9 ยกระดับ สพด. 4D ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี 100%

กิจกรรมริเริ่ม

3. ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 4D

สสจ.

1. ติดตามทบทวน DSPM ระบบE-learning
2. ประชุม ทบทวน และกำกับติดตาม สพด. 4D (PLAY WORKER/ Thai School Lunch/ Kid Diary /โรงเรียนพ่อแม่)
3. อบรมพัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่)
4. ติดตามการใช้ TDA4I ของ รพ. NPCU/PCU
5. พัฒนาระบบส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้า
6. ติดตามการดำเนินงาน WCC คุณภาพ
7. เยี่ยมเสริมพลัง สพด.4D
8. แลกเปลี่ยนเรียนรู้

SW.

1. อบรมฟื้นฟูศักยภาพเครือข่าย DSPM ผ่านระบบ E-learning
2. ยกระดับ สพด.4D ให้ผ่านเกณฑ์ดี ทุกแห่ง
3. กำกับติดตามการดำเนินงานการใช้ TDA4I รพ.สต.NPCU/PCU
4. พัฒนาระบบส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้า
5. พัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงาน สพด. 4D (PLAY WORKER/Thai School Lunch/ Kid Diary/โรงเรียนพ่อแม่)
6. พัฒนาศูนย์ WCC คุณภาพ ใน รพ.สต.

สสอ.

1. กำกับติดตาม ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
2. ยกระดับ สพด.4D ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี ทุกแห่ง
3. กำกับติดตามการดำเนินงานการใช้ TDA4I ในรพ.สต.NPCU/PCU
4. พัฒนาระบบส่งต่อเด็กพัฒนาการล่าช้า
5. พัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามการดำเนินงาน สพด. 4D (PLAY WORKER/Thai School Lunch/ Kid Diary/โรงเรียนพ่อแม่)
6. เยี่ยมเสริมพลัง การดำเนินงาน รพ.สต.ทุกแห่ง

SW.สต.

1. ทบทวนการนำเข้าข้อมูล ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
2. เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการใช้ DSPM ผ่านระบบ E-learning
3. ยกระดับ สพด.4D ให้ผ่านเกณฑ์ระดับดี ทุกแห่ง
4. ดำเนินงาน สพด. 4D (PLAY WORKER /Thai School Lunch/ Kid Diary/โรงเรียนพ่อแม่)
5. จัดบริการ WCC คุณภาพในรพ.สต.
6. จัดบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กด้วย TDA4I ใน รพ.สต. NPCU/PCU
7. จัดให้มีระบบส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

ภาคีเครือข่าย

1. พัฒนาศักยภาพผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (โรงเรียนพ่อแม่)
2. พัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการเล่น ในครู สพด.
3. พัฒนาศักยภาพครูผู้ดูแลเด็กในการใช้ Thai School Lunch/ Kid Diary
4. พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการเฝ้าระวังและติดตามพัฒนาการเด็ก



โครงการพัฒนาสุขภาพวัยเรียน วัยรุ่น

03 วัยเรียนมีสุขภาพดี สูงที่สุดส่วน

Q1	Q2	Q3	Q4
โรงเรียนเข้าร่วมดำเนินการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (gold award) ร้อยละ 100	โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (gold award) ร้อยละ 50	โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (gold award) ร้อยละ 80	KR10 โรงเรียนผ่านเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (gold award) 100% - เน้นกิจกรรมส่งเสริมทางกาย ChoPA&ChiPA -กิจกรรม จิงโจ้ FUN for FIT และกิจกรรมกระโดดเชือก - โรงเรียนมีการใช้โปรแกรม Thai School lunch ทุกแห่ง 100%
1. ยกกระตือรือร้นโรงเรียนสู่โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล 2. พัฒนาระบบติดตามประเมินผลและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนสูงที่สุดส่วน ด้วยกิจกรรม ChoPA&ChiPA /กิจกรรมทางกายสำหรับวัยเรียนและ Thai School Lunch คุณภาพ			

กิจกรรมริเริ่ม

สสจ.	SW.	สสอ.	SW.สต.	ภาคีเครือข่าย
- ประสานความร่วมมือ กับ ศึกษา/ท้องถิ่น/พมจ. ให้เห็นความสำคัญสุขภาพวัยเรียน - ประชุม ทบทวนการดำเนินงาน - ประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงาน - กำกับ ติดตามการดำเนินงาน	- ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ร.ร.ส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล - ขับเคลื่อนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ChoPA&ChiPA - ขับเคลื่อนการใช้ Thai school lunch	- ขับเคลื่อนและกำกับติดตามการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล - Coach การใช้ Thai school lunch - Coach การดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย - พัฒนาศักยภาพครูอนามัยโรงเรียน การใช้ Thai school lunch/กิจกรรมทางกาย	- ขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล - ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ChoPA&ChiPA - ขับเคลื่อนการใช้ Thai school lunch	- สถานศึกษาขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล - เครือข่าย ศึกษา/ท้องถิ่น มีนโยบายขับเคลื่อนสุขภาพเด็กวัยเรียน และร่วมกำกับติดตามการดำเนินงานในโรงเรียน



