



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 รอบที่ 2 “ประเด็นที่ 4 : สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต”

นพ.ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน ผู้ตรวจราชการกระทรวง เขตสุขภาพที่ 10

ประธานคณะกรรมการกำหนดประเด็นและติดตามผลการตรวจราชการประเด็นที่ 4

นำเสนอโดย

นพ.ปกรณ์ ตุงคะเสวีรักษ์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 (กรมอนามัย)

ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 (กรมสุขภาพจิต)

19 กันยายน 2565

กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์

ประเด็นการตรวจราชการ/หัวข้อ “สุขภาพกลุ่มวัย สุขภาพจิต”

สุขภาพเด็ก

- ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ ของเด็กไทย

สุขภาพผู้สูงอายุ

- พฤติกรรมสุขภาพพึงประสงค์
- สมองเลื่อม พัลตตกหกหล้ม
- LTC

สุขภาพวัยทำงาน

- การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย
- กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ
- ความดันโลหิตสูง
- อัตราการฆ่าตัวตาย

สุขภาพดี วิถีใหม่

- ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์
- จำนวนประชากรที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ
- กิจกรรม/กิจกรรม/สถานประกอบการ
- ปฏิบัติตามมาตรการ

สุขภาพเด็ก

สุขภาพผู้สูงอายุ

สุขภาพวัยทำงาน

สุขภาพดี วิถีใหม่





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

1. สุขภาพเด็ก



ตัวชี้วัด

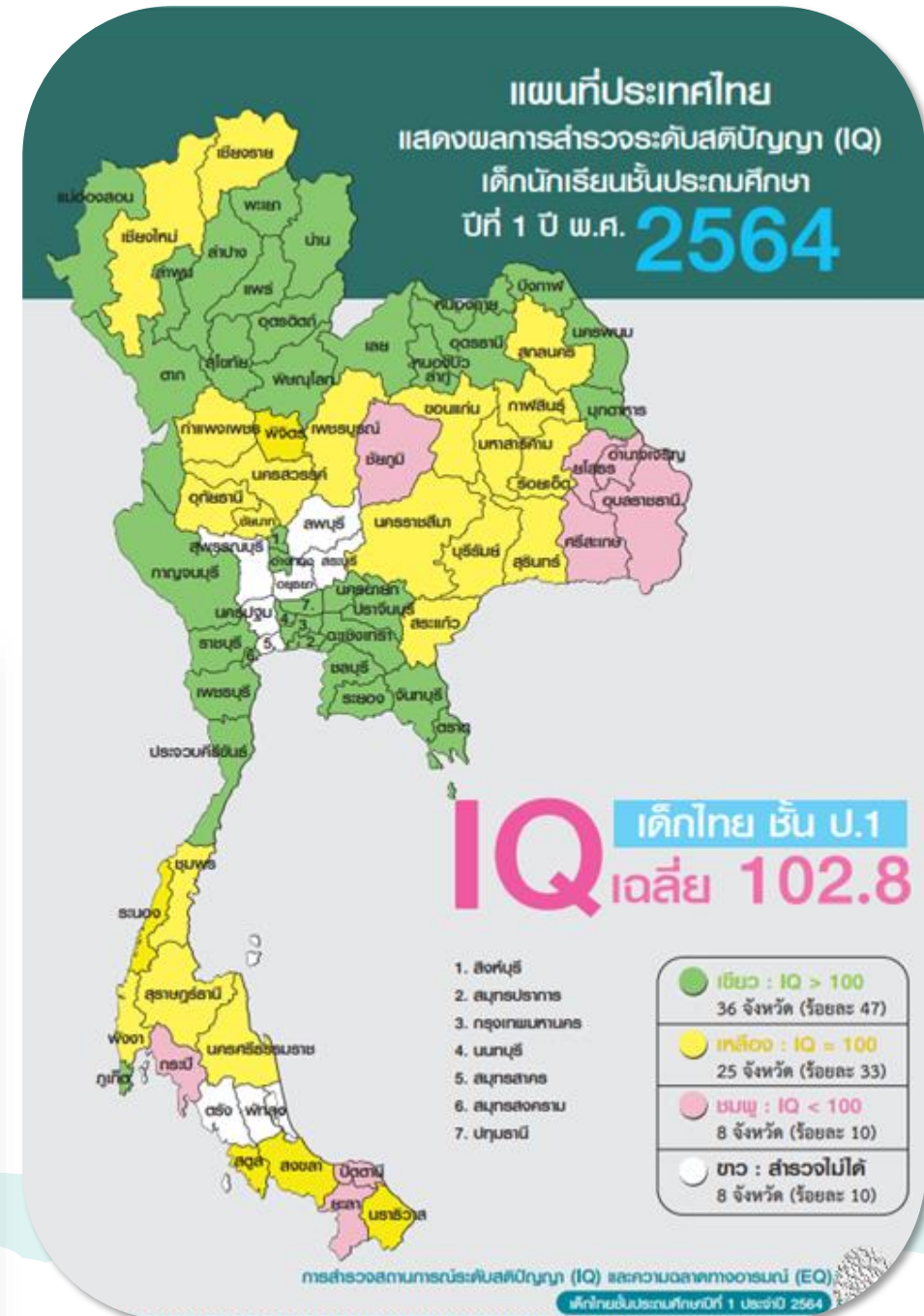
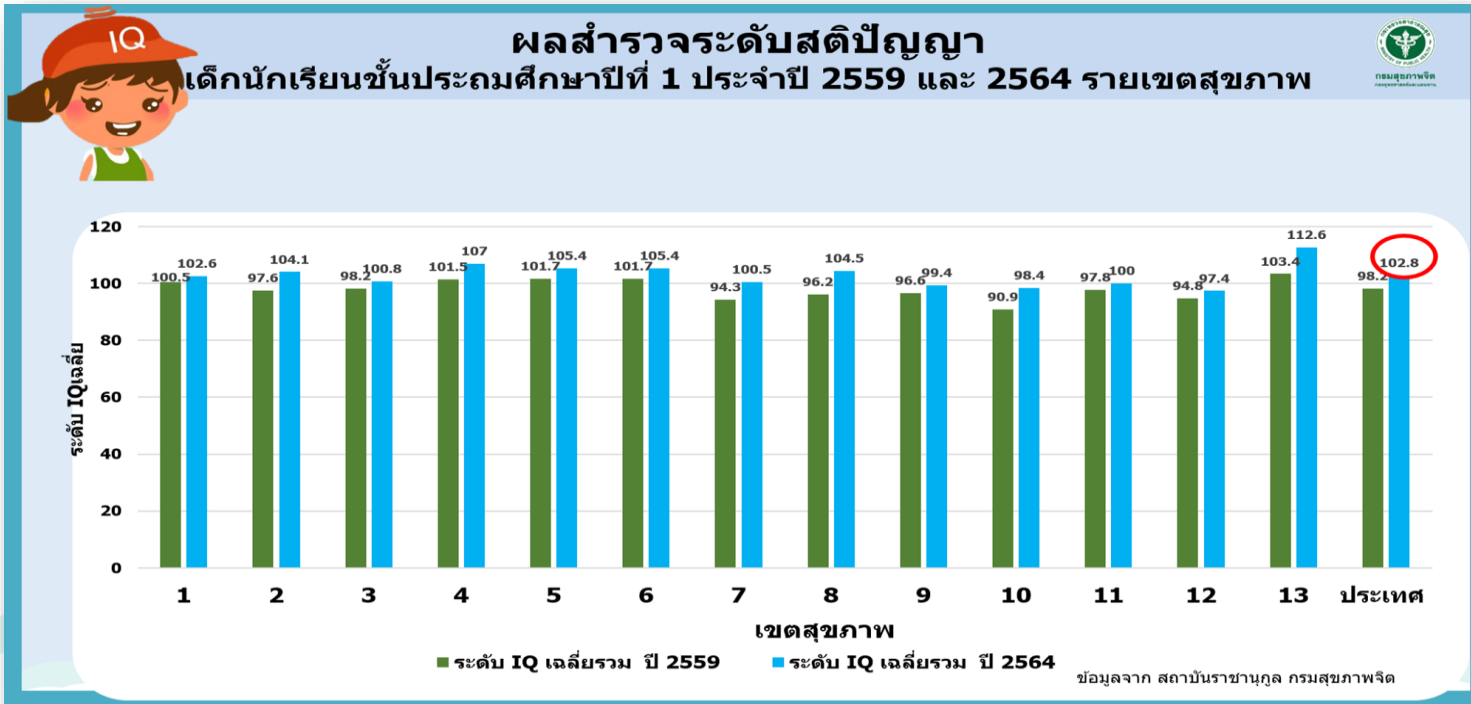
เด็กไทยมีระดับสติปัญญา

เฉลี่ย IQ ไม่ต่ำกว่า 100

สถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ)



เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ. 2564
มีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) เท่ากับ **102.8**
ถือเป็นระดับสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (90-110)



ผลงานตามตัวชี้วัด ประเด็น สุขภาพเด็ก รอบที่ 2/2565 :ข้อมูล HDC 6 ก.ย. 65

หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ												ประเทศ	สรุป
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12		
1. หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์	ร้อยละ 75	79.29	81.63	87.78	70.21	81.16	75.93	86.56	89.14	82.93	83.71	83.38	85.88	82.48	😊
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 75	72.27	74.52	82.24	62.23	74.05	69.12	80.67	82.64	76.6	77.76	77.63	79.97	76.01	😊
3. ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ 50	55.9	51.24	75.78	58.39	67.72	62.29	73.56	66.57	80.4	62.44	58.28	56.24	62.61	😊
4. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75	76.16	72.15	72.25	71.7	73.54	81.76	81.69	84.16	76.29	84.15	74.66	71.58	77.66	😊
5 หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 14	12.7	15.95	13.55	19.28	15.51	17.1	13.04	13.22	14.14	15.73	17.43	16.56	15.49	😞
6.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ 100	78.01	86.71	84.98	80.3	83.37	77.57	86.41	82.18	89.88	87.45	80.03	75.09	81.12	😞
7.เด็กอายุ 6-12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง	ไม่เกินร้อยละ 20	22.21	21.31	25.84	22.53	18.43	14.89	32.66	24.32	19.22	14.66	18.02	18.06	19.11	😊
8.เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ได้รับยารักษาเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ 80	73.82	72.72	83.08	43.85	64.45	88.06	88.1	74.35	73.08	87.93	80.27	77.59	75.71	😞
9.ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ (ผลการประเมิน ณ 26/04/65)	(มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร)	162.4	153.8	175.8	158.5	70.8	132.7	160.4	123.6	131.8	180.5	164.9	156.9	154.9	😊
10. เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ 90	67.8	61.0	74.5	48.4	67.9	58.3	70.3	58.4	62.1	60.7	54.1	74.7	63.2	😞
11. เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย	ไม่เกินร้อยละ 10	13.66	13.60	9.93	13.51	9.11	9.77	8.58	12.14	12.47	8.49	8.96	11.22	10.94	😞
12. เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	85.6	92.6	97.8	81.6	92.7	89.0	97.5	93.2	94.4	92.3	90.7	87.3	91.0	😊
13. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	85.1	92.6	97.9	89.5	94.1	91.4	97.9	93.4	94.0	93.1	94.2	90.1	92.9	😊
14. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	82.0	90.5	96.9	79.6	91.2	87	96.6	91.5	92.8	90.5	89.4	85.2	89.2	😊

ปัจจัยที่ส่งผล ต่อสติปัญญา IQ



Biological



แม่

- ภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก
- การขาดสารไอโอดีน
- อายุของแม่ขณะตั้งครรภ์

เด็ก

- ภาวะเตี้ย แคระแกร็น
- การได้รับสารปนเปื้อนต่างๆ

Psychological



- การขาดโอกาสในการเรียนรู้
- สัมพันธภาพระหว่างผู้เลี้ยงดูและเด็ก
- ความรุนแรงในครอบครัว

Social

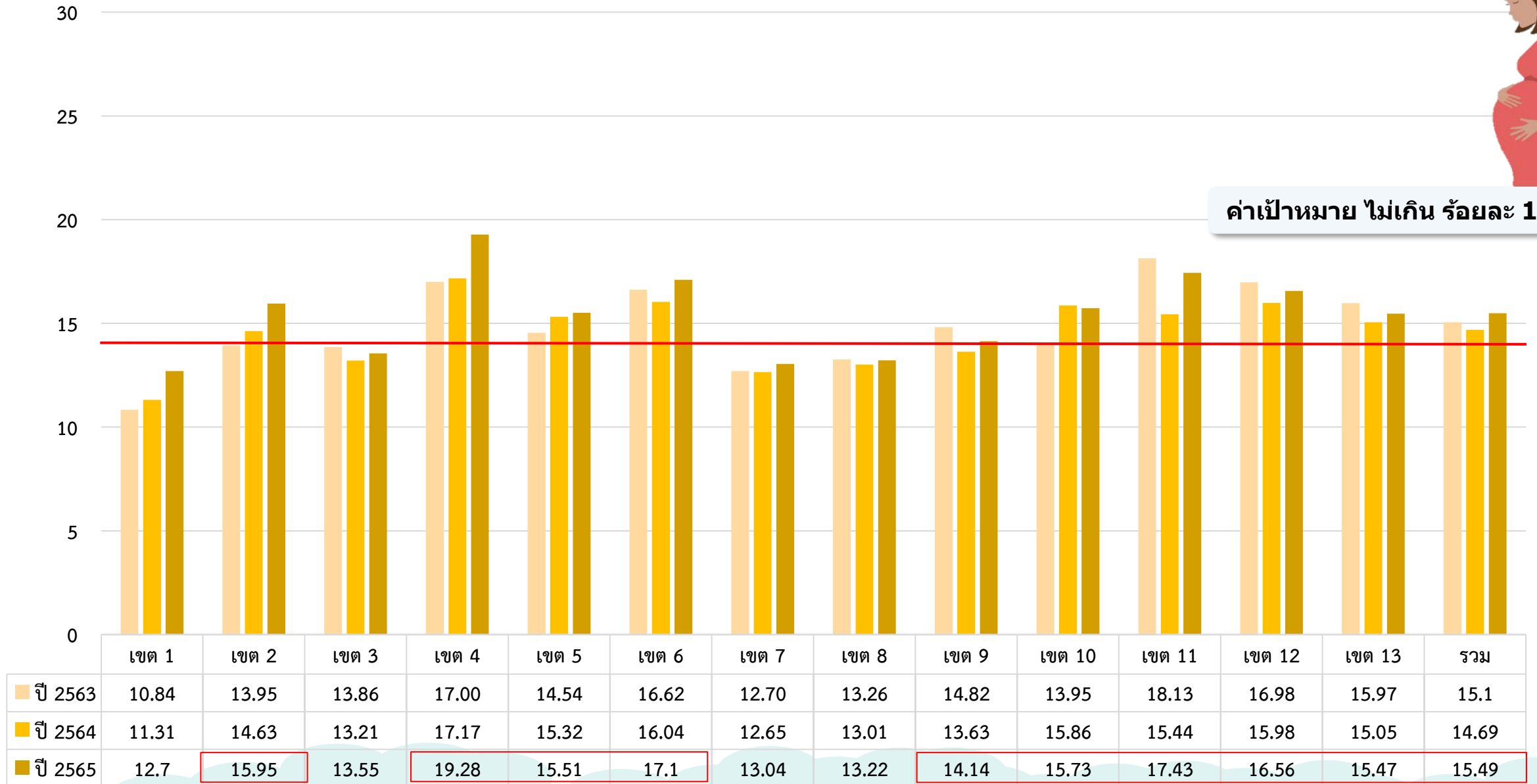


- ระดับการศึกษาของบิดามารดา
- ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว
- ความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร
- การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย
- ความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2563 - 2565



ค่าเป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ 14

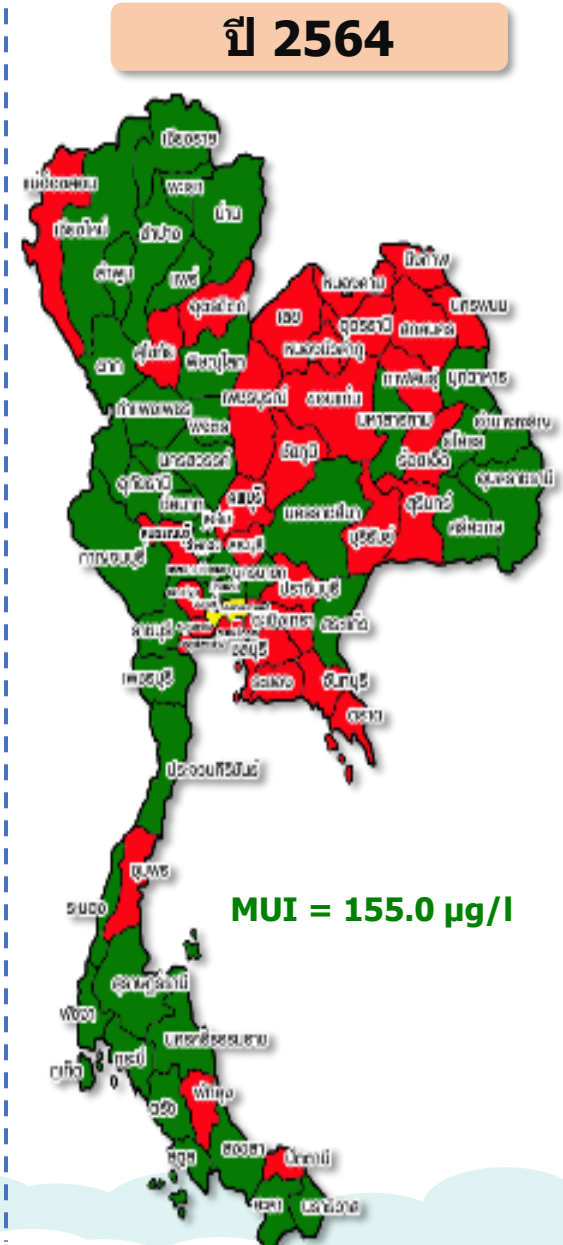
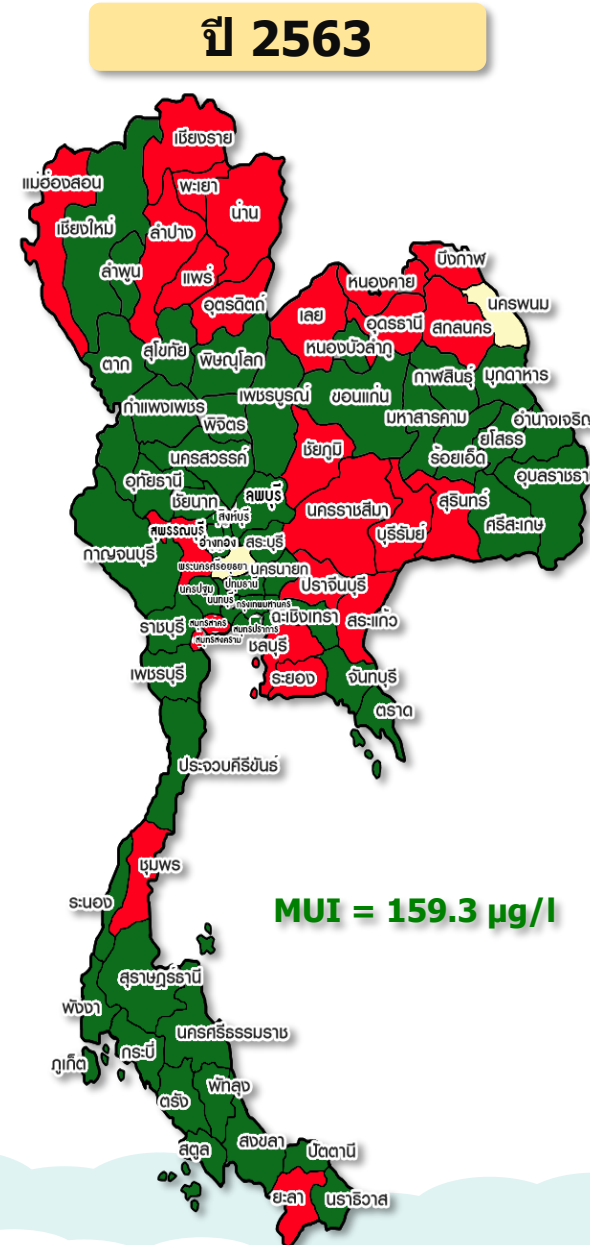
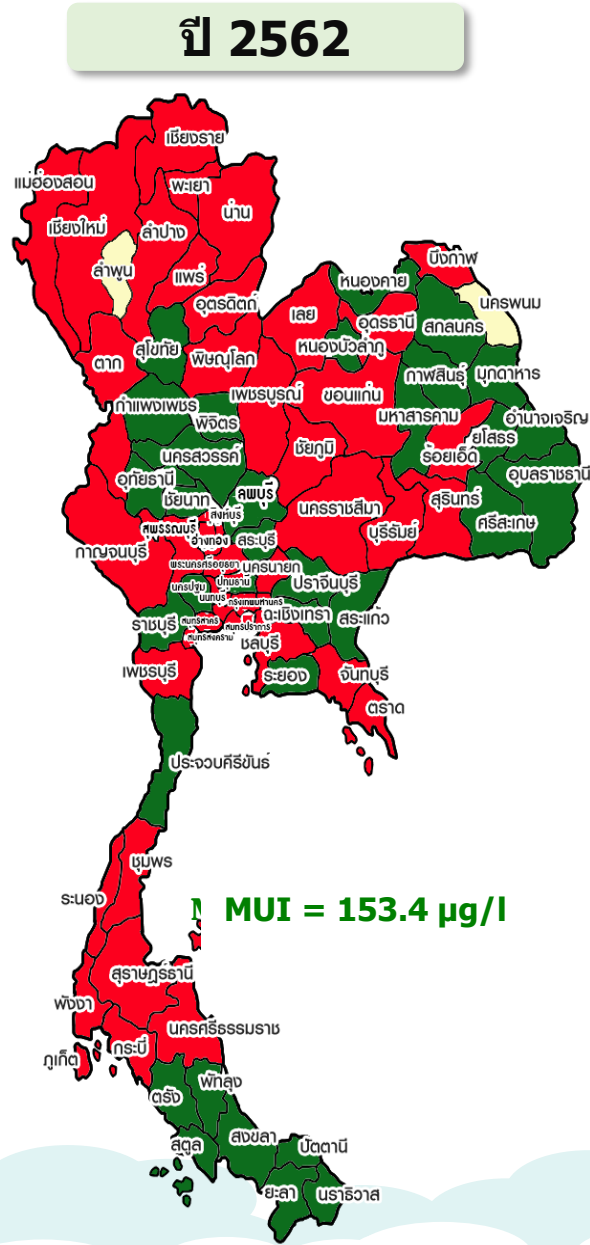


ที่มา : ระบบข้อมูล 43 แฟ้ม (ระบบรายงาน Health Data Center : HDC) ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2565

สถานการณ์ระดับไอโอดีนในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ระดับพื้นที่ แยกรายจังหวัด ปี 2562 - 2564

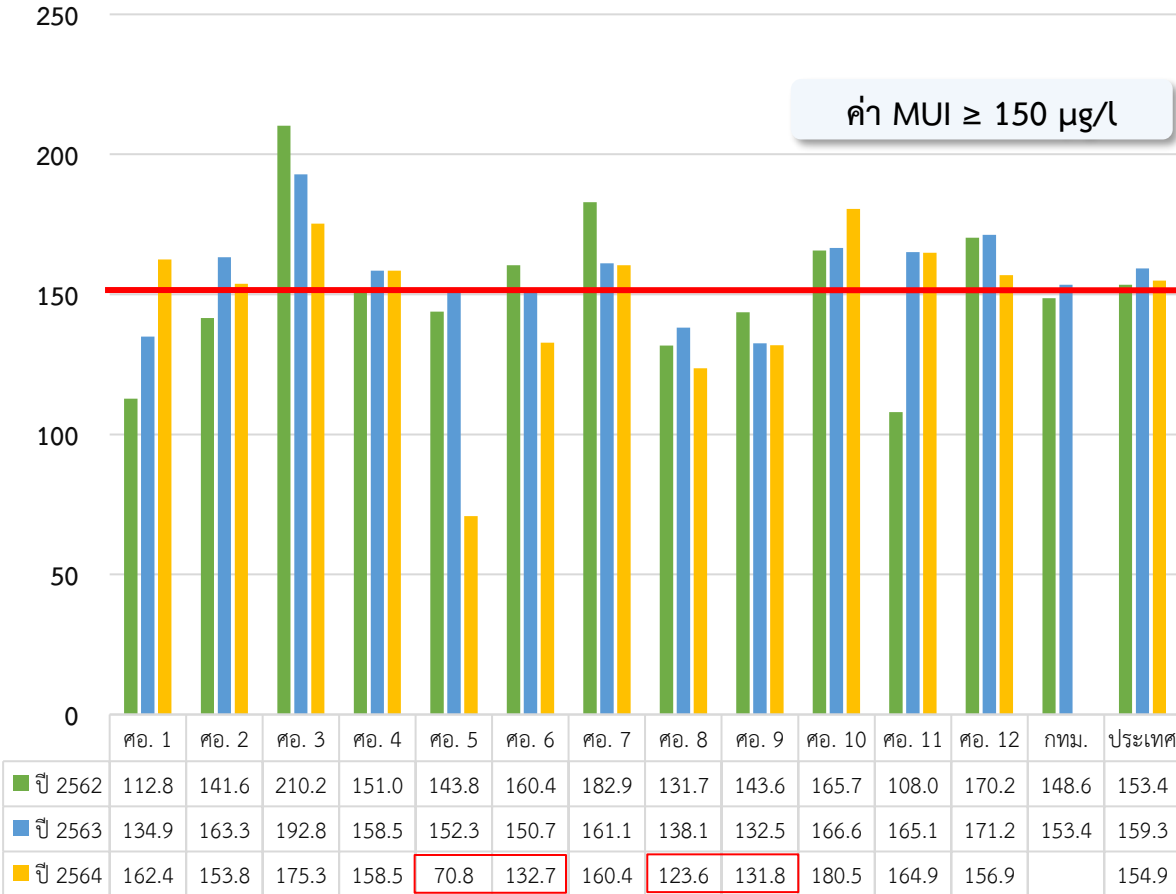
เมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐานไอโอดีน
ในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ระหว่าง
ปี 2562 -2564 พบว่า ค่ามัธยฐานไอโอดีน
ในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ที่มากกว่า
หรือเท่ากับ 150 $\mu\text{g}/\text{l}$ มีจำนวนเพิ่มขึ้น
จาก 34 จังหวัด เป็น 42 จังหวัด

ในขณะที่อีก 34 จังหวัดยังมี
ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะของหญิง
ตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่ต่ำกว่า 150 $\mu\text{g}/\text{l}$
แสดงให้เห็นว่า การเฝ้าระวังระดับไอโอดีน
ในปัสสาวะของหญิงตั้งครรภ์ ต้องดำเนินการ
อย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการส่งเสริม
ให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับสารไอโอดีน
จากการใช้เกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ



