สรุปการนิเทศศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
โดย นพ.สมพงษ์ ชัยโอภานนท์ (รก.)นักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ (ด้านโภชนาการ)
ระหว่างวันที่ ๗ – ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑
****

๑	นพ.สมพงษ์	ชัยโอภานนท์	ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ	ประธาน
๒	ทพญ.สุรัตน์	มงคลชัยอรัญญา	สำนักทันตสาธารณสุข	ผู้แทนตำบลต้นแบบบูรณาการ
๓	นางสาวปิยะวรรณ	กลิ่นสุคนธ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	ผู้แทนตำบลต้นแบบบูรณาการ
๔	นางณัฐวรรณ	เชาวน์ลิลิตกุล	สำนักโภชนาการ	ผู้แทน Cluster แม่และเด็ก
๕	ทพญ.กัญญา	บุญธรรม	สำนักทันตสาธารณสุข	ผู้แทน Cluster วัยเรียน
๖	นางอรอุมา	ทางดี	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์	ผู้แทน Cluster วัยรุ่น
๗	นางสาวศศิพร	ตัชชนานุสรณ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ	ผู้แทน Cluster วัยทำงาน
๘	นางวิมล	บ้านพวน	สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	ผู้แทน Cluster ผู้สูงอายุ
๙	นายผาไท	จุลสุข	สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	ผู้แทน Cluster สิ่งแวดล้อม
๑๐	นางณีรนุช	อาภาจรัส	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	ผู้แทน Cluster สิ่งแวดล้อม
๑๑	นางสาวพาสนา	ชมกลิ่น	สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	ผู้แทน Cluster สิ่งแวดล้อม
๑๒	นางสาวกิ่งพิกุล	ชำนาญคง	ศูนย์จัดการความรู้วิจัยและนวัตกรรม	ผู้แทน Cluster KISS
๑๓	นางทิพาพรรณ	อุทุมพร	กองการเจ้าหน้าที่	ผู้แทน Cluster HR
๑๔	นางสาวศนินธร	ริมชลาลัย	กองแผนงาน	เลขานุการคณะนิเทศ
๑๕	นางสาวเสาวลักษณ์	ทูลธรรม	กองแผนงาน	ผู้ช่วยเลขานุการคณะนิเทศ

หน่วยงานร่วมนิเทศงานศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช

๑.	นายจาตุรัต	น่าสม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ผู้แทนบริหารยุทธศาสตร์
๒.	นางพรรณวิไล	เลิศไกร	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	ผู้แทนบริหารยุทธศาสตร์
๓.	นางศศิธร	บัณฑิตมหากุล	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ	ผู้แทน Cluster วัยเรียน

๑. ข้อมูลทั่วไปศูนย์อนามัยที่ ๑๒

๑.๑ การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติของศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ที่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกับกรมอนามัย และกระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ มีกระบวนการทำงานหลักของกรมอนามัย (Core Business Process) ภายใต้แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย และแผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม มีการประกาศจุดยืนกรมอนามัยบทบาทหน้าที่ขององค์กร มีการสื่อสารทำความเข้าใจยุทธศาสตร์กรมอนามัย การใช้เครื่องมือในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติให้บรรลุตัวชี้วัดตามเป้าประสงค์ มีการวิเคราะห์องค์กรและกำหนดกลยุทธ์เป็นกรอบการจัดทำกิจกรรมที่ตอบเป้าหมายโครงการตามแผนปฏิบัติการที่ผ่านการอนุมัติจากกรมอนามัย รวมทั้งชี้แจงความเชื่อมโยงตัวชี้วัดงานด้านสาธารณสุข เขต กรมอนามัยลงสู่หน่วยงาน และ PA ลงสู่กลุ่มงานและตัวบุคคลในองค์กร มอบการถ่ายระดับตัวชี้วัด แนวทางการจัดทำตัวชี้วัดข้าราชการและพนักงานราชการ คนละ ๕ ตัวชี้วัด ค่าน้ำหนักตัวละ ๒๐ คะแนน

๑.๒ งบประมาณ

การจัดสรรงบประมาณตามแผนงาน ๘ แผนงาน ๒๕ โครงการหลัก ๗๙ กิจกรรมสำคัญกรมอนามัย นำสู่การทำแผนปฏิบัติการศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา รวม ๔๗ โครงการ แผนการจัดสรรงบประมาณปี ๒๕๖๑ ภาพรวม ณ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑ จำนวน ๓๓,๓๑๖,๑๗๗ บาท

สรุปสถานการณ์เบิกจ่าย ๓ งบรายจ่าย และเป้าหมายเบิกจ่ายที่ร้อยละ ๘๓ (งบดำเนินงาน งบลงทุน งบรายจ่ายอื่น) ไตรมาสที่ ๓ (ณ ๑ มิถุนายน ๒๕๖๑)

รายการ	ได้รับจัดสรร	เบิกจ่าย	%เบิกจ่าย	เป้าหมายร้อยละ ๘๓
งบดำเนินงาน	๒๐,๘๕๖,๖๗๗.๐๐	๑๓,๔๓๙,๙๕๑.๙๔	๖๔.๔๔	๑๗,๓๑๑,๐๔๑.๙๑
งบลงทุน	๑๑,๘๙๙,๕๐๐.๐๐	๑๑,๗๔๕,๙๐๐.๐๐	๙๘.๗๑	๙,๘๗๖,๕๘๕.๐๐
งบรายจ่ายอื่น	๕๖๐,๐๐๐.๐๐	๗๗,๓๓๒.๐๐	๑๓.๘๑	๔๖๔,๘๐๐.๐๐
ศอ.๑๒ ยะลา	๓๓,๓๑๖,๑๗๗.๐๐	๒๕,๒๖๓,๑๘๓.๙๔	๗๕.๘๓	๒๗,๖๕๒,๔๒๖.๙๑