04 วัยรุ่นได้รับการบริการสุขภาพ ตามมาตรฐาน

โครงการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่น วัยรุ่น

Q1	Q2	Q3	Q4
1. รพ./สสอ. ประเมินตนเอง ตามมาตรฐาน บริการสุขภาพวัยรุ่น และเครือข่ายอำเภอ อนามัยการเจริญพันธุ์ 100 %	1. คลินิกวัยรุ่น ผ่านตามมาตรฐานบริการ สุขภาพวัยรุ่น 50 %	• คลินิกวัยรุ่น ผ่านตามมาตรฐาน บริการสุขภาพวัยรุ่น 80 %	<u>KR11</u> อำเภออนามัยเจริญพันธุ์ ผ่านเกณฑ์ - วัยรุ่นเข้าถึงถุงยางอนามัย ร้อยละ 60 - ฝังยาคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
2. แม่วัยรุ่นหลังคลอด ได้รับการฝังยา คุมกำเนิด 80 %	2. เครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 50 %	เครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ 80 %	<u>KR12</u> วัยรุ่นได้รับการเรียนรู้เพศศึกษา ร้อยละ80 (เครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์)
	3. แม่วัยรุ่นหลังคลอด ได้รับการฝังยา คุมกำเนิด 80 %	แม่วัยรุ่นหลังคลอด ได้รับการฝังยา คุมกำเนิด 80 %	<u>KR13</u> แม่วัยรุ่นหลังคลอด ได้รับการฝังยา คุมกำเนิด 100%

กิจกรรมริเริ่ม

พัฒนาระบบบริการสุขภาพวัยรุ่นให้ทันสมัย เหมาะสม และมีคุณภาพ

สสจ.	สว.	สสอ.	สว.สต.	ภาคีเครือข่าย
1. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ ให้บริการยาฝังคุมกำเนิด	1. พัฒนาบริการสุขภาพที่เป็น มิตรกับวัยรุ่น ให้ได้ มาตรฐาน สอดคล้องกับ บริบทวัยรุ่นในพื้นที่ เน้น การเข้าถึงถุงยางอนามัย และการเข้าถึงยาฝัง คุมกำเนิด	1. ขับเคลื่อนเครือข่ายอำเภอ อนามัยเจริญพันธุ์ ให้ได้ มาตรฐานตามเกณฑ์	1. ขับเคลื่อนบริการสุขภาพที่ เป็นมิตรกับวัยรุ่น ให้ได้ มาตรฐานตามเกณฑ์	1. สถานศึกษาสอนเพศวิถีศึกษา และพัฒนาศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น ในสถานศึกษา
2. กำกับติดตาม การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือ วัยรุ่น (ศชร.) ร่วมกับภาคีเครือข่าย		2. ขับเคลื่อน ศชร. ใน รพ. สต. ทุกแห่ง	2. จัดตั้ง ศชร. ในหน่วยบริการ	2. จัดตั้ง ศชร. ใน โรงเรียน และ วางระบบส่งต่อ ช่วยเหลือ ใน รพ. และ รพ.สต.
3. ประชุมคณะกรรมการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดสระแก้ว	2. ระบบส่งต่อและช่วยเหลือ วัยรุ่น	3. กำกับ ติดตาม การเก็บ แบบประเมินพฤติกรรม เสี่ยงและการใช้ถุงยาง อนามัย	3. รณรงค์ให้ความรู้การป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น เน้นเชิงรุกใน สถานศึกษา	3. ขับเคลื่อนคณะทำงาน การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตาม ยุทธศาสตร์
4. ประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพวัยรุ่น และเครือข่ายอำเภออนามัยการเจริญ พันธุ์	3. ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และการใช้ถุงยางอนามัย		4. ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและ การใช้ถุงยางอนามัย	
5. กำกับ ติดตามการดำเนินงานฯ				