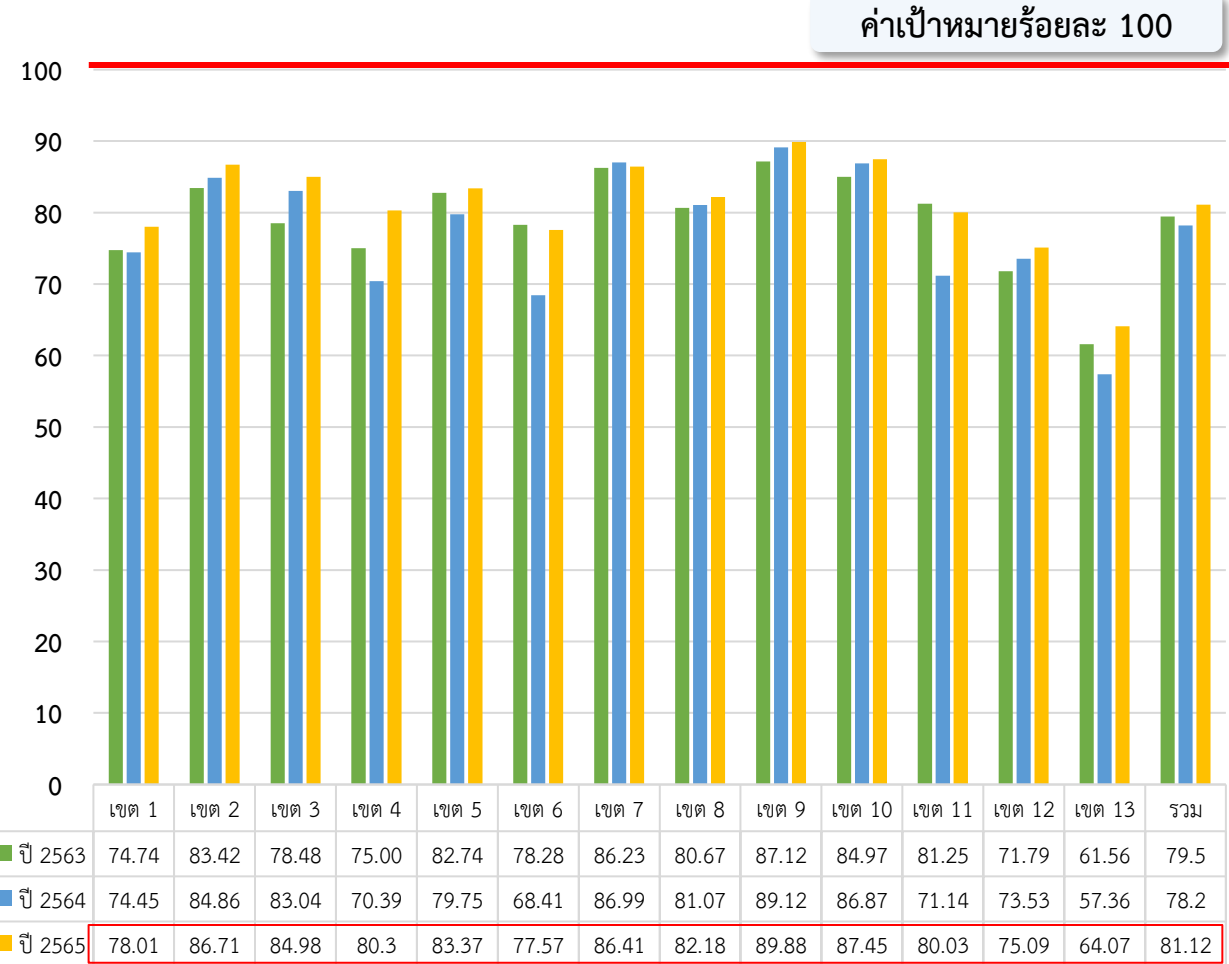
สถานการณ์โรคขาดสารไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกภาพรายเขตสุขภาพ

ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปีสภาวะของหญิงตั้งครรภ์ ปี 2562-2564



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังสำนักโภชนาการ (กลุ่มส่งเสริมโภชนาการด้านวิตามินและแร่ธาตุ)
ข้อมูล ณ วันที่ 26 เมษายน 2565

การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกในหญิงตั้งครรภ์ ปี 2563-2565

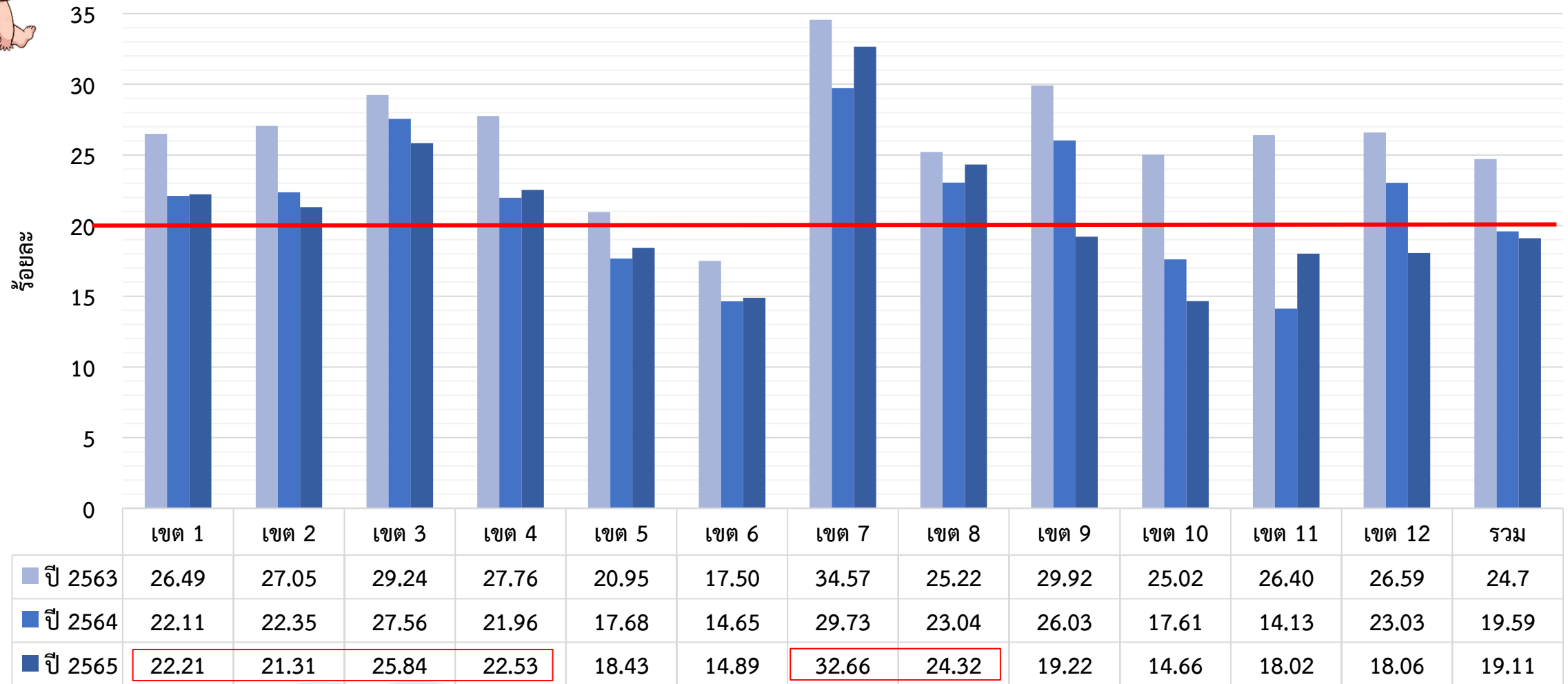


ที่มา : ระบบข้อมูล 43 แพ้ม (ระบบรายงาน Health Data Center : HDC)
ข้อมูล ณ วันที่ 6 กันยายน 2565

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6-12 เดือน ปี 2563-2565 ภาพรายประเทศ



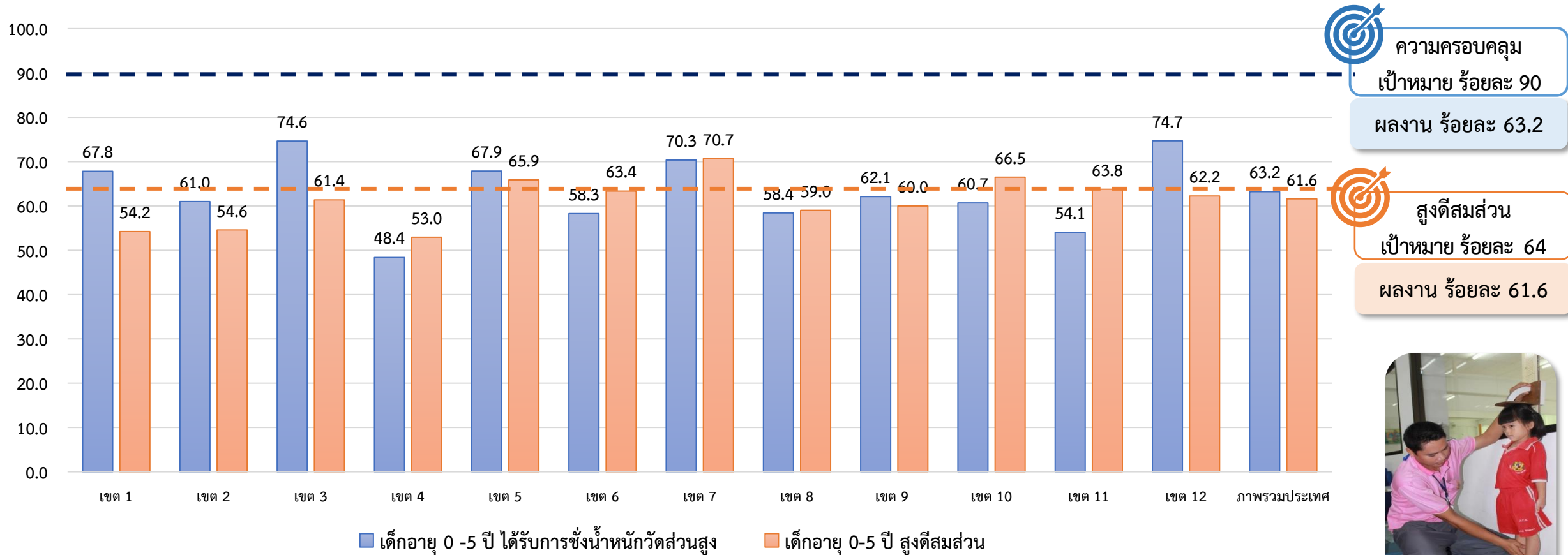
ค่าเป้าหมาย ไม่เกิน ร้อยละ 20



ภาวะการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย

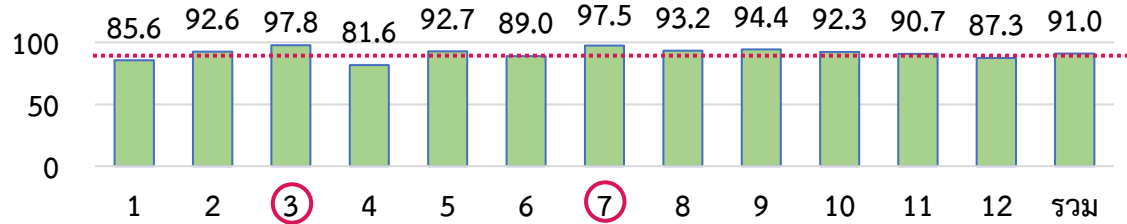


ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
เทียบกับร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กอายุ 0-5 ปี

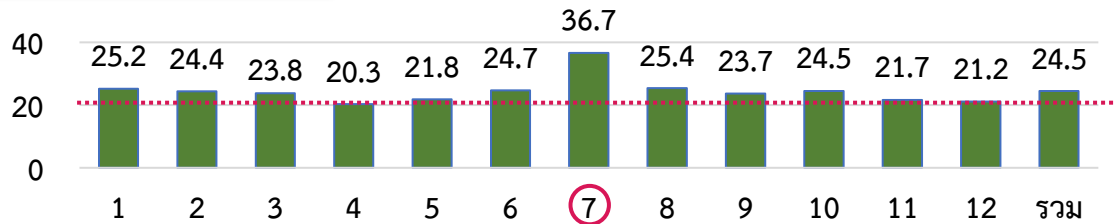


พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2565

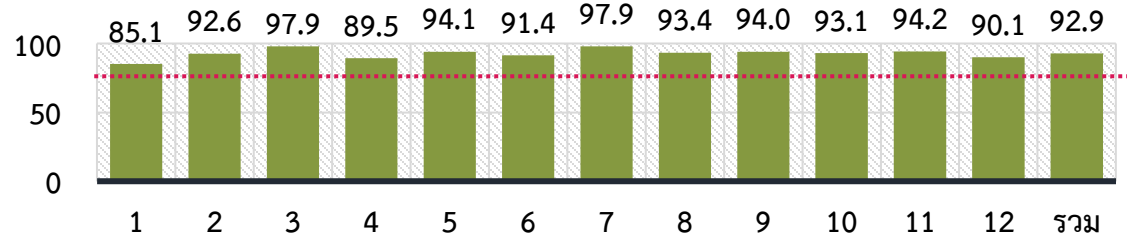
คัดกรอง



สงสัยล่าช้า

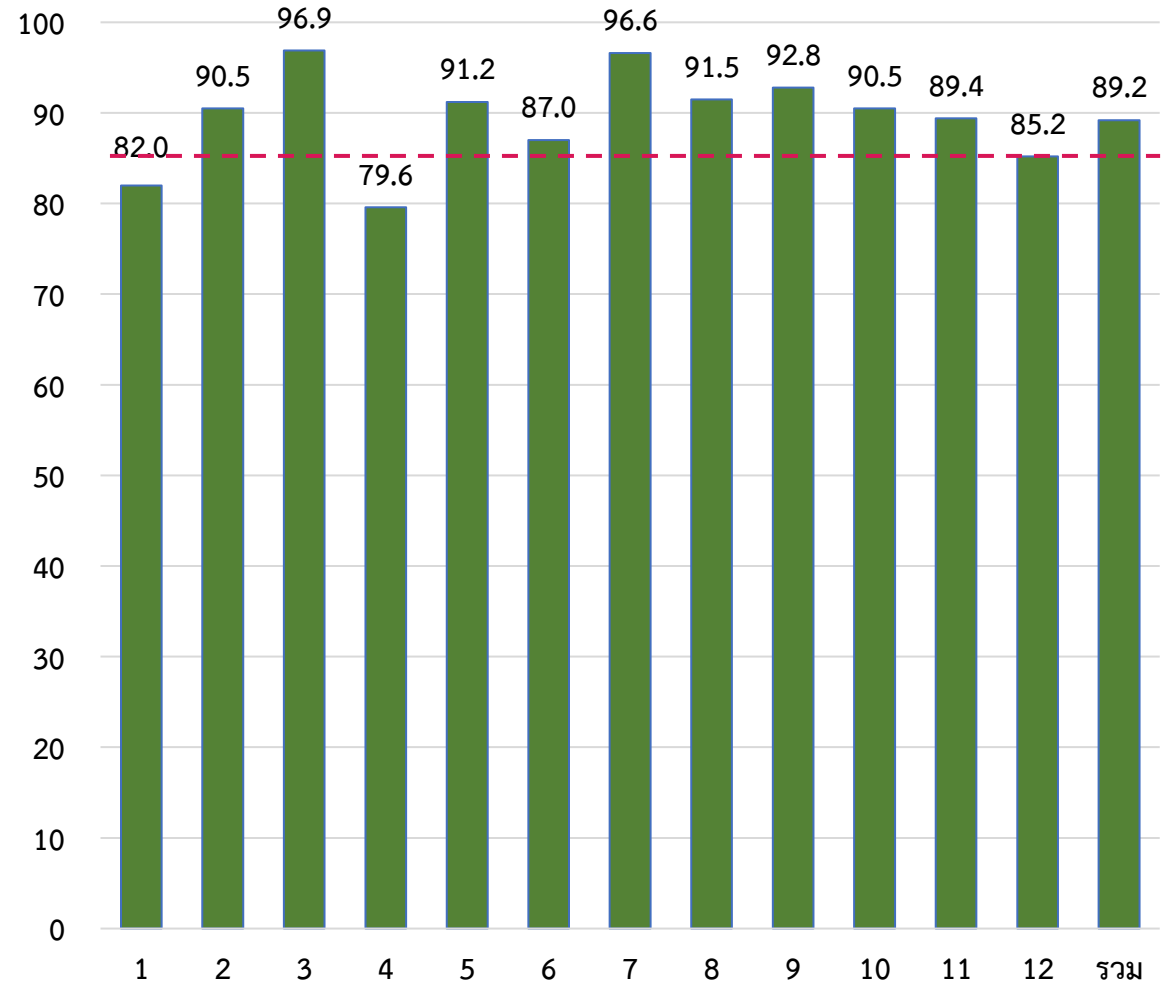


ติดตามได้



จัดทำโดย : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

พัฒนาการสมวัย



ข้อมูลจาก : HDC (1 ต.ค. 64 - 30 มิ.ย. 65) ณ วันที่ 22 สิงหาคม 2565

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

Key Activity



MOU 6 กระทรวง



ยกระดับ สพด. 4D



จัดตั้ง สพด. ต่ำกว่า 2 ปี



DSPM E-learning



ผลลัพธ์

- 1- มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานร่วมกันระหว่าง 6 กระทรวง
- 2- สพด. ประเมินตนเองด้านสุขภาพ (4D) ตามความเป็นจริงเพิ่มขึ้น
- 3- จัดตั้ง สพด. ต่ำกว่า 2 ปี สำเร็จเป็นแห่งแรกที่ จังหวัดระยอง
- 4- การอบรม DSPM E-learning ช่วง 1 ตุลาคม 2564 – 31 สิงหาคม 2565
 ภาคทฤษฎี: ลงทะเบียน 2,586 คน ผ่าน 1,408 คน ภาคปฏิบัติ: ลงทะเบียน 1,326 คน ผ่าน 154 คน



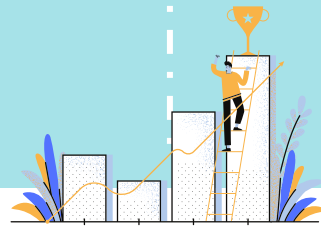
ภาวะการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย

Key Activity 12 เดือน

1. การประกาศนโยบายและการสื่อสารแนวทางการขับเคลื่อนงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านกลไก “ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน” ร่วมกับภาคีเครือข่ายภายใต้ความร่วมมือการบูรณาการ (MOU) กลุ่มเด็กปฐมวัย 6 กระทรวง



2. พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงาน ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน สำหรับการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตสตรีและเด็กปฐมวัย



3. จัดเวทีถอดบทเรียนความสำเร็จและยกระดับ Practice สู่ Best Practice ด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ภายใต้กิจกรรมสำคัญ กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน 4 ภาค ทั้งหมด 76 จังหวัด



GAP

- ขาดการถ่ายทอดนโยบายและสื่อสารแนวทางการดำเนินงานสู่การปฏิบัติระดับพื้นที่ ที่ชัดเจน
- พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และทักษะเกี่ยวกับโภชนาการ/อาหารตามวัยของเด็ก

LAG

- การบูรณาการความร่วมมือที่เป็นรูปธรรม และการติดตามการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย 6 กระทรวง ในระดับพื้นที่
- การสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ เรื่อง โภชนาการและอาหารตามวัย

ก้าวต่อไป ปี 2566

- ศึกษาสถานการณ์การส่งเสริมโภชนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ในพื้นที่ Best Practice
- สร้างความรับรู้ ความเข้าใจ ด้านโภชนาการและอาหารตามวัย ให้กับพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก

นวัตกรรม/ตัวอย่างดี ๆ

เขตสุขภาพที่ 1 :

- Lampang ANC Premium บ้านพักคลอด Sky Doctor (น่าน / แม่ฮ่องสอน)

เขตสุขภาพที่ 2 :

- Best Practice การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วัน พื้นที่ต้นแบบพัฒนาทักษะและการใช้เครื่องมือเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ ระบบการจัดการภาวะซีดในแม่และเด็ก

เขตสุขภาพที่ 3 :

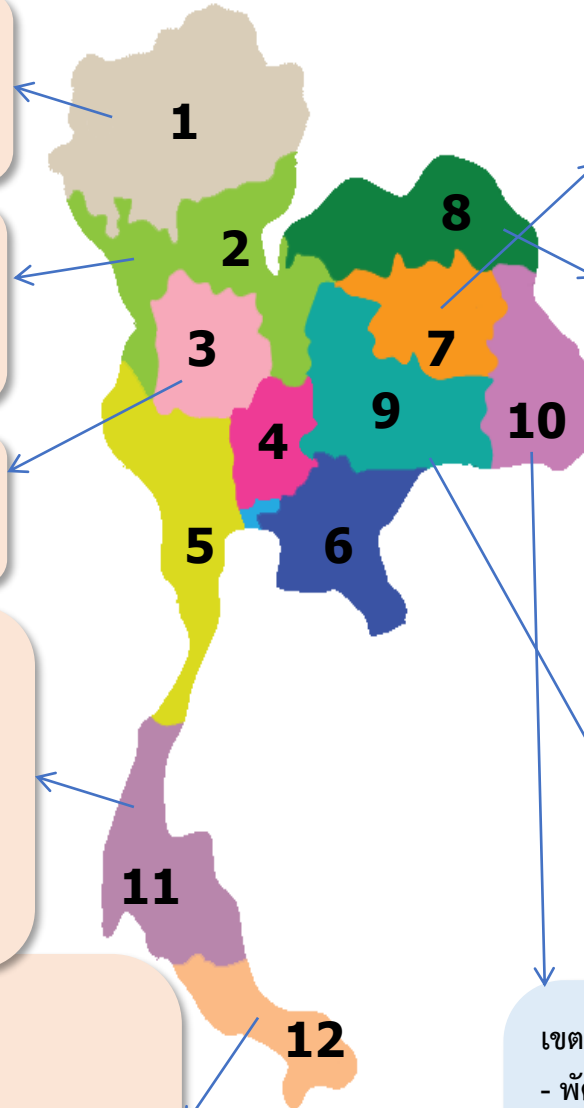
- นื่องมด (โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี) เพื่อเป็นสื่อการสอน HL ให้กับเจ้าหน้าที่และหญิงตั้งครรภ์

เขตสุขภาพที่ 11 :

- พัฒนาระบบข้อมูลและการใช้ Google map ติดตามกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก (ภูเก็ต)
- “อ้าออนไลน์” การตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากและฟันเด็กปฐมวัยแบบ New normal (ระนอง)
- เต้านมธรรมชาติ เป็นสื่อในการสอนมารดาหลังคลอด (สุราษฎร์ธานี)

เขตสุขภาพที่ 12 :

- โครงการอาหารปลอดภัยในศูนย์เด็ก (สงขลา)
- มหัศจรรย์ทีม CFT สร้างแม่-เด็ก เก่งดี ที่นิคมพัฒนา (สตูล)
- 1,000 วันแรกแห่งชีวิต แม่ลูกผูกพัน สร้างเด็กมหัศจรรย์ที่บ้านควนเมา (ตรัง)
- ปัตตานีสมาธิคิดส์ ดูแลเด็ก 1 คนแบบองค์รวม (ปัตตานี)
- บันได check list พัฒนาการดี เริ่มที่พ่อแม่ (ยะลา)
- Home Program 3 ภาษา (นราธิวาส)



เขตสุขภาพที่ 7 :

- ตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ระดับเขต ระดับ จังหวัด
- สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยดีเด่นตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) และ COVID Free Setting ระดับเขต ระดับจังหวัด พื้นที่ต้นแบบดำเนินงานโปรแกรม Triple-P

เขตสุขภาพที่ 8 :

- Mapping Zone กุมารแพทย์ดูแลส่งต่อเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ (อุดรธานี)
- R 8 Way Model และ ROBER 2020 ส่งเสริมการดำเนินงาน 3 หมอพิทักษ์ครรภ์(หนองบัวลำภู)
- การคัดกรองพัฒนาการ “รุก เร็ว เริ่ม และ คัดกรองพัฒนาการผ่าน APP LINE” (หนองคาย)
- โปรแกรมระบบข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย(จว.เลย) โครงการ กิน กระตุ้น กระตุก(สกลนคร)

เขตสุขภาพที่ 9 :

- โครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส เครือข่าย MCH Board ระดับจังหวัดเข้มแข็ง
- นโยบายฉีดวัคซีนป้องกันโควิดในหญิงตั้งครรภ์ (608) ครอบคลุมทุกจังหวัด
- คู่มือการดำเนินงาน Preconception care clinic เขตสุขภาพที่ ๙
- การจัดทำโครงการอาหารเข้าคุณภาพใน สพด.