๑.๓ ผลการประเมินตามคำรับรอง

ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ มีผลการประเมินตามคำรับรองฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๕ เดือนแรก เท่ากับ ๓.๙๖๗๐

ปัญหา/ข้อจำกัดในภาพรวม รอบ ๕ เดือนแรก

๑) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของบุคลากรมีน้อย โดยเฉพาะกลุ่มภารกิจ/สนับสนุนกรมอนามัย เช่นเรื่อง Lean / PMQA / วิจัย/นวัตกรรม ทั้งนี้เนื่องจาก ต้นปีงบประมาณต้องเร่งรัดดำเนินงานตามภารกิจหลักในความรับผิดชอบหลักของตนเอง

๒) การบริหารจัดการเวลาไม่เหมาะสม ทำให้บางตัวชี้วัด จึงไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด

๓) การแนบเอกสาร/หลักฐานไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ และเอกสารหลักฐานไม่ครบตามเกณฑ์

๔) การเขียนรายงาน Special Report ไม่สอดคล้องกับหลักฐานที่แนบส่ง

สิ่งที่ต้องปรับปรุงและพัฒนารอบ ๕ เดือนหลัง

๑) ทบทวน วิเคราะห์สถานการณ์ กระบวนการทำงาน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ในรูปคณะกรรมการ และออกแบบระบบบริหารและวิธีทำงาน วางแผนขับเคลื่อน แก้ไขปัญหาอุปสรรค และมีการ ติดตาม ควบคุม กำกับ อย่างต่อเนื่อง

๒) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดควรศึกษา ทำความเข้าใจรายละเอียดหลักเกณฑ์การประเมิน/ Template/ แนวทางการประเมินตามคำรับรองฯ และสื่อสารให้บุคลาการ รับทราบโดยทั่วกัน

๓) พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานวิจัยและนวัตกรรมเพิ่มเติม และสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กรเพิ่มมากขึ้น

๔) การรวบรวมหลักฐานให้ตรงตาม Special Report และหลักเกณฑ์การประเมิน ให้มีความชัดเจน ครบถ้วน ส่งให้ทันตามระยะเวลาที่กำหนด

๑.๔ การพัฒนาศักยภาพทีมเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ชายแดนใต้

ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี และศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา เป็นพื้นที่นำร่องในการการพัฒนาศักยภาพทีมเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ เริ่มจากศึกษากรอบเนื้อหาเทียบเคียงกับบทบาทเลขานุการ คกก.พชอ. เพื่อสร้างเครื่องมือ จากนั้นหา Training need จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประธาน PP Excellence รวมถึงกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน จากนั้นศูนย์ได้คิดหา Key Massage เพื่อให้ทีมเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)มีศักยภาพ ประกอบด้วย ๓ คำ คือ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง การสร้างแรงบันดาลใจ และการขับเคลื่อน มีการจัดอบรมโดยศึกษาพื้นที่จริง มีการสร้างสถานการณ์จำลอง ฝึกปฏิบัติโดยมี scenario และประเมินผลก่อน-หลังการอบรม พื้นที่เป้าหมาย ๓๗ อำเภอ ๔ จังหวัด มีการจัดอบรมแล้ว ๓ รุ่น รวม ๑๕๐ คน ผลลัพธ์ที่ได้ คือ หลักสูตรพัฒนาศักยภาพทีมเลขาฯฉบับสมบูรณ์ และคู่มือแนวทางการขับเคลื่อนสำหรับทีมเลขาฯ

๑.๕ HEALTH LITERATE ORGANIZATION (HLO)

การดำเนินงานภายในศูนย์อนามัยที่ ๑๒ พัฒนาการรู้แจ้งแตกฉานทางสุขภาพ (HLO) โดยการสร้างความตระหนัก พัฒนาศักยภาพบุคลากรในภาพรวมองค์กร/กิจกรรมเฉพาะ กำหนดพื้นที่ต้นแบบนำร่อง HL เรื่องมารดาตกเลือดหลังคลอดใน รพ.สต. ให้ทุก Cluster จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ และสร้างทีมงานผู้ให้บริการทั่วทั้งองค์กรโดยให้การสนับสนุน และติดตาม/ประเมินผล

การดำเนินงานกับภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก HL แก้ไขปัญหาซีดในแม่กับสสจ.ยะลา, ผลักดันให้อยู่ในโครงการสำคัญของเขต เช่น งาน MCH และเด็กวัยเรียน วัยทำงาน, พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสื่อมวลชนในพื้นที่และ อสม. และ รณรงค์ HL ให้กับประชาชนผ่านสื่อสาธารณะ social media และกิจกรรมพิเศษ

๑.๖ บุคลากรในศูนย์อนามัยที่ ๑๒

ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ มีจำนวนบุคลากร ๒๔๔ คน ข้าราชการ ๑๔๔ คน พนักงานราชการ ๑๖ คน ลูกจ้างประจำ ๓๓ คน และพนักงานกระทรวง ๕๑ คน

บุคลากรพยาบาลเปลี่ยนเป็น Cluster ๕ กลุ่มวัย โดยปรับเปลี่ยนโครงสร้าง ซึ่