05 ผู้สูงอายุได้รับการบริการ
สุขภาพอย่างมีมาตรฐานตาม
เกณฑ์

โครงการยกระดับเครือข่ายในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

Q1	Q2	Q3	Q4
ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะหกล้มและสมองเสื่อม 95%	- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการได้รับการดูแลและติดตาม Wellness Plan 50% - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 50%	- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการได้รับการดูแลและติดตาม Wellness Plan 75% - ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการได้รับการดูแลแก้ไขหรือส่งต่อเพื่อรักษา 50% - ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน 75%	<u>KR14</u> ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการได้รับการดูแลและติดตาม Wellness Plan ร้อยละ 100 <u>KR15</u> ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มและสมองเสื่อมได้รับการได้รับการดูแลแก้ไขหรือส่งต่อเพื่อรักษา ร้อยละ 100 <u>KR16</u> ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 100

กิจกรรมริเริ่ม

- พัฒนาระบบการประเมินและดูแลรักษาส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มและสมองเสื่อม
- พัฒนาศักยภาพ Care giver ให้สามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

สสจ.

- พัฒนาแนวปฏิบัติเรื่องการประเมินและดูแลรักษาส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มและสมองเสื่อม
- พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการดูแลรักษาปัญหาหกล้มและสมองเสื่อม
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพ CG

SW.

- ประเมินตนเอง
- พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ เน้นหกล้มและสมองเสื่อม
- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มและสมองเสื่อมร่วมกับอำเภอและตำบล
- อบรมฟื้นฟูศักยภาพ CG

สสอ.

- กำกับติดตามคุณภาพการประเมินภาวะหกล้มและสมองเสื่อมให้มีคุณภาพ
- กำกับติดตาม และสุ่มประเมิน Wellness Plan
- สนับสนุนการอบรมฟื้นฟูศักยภาพ CG
- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่มีปัญหาหกล้มและสมองเสื่อมร่วมกับโรงพยาบาล

SW.สต.

- จัดระบบการประเมินภาวะหกล้มและสมองเสื่อม
- จัดทำแผนแก้ไขเบื้องต้นในกลุ่มเสี่ยงหกล้มและสมองเสื่อม (Wellness Plan) และติดตามประเมินผล
- อบรมฟื้นฟูศักยภาพ CG

ภาคีเครือข่าย

- CG อบรมฟื้นฟู
- อปท.พัฒนา LTC ให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ และพัฒนาการเบิกจ่าย
- พมจ.ร่วมให้การสนับสนุนทรัพยากร
- สภาผู้สูงอายุฯ เสริมสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ



O6 วิทยาลัยทำงานห่างไกลโรค NCDs

ผู้ป่วยDM/HT ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น

สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

KR19 เครือข่ายสุขภาพมีผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ครั้งที่ 2/2568 อยู่ในระดับดีมากขึ้นไปทุกแห่ง
KR20 มี CQI ด้านการจัดการสุขภาพรายบุคคล ในเครือข่ายสุขภาพทุกแห่ง

กิจกรรมริเริ่ม

โครงการอำเภอสุขภาพดีลดโรค NCDs 2025

งบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/จังหวัด (PPA): สปสช.เขต 6 ระยอง (ปี 2568)

สถานพยาบาล นำร่องDM HT Remission Model 2025 1 อำเภอ / 1 แห่ง

สสจ.

รพ./สสอ.

รพ.สต./ภาคีเครือข่าย

1.ประชุมทบทวนเครือข่าย DM HT
Remission Model

2. ติดตาม กำกับ ประเมินผล โครงการฯ

3. ถอดบทเรียนความสำเร็จ

ในการดำเนินงานและเผยแพร่จากปี 2567

ขับเคลื่อน/สนับสนุน DM HT
Remission Model

ขับเคลื่อน DM HT Remission Model
ร่วมกับภาคีเครือข่าย



06 วิทยาลัยทำงานทางไกลโรค NCDs



ร้อยละผู้ป่วย DM/HT รายใหม่ลดลง

โครงการพัฒนารูปแบบการบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ

: งบพัฒนาจังหวัดสระแก้ว ปี 2568

KR17 ผู้ป่วย DM/HT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงป่วยลดลงจากปีงบประมาณก่อน >5%

KR18 ผู้ป่วยรายใหม่การเข้าสู่ Remission เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณก่อน

กิจกรรมริเริ่ม

- 1.พัฒนา Health Station เพื่อใช้ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย DM/HT
- 2.กำหนด 1 อำเภอ / 1 Remission Project/1 สถานพยาบาลต้นแบบ (ด้าน Remission)

สสจ.

- 1.ประชุม NCDs Board ระดับจังหวัด เพื่อกำหนดทิศทางนโยบายและวิธีการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2568
- 2.มาตรฐานผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน (Standard of Educator 2024)

รพ./สสอ.

ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามทิศทางนโยบายและวิธีการดำเนินงาน (ระดับอำเภอ) ปีงบประมาณ 2568 (สสอ./ รพ.แม่ข่าย/รพ.สต.)

รพ.สต./ภาคีเครือข่าย

- พัฒนาสถานีสุขภาพชุมชน Health Station เพื่อใช้ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วย DM/HT
- การทำ HBPM / OBPM ใน Health Station
 - การให้บริการ นัดหมาย เจาะ FBS ในกลุ่มเสี่ยง DM
 - การใช้ App หมอพร้อม เพื่อกำกับติดตามสถานะทางสุขภาพ



สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดสระแก้ว

โครงการรู้ทันมะเร็ง

O7 ลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็ง

กิจกรรมริเริ่ม (Initiative)

คัดกรองเชิงรุก



ติดตามผู้ที่มีผลบวกเข้าสู่กระบวนการรักษา

สสจ.

1. ออกแบบทะเบียนมะเร็ง จ.สระแก้ว
2. ทบทวนแนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ รักษา
3. ทบทวนแนวทาง ODS Colonoscopy
4. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน
5. กำกับติดตาม การคัดกรองและผู้ที่ผลคัดกรองผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา
6. คืบข้อมูลการดำเนินงาน

SW.

1. คัดกรองคัดกรองเชิงรุก
2. กำหนดผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็ง (กลุ่มการพยาบาล)
3. กำหนด CM มะเร็ง เพื่อกำกับ ติดตาม ผู้ที่มีผลผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย การรักษา และส่งต่อดูแลระยะท้าย PC
4. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลก
5. เคลีย Type ประชากร

สสอ.

1. ออกแบบระบบการค้นหา กลุ่มเสี่ยงเชิงรุก
2. กำกับติดตาม การคัดกรอง และผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการรักษา
3. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลก
4. กำกับติดตามและคืบข้อมูล การดำเนินงานให้ sw.สต.

sw.สต.

1. ค้นหากลุ่มเสี่ยง ในการคัดกรองคัดกรอง มะเร็งที่เป็นปัญหาสุขภาพหลักเชิงรุก
2. ติดตามผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติเข้าสู่ กระบวนการวินิจฉัย (รายบุคคล)
3. จัดกิจกรรมวันมะเร็งโลก
4. เคลีย Type ประชากร

ภาคีเครือข่าย

อสม. ประชาสัมพันธ์
ค้นหากลุ่มเป้าหมาย เชิงรุก

Key result

- คัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60
- คัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ร้อยละ 50
- คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี 2,000 ราย
- ส่งกล้อง colposcopy ร้อยละ 70
- ส่งกล้อง colonoscopy ร้อยละ 50



โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

O8 เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตผ่านการมีส่วนร่วมโดยภาคีเครือข่าย

Q1

1. Mental health check in ในทุกกลุ่มวัย ให้ได้อย่างน้อย 50%
2. แกนนำนักเรียน กายจิตดี ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นอำเภอละ 1 โรงเรียน

Q2

- Mental health check in ในทุกกลุ่มวัย ให้ได้อย่างน้อย 80%

Q3

- หมู่บ้านวัคซีนใจเพิ่มขึ้นอำเภอละ 1 หมู่บ้าน

Q4

- KR23 จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าลดลง 20%
- KR24 อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 20%

สสจ.

1. อบรม ครู ก กายจิตดี เพิ่มเติมในทุกอำเภอ
2. ขยายผลวางแผนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน "การสร้างวัคซีนใจ (4 สร้าง 2 ใช้)" ให้ครอบคลุมทุกตำบล
3. วิเคราะห์ข้อมูล สาเหตุปัจจัย ผู้พยายามฆ่าตัวตายภาพรวมจังหวัด และวางแผนป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่
4. จัดอบรมเจ้าหน้าที่ รพ./รพ.สต.ในการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือน การช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
5. ประสานความร่วมมือของสื่อมวลชนในพื้นที่ เรื่องการนำเสนอข่าวความรุนแรงและการฆ่าตัวตายในชุมชน
6. ประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน 1323 และ 1669
7. ติดตามประเมินผ่านการเยี่ยมเสริมพลัง
8. กำกับ ติดตาม การนำเข้าข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงในฐานข้อมูล HDCให้ครบถ้วน และคืนข้อมูล ให้ รพ.และสสอ.

SW.

1. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตและยาเสพติด
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำนักเรียน กายจิตดี และ "การสร้างวัคซีนใจ (4 สร้าง 2 ใช้)" ให้ครอบคลุมทุกตำบล
3. ทบทวนการนำเข้าข้อมูล HDCให้ครบถ้วน
4. วิเคราะห์ ทบทวน จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายในพื้นที่และจัดทำCase Series เพื่อวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่ชัดเจน รวมทั้งศึกษาเรื่อง Warning sign ร่วมด้วย
5. สอบสวนโรคฆ่าตัวตาย และกระตุ้นแรงต่อนตนเอง
6. พัฒนาศักยภาพการรายงาน รง 506ร v.11
7. ระวังติดตามประเมินความคิดการฆ่าตัวตาย 1 ปี
8. Active treatment ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 6 เดือน
9. ประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน 1323 และ 1669

สสอ.

1. กำกับติดตามการขับเคลื่อนเครือข่ายนักเรียนจิตดี
2. วัคซีนใจในชุมชน กำหนดตำบลต้นแบบวัคซีนใจ และสร้างแกนนำเครือข่ายการคัดกรองและเฝ้าระวังในทุกหมู่บ้าน
3. กำกับ ติดตาม การนำเข้าข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงในฐานข้อมูล HDCให้ครบถ้วน
4. ประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน 1323 และ 1669

SW.สต.

1. Mental health check in ในทุกกลุ่มวัย(เน้นวัยทำงานและผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง)
2. พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายแกนนำนักเรียน กาย จิตดี
4. วัคซีนใจในชุมชน กำหนดตำบลต้นแบบวัคซีนใจ และสร้างแกนนำเครือข่ายการคัดกรองและเฝ้าระวังในทุกหมู่บ้าน
5. พัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
6. ประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน 1323 และ 1669
7. นำเข้าข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลงในฐานข้อมูล HDCให้ครบถ้วน

ภาคีเครือข่าย

1. อสม.เคาะประตูบ้าน เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง/ป่วย
2. การสื่อสารความเสี่ยงของอาสาสุขภาพ ภูมิคุ้มกัน
3. ประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน 1323 และ1669





โครงการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด

09 เพิ่มการเข้าถึงบริการ
บำบัด รักษาผู้ติดยาเสพติดโดย
กระบวนการชุมชนล้อมรั้ง
(CBTx)

Q1	Q2	Q3	Q4
1. มีการคัดเลือกหมู่บ้านเป้าหมาย CBTx นำเข้า พขอ. ตำบลละ 1 หมู่บ้าน 2. มีคณะทำงาน (นอก.ลงนาม) ทุก อำเภอ	1. ประชาคมหมู่บ้าน/ X-ray พื้นที่ /ตั้ง ด้านชุมชน 2. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเป้าหมายได้รับการ บำบัด 100%	1. ผู้ป่วยยาเสพติดสิ้นสุดการบำบัด/ อยู่ในระยะติดตาม 1 ปี 100% 2. ส่งต่อศูนย์ฟื้นฟู สภาพทางสังคม	KR25 หมู่บ้านCBTx ต้นแบบ ตำบลละ 1 หมู่บ้าน KR26 ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการ บำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rote) 62%

สสจ.

- ขับเคลื่อนชุมชนล้อมรั้ง
(CBTX)ผ่านกลไกระดับจังหวัด
- ติดตามผลการดำเนินงาน
ชุมชนล้อมรั้ง(CBTX)ภายใต้
กลไกคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
(พขอ.)
- ติดตาม ประเมินผล ผ่านกลไก
พขอ.

SW.

- บำบัดผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการ
คัดกรองจากหมู่บ้าน
เป้าหมาย
- ส่งต่อข้อมูลเคสที่ผ่านการ
บำบัดให้กับ รพ.สต.
- ติดตาม ส่งต่อเคสที่ได้รับ
การบำบัดครบ

สสอ.

- แต่งตั้งคณะทำงาน
(นอก.ลงนาม)
- ร่วมประชาคมกับ
ภาคีเครือข่าย และ
รพ.สต.
- ติดตาม รายงาน
และประเมินผลผ่าน
กระบวนการ พขอ.

SW.สต.

- แต่งตั้งคณะทำงาน
(พขอ.)
- กำหนดหมู่บ้านเป้าหมาย
(กองทุนแม่)
- ประชาคม/x-ray
- คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่
กระบวนการCBTx
- ส่งต่อศูนย์ฟื้นฟู สภาพ
ทางสังคม
- สรุป รายงานผล
- ติดตาม รายงาน และ
ประเมินผลผ่าน
กระบวนการ พขอ

ภาคีเครือข่าย

- ร่วมประชาคม
- เฝ้าระวัง ตั้งด้านชุมชน
- นำผู้ป่วยเข้าสู่
กระบวนการรักษา
- สร้างความรู้ความ
เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย
แก่ชุมชน