เขตสุขภาพที่ 10 :

- พัฒนาต่อยอดศูนย์เด็กเล็ก เป็นศูนย์เด็ก EF (ศรีสะเกษ) / พัฒนาเด็กเชิงรุกด้วยการมีส่วนร่วมในชุมชนโดย CFCT (อุบลราชธานี) / พัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านกลไก พขอ. (ยโสธร)
- พัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมในชุมชนผ่าน ธรรมนูญตำบล (ยโสธร)
- CFT ต้นแบบชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่(อำนาจเจริญ) เด็กมุขดาหาร กินดี เล่นได้ สูงสมวัย IQ EQ และ EF ดี” และ ส่งเสริม Smart Parent เลี้ยงลูกถูกวิธี 9 ต้อง / 4 ไม่(มุขดาหาร)

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

สำหรับพื้นที่

1. หน่วยงานในพื้นที่ **เร่งรัดติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า** เชิงคุณภาพ ในการกระตุ้นพัฒนาการให้กลับมาสมวัยและบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. หน่วยงานในพื้นที่สร้าง Mental Health Literacy ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย เช่น Parenting, พัฒนาการ, EQ, Social-emotional เป็นต้น
3. หน่วยงานในพื้นที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็ก สามารถจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพัฒนาการและ EQ เด็กปฐมวัยได้ (ผ่านโปรแกรม Triple-P, CPR)
4. บุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถ **เชื่อมโยงข้อมูลด้านพัฒนาการเด็กของพื้นที่เองได้**
5. หน่วยงานในพื้นที่ควรมีการพัฒนา **ระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามเด็กที่มีปัญหา**ด้านพัฒนาการแบบรายบุคคล

สำหรับส่วนกลาง

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริม ดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ เช่น พัฒนาการ EQ เป็นต้น และมีการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่เหมาะสมสำหรับการดูแลเด็กปฐมวัย

สำหรับพื้นที่

2. สุขภาพกลุ่มวัยทำงาน (NCD – DM/HT)



ตัวชี้วัด : การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย
กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือ
ความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 80

เป้าหมาย: การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัย
ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็น สุขภาพวัยทำงาน รอบที่ 2/2565



ตัวชี้วัด : การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ 80

1

การจัดบริการคัดกรอง
DM/HT
ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป

2

การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย
เพื่อยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์

3

การดูแลรักษาตามแนวทาง
เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ												ประเทศ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1. ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป	DM \geq 90	87.49	88.23	92.5	63.81	87.23	80.54	93.01	91.57	89.32	84.82	85.32	88.2	85.43
	HT \geq 90	87.9	88.45	92.97	63.42	88.06	81.09	92.92	91.08	90.74	84.34	85.15	88.08	85.63
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	DM \geq 67	68.42	72.29	90.28	69.91	64.34	74.67	70.59	73.2	63.06	65.74	67.65	60.38	69.17
	HT \geq 80	94.94	94.78	93.63	86.03	90.83	88.23	92.5	93.79	81.44	95.44	96.8	94.59	91.65
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี	DM \geq 40	23.73	35.3	38.62	28.3	29.27	32.76	24.48	26.54	31.32	30.58	33.88	23.61	29.35
	HT \geq 60	47.31	63.36	59.03	41.38	52.23	45.96	64.23	60.53	55.64	62.84	55.35	45.49	53.53

ผลการดำเนินงาน การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

DM

กลุ่มเป้าหมาย : ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป
22,678,756 คน

ได้รับการคัดกรอง 19,374,987 คน
(85.43%)

สงสัยป่วย 183,528 คน
(0.95%)

ตรวจติดตาม
127,040 คน
(69.17%)

เป้าหมาย 12 เดือน $\geq 67\%$

HT

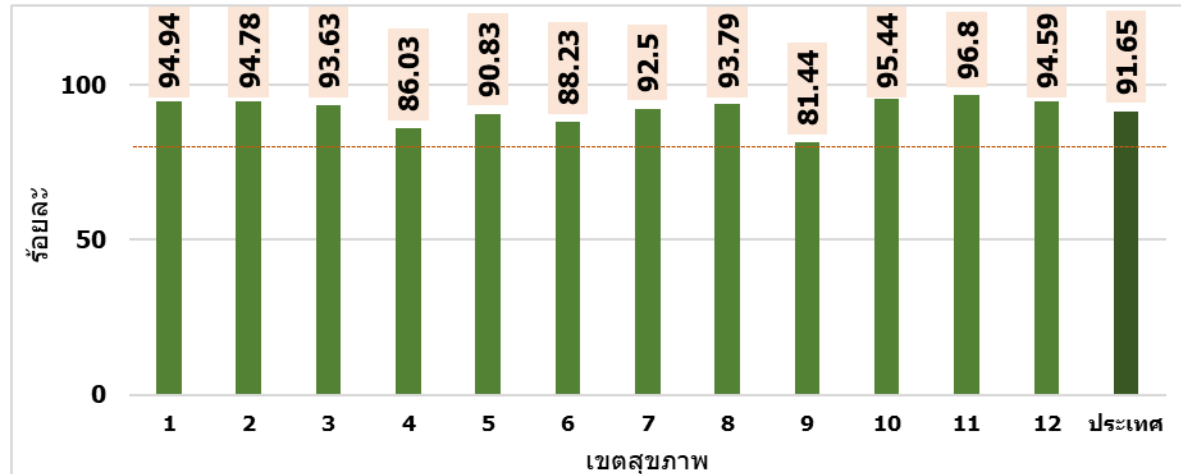
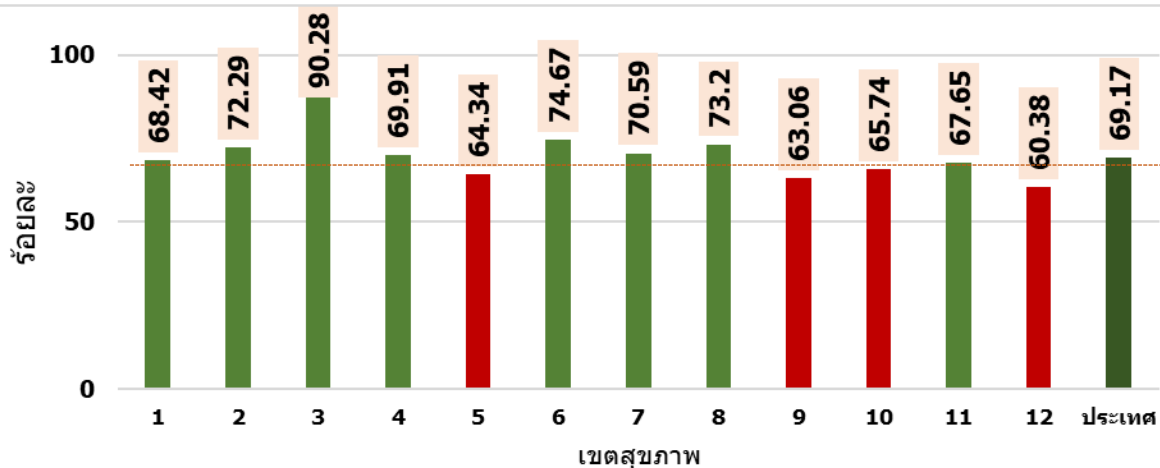
กลุ่มเป้าหมาย : ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
19,548,486 คน

ได้รับการคัดกรอง 16,739,022 คน
(85.63%)

สงสัยป่วย 768,587 คน
(4.59%)

ตรวจติดตาม
704,418 คน
(91.65%)

เป้าหมาย 12 เดือน $\geq 80\%$



ปัญหาอุปสรรค

ประเด็น

รายละเอียด



การคัดกรองค้นหากลุ่มสงสัยป่วย

บางพื้นที่ดำเนินการคัดกรองล่าช้า, มีนโยบายการคัดกรองเลือกผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรค DM HT ก่อน, การดำเนินงานในบริบทเขตเมือง ดำเนินการได้ยากส่งผลให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย



การปรับเทคนิควิธีการตรวจติดตามฯ

การปรับรายละเอียด Template คำนิยาม และระยะเวลาตรวจติดตามปี 2565 ทำให้ผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจในรายละเอียด เกิดความสับสน



ผลกระทบจากสถานการณ์โควิด 19

กลุ่มสงสัยป่วยไม่สามารถเดินทางไปรับบริการตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ตามนัดได้, คลินิก NCD เปิดให้บริการปกติเพียง 16.7%, และปิดนานเกิน 1 เดือน 12%



การบันทึกและการส่งออกข้อมูล

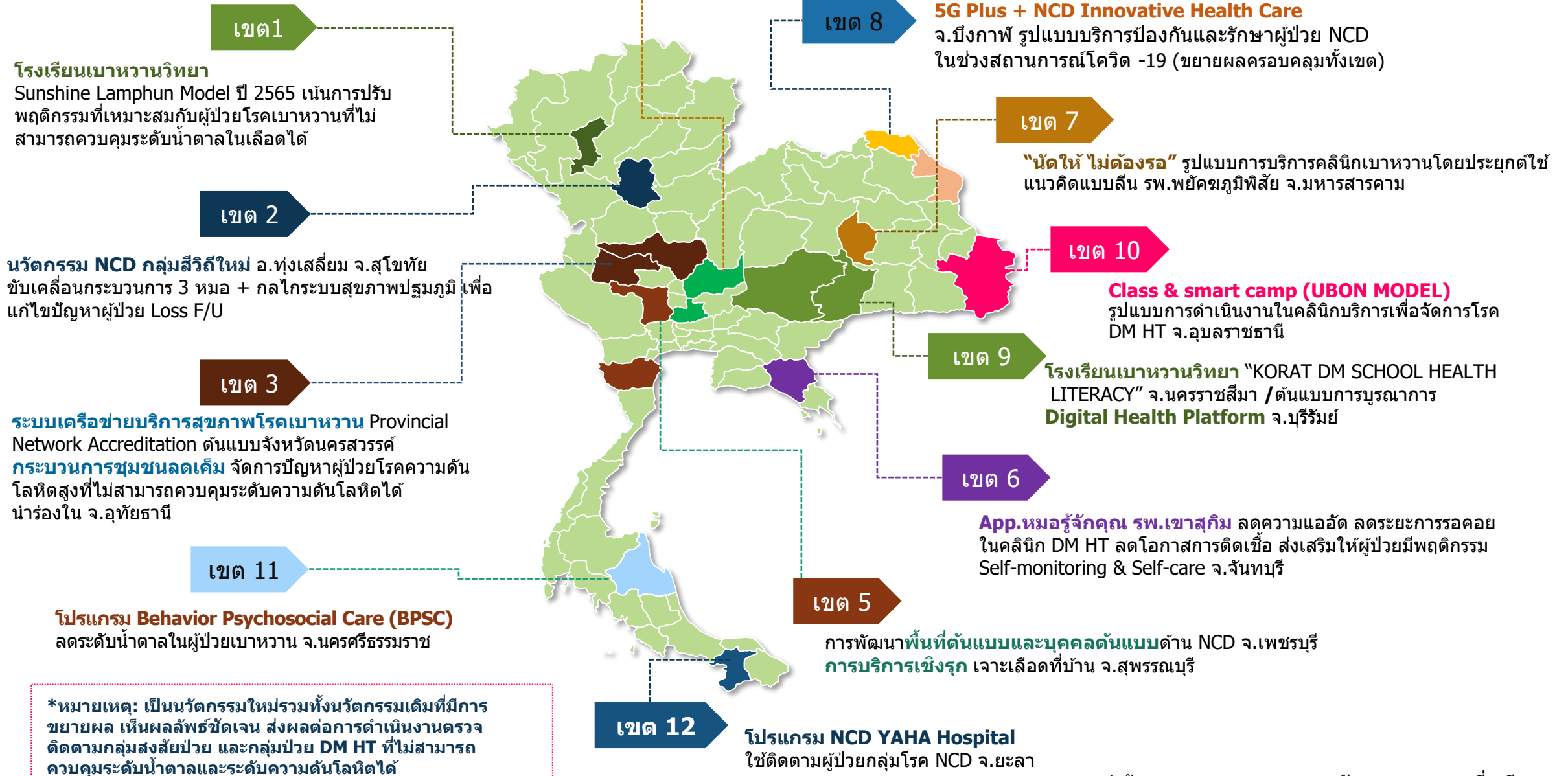
บางพื้นที่บันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ล่าช้า, เกิดปัญหาจากระบบ JHCIS ทำให้การส่งออกข้อมูลเข้าระบบ HDC ล่าช้า, ขาดข้อมูลของผู้ไปรับบริการนอกพื้นที่ (ข้ามจังหวัด) เนื่องจากยังไม่มีมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากสถานบริการนอกเขต



บุคลากร

มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เปลี่ยนแปลงโยกย้ายงานบ่อย ผู้ปฏิบัติงานใหม่ยังขาดประสบการณ์ในการดำเนินงาน

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี



*หมายเหตุ: เป็นนวัตกรรมใหม่รวมทั้งนวัตกรรมเดิมที่มีการขยายผล เห็นผลลัพธ์ชัดเจน ส่งผลต่อการดำเนินงานตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย และกลุ่มป่วย DM HT ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้

ข้อเสนอแนะ

สำหรับพื้นที่

- การปรับรูปแบบการดำเนินงาน นำเทคโนโลยี นวัตกรรม Service model มาใช้
- พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการในเขตเมือง จัดตั้ง Health Station ในศูนย์การค้า, สถานที่ราชการ, สถานที่ทำงาน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองด้วยตนเอง
- พัฒนากลไกลดเสียง ลดโรคในชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของ พชอ./พชต. และท้องถิ่น
- สนับสนุนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือ จากหน่วยงานนอกกระทรวงสาธารณสุข (Non-Health)

สำหรับส่วนกลาง

สำหรับส่วนกลาง

- จัดทำปฏิทินการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย (Tracking system) แจ้งเตือนช่วงเวลาในการตรวจติดตามฯ รวมทั้ง Flow การดำเนินงานสนับสนุนให้พื้นที่
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น เรื่องการคีย์ข้อมูลในระบบ HDC
- พัฒนา Application ที่สามารถเข้าถึงบริการประชาชนในทุก Setting และเชื่อมโยงกับระบบ HDC ได้ เพื่อลดความยุ่งยากซับซ้อน
- พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน Case manager, System manager อย่างต่อเนื่อง

3. สุขภาพผู้สูงอายุ



KPI 1 : ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

KPI 2 : ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

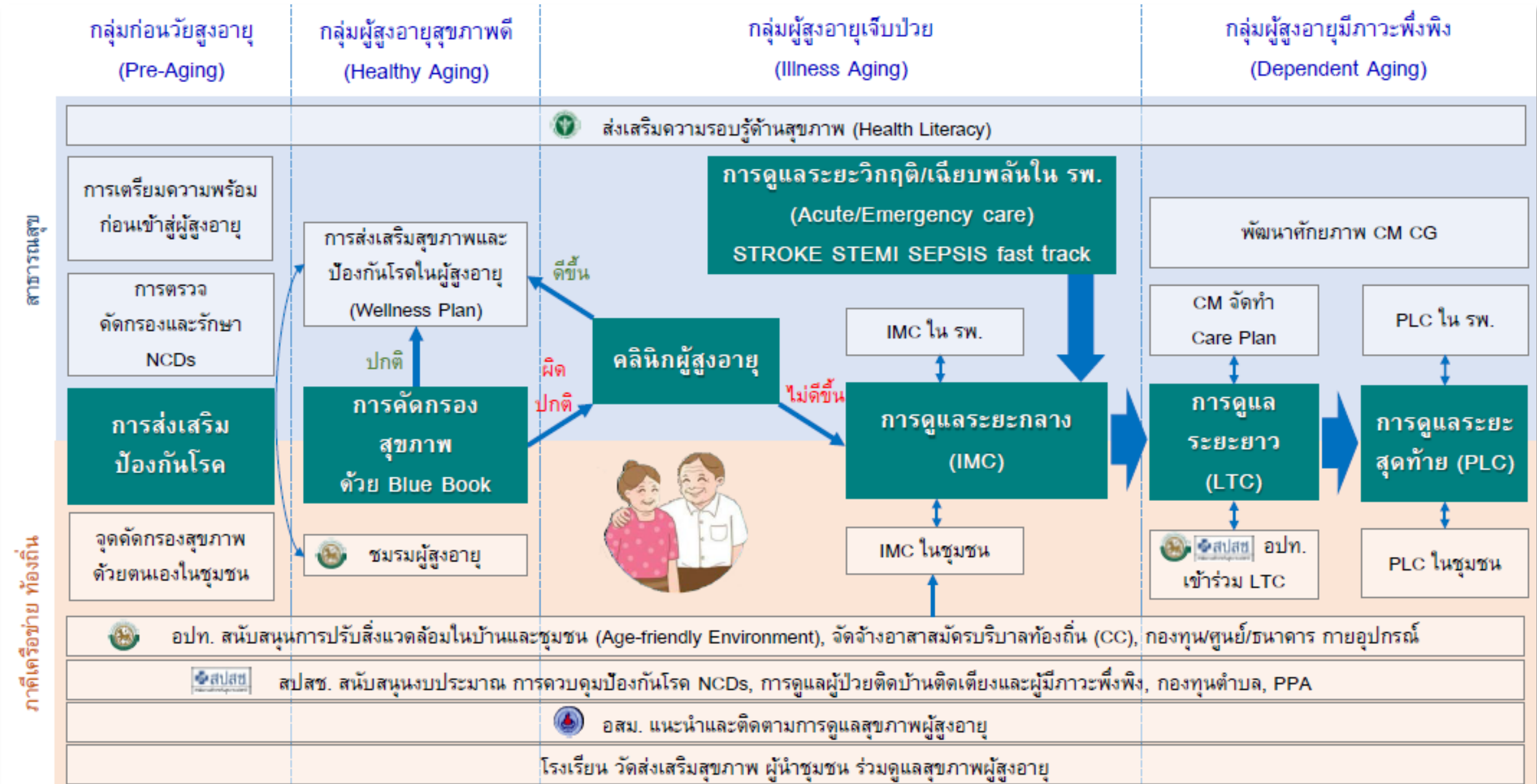
KPI 3 : ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

หน่วยงานรับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานรับผิดชอบร่วม : กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กบรส.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็น สุขภาพผู้สูงอายุ รอบที่ 2/2565

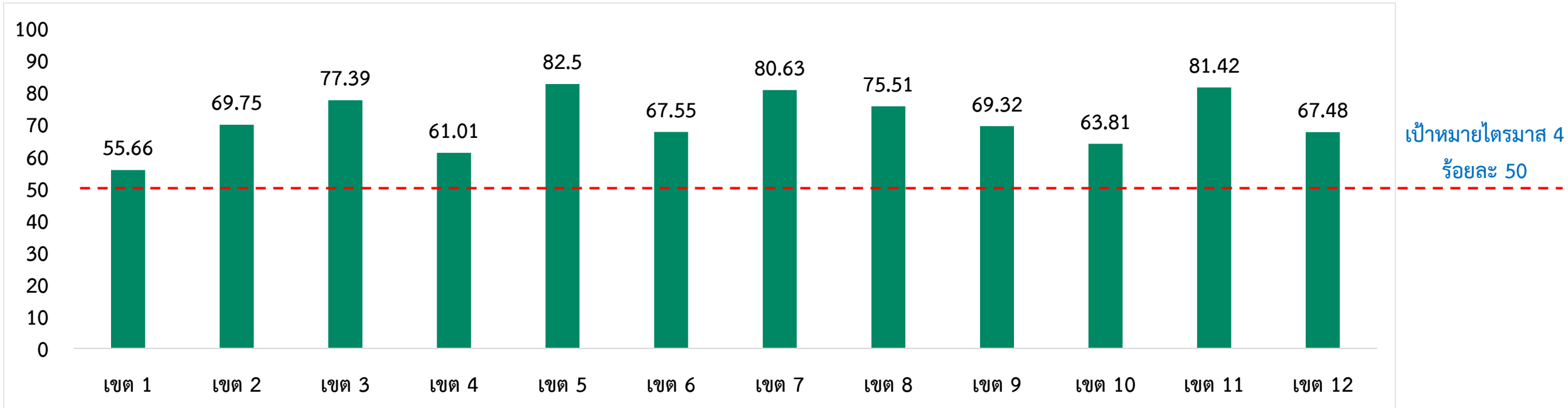
หัวข้อ/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ												ประเทศ
		เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	
1. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 50	55.66	69.75	77.39	61.01	82.5	67.55	80.63	75.51	69.32	63.81	81.42	67.48	73.16
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ														
2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	19.68	100	93.72	81.42	4.42	68.94	88.95	95.03	91.80	98.24	94.56	94.58	34.97
2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 30	31.10	96.31	92.06	62.84	91.18	92.45	94.61	97.91	91.20	98.83	84.92	92.99	80.29
3. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 98	99.61	98.12	98.33	89.62	99.37	99.62	100	100	99.08	100	97.88	97.17	98.18
จำนวนตำบลในเขต	7,255	769	426	420	713	635	531	660	644	761	613	518	565	7,255
จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์	7,123	766	418	413	639	631	529	660	644	754	613	507	549	7,123

ที่มาของข้อมูล

1: Blue Book Application ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2565 2: กรมการแพทย์ : ข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม 2564 - วันที่ 4 กันยายน 2565 3: ระบบรายงานโปรแกรม Long Term Care 3C วันที่ 30 สิงหาคม 2565

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ

ประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์



ผู้สูงอายุ
1,555,472 คน

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
1,138,004 คน
คิดเป็นร้อยละ 73.16

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คือ การปฏิบัติตัวครบ 5 ประการ เพื่อดูแลสุขภาพและป้องกันโรค

1. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
2. ไม่สูบบุหรี่
3. ออกกำลังกายเป็นประจำ
4. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
5. สัมประทานผักและผลไม้สดเป็นประจำ

กรมอนามัย

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ 8 ข้อ
เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ดี ในยุค New normal

กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปี 2565



ผู้สูงอายุ
กลุ่มเริ่มป่วย/ป่วย



การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ

มีการจัดตั้งคลินิกในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน จำแนกเป็น

- คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน 77 แห่ง
- คลินิกระดับคุณภาพจำนวน 94 แห่ง

รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน 171 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81 ของโรงพยาบาล ระดับ M2 ขึ้นไปทั้งหมด



คัดกรองสุขภาพโดย

- อสม.
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.



ให้การดูแลรักษา

- เบื้องต้นใน รพ.สต.
- คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.



เชื่อมการทำงานผ่าน 3 หมอ

ทุกครอบครัวมี **หมอประจำตัว 3 คน**



หมอประจำบ้าน คือ
1 คน
ต่อ
10-20 ครอบครัว



หมอสาธารณสุข คือ
1 คน
ต่อ
1,250-2,500 คน



หมอคอบครัว คือ
แพทย์ในโรงพยาบาล
1 คน
ต่อ
8,000-12,000 คน

ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ปี 2565

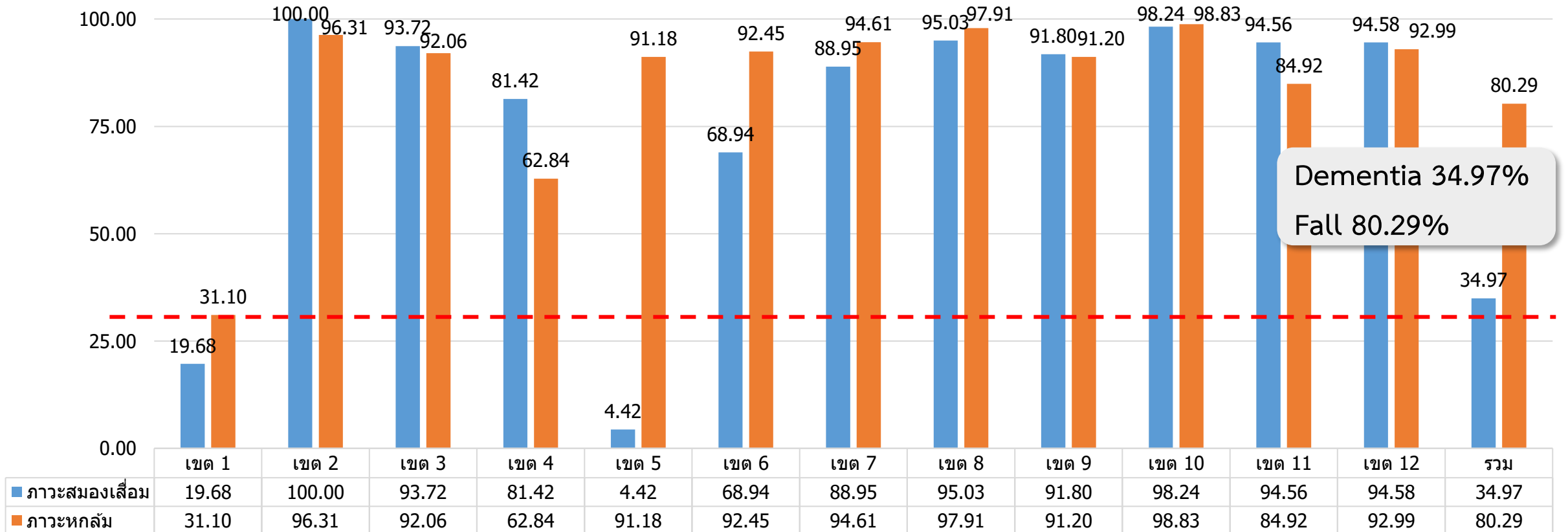
ตัวชี้วัด :



ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

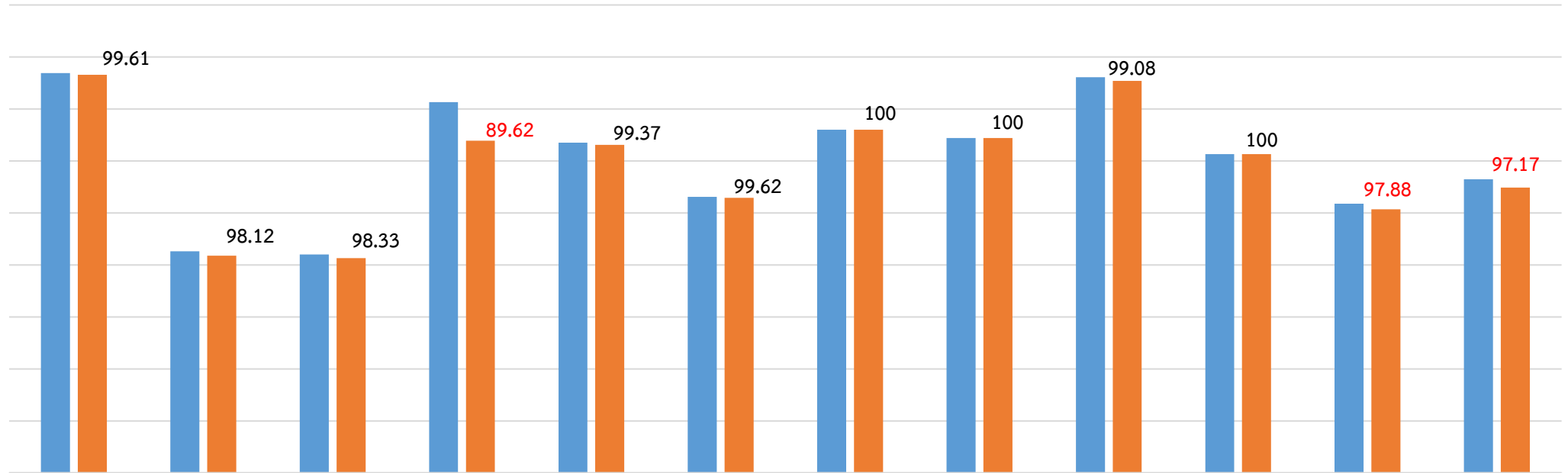


- ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ



ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญ

ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายไตรมาส 4 ร้อยละ 98)



■ จำนวนตำบลทั้งหมดในเขต
■ จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์



ตำบลทั้งหมด
7,255 ตำบล



ผ่านเกณฑ์
7,123 ตำบล

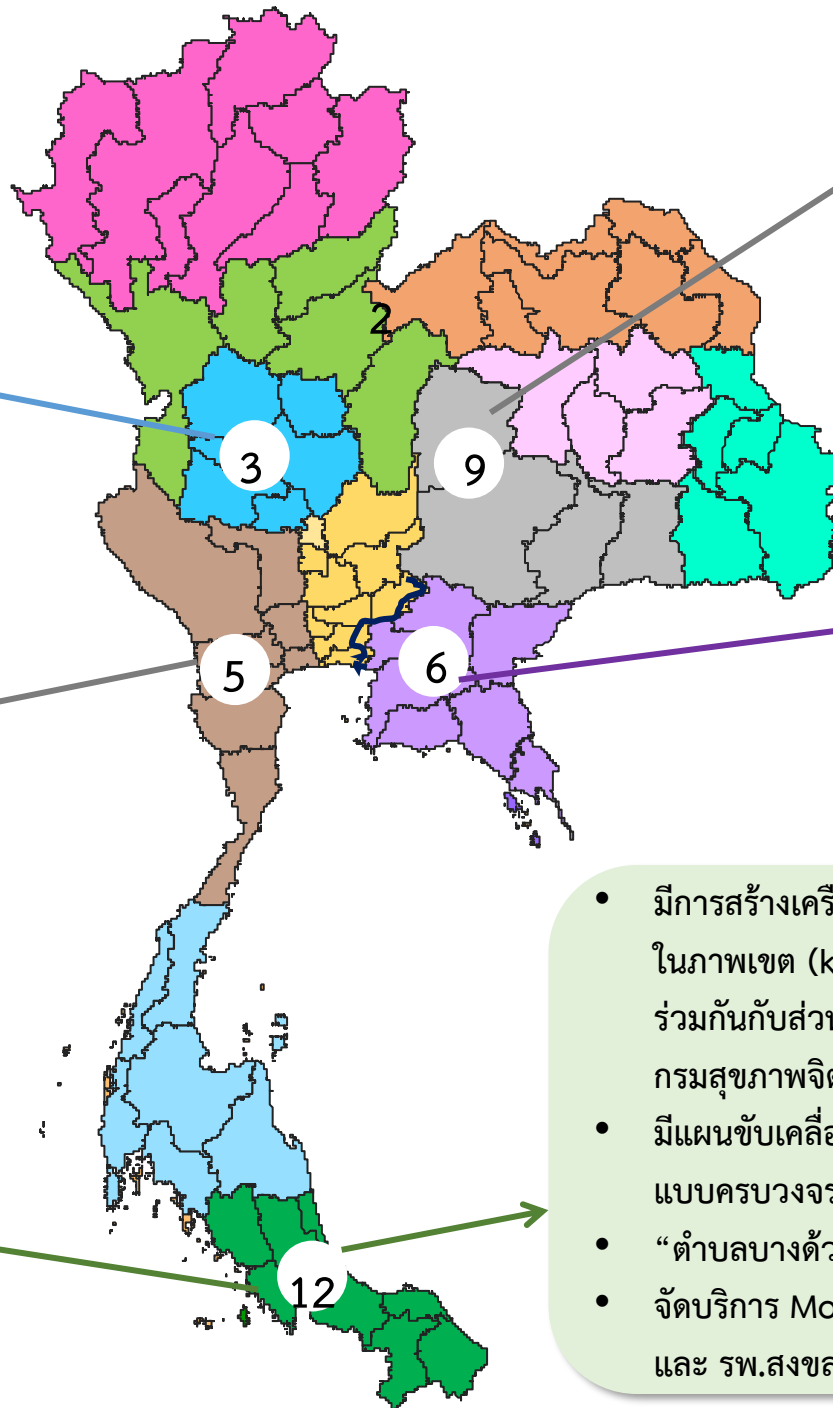
คิดเป็นร้อยละ
98.18

Best Practice

- จัดบริการ service package เฉพาะโรคแบบครบวงจร ได้แก่ service package
- “พลังบวร” ขับเคลื่อนการดำเนินการเพื่อเตรียมการรองรับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุ
- ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (CDC system)
- พัฒนาพื้นที่เพื่อรองรับสังคมสูงวัยครบทุกมิติ

- การขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกด้วยใจ ฝ่าภัยโควิด One stop Service ตามแนวชีวิตวิถีใหม่

- ขับเคลื่อน Big Rock อ.เมือง และควนขนุน จัดบริการ Mobile Aging Clinic /ส่งเสริม HLในกลุ่มเสี่ยงหกล้ม
- รพ.สงขลา พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
- รพ.หาดใหญ่ มี Mobile Aging Clinic Osteoporosis and fall prevention clinic คลินิกชะลอรักรัศ CMU 4 แห่ง



Age Friendly City ในทต./อบต.

- การขับเคลื่อนนโยบายของขั้ววันผู้สูงอายุแห่งชาติ ปี 2565 ยอดเยี่ยม
- โปรแกรมการชะลอความเสี่ยง
- มอบสิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง
- จังหวัดที่มีการขับเคลื่อน Blue Book Application ดีเด่น

- มีการสร้างเครือข่ายและแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในภาพเขต (knowledge Management) รวมถึงการประสานงานร่วมกันกับส่วนกลาง เช่น กรมการแพทย์ กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต
- มีแผนขับเคลื่อน Project “ชราธิวาส” บูรณาการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร, ไร้รอยต่อ พัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุ ทุกระดับ
- “ตำบลบางด้วน อ.ปะเหลียน รวมพลังภาคี รับมือสังคมสูงวัย”
- จัดบริการ Mobile Aging Clinic รพ.สตูล รพ.ปัตตานี รพ.พัทลุง และ รพ.สงขลา

ปัญหา/อุปสรรคที่พบ



1. การคัดกรองภาวะสุขภาพและลงข้อมูลผ่าน Blue Book Application ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากข้อจำกัดการใช้งาน
2. มี อปท. เพียงร้อยละ 85.6 ที่เข้าร่วมกองทุน LTC ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ครอบคลุม ตลอดจนยังมีการจัดทำ Care plan ยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด
3. อัตรากำลังบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุไม่เพียงพอ และบทบาทหน้าที่และการดำเนินงานที่ยังไม่เฉพาะทางชัดเจน
4. การขาดบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่มีการโอน/ย้าย/ลาออก/เกษียณ หรือปรับเปลี่ยนงาน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ที่ยังมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกัน ขาดการเชื่อมโยงฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

สำหรับพื้นที่

- ควรนำแนวทาง ส่งต่อ รักษาฟื้นฟูของเขตสุขภาพที่ 9 ไปใช้นำร่องในเรื่องภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม
- การผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ นำร่องเมือง/ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
- จัดทำแผนการพัฒนาศมรรถนะบุคลากรด้านการดูแลผู้สูงอายุในการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ (กลุ่มป่วย)
- บูรณาการร่วมกับอปท. ร่วมดำเนินการจัดตั้ง Day Care ในชุมชน (กลุ่มติดบ้าน)
- ขับเคลื่อนสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ/โรงเรียนผู้สูงอายุ (กลุ่มติดสังคม) อย่างยั่งยืน
- PM ขับเคลื่อนให้ อปท. เข้าร่วมกองทุน LTC และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามโครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้มีสิทธิ โดยใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)

สำหรับส่วนกลาง

- ตัวชี้วัดควรปรับให้ลดลง เน้นตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ มากกว่าปริมาณ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง และยั่งยืน
- การถ่ายทอดบทบาทการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อรองรับการถ่ายโอนของหน่วยบริการในพื้นที่
- พัฒนา Application Blue Book และปรับปรุงให้เป็นระบบ PCDA เพื่ออำนวยความสะดวกกับผู้ใช้งาน
- พัฒนาระบบบริการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน, ส่งเสริมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมถึงส่งเสริมการใช้ Wellness Plan ผู้สูงอายุในชุมชน



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

4. สุขภาพดี วิธีใหม่



ANAMAI
POLL



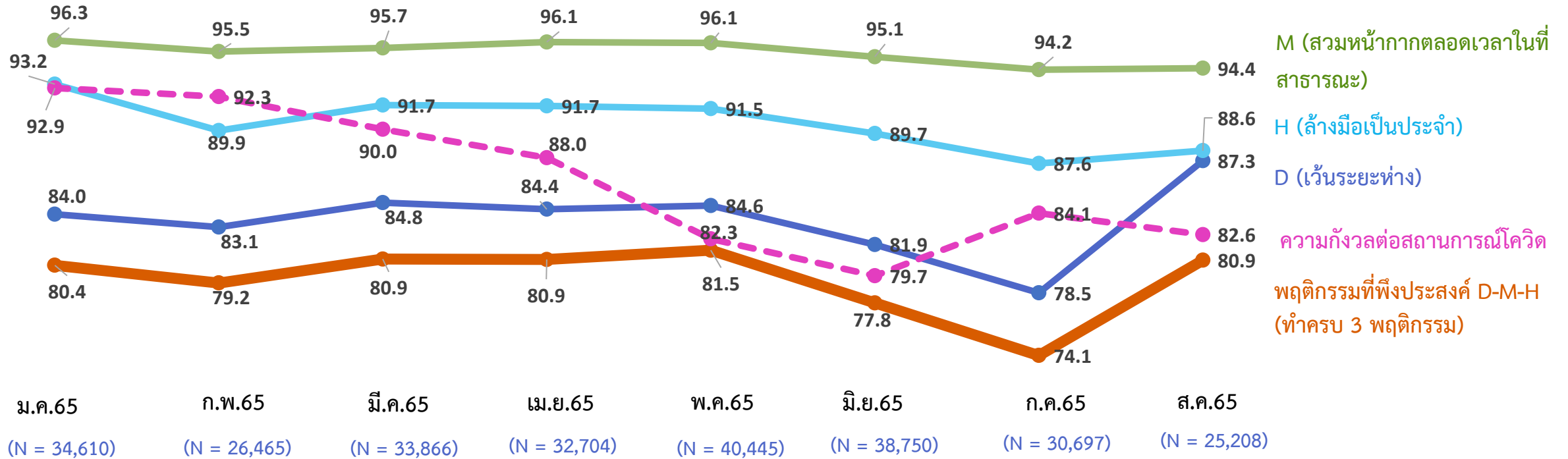
KPI 1 : ร้อยละ 80 ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรค
ที่พึงประสงค์

KPI 2 : จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน

KPI 3 : ร้อยละ 90 กิจการ/กิจกรรม /สถานประกอบการ
ปฏิบัติตามมาตรการ

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ประเด็น สุขภาพดี วิถีใหม่ รอบที่ 2/2565

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เขตสุขภาพ													ประเทศ
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1. ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพึงประสงค์	ร้อยละ 80	78.1	82.5	85.3	82.0	83.4	73.6	84.3	64.3	80.0	78.4	83.0	72.4	76.1	80.9
2. จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ	5 ล้านคน	344,678	370,848	970,789	411,488	869,322	692,031	2,658,736	962,728	898,791	1,466,753	683,475	8011,932	163,474	4,813,765
3. กิจการ/ กิจกรรม/ สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการ	ร้อยละ 90	98.15	98.68	99.02	98.69	98.45	98.56	98.64	98.63	98.70	98.79	98.31	97.87	97.88	98.45



สรุปผลสำรวจ

1) ตั้งแต่ พ.ค. - ก.ค.65 พบประชาชนมีแนวโน้มพฤติกรรมที่พึงประสงค์ลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ 29 ส.ค. 65) พบแนวโน้มมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ฯ เพิ่มขึ้น จากเดือน ก.ค. ทั้งการสวมหน้ากาก (เป็นร้อยละ 94.4) ล้างมือเป็นประจำ (เป็นร้อยละ 88.6) และการเว้นระยะห่าง (เป็นร้อยละ 87.3)

2) ตั้งแต่ ม.ค. - มิ.ย.65 พบความกังวลต่อสถานการณ์โควิด มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตามในเดือน ก.ค. 65 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (เป็นร้อยละ 84.1) และลดลงเล็กน้อยในเดือน ส.ค.65 (เป็นร้อยละ 82.6) โดย 3 ประเด็นที่ผู้ตอบแบบสำรวจ กังวลมากที่สุด ได้แก่

- ร้อยละ 31.9 - กังวลโรคโควิด 19 สายพันธุ์ใหม่
- ร้อยละ 18.0 - กังวลการติดเชื้อในกลุ่มเด็กนักเรียนอาจนำเชื้อเข้าสู่ครอบครัว
- ร้อยละ 16.6 - กังวลการผ่อนคลายให้ถอดหน้ากากได้ อาจทำให้ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ตามลำดับ

นโยบายมุ่งเน้น: จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน



เป้าหมาย

10,000,000 คน

ผลการดำเนินงาน

12,215,065 คน
(ร้อยละ 122.15)



4,813,765 คน



3,534,023 คน



9,080 คน



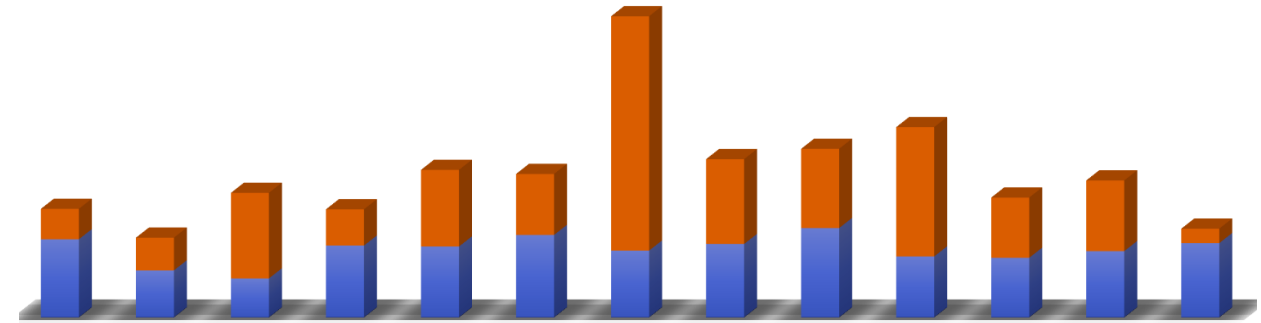
3,527,913 คน



326,001 คน



4,283 คน



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
เป้าหมาย (คน)	887,845	534,596	443,455	816,110	805,656	936,637	759,065	833,974	1,014,937	693,022	677,250	753,233	844,311
ผลงาน 64 (คน)	394,166	422,746	598,710	271,710	668,780	431,548	1,415,858	651,603	473,603	1,111,955	376,536	553,211	135,782
ผลงาน 65 (คน)	344,678	370,848	970,789	411,488	869,322	692,031	2,658,736	962,728	898,791	1,466,753	683,475	801,932	163,474



ก้าวหัวใจ
Season 4 ไร้ขีดขอบ

ผลการดำเนินงาน
โครงการก้าวหัวใจ
ปี 2565

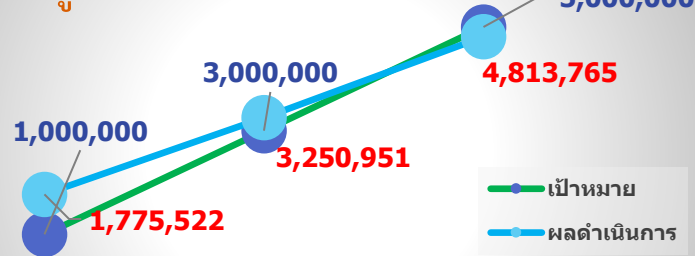
(ข้อมูลวันที่ 1 กันยายน 2565)

จำนวนผู้ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 ก.ย. 65

ชาย 1,725,796 คน หญิง 3,087,969 คน

รวม 4,813,765 คน

จำนวนผู้ลงทะเบียนก้าวหัวใจปี 65



ปี 2563 ปี 2564 ปี 2565

10 อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สมัครสูงสุด (คน)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน
1	มหาสารคาม	318,123
2	ร้อยเอ็ด	313,064
3	ศรีสะเกษ	297,017
4	ขอนแก่น	241,962
5	อุบลราชธานี	199,073
6	บุรีรัมย์	154,814
7	นครสวรรค์	137,583
8	กาฬสินธุ์	131,272
9	ฉะเชิงเทรา	115,926
10	สุรินทร์	115,578

กิจการ/ กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ



ภาพรวมประเทศ

N= 109,947 แห่ง

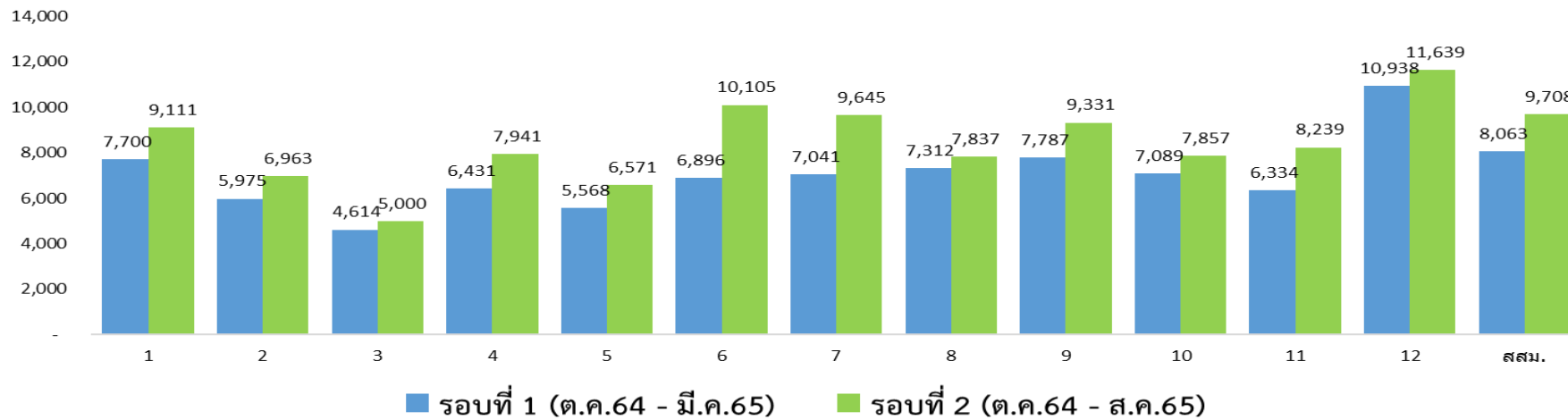


108,238 แห่ง 98.45 %

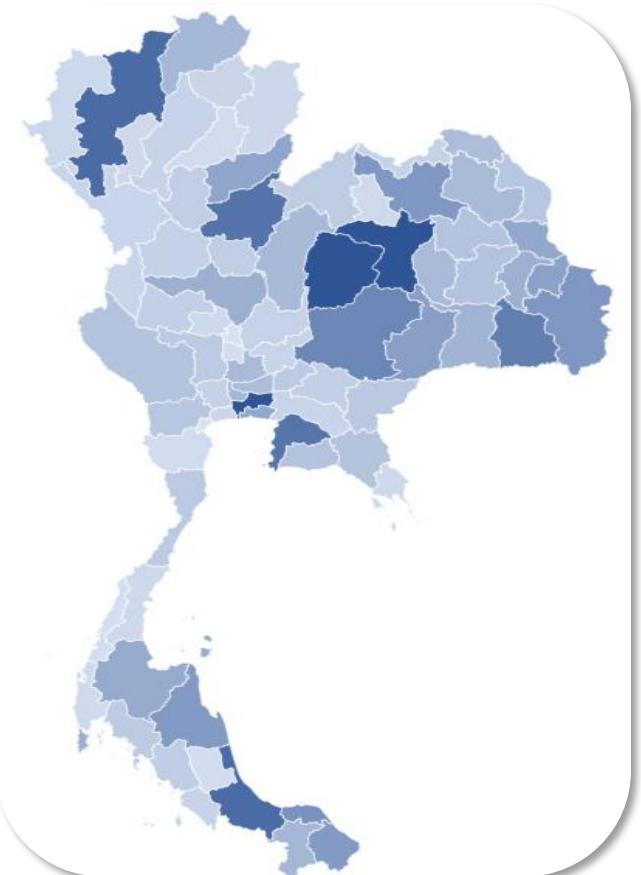


1,709 แห่ง 1.55 %

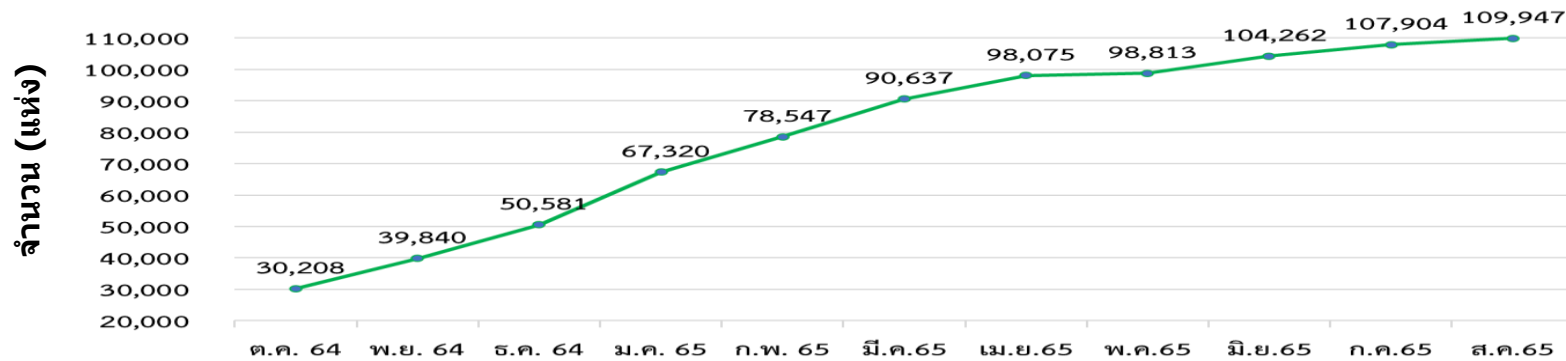
ข้อมูลเปรียบเทียบการเข้ามาประเมิน COVID Free Setting ของ 9 Setting รอบที่ 1 และรอบที่ 2 จำแนกรายเขตสุขภาพ



การเข้ามาประเมิน COVID Free Setting รายจังหวัด



แนวโน้มการเข้ามาประเมิน COVID Free Setting ของ 9 Setting รายเดือน



(ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 31 สิงหาคม 2565)

ผลงานเด่น/นวัตกรรม

ก้าวทำใจ

จังหวัด
มหาสารคาม



จังหวัด
ร้อยเอ็ด



จังหวัด
ศรีสะเกษ



COVID Free Setting

จังหวัด
ยโสธร




จังหวัด
อุบลราชธานี



ข้อเสนอเชิงนโยบาย/ข้อเสนอเพื่อปรับปรุงพัฒนา


โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค


 พฤติกรรมการป้องกันโรคพืงประสงค์ มีแนวโน้มลดลงหลังผ่อนคลายมาตรการ


 หลายเขตสุขภาพ ประชาชนเข้าร่วม โครงการก้าวทำใจต่ำกว่าเป้าหมาย

 กิจการ/สถานประกอบการ ลงทะเบียนและ ประเมินตนเองเป็น COVID Free Setting เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนน้อย

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

 * จังหวัดควรสร้างการรับรู้ในการป้องกันตนเองของประชาชน อย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาพรวม และผ่าน Setting อาจเป็น Setting การระบาด เช่น ตลาด โรงงาน สถานศึกษา ฯลฯ

 * ส่งเสริม สนับสนุน และชี้แนะให้ใช้แพลตฟอร์มก้าวทำใจเป็นเครื่องมือ ในการส่งเสริมสุขภาพ
* มุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย/Setting ขนาดใหญ่ เช่น สถานศึกษา โรงงาน ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยราชการ ฯลฯ

 * สร้างการรับรู้แก่ผู้ประกอบการถึงความจำเป็นในการประเมินตนเองในแพลตฟอร์ม TSC2+ เพื่อยืนยันตนเองว่าได้ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัย เมื่อ COVID-19 ประกาศว่าเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวัง โดยเฉพาะกิจการตาม พ.ร.บ.สธ.
* สนับสนุนให้ใช้กลไก คสจ. ในการกำหนดนโยบายของจังหวัด ให้ อปท. ดำเนินการ ตาม พ.ร.บ.สธ. โดยออกเทศบัญญัติ กำกับ/ติดตามมาตรการ



THANK YOU



สรุปผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2565

ประเด็นที่ 4 : สุขภาพกลุ่มวัยและสุขภาพจิต : วัยทำงาน
เป้าหมาย : อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร



นำเสนอโดย

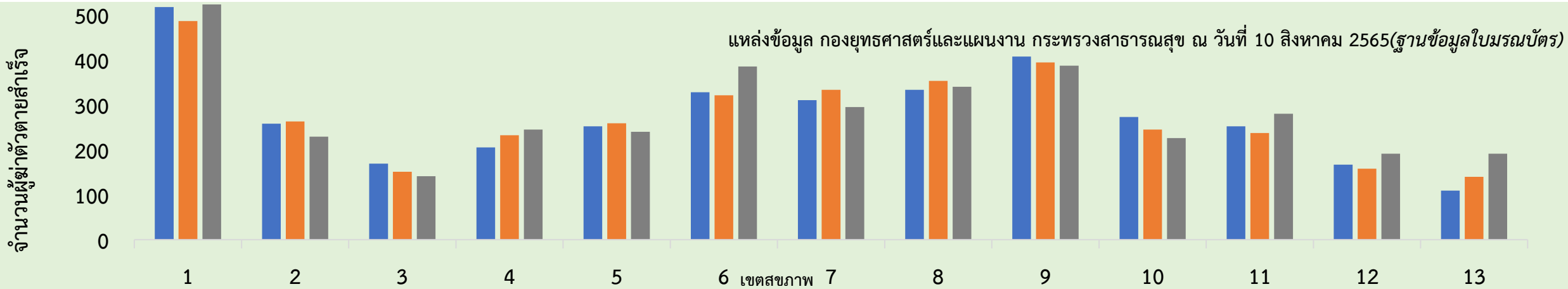
ดร.สุภาภรณ์ ศรีธัญรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2563 - 2565 (เดือนม.ค.-ก.ค.65)

KPI : อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากรแสนคน



เขต	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	กทม.	รวม
ปี 2563	658 (11.84)	340 (9.98)	216 (7.32)	289 (5.38)	323 (6.24)	434 (7.09)	441 (8.76)	461 (8.35)	529 (7.85)	363 (7.91)	373 (8.40)	210 (4.42)	175 (3.17)	4,812(7.37) 4,810(7.38) 3,013
ปี 2564	671 (11.65)	353 (9.61)	209 (6.19)	311 (6.54)	359 (7.13)	409 (8.38)	433 (8.04)	457 (7.60)	538 (7.46)	337 (6.49)	313 (7.5)	231 (4.52)	189 (8.51)	
ปี 2565 (ม.ค.-ก.ค.65)	438 (7.91)	197 (5.79)	127 (4.34)	194 (3.61)	218 (4.22)	294 (4.78)	239 (4.77)	279 (5.07)	300 (4.47)	179 (3.91)	229 (5.16)	157 (4.47)	162 (2.97)	

****คาดการณ์เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่จะมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเกิน 8.0 คือ เขต 1, 2, 6, 8 และ 11**

สมมติฐานในคนไทย ตามแนวคิด TK model, 2560
 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จะเกิดขึ้นเมื่อ **2 มี 2 ล้มเหลว 1 อ่อนแอ**
 หากมีเพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง...จะไม่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

(มี) ปัจจัยเสี่ยง

- โรคจิตเวช 35% บุคลิกภาพผิดปกติ
- ติดสุรา 26%/สารเสพติด 10%
- โรคทางกายเรื้อรัง NCD / รุนแรง 30%
- คนในครอบครัวเคยฆ่าตัวตาย 8%
- โรคร่วม (Comorbidity)

(มี) ปัจจัยกระตุ้น

- อาการทางจิตกำเริบ
- เหตุการณ์วิกฤติที่รู้สึกพ่ายแพ้ล้มเหลว/ อับอาย
 ขายหน้าและหมดหนทาง
- ขავการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยปกป้อง (อ่อนแอ)

- ทักษะการแก้ไขปัญหา/การปรับตัว
- ความอบอุ่นในครอบครัว
- ความสัมพันธ์กับเพื่อน/คนใกล้ชิด 50%
- การช่วยเหลือดูแลกันในกลุ่มคน

การเฝ้าระวังป้องกัน (ล้มเหลว)

- ญาติ/ผู้ใกล้ชิดไม่สังเกตสัญญาณเตือน 24 %
- ไม่มีจุดรับแจ้งเหตุ เพื่อจัดการเพื่อช่วยชีวิต
- ไม่มีการส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต

ด่านกั้น Barriers (ล้มเหลว)

- เข้าถึงวัสดุ/อุปกรณ์/สถานที่ในการฆ่าตัวตาย เช่น
 สารพิษ ยาฆ่าแมลง เชือก สะพานสูง
- ผูกคอ 92 % - ปีน 2 %
- ยากำจัดวัชพืช 3% - สารเคมีและสารพิษอื่นๆ 1%



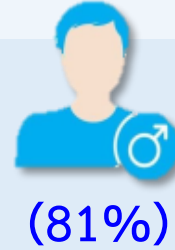
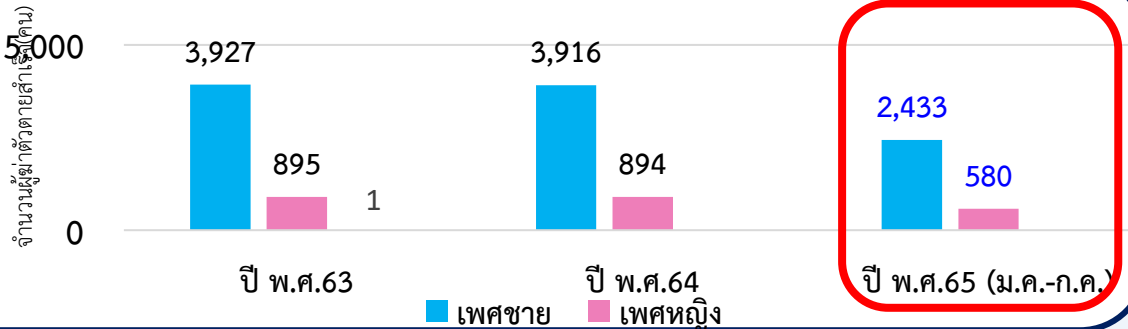
(ปรับวันที่ 18 ก.ค. 65).



ปัจจัยพื้นฐานของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ตั้งแต่ ม.ค. - ก.ค.65)

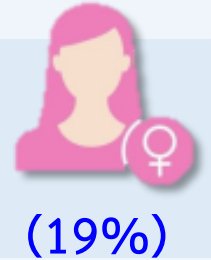
จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
3,013 คน

เพศ



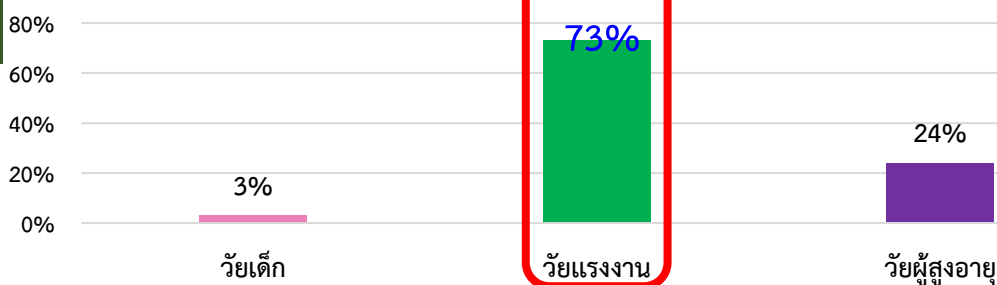
(81%)

เพศชายฆ่าตัวตายมากกว่า
เพศหญิงเป็น 4 เท่า



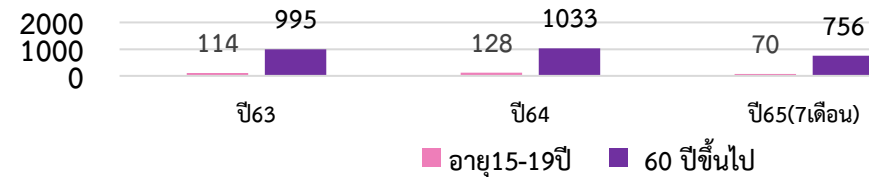
(19%)

กลุ่มวัย

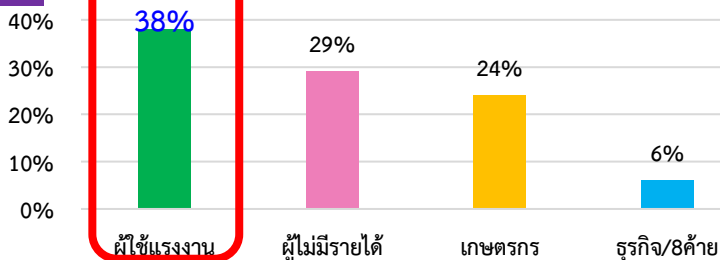


กลุ่มวัยที่ต้องเฝ้าระวัง

กลุ่มวัยที่มีการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น
คือ **กลุ่มวัยรุ่น** และ **กลุ่มผู้สูงอายุ**

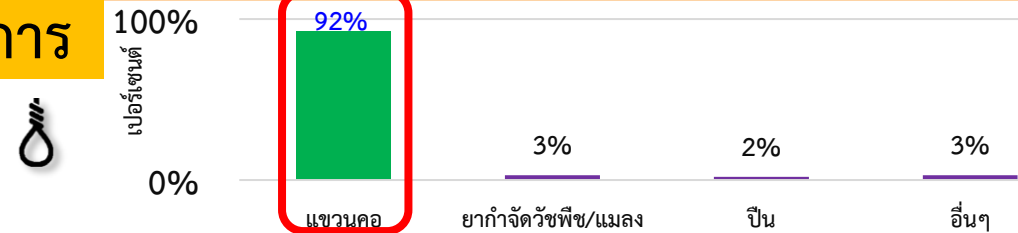


อาชีพ



- ♦ อาชีพอันดับ 1 คือ **รับจ้าง/แรงงาน (38%)**
- ♦ รองลงมา คือ **ไม่มีรายได้ (29%)**

วิธีการ



หมายเหตุ: นอกเหนือจาก 3 วิธีดังกล่าว ยังพบวิธีการฆ่าตัวตายวิธีอื่นๆ เช่น สารพิษ/ยาฆ่าแมลง กระโดดน้ำ กระโดดจากที่สูง กินยาเกินขนาด เป็นต้น

Best Practice

4 pillar

การพัฒนาระบบ 3 หมอช่วยแก้ไข
การฆ่าตัวตายและสร้างระบบการมีส่วนร่วม
อ.ลิ้มแล ส่งผลให้ปัญหาการฆ่าตัวตายลดลง

หยุดการฆ่าตัวตายในชุมชน
Community set zero

วิจัยทางระบาดวิทยาของผู้ฆ่าตัวตาย
สำเร็จ อ.อินทร์บุรี จ.สิงห์บุรี นำผลการวิจัย
มาสร้างรูปแบบการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โครงการจิตแพทย์สัญจร, ใกล้เคียงใกล้ใจ
(จ.ประจวบคีรีขันธ์)

การถอดบทเรียนกรณีการศึกษาผู้พยายาม
ทำร้ายตนเองและผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
ภายใน 14 วันหลังเกิดเหตุ

การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเชิงรุก
บูรณาการ 3 หมอ ด้วย Mental Health Check In ติดตามเยี่ยม
กลุ่มเสี่ยงด้วยโปรแกรม R8EOC / R8506Dashboard

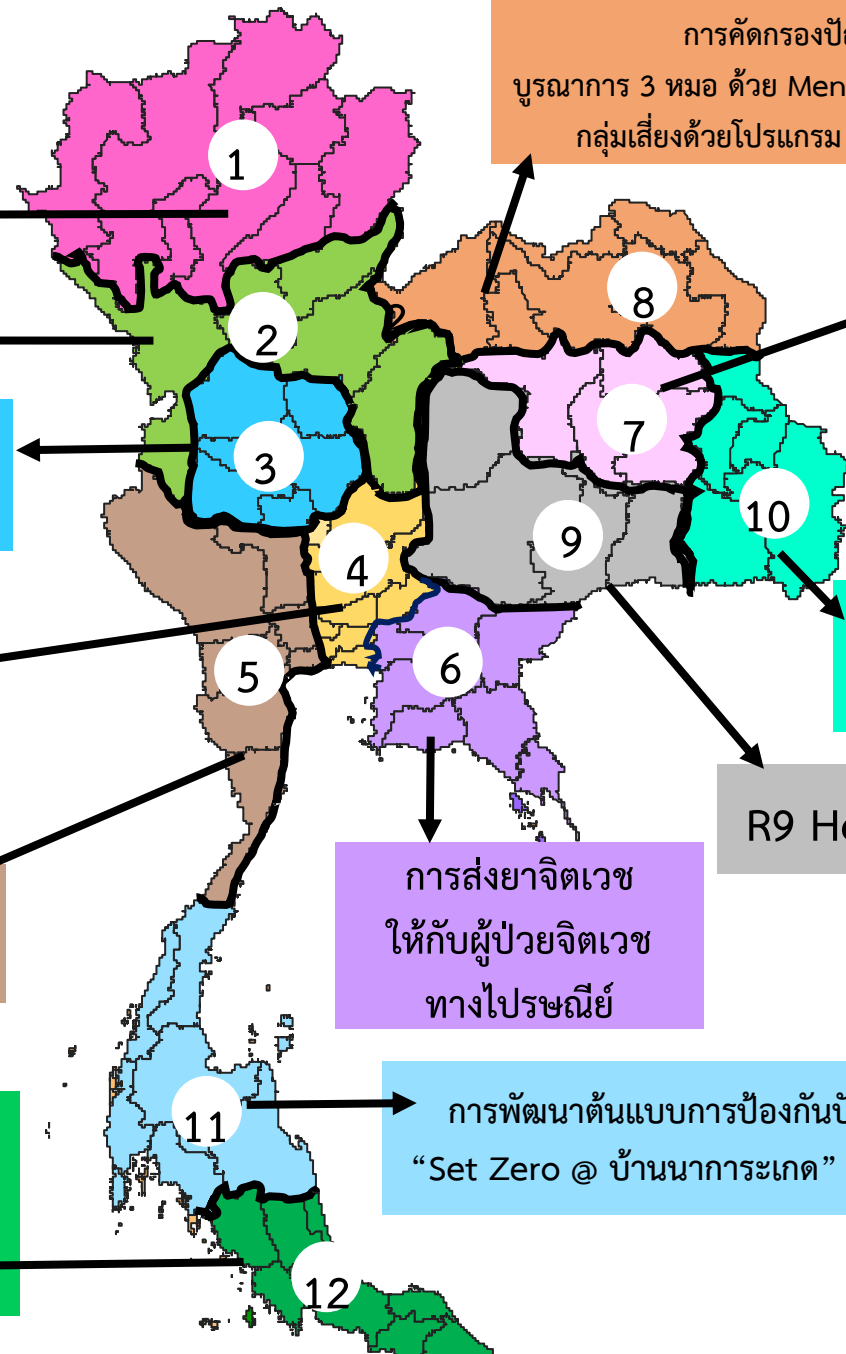
รางวัลเครือข่ายที่ดำเนินการดีเด่น
ระดับประเทศ การบูรณาการงาน
สุขภาพจิตกับการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2565 และ
การขับเคลื่อนการดูแลจิตใจในภาวะ
วิกฤต พ.ศ. 2565 (จ.มหาสารคาม)

Psychological
Autopsy

R9 Health Station

การส่งยาจิตเวช
ให้กับผู้ป่วยจิตเวช
ทางไปรษณีย์

การพัฒนาต้นแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน
"Set Zero @ บ้านนาการะเกด" อ.เข็รใหญ่ จ.นครศรีธรรมราช



ปัจจัยความสำเร็จ

1

ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และผลักดันเป็นนโยบาย การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในระดับเขตสุขภาพ สร้างการมีส่วนร่วมภาคส่วนต่างๆที่เป็นรูปธรรม



2

การจัดตั้งคณะกรรมการระดับจังหวัด ดำเนินการตามแผนระดับจังหวัด/อำเภอ ซึ่งเป็นกลไกการยกระดับมาตรการการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายในทุกภาคส่วนร่วมกัน



3

ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านกลไกระดับอำเภอ/ชุมชน เช่น พชอ. โดยที่ชุมชนมีส่วนร่วม ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและเป็นเจ้าของในการแก้ปัญหาร่วมกัน



ความท้าทายที่ยังมีอยู่



1

ระบบข้อมูล

- ข้อมูลวิเคราะห์การฆ่าตัวตาย ยังไม่สามารถนำมาเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในพื้นที่ได้
- การอบรมทีมสอบสวนโรค ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่
- ข้อมูล รง506s กับมรณบัตร ไม่ตรงกัน ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน



2

ระบบดักจับ

การเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงทั้งในและนอกระบบสธ.

- การคัดกรองความเสี่ยงในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (ซึมเศร้า/ การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วย NCDs/โรคเรื้อรัง) ยังไม่ครอบคลุม
- ประชาชน ญาติ ผู้ใกล้ชิด ยังขาดความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย
- ช่องทางการปรึกษา ระบบเฝ้าระวัง/ส่งต่อในระดับ หมู่บ้าน/ตำบล ทำได้เฉพาะบางอำเภอนำร่อง ไม่ครอบคลุม



3

ระบบป้องกัน
และบำบัด



4

ระบบบริหารจัดการ
และการบูรณาการ

- การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ในพื้นที่ยังเป็นหน่วยงานในระบบสาธารณสุขเป็นหลัก ไม่สามารถจัดการ ปัญหาเศรษฐกิจ/สังคม/ ยาเสพติด
- กำลังคนจิตเวชในการขับเคลื่อนงานเชิงรุก งาน ส่งเสริมป้องกันมีจำกัด

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากการตรวจราชการ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565

1

เสริมความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- พัฒนาศักยภาพ 3 หมอ
- พัฒนาญาติ/ผู้ใกล้ชิด/Gate keeper รู้ถึงสัญญาณเตือน

2

จัดระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัด

- 1) กำหนดจุดรับแจ้งเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย
- 2) จัดตั้งทีมปฏิบัติกู้ชีพการฆ่าตัวตาย
- 3) จัดตั้งทีมสอบสวนโรคเพื่อลงพื้นที่

3

ผู้ตรวจฯ/สสจ. จัดตั้งคณะทำงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด (Suicide Prevention Team)

ประกอบด้วย * สสจ.

* Service Plan สุขภาพจิตและจิตเวช

* หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต

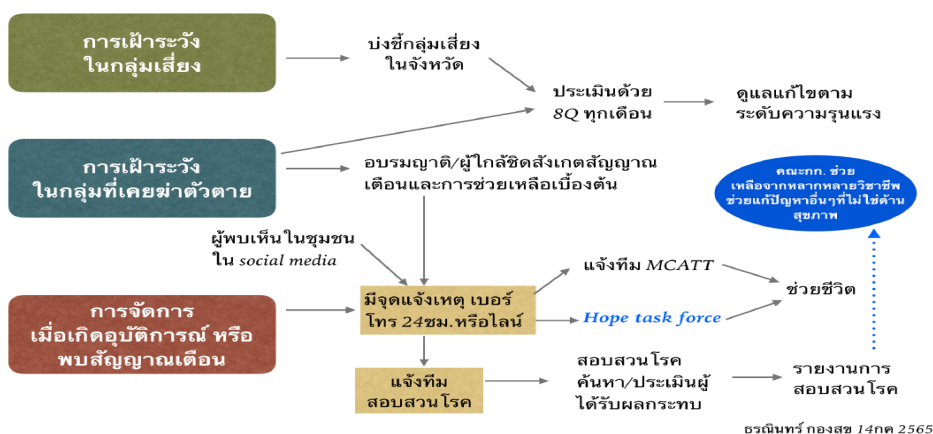
(รพ.จิตเวชและศูนย์สุขภาพจิต)

เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางมาตรการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการฆ่าตัวตายที่จำเพาะสำหรับพื้นที่

4

สสจ.เป็นเลขานำเข้าข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนมาตรการแบบพหุภาคี (Multi-Sectors) ใน“คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตระดับจังหวัด” ที่ผู้ว่าฯ เป็นประธาน

การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดการฆ่าตัวตาย



(วันที่ 12 ก.ค. 65)



Thank you

Adapt it with your needs and it will capture all the audience attention.



ภาคผนวก

- ❑ ตัวชี้วัด : อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร

◆ ประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบที่ 2 ◆

1

ติดตามระบบบริการด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง ใน กลุ่ม Mental Disorder (Depression, Schizophrenia)



2

พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้พยายามทำร้ายตนเองอย่างไร รอยต่อ โดยนำเอาเทคโนโลยี มาใช้เพื่อการติดตามเฝ้าระวัง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายใน และภายนอกสาธารณสุข



3

จังหวัดที่มีทีมสอบสวนระดับ วิทยาการฆ่าตัวตาย (Psychological Autopsy) และมีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรมีความรู้ความสามารถ ในการสอบสวนสาเหตุการตาย ตามหลักระบาดวิทยาการฆ่าตัว ตาย และ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ กำหนดนโยบายหรือแนว ทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่



4

นิเทศ/กำกับ ติดตามประเมินผล แผนการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในระดับเขตสุขภาพและระดับ จังหวัด

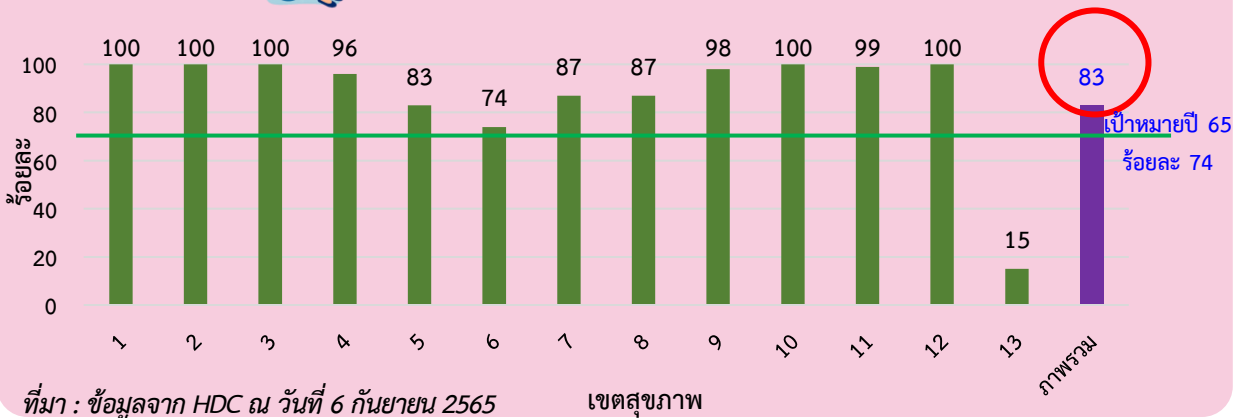


ข้อค้นพบ : ประเด็นตรวจราชการรอบที่ 2/2565 (จากระบบ e-Inspection)

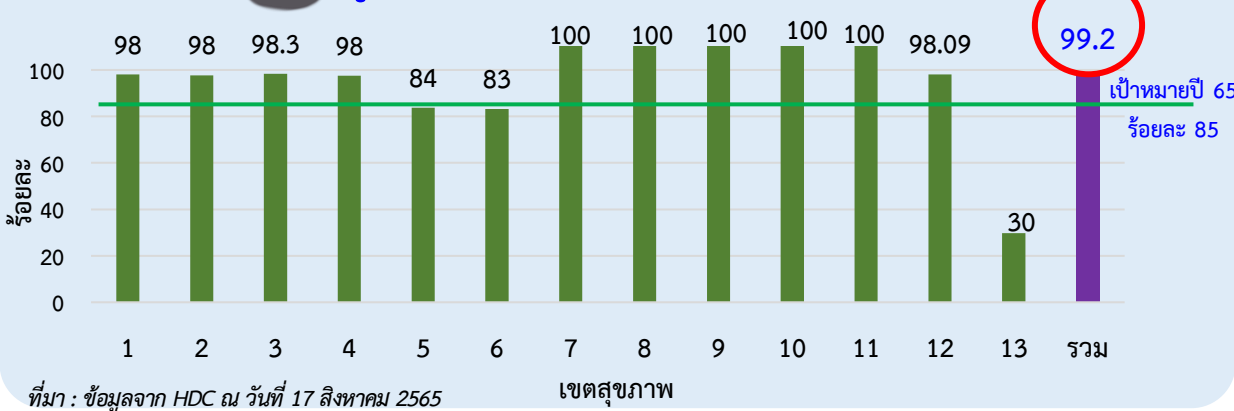
1 ติดตามระบบบริการด้านการรักษาอย่างต่อเนื่อง ใน กลุ่ม Mental Disorder (Depression, Schizophrenia)



ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ร้อยละ 83



ผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ ร้อยละ 99.2



2

พัฒนาระบบการส่งต่อดูแลผู้พยายามทำร้ายตนเองอย่างไรร้อยต่อ โดยนำเอาเทคโนโลยีมาใช้ในการติดตามเฝ้าระวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงภาคีเครือข่ายภายในและภายนอกสาธารณสุข

2.1 การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผ่าน Mental Health Check In ยังไม่ครอบคลุม (กลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น บุคคลที่ไม่มีงานทำ ผู้ป่วยติดเตียง พระภิกษุ และผู้ป่วยไม่มีญาติ และข้อมูลไม่ครบถ้วน เมื่อคัดกรองแล้วพบความเสี่ยง ติดตามยาก ผู้ทำแบบประเมินไม่ยอมให้ติดตามดูแล (เขต 1,2,3,4,5,6,11))

2.2 บูรณาการการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายร่วมกับหน่วยงานภายนอก กระทรวงสาธารณสุข (เช่น ธนาคารอำเภอละ 1 แห่ง เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ (เขต 2))

2.3 สร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ให้มีความเข้มแข็ง เกิดความร่วมมือในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ครอบครัว และบุคคล (ทุกเขตสุขภาพ)

ข้อค้นพบ : ประเด็นตรวจราชการรอบที่ 2/2565 (จากระบบ e-Inspection)

3 จังหวัดที่มีทีมสอบสวนโรคระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย และมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมีความรู้ความสามารถ ในการสอบสวนสาเหตุการตายตามหลักระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย และ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

3.1 พัฒนาศักยภาพทีมสอบสวนโรคระบาดวิทยาการฆ่าตัวตาย นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงลึก เพื่อใช้วางแผนแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และกำหนดนโยบายแต่ละพื้นที่ได้อย่างแท้จริง

อบรมแล้ว

เขต 1,2 3,4,6,7,8,9,10,11,12



เขต 5 ยังไม่ได้อบรมฯ

3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในเครือข่าย แกนนํา อสม. ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงในระดับตำบล (เขต 2,8,10)

3.3 อบรมพัฒนาศักยภาพครูในสถานศึกษา เพื่อค้นหา คัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิต ในโรงเรียนบูรณาการการใช้โปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (3ส+) และ Mental Health Check In (เขต 1,3,10)

4

นิเทศ/กำกับ ติดตามประเมินผล แผนการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับเขต สุขภาพและระดับจังหวัด

4.1 ผลักดันการบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิต ผ่านเวทีประชุมอนุกรรมการพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ระดับจังหวัด นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาสุขภาพจิตเพื่อร่วมกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

➤ การติดตามการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ใน 76 จังหวัด และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย 25 จังหวัด



แต่งตั้งครบทั้ง 76 จังหวัด จัดประชุมแล้ว 60 จังหวัด และมีแผนจัดประชุม 16 จังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ส.ค.65)

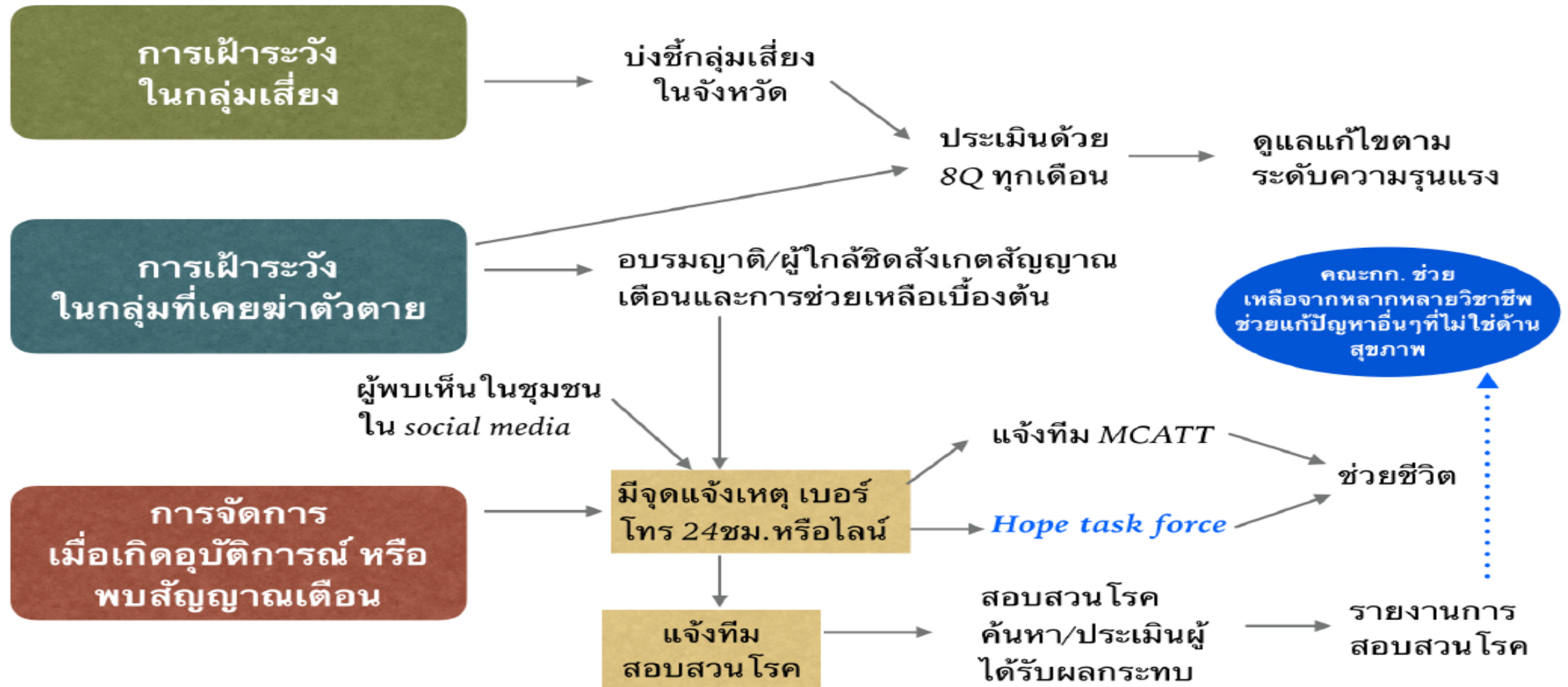
◆ มีการดำเนินงานใน 6 ประเด็น

1. สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
2. ลดอัตราการฆ่าตัวตาย
3. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากสถานการณ์ COVID-19
4. ผู้ป่วย Long COVID-19
5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
6. ติดตามและฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด

4.2 มีการดำเนินการตามแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการคัดเลือกอำเภอ นำร่องเพื่อนำมาใช้ในการวิจัยของรพจ.ขอนแก่นฯ (เขต 6)



การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและการจัดการเมื่อเกิดการฆ่าตัวตาย



ธรณินทร์ กองสุข 14กค 2565

ผลการติดตามการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการฯ ใน 76 จังหวัด และกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย 25 จังหวัด

แต่งตั้งครบทั้ง 76 จังหวัด

จัดประชุมแล้ว 60 จังหวัด มีแผนจัดประชุม 16 จังหวัด*

กลุ่มเสี่ยง 23 จังหวัด: เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน พะเยา ตาก สุโขทัย นครสวรรค์ กาญจนบุรี **สระแก้ว***
ขอนแก่น กาฬสินธุ์ **สกลนคร*** **บึงกาฬ*** ชัยภูมิ ศรีสะเกษ บุรีรัมย์ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา ลพบุรี
สระบุรี **ตราด*** **จันทบุรี*** **หนองบัวลำภู***

และอีก 52 จังหวัด: แม่ฮ่องสอน น่าน แพร่ ลำปาง พิชัยโลก เพชรบูรณ์ **อุตรดิตถ์*** พิจิตร กำแพงเพชร*
อุทัยธานี* ชัยนาท นนทบุรี ปทุมธานี* อ่างทอง สิงห์บุรี เพชรบุรี ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี สมุทรสงคราม*
สมุทรสาคร* นครปฐม **ปราจีนบุรี*** ระยอง มหาสารคาม **ร้อยเอ็ด*** นครพนม เลย หนองคาย นครราชสีมา
สุรินทร์ อุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร อำนาจเจริญ สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต ระนอง พัทลุง ปัตตานี
ตรัง ยะลา สตูล นราธิวาส สุพรรณบุรี นครศรีอยุธยา นครนายก ฉะเชิงเทรา ชลบุรี **สมุทรปราการ*** **อุดรธานี***





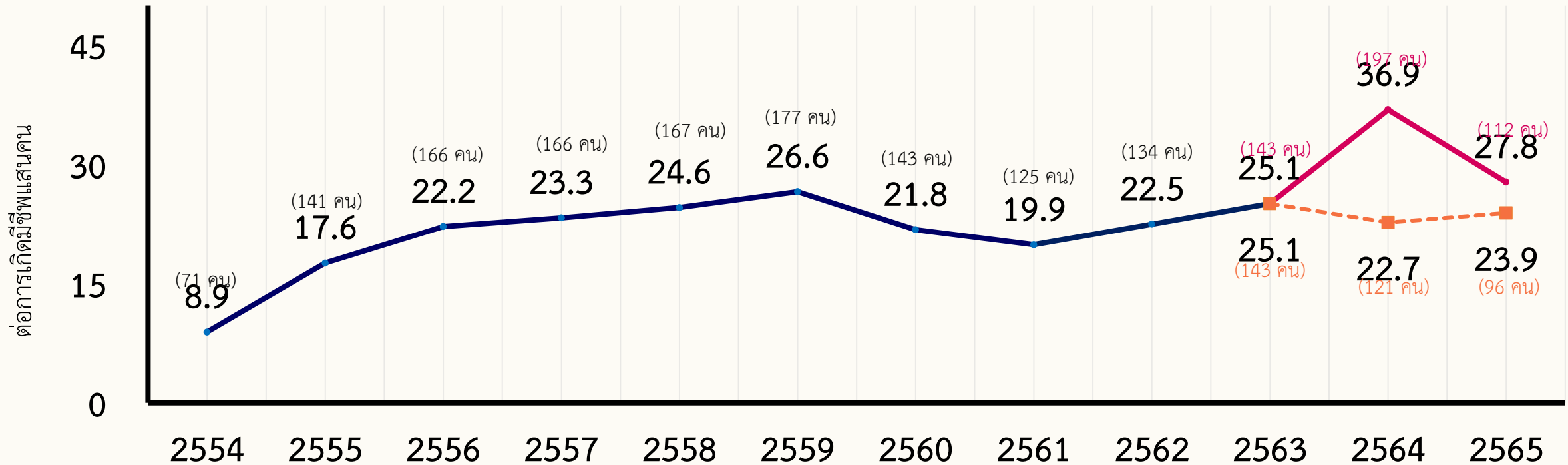
ภาคผนวก

ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม : ผลการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้น
ของกระทรวงสาธารณสุข

- ประเด็น สุขภาพเด็ก
- ประเด็น สุขภาพผู้สูงอายุ
- ประเด็น สุขภาพดี วิธีใหม่

อัตราส่วนการตายมารดาไทย

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2554-2565

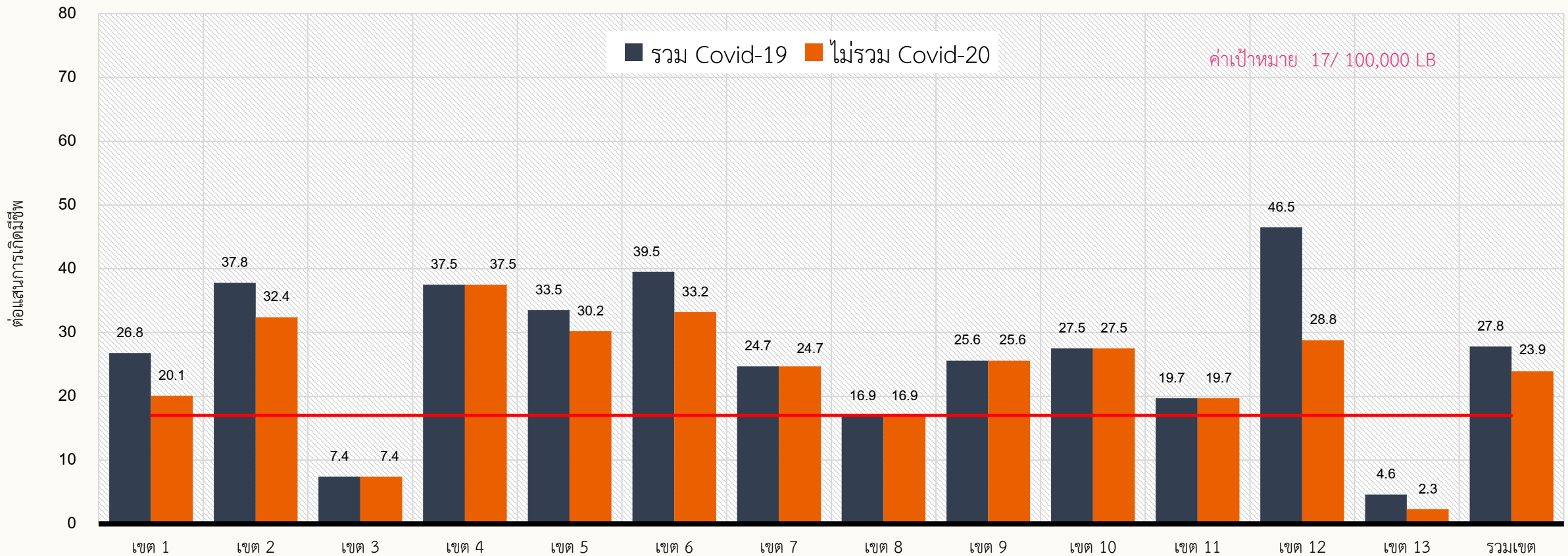


- สถิตินสาธารณสุข
- ระบบเฝ้าระวัง กรมอนามัย
- ไม่รวม Covid-19

ที่มา : ๑. สถิตินสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ - พ.ศ. ๒๕๖๓
 ๒. ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ และ กทม.

อัตราส่วนการตายมารดาไทยจำแนกรายเขต (ต.ค.64 – ก.ค.65)

มารดาตายทั้งสิ้น 112 ราย เด็กเกิด 402,298 คน MMR = 27.8 / 100,000 LB
 ตายจาก Covid-19 = 16 ราย MMR non Covid-19 = 23.9/ 100,000 LB

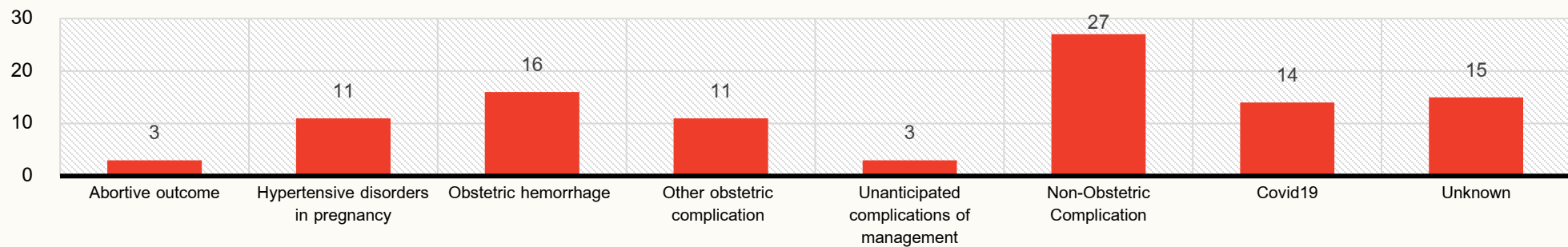


ข้อมูลจาก : MDSR system สส. ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2565 ; เขตสุขภาพที่ 1-12 และกรุงเทพมหานคร.

ร้อยละสาเหตุการตายมารดาไทยจำแนกตาม ICD-MM : WHO

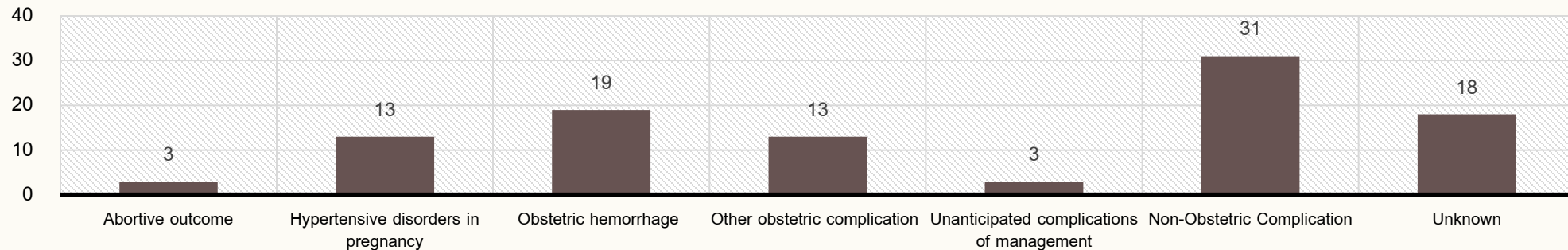
(ตุลาคม 64 – กรกฎาคม 65)

ทุกสาเหตุการตาย



N=112

ไม่รวมการตายจากการติดเชื้อโควิด 19



N=96



สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และการรกแรกเกิด ระหว่างเดือน 1 เมษายน 2564 – 15 สิงหาคม 2565

ผู้ติดเชื้อ
14,845 ราย

คนไทย
12,147 ราย

คนต่างด้าว
2,698 ราย

ทารกติดเชื้อ
506 ราย

ผู้ติดเชื้อเคยรับวัคซีน
5,233 ราย

มารดาเสียชีวิต 123 ราย
• คนไทย 104 ราย
• คนต่างด้าว 19 ราย

ทารกเสียชีวิต 94 ราย
• Stillbirths 61 ราย
• ENND 32 ราย

สตรีมีครรภ์ได้รับวัคซีนสะสม

เข็มที่ 1 | เข็มที่ 2 | เข็มที่ 3
130,938 ราย | **119,961** ราย | **38,447** ราย

	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
คลอดแล้ว	7,391	49.79
ผ่าตัดคลอด	3,801	51.43
คลอดทางช่องคลอด	3,590	48.57
แม่ตาย	123	0.83
Stillbirths	61	0.83
Early neonatal death	32	0.44
ลูกติดเชื้อ	506	6.85
Low Birth Weight	1,007	13.62

ที่มา : ระบบรายงานการติดเชื้อ COVID-19 ในหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด 6 สัปดาห์ และการรกแรกเกิด กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด 19 เสียชีวิต 123 ราย

สาเหตุการตาย

1. Pneumonia due to COVID-19 (114)
2. Obstetric hemorrhage (4)
3. Amniotic fluid embolism (2)
4. Intracerebral hemorrhage (2)
5. Septic shock (1)

* มี 14 ราย ที่เดินทางจากกรุงเทพมหานคร กลับไปรักษาตัวที่ภูมิลำเนา



หญิงตั้งครรภ์ที่เสียชีวิตได้รับวัคซีน 5 คน

- 1 เข็ม = 2 คน (AZ= 1, SV= 1)
- 2 เข็ม = 3 คน (SV+AZ = 1, AZ+AZ = 2)

ไม่ได้รับวัคซีน 118 คน

ปัจจัยเสี่ยง

1. อ้วน (16)
2. อายุ 35 ปีขึ้นไป (45)
3. เบาหวาน (10)
4. ความดันโลหิตสูง (9)
5. โรคธาลัสซีเมีย (4)
6. โรคอายุรกรรม (หอม/ไต) (4)
7. ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (13)
8. ความเสี่ยงทางสูติกรรม (20) (ไม่ฝากครรภ์/ครรภ์แฝด/ เนื้องอกที่มดลูก)
9. ความเสี่ยงด้านพฤติกรรม (ใช้สารเสพติด/ปฏิเสธวัคซีน)

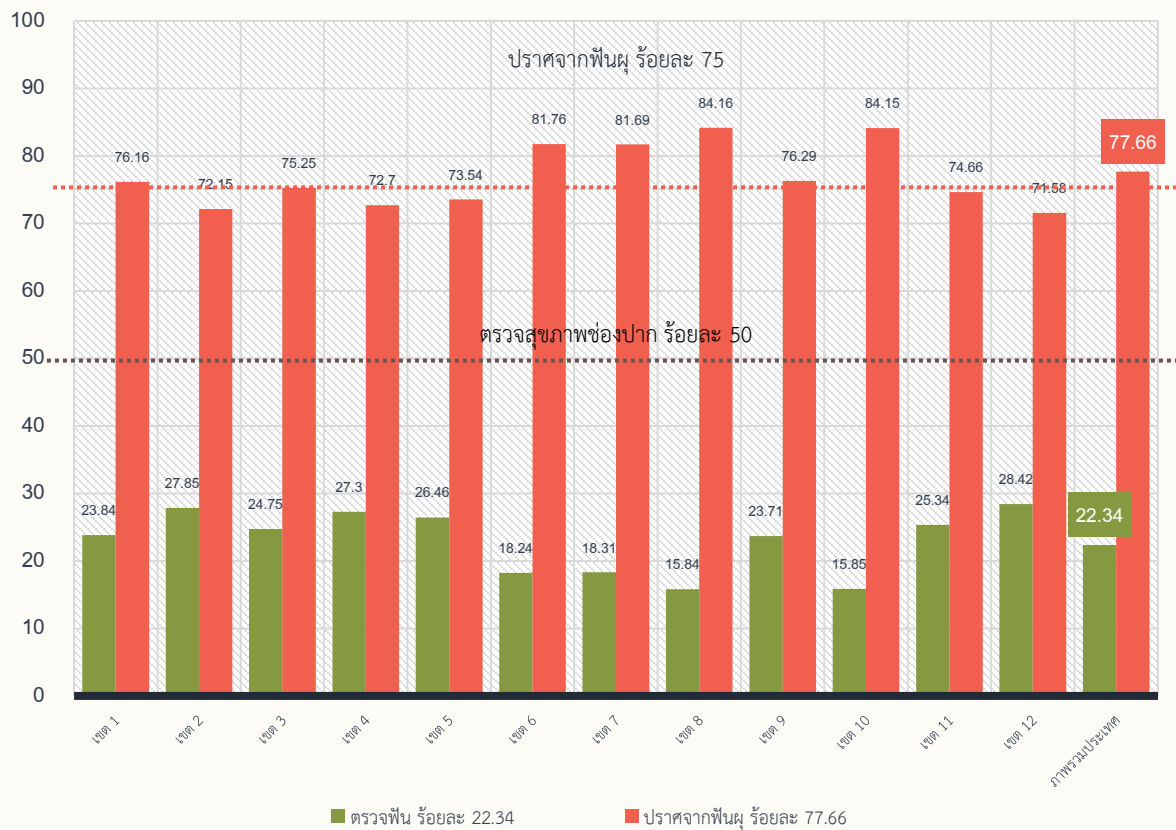
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ณ วันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เขตสุขภาพที่ 1 - 12 และ กทม.

สถานการณ์สุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

ร้อยละเด็ก 3 ปี ได้รับการตรวจฟัน และปราศจากฟันผุ

ณ วันที่ 9 กันยายน 2565

จากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข

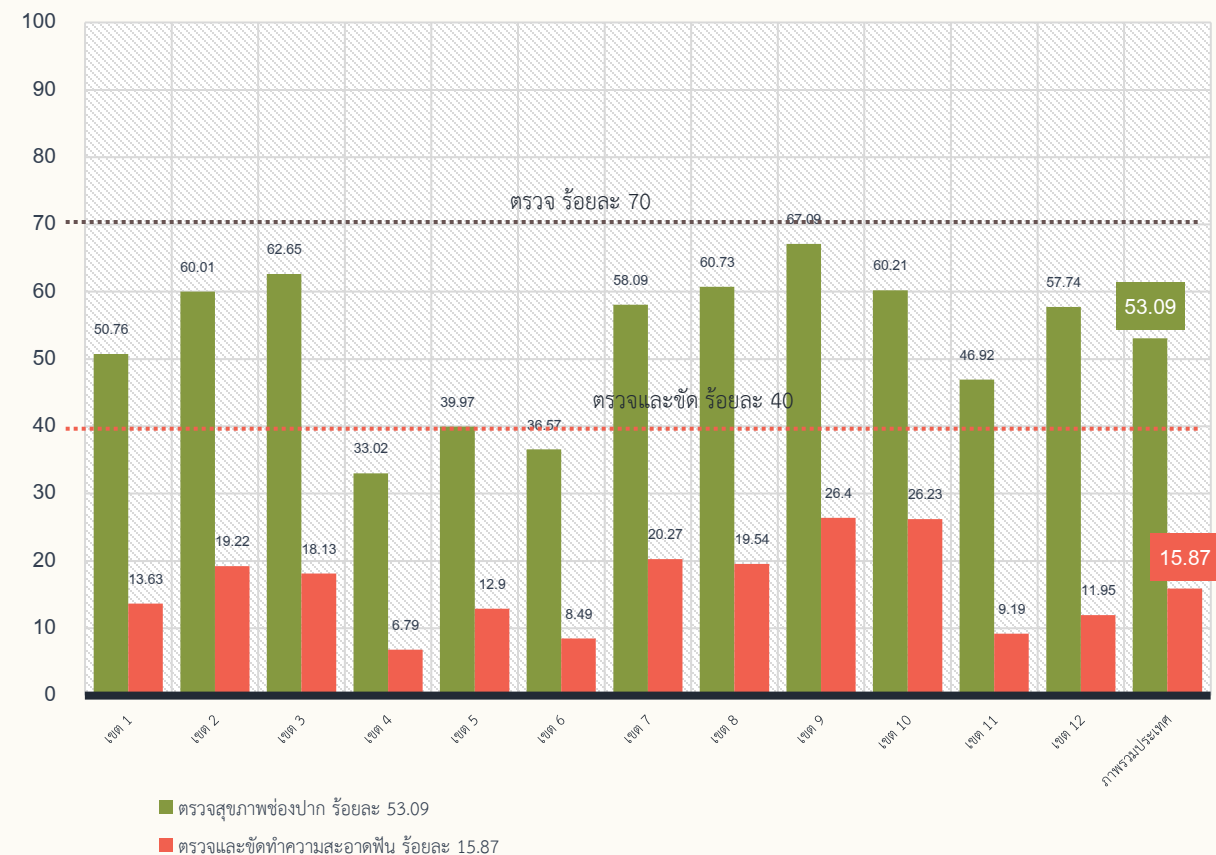


ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

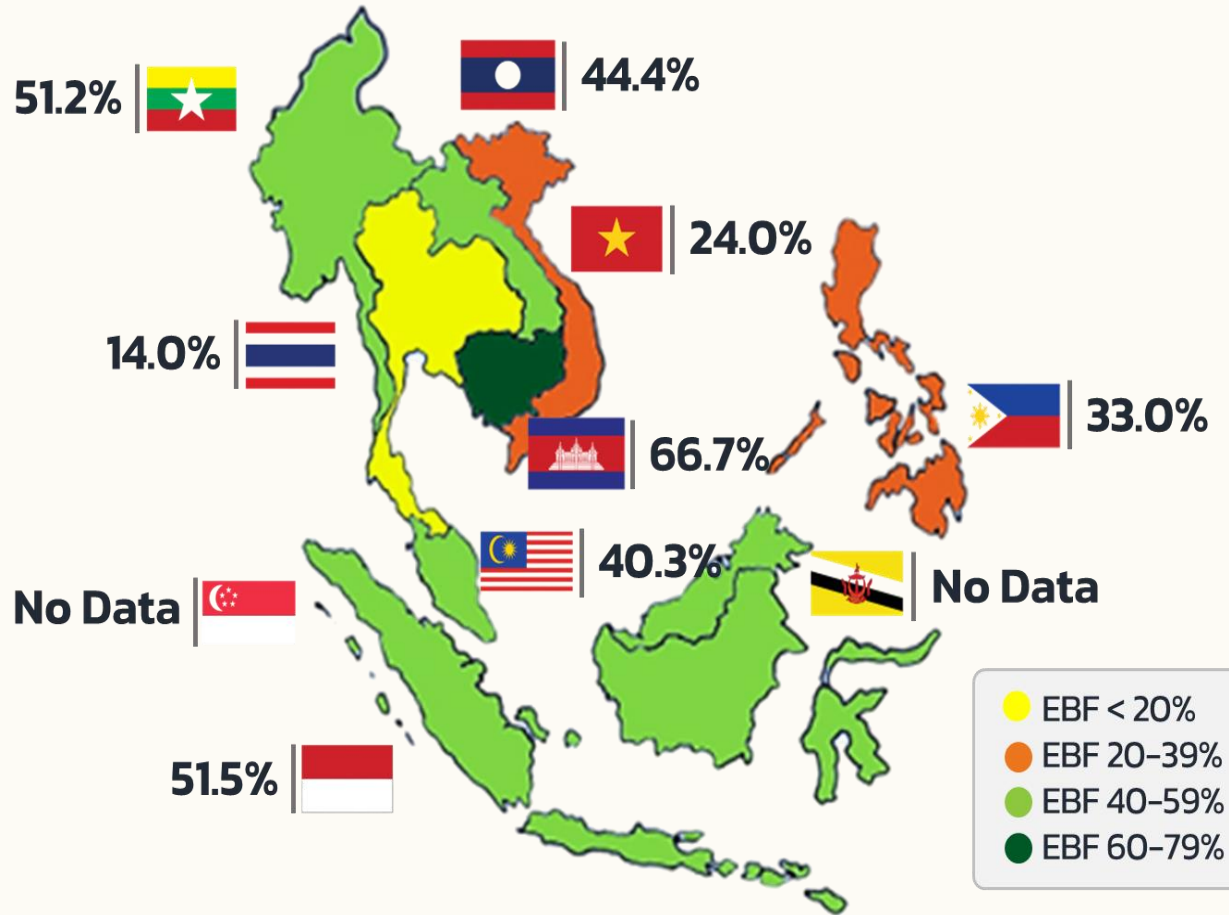
และขัดทำความสะอาดฟัน

ณ วันที่ 9 กันยายน 2565

จากระบบรายงานข้อมูล HDC report กระทรวงสาธารณสุข

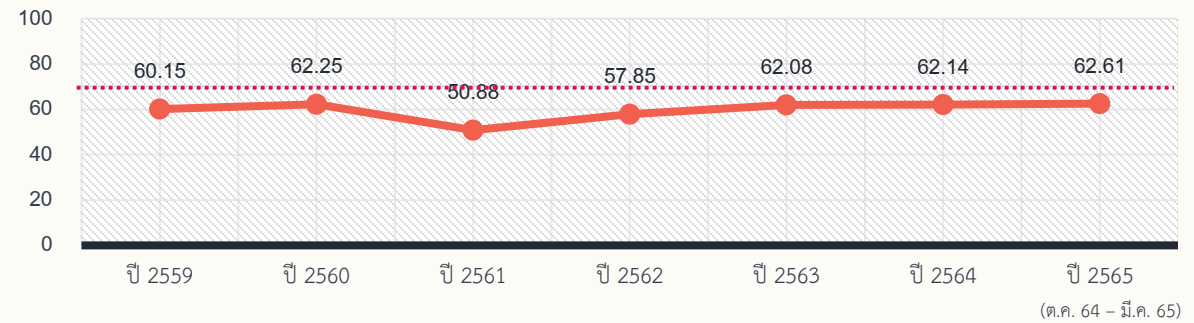


ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว

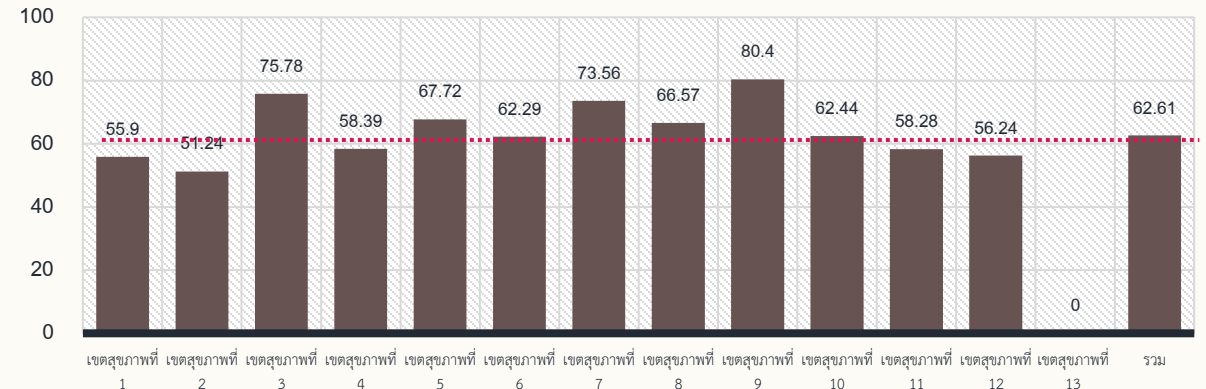


ข้อมูลจาก : MICS5 และ HDC service กระทรวงสาธารณสุข

แนวโน้มร้อยละเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2559-2564

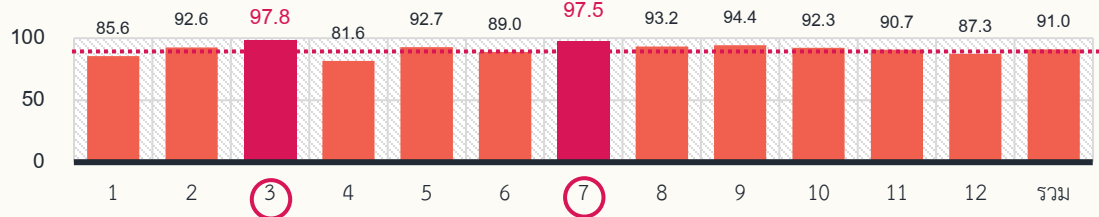


ร้อยละเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2565

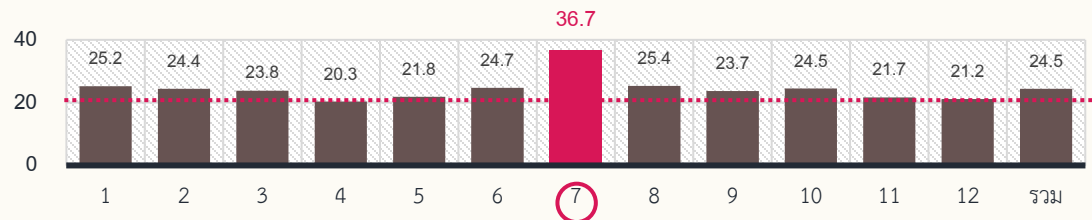


พัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2565

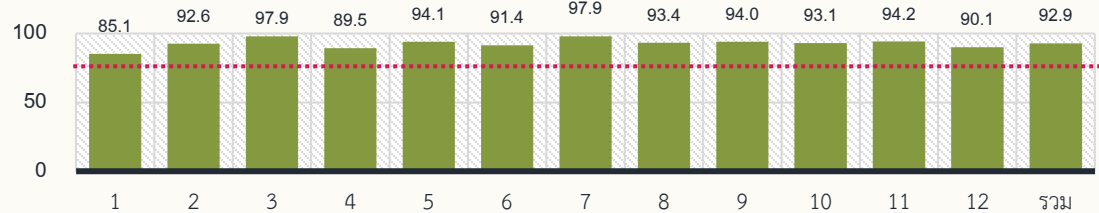
คัดกรอง



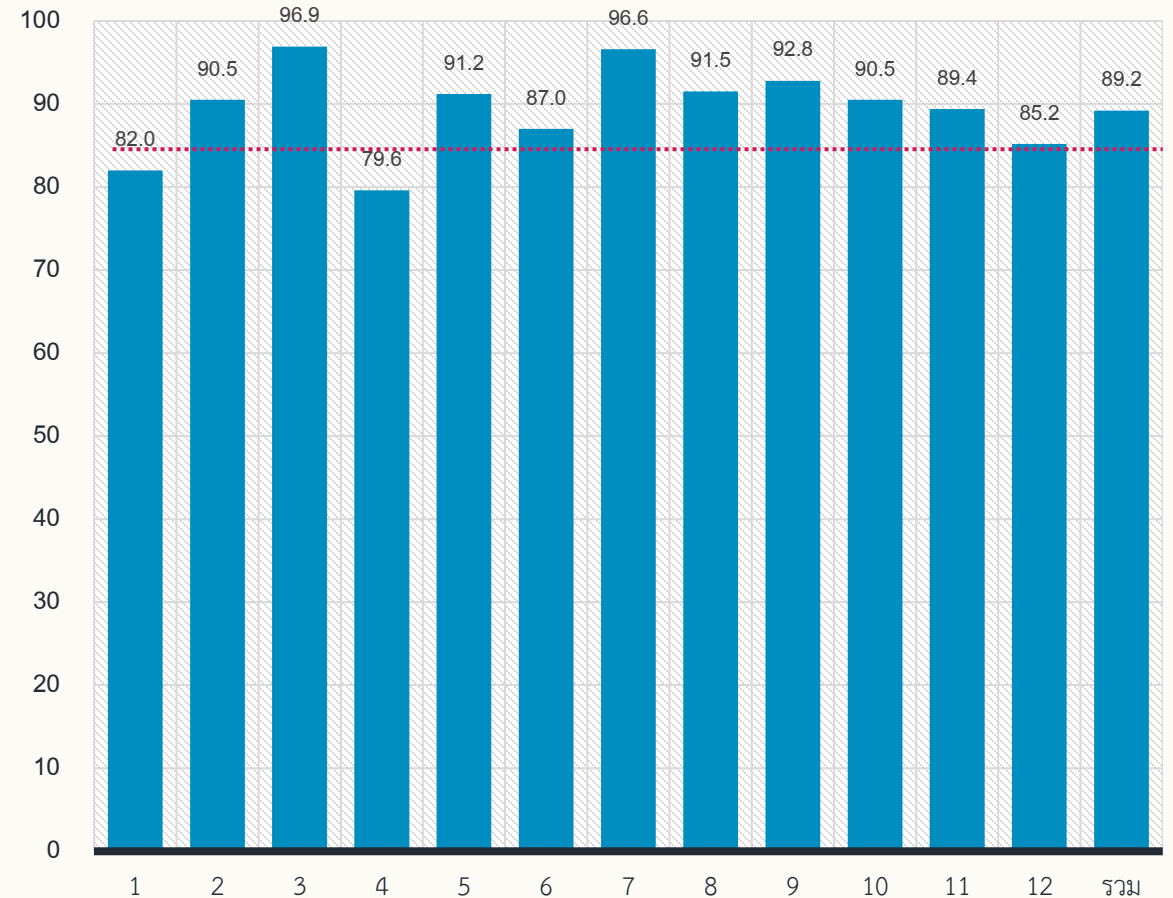
ส่งสัยล่าช้า



ติดตามได้

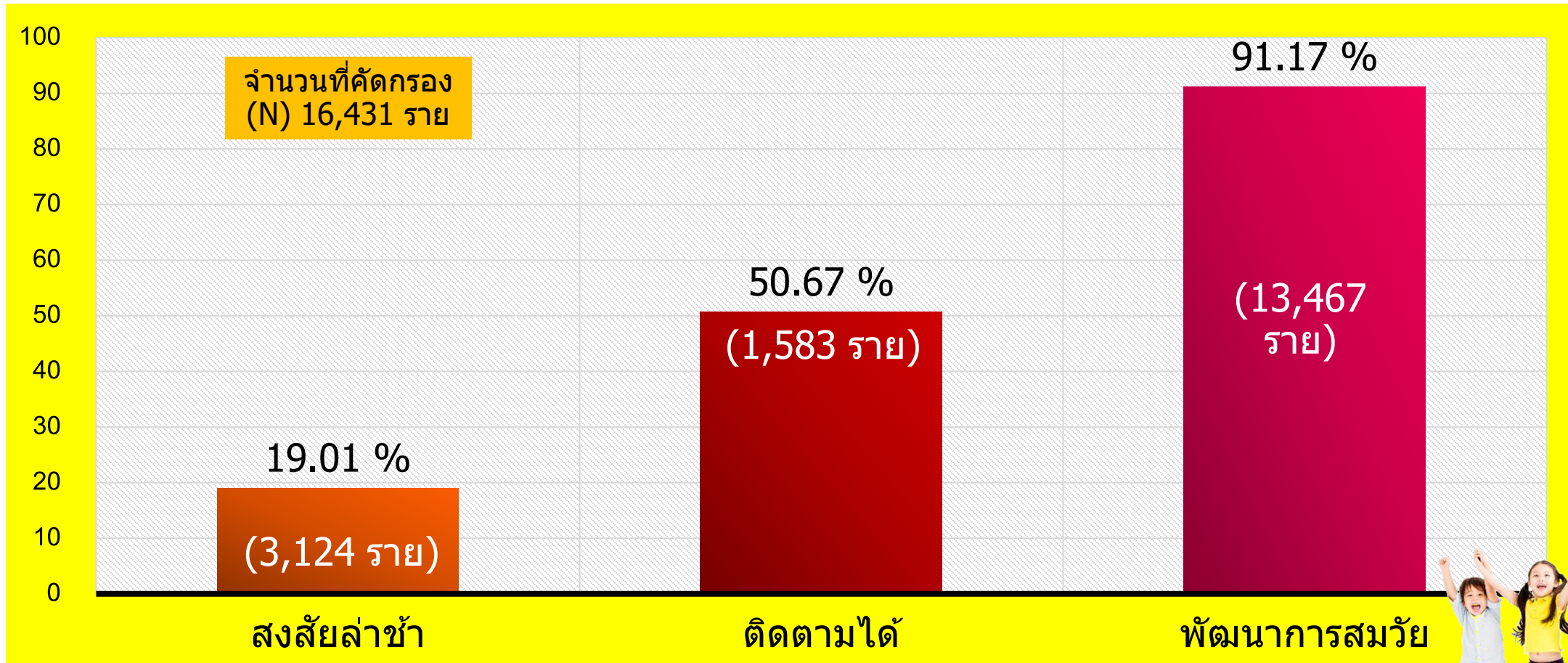


พัฒนาการสมวัย



พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตกรุงเทพมหานคร ปี 2565

5 ช่วงอายุสำคัญ

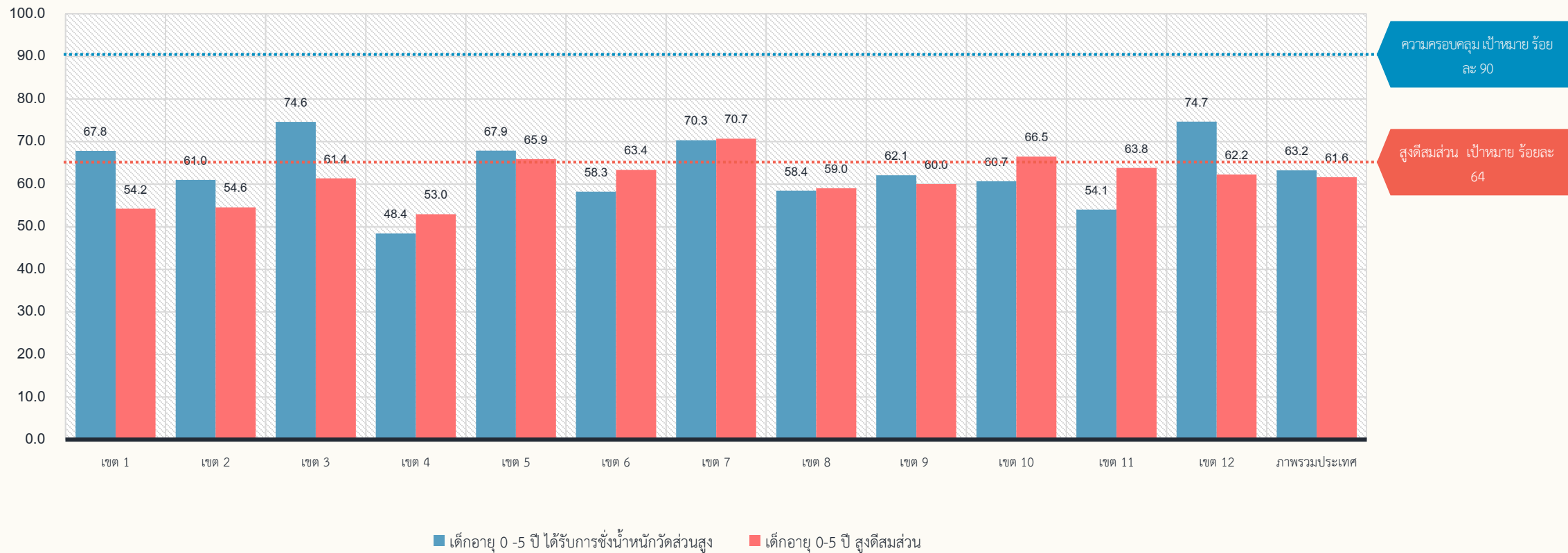


ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2565 จาก WCC สสม. สำนักอนามัย กรุงเทพฯ และ โรงพยาบาลตำรวจ



ภาวะการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย

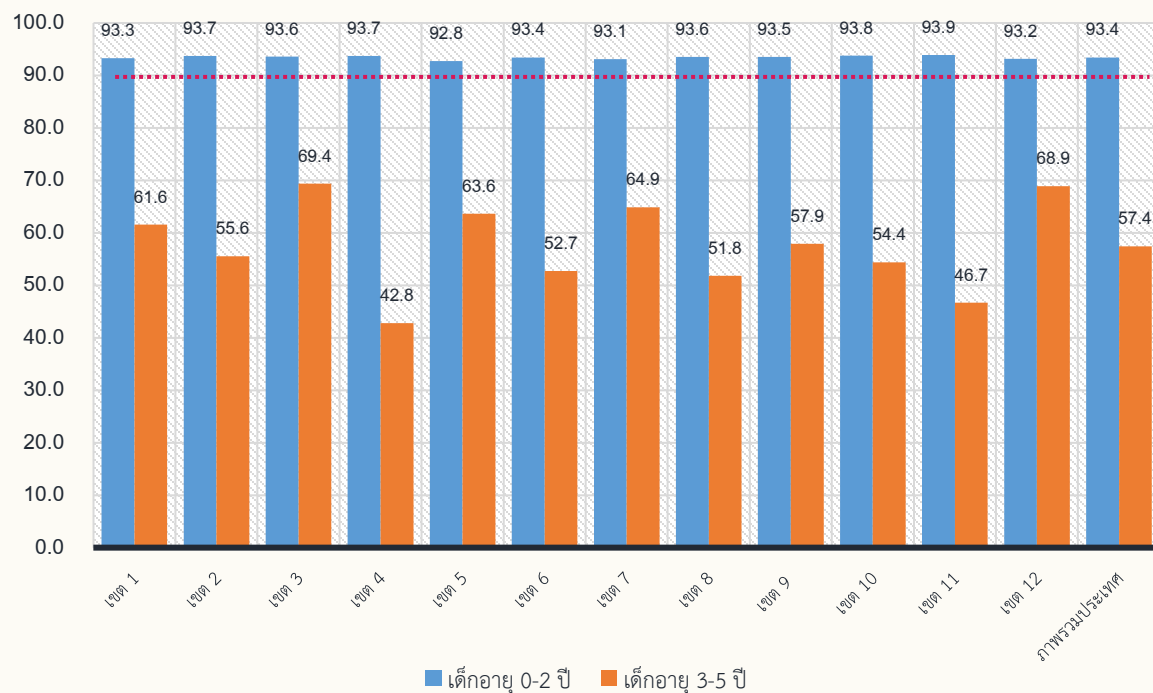
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
เทียบกับร้อยละความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กอายุ 0-5 ปี



ภาวะการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย

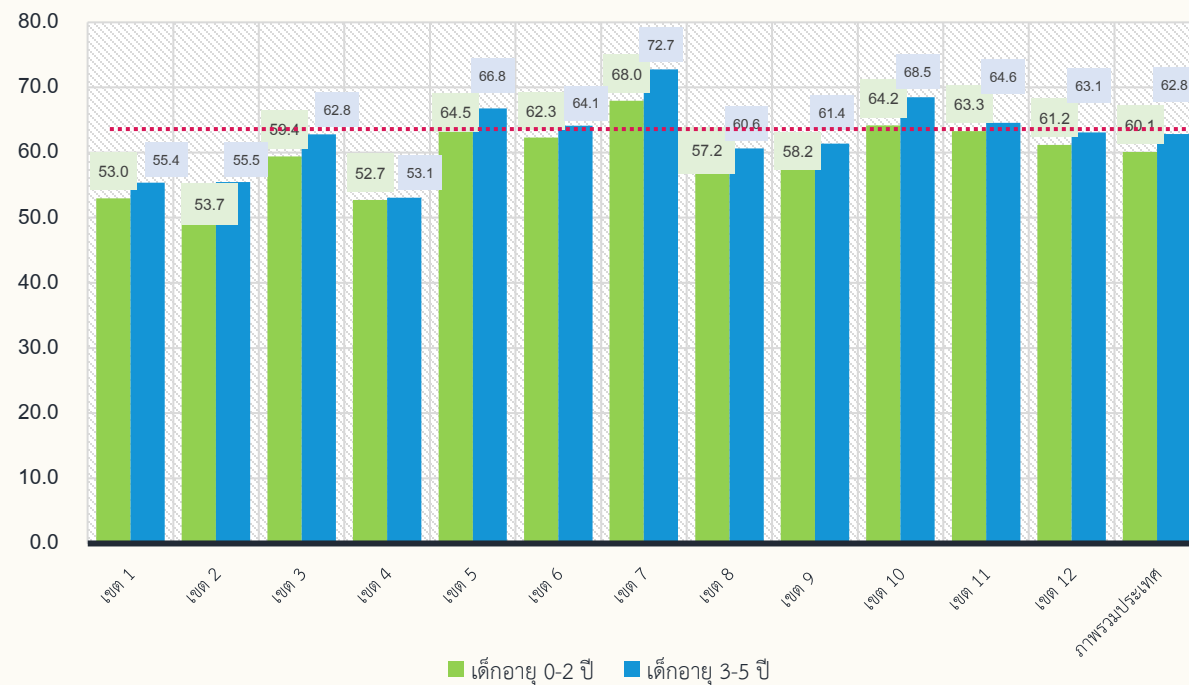
ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูงของเด็กอายุ 0-2 ปี เทียบกับ
เด็กอายุ 3-5 ปี

ความครอบคลุม
เป้าหมาย ร้อยละ 90



ร้อยละเด็กอายุ 0-2 ปี สูงดีสมส่วน
เทียบกับ ร้อยละเด็กอายุ 3-5 ปี สูงดีสมส่วน

สูงดีสมส่วน
เป้าหมาย ร้อยละ 64



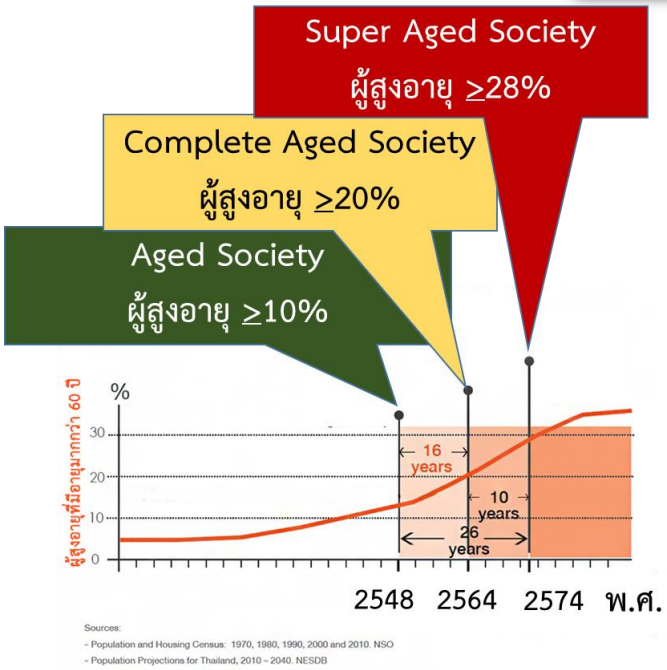


ภาคผนวก

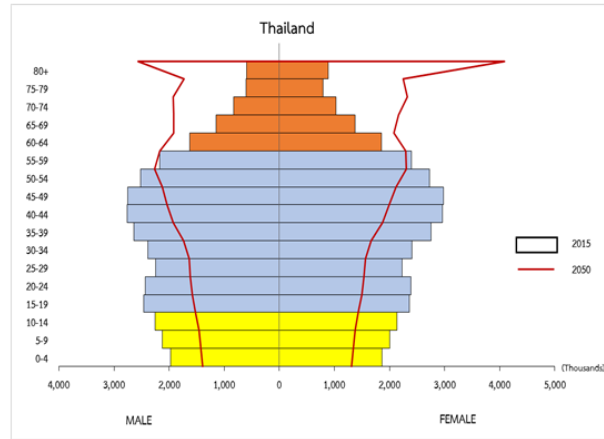
ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม : ผลการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้น
ของกระทรวงสาธารณสุข

ประเด็น สุขภาพผู้สูงอายุ

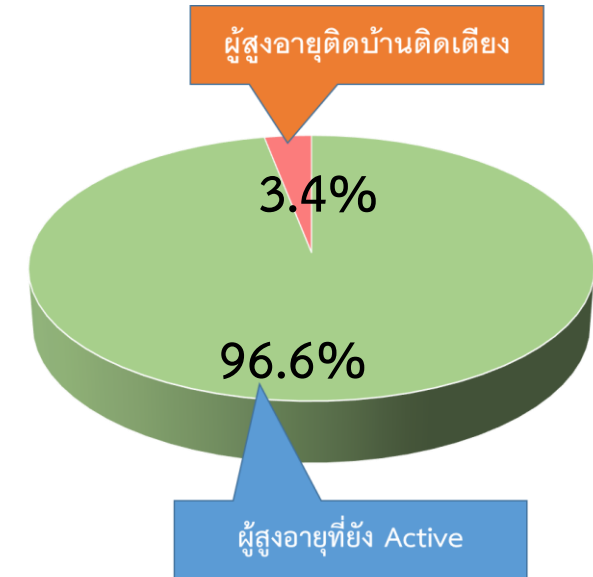
วิเคราะห์สถานการณ์สถานการณ์/ปัญหา



การเปลี่ยนแปลงปิรามิดประชากรของประเทศไทย



ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 12 ล้านคน



ปัจจุบันประเทศไทย (ข้อมูลวันที่ 28 เมษายน 2565)

- ประชากรรวม = 66,786,414 คน
- จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป = 12,914,155 คน
(คิดเป็น 19.3% ของประชากรรวม)
- จำนวนผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป = 8,576,671 คน
(คิดเป็น 12.8% ของประชากรรวม)

* ตามนิยามของสหประชาชาติถือว่าขณะนี้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ Aged Society
ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

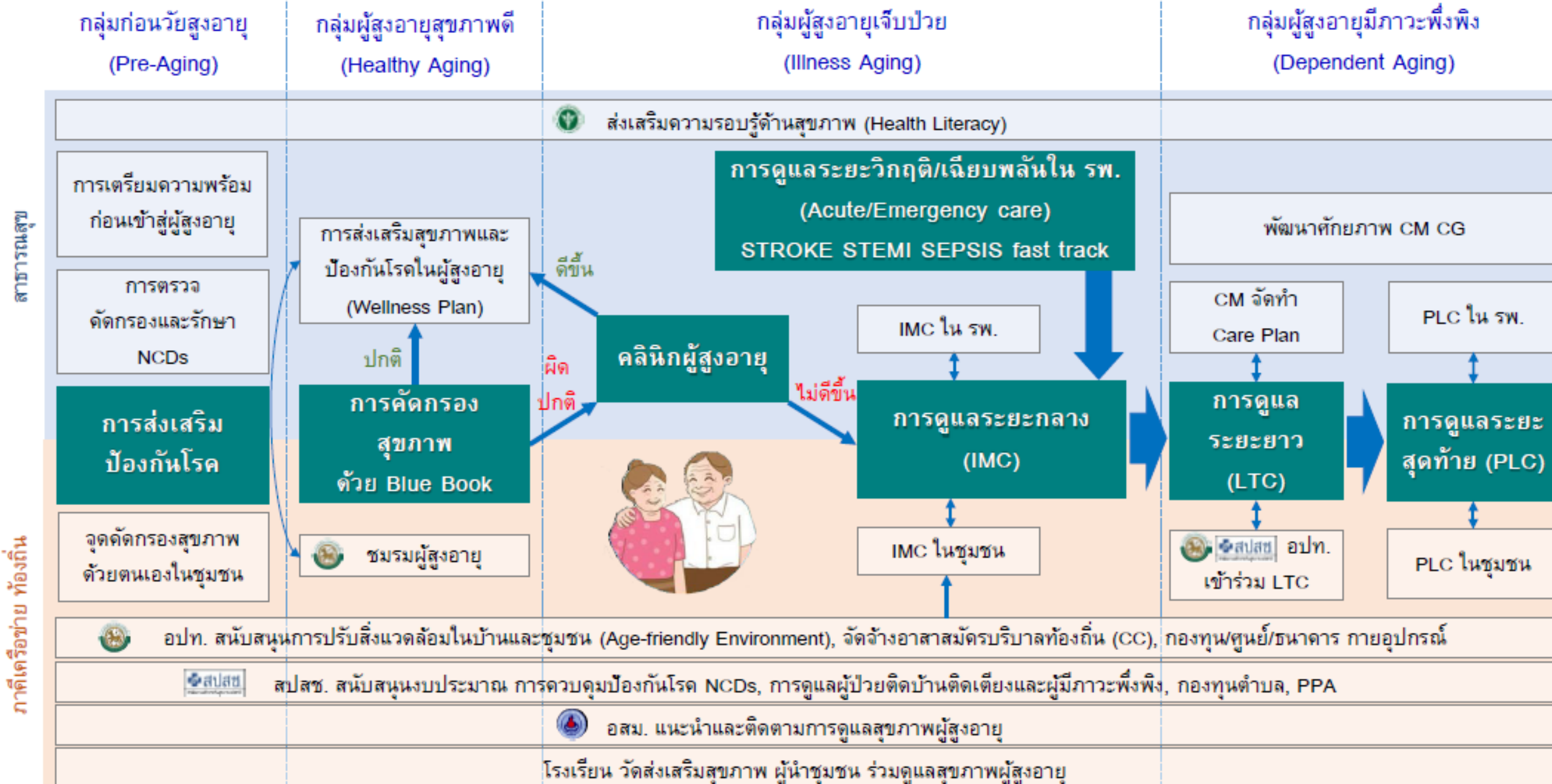
- มีผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง 3 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
 - การป้องกันภาวะติดบ้านติดเตียง ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่
 - มีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ครอบคลุม
- แต่ยังต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ

7. ดูแลสุขภาพองค์รวม

(7.1 บูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครบด้าน BMTEC (Brain-Mental-Teeth-Eye & Ear-Cardio))

Key result	1. ร้อยละ 50 ของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ปี 64 = 30.8 %) 2. ร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ตัวชี้วัดใหม่ปี 65) 3. ร้อยละ 98 ของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (ปี 64 = 96.4%) หมายเหตุ ปี 2564 sw.ระดับ A, S, M1, M2 มีคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานขึ้นไป จำนวน 152 แห่งจาก 210 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.4			
Impact of Policy	ผู้สูงอายุมีอายุยืนยาวอย่างมีความสุขภาวะ ลดการเกิดภาวะพึ่งพิง และ เพิ่มคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ			
Value chain (Key Strategy)	การส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรค (Health promotion & Disease Prevention)	การดูแลรักษาโรค และ ฟื้นฟูสุขภาพ (Treatment & Rehabilitation)	การดูแลระยะยาว และ ประคับประคอง (Long Term & Palliative Care)	
Key Activity	1. ประชาสัมพันธ์การใช้งาน App. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book) และทำความเข้าใจการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกับพื้นที่ 2. การสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (Wellness Plan) ผ่านโรงเรียน ชมรม หรือกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ 3. เผยแพร่ทำความเข้าใจ Brain stimulation program ให้กับพื้นที่	1. สนับสนุนการพัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ (D, HT, CVD risk และ geriatric syndrome) และส่งเสริมการใช้ program Aging Health Data 2. สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์ผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลนั้นๆ (เน้น sw. M2 ขึ้นไป) และคลินิกผู้สูงอายุวันหยุด 3. พัฒนาระบบ stroke และ MI fast tract 4. สนับสนุนการจัดตั้งและพัฒนาระบบ Intermediate care (IMC) เน้นใน swช. และ ในชุมชน	1. การพัฒนาระบบ Long Term Care (LTC) และ Specialized LTC (Dementia) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ ขับเคลื่อนการทำงานของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community) 2. การพัฒนาระบบ Palliative Care (PLC) สำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิต (บูรณาการร่วมกับ LTC)	
Quick Win	ไตรมาส 1 (3 เดือน) 1. ดำเนินการปรับปรุงขยายเครือข่ายระบบคัดกรองสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุ IMC/ LTC/ PLC 2. อบรมทำความเข้าใจบุคลากรในพื้นที่ 3. สนับสนุนเครื่องมือและสื่อต่างๆ 4. ประชาสัมพันธ์การใช้งาน App. Blue Book และ Program Aging Health Data	ไตรมาส 2 (6 เดือน) 1. ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 5 2. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 50% และ ADL 100% 3. ดำเนินการส่งผู้สูงอายุที่คัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ไปรับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 25%	ไตรมาส 3 (9 เดือน) 1. ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม 10% 2. จัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล ผ่านโรงเรียน ชมรม หรือกลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุ อำเภอละ 1 ชมรม/กลุ่ม	ไตรมาส 4 (12 เดือน) 1. มีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. ผู้สูงอายุในระบบ Palliative care ได้รับการดูแลตาม Advance care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 3. ดำเนินการส่งผู้สูงอายุที่คัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ไปรับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 30%
ผู้รับผิดชอบ	หลัก: กรมการแพทย์ ร่วม: กรมแพทย์แผนไทย / กรมควบคุมโรค / กรมสุขภาพจิต / กรมสนับสนุนฯ / กรมอนามัย / กบรส.			

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ



แนวทางการแก้ปัญหา

ผู้สูงอายุ (>60 ปีทุกราย)

ผู้สูงอายุที่ยัง active

ผู้สูงอายุกลุ่มเริ่มป่วย/ป่วย

สำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

+

การคัดกรองสุขภาพระดับ community screening

ปกติ

ผิดปกติด้านใดด้านหนึ่ง

Wellness Plan

ประเมิน วินิจฉัยกลุ่มอาการสูงอายุ และ ส่งต่อ

คลินิกผู้สูงอายุ

เน้น agenda เรื่องพลัดตกหกล้ม

Long Term Care

ผู้สูงอายุ
ติดบ้านติดเตียง

ผลสำเร็จการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์



Wellness Plan



- ผู้สูงอายุมีแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) เป้าหมาย 36,600 คน
- ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุมีแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพดี จำนวน 91,256 คน (วันที่ 3 ส.ค. 2565)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์



- ผู้สูงอายุตอบแบบสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ด้วย Blue Book Application
- เป้าหมายผู้สูงอายุที่มี ADL \geq 12 คะแนน ในระบบ HDC จำนวน 10% ของพื้นที่ (748,200 คน)
- ผลการดำเนินงานผู้สูงอายุในระบบ Blue Book Application จำนวน 1,555,557 คน มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน จำนวน 1,138,045 คน คิดเป็นร้อยละ 73.16 (วันที่ 31 ก.ค. 2565)

การดำเนินงานตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

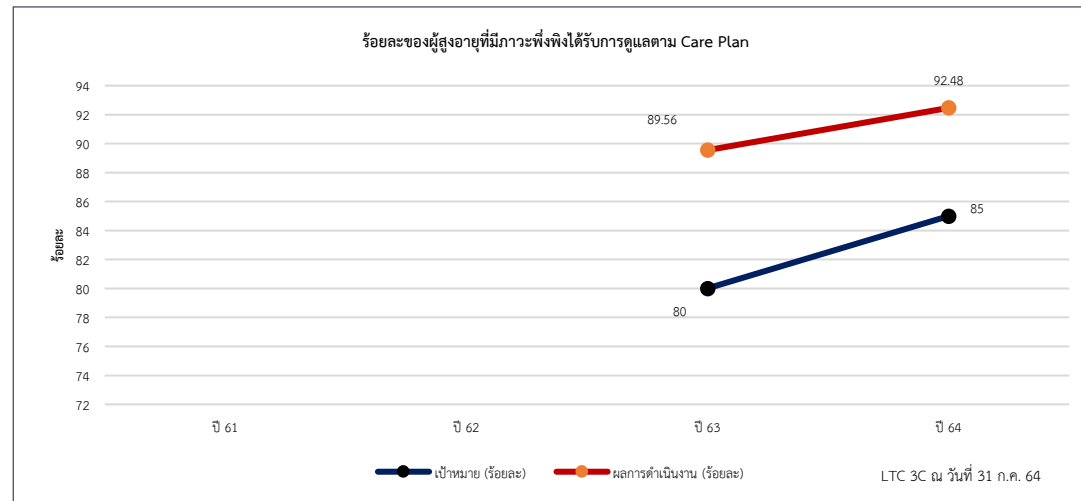
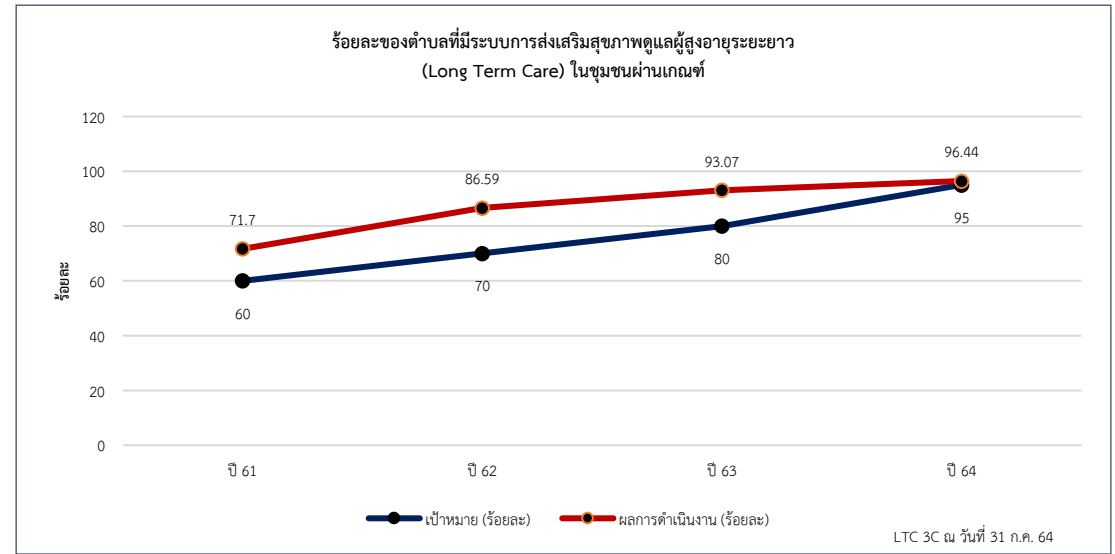
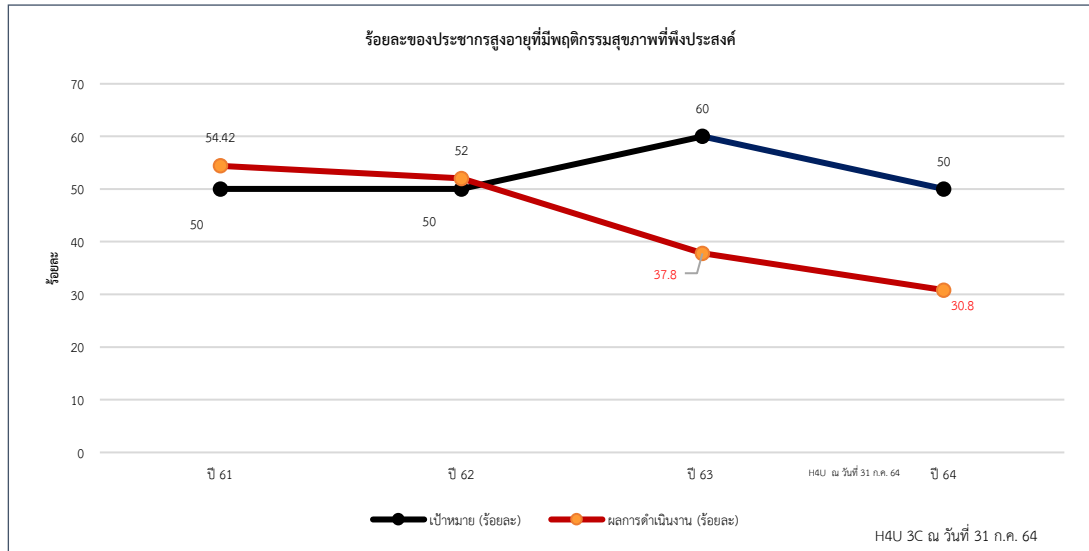


Care Plan



- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan เป้าหมาย ร้อยละ 90
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 390,977 คน ได้รับการดูแลตาม Care Plan 364,868 คน คิดเป็นร้อยละ 93.32

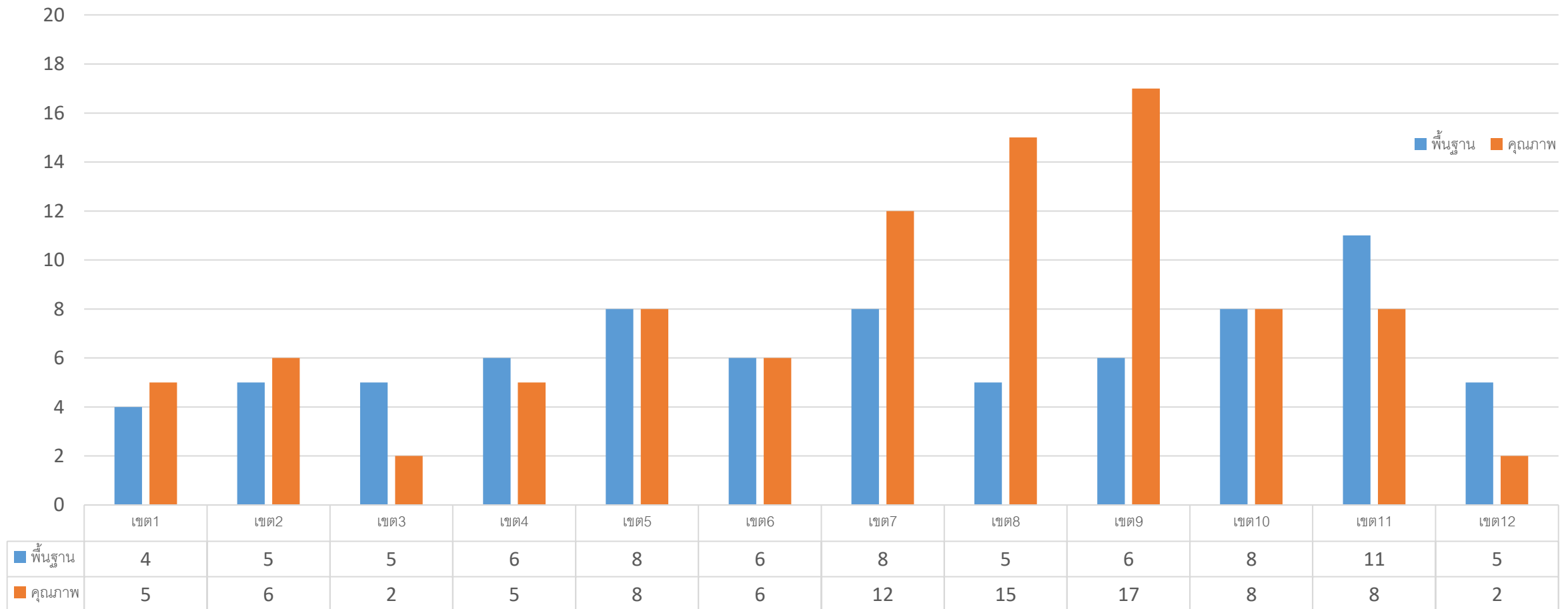
ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2561 – 2564



การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งคลินิกในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน จำแนกเป็น

- คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานจำนวน 77 แห่ง
- คลินิกระดับคุณภาพจำนวน 94 แห่ง

รวมคิดเป็นคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินในระดับพื้นฐานขึ้นไปจำนวน 171 แห่งจากโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไปจำนวน 211 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81





ภาคผนวก

ข้อมูลสนับสนุนเพิ่มเติม : ผลการดำเนินงานตามนโยบายมุ่งเน้น
ของกระทรวงสาธารณสุข

□ ประเด็น สุขภาพดี วิถีใหม่

1. ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพืงประสงค

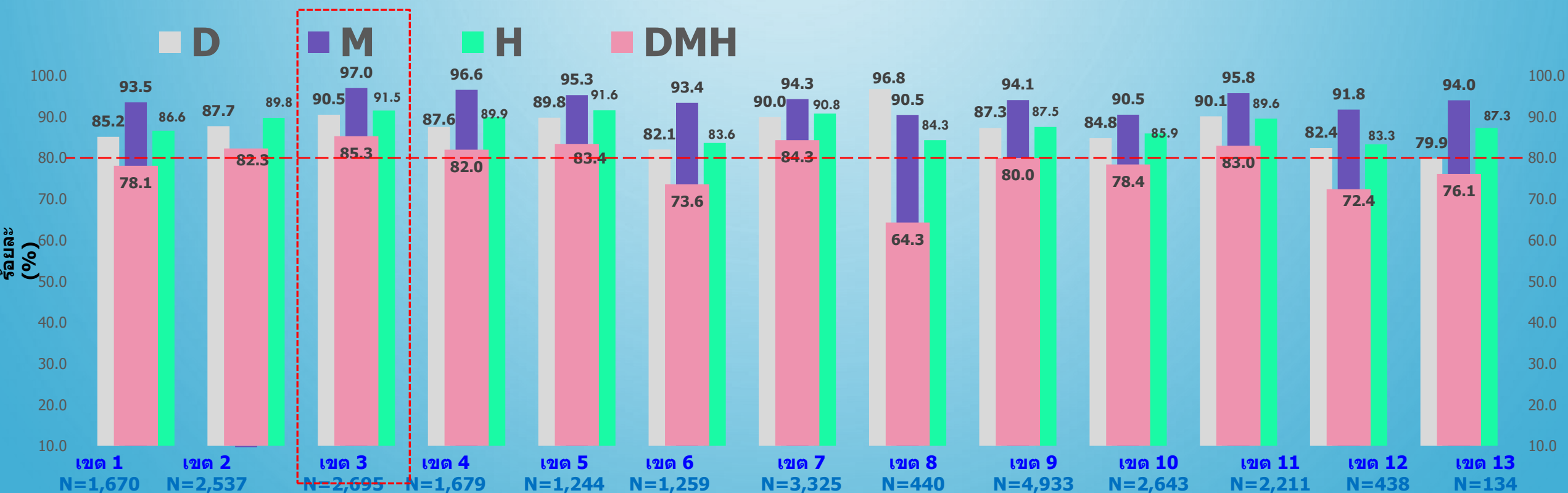


กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

สรุปผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตามตัวชี้วัด

"ประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันโรคพืงประสงค ร้อยละ 80" เดือนสิงหาคม 2565 รายเขตสุขภาพ

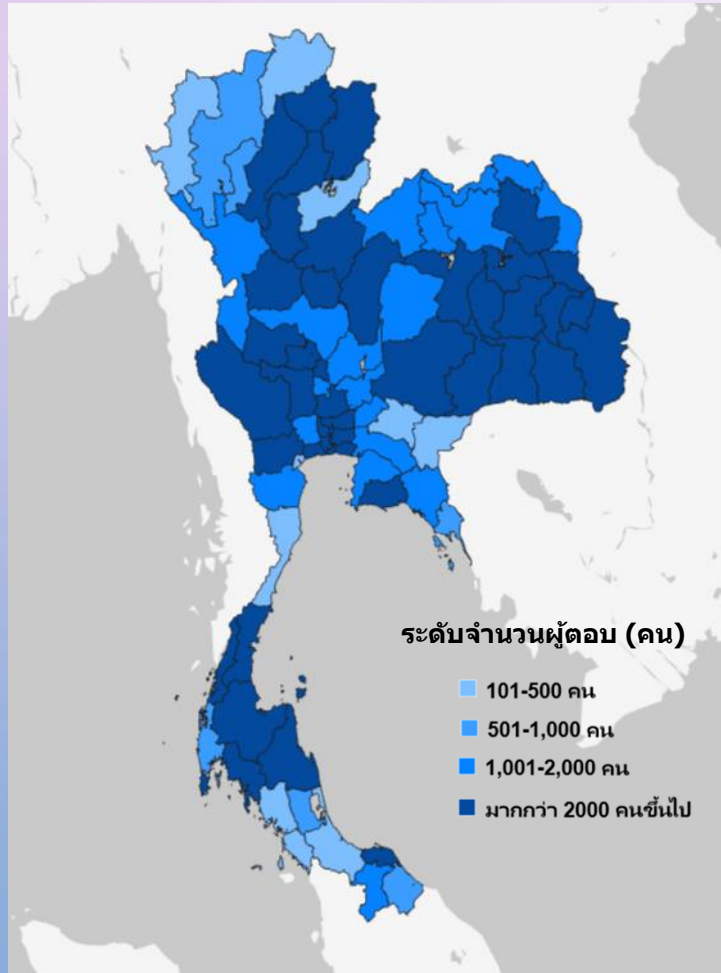
แนวโน้มพฤติกรรมป้องกันโรคพืงประสงค (D-M-H) แยกรายเขตสุขภาพ เดือนสิงหาคม 2565



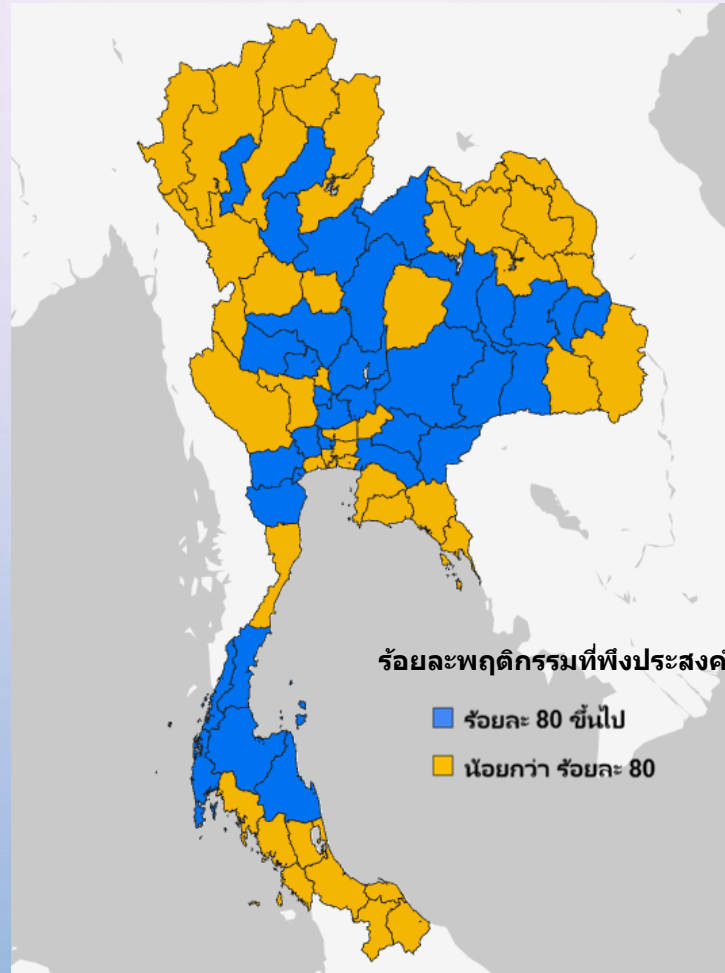
หมายเหตุ N = จำนวนตอบเดือน ส.ค.65 (ณ 31 ส.ค.65)

สรุปผลจำนวนการตอบ และผลการสำรวจพฤติกรรมป้องกันโรคพืงประสงค DMH รายจังหวัด (ต.ค. 64 – ส.ค. 65)

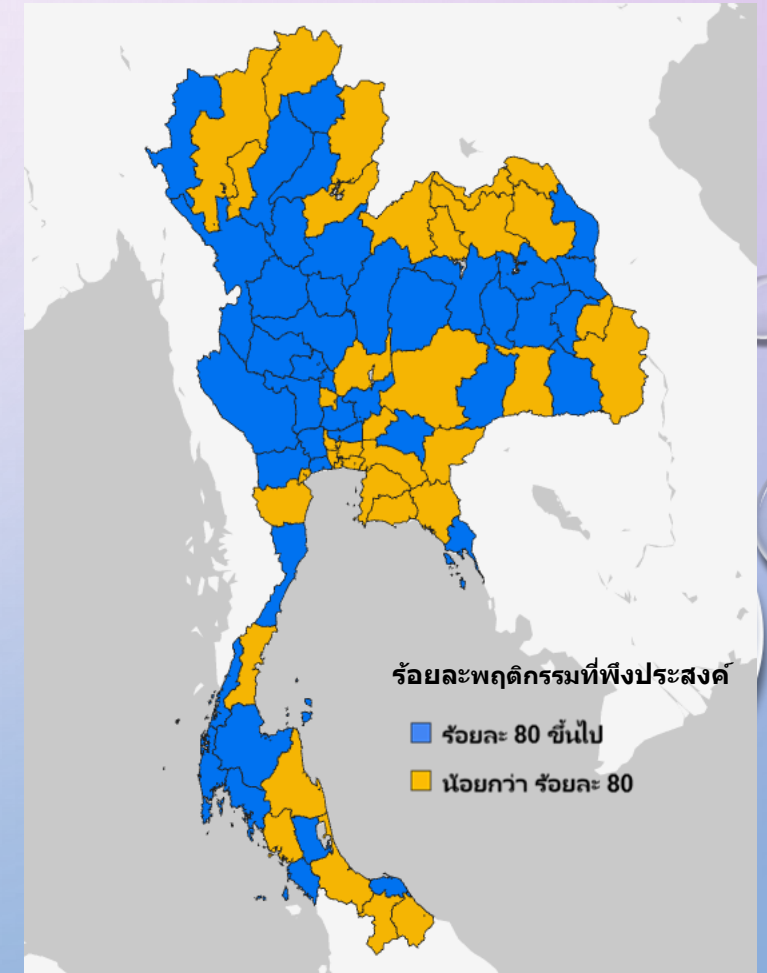
จำนวนผู้ตอบรายจังหวัด (ต.ค.64 - ก.ค.65) N = 254,066



ร้อยละพฤติกรรมพืงประสงค (DMH) (ต.ค.64 – ก.ค.65) N = 254,066



ร้อยละพฤติกรรมพืงประสงค (DMH) (ส.ค.65) N = 25,208



นโยบายมุ่งเน้น: จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน

เป้าหมาย 10,000,000 คน

ผลการดำเนินงาน 12,215,065 คน (ร้อยละ 122.15)



4,813,765 คน



3,534,023 คน



9,080 คน



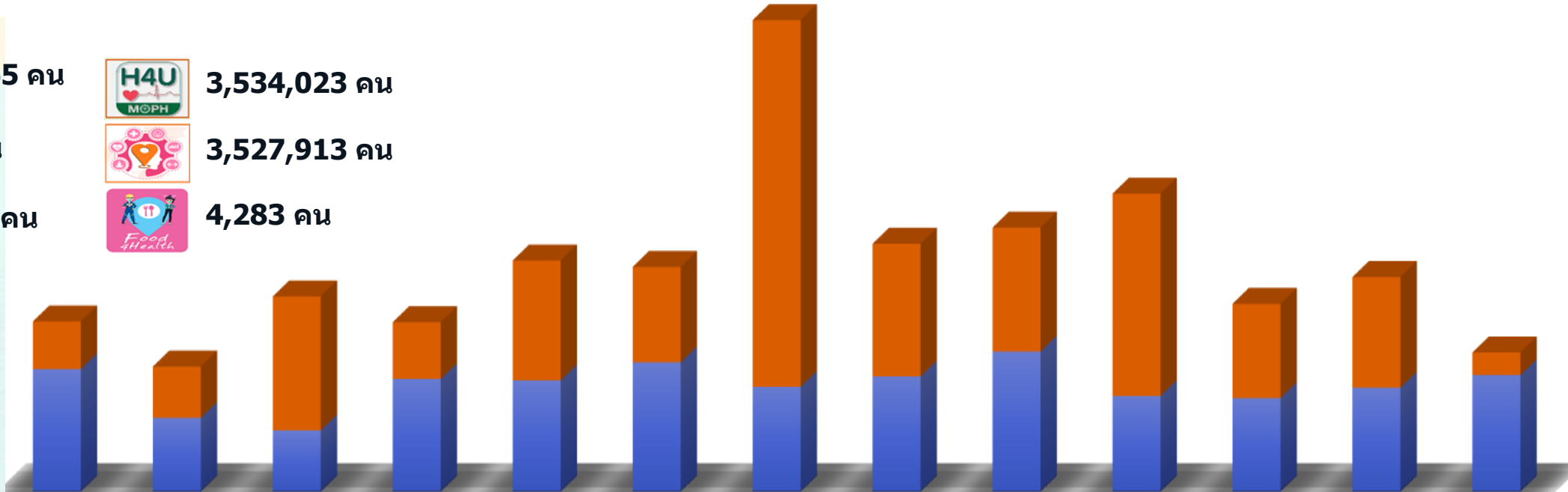
3,527,913 คน



326,001 คน



4,283 คน



	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	เขต 13
เป้าหมาย (คน)	887,845	534,596	443,455	816,110	805,656	936,637	759,065	833,974	1,014,937	693,022	677,250	753,233	844,311
ผลงาน 64 (คน)	394,166	422,746	598,710	271,710	668,780	431,548	1,415,858	651,603	473,603	1,111,955	376,536	553,211	135,782
ผลงาน 65 (คน)	344,678	370,848	970,789	411,488	869,322	692,031	2,658,736	962,728	898,791	1,466,753	683,475	801,932	163,474

2. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ 10 ล้านคน

ผลการดำเนินงานโครงการก้าวทำใจ ปี 2565

ก้าวทำใจ
Season 4 รัตติกาล



จำนวนผู้ลงทะเบียน ณ วันที่ 1 ก.ย. 65

ชาย 1,725,796 หญิง 3,087,969

4,813,765 คน

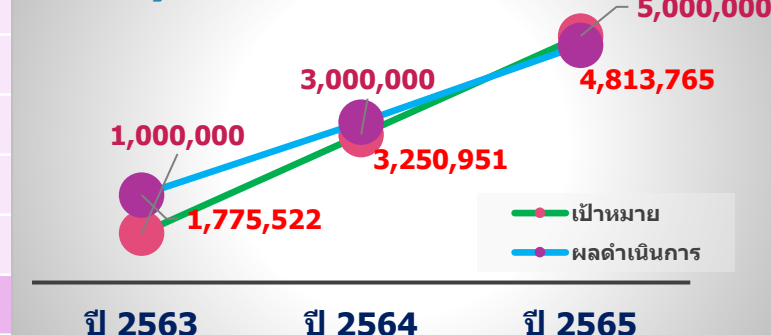


เขตสุขภาพ	จำนวน(คน) 19 ม.ค. 65	จำนวน(คน) 1 ก.ย. 65	เพิ่มขึ้น (คน)	เป้าหมาย ปี 65	ยอดที่ต้อง ดำเนินการ
เขตสุขภาพที่ 01	226,206	423,387	197,181	443,922	-20,535
เขตสุขภาพที่ 02	153,263	273,320	120,057	267,298	+6022
เขตสุขภาพที่ 03	251,414	318,613	67,199	221,727	+50,000
เขตสุขภาพที่ 04	126,939	157,364	30,425	408,055	-250,691
เขตสุขภาพที่ 05	249,701	264,223	14,522	402,781	-138,558
เขตสุขภาพที่ 06	219,457	313,591	94,134	468,319	-154,728
เขตสุขภาพที่ 07	575,374	1,004,421	429,047	379,533	+50,000
เขตสุขภาพที่ 08	272,444	357,126	84,682	416,987	-59,861
เขตสุขภาพที่ 09	261,081	409,457	148,376	507,469	-98,012
เขตสุขภาพที่ 10	594,624	721,267	126,643	346,510	+50,000
เขตสุขภาพที่ 11	156,884	268,559	111,675	338,626	-70,067
เขตสุขภาพที่ 12	197,531	275,795	78,264	376,617	-100,822
เขตสุขภาพที่ 13	21,456	26,642	5,186	422,156	-395,514
รวมทั้งหมด	3,306,374	4,813,765	1,507,391	5,000,000	-186,235

10 อันดับจังหวัดที่มีจำนวนผู้สมัครสูงสุด (คน)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน
1	มหาสารคาม	318,123
2	ร้อยเอ็ด	313,064
3	ศรีสะเกษ	297,017
4	ขอนแก่น	241,962
5	อุบลราชธานี	199,073
6	บุรีรัมย์	154,814
7	นครสวรรค์	137,583
8	กาฬสินธุ์	131,272
9	ฉะเชิงเทรา	115,926
10	สรินทร์	115,578

จำนวนผู้ลงทะเบียนก้าวทำใจปี 65



จำนวนผู้ลงทะเบียน จำแนกรายกลุ่ม

	ประชาชนทั่วไป	นักเรียน/ นักศึกษา	อสม.	พนักงาน เอกชน	พนักงานรัฐ
SS3 (19 ม.ค. 65)	2,210,793	224,165	579,187	28,811	263,418
SS4 (ปัจจุบัน)	3,308,292	513,498	641,332	45,157	305,485
เพิ่มขึ้น	1,097,499	289,333	62,145	16,346	42,067

3 จังหวัดเด่น (มีจำนวนผู้ลงทะเบียน มากที่สุด)

จังหวัดมหาสารคาม 318,123 คน

จังหวัดร้อยเอ็ด 31,064 คน

จังหวัดศรีสะเกษ 297,017 คน



@THNVR

SCAN
[QR CODE]
ลงทะเบียนสมัครฟรี



ตัวชี้วัด: กิจการ/ กิจกรรม/ สถานประกอบการปฏิบัติตามมาตรการ ร้อยละ 90

ภาพรวมประเทศ

ผลการประเมิน COVID Free Setting จำแนกรายเขตสุขภาพ (9 Setting)

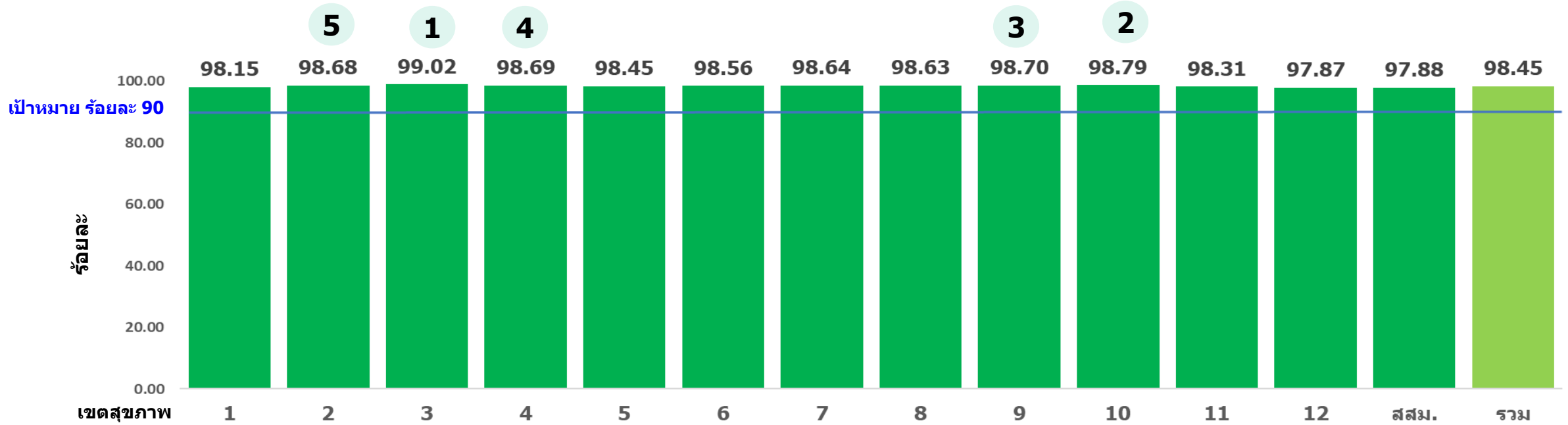
N= 109,947 แห่ง



108,238 แห่ง 98.45 %



1,709 แห่ง 1.55 %



B จำนวนที่เข้ามาประเมิน (แห่ง)	9,111	6,963	5,000	7,941	6,571	10,105	9,645	7,837	9,331	7,857	8,239	11,639	9,708	109,947
A จำนวนที่ประเมิน "ผ่าน" (แห่ง)	8,942	6,871	4,951	7,837	6,469	9,959	9,514	7,730	9,210	7,762	8,100	11,391	9,502	108,238

หมายเหตุ: ร้อยละ ผลการประเมินตนเอง "ผ่าน" จากจำนวนสถานประกอบการที่เข้ามาประเมินตนเอง

(ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564 – 31 สิงหาคม 2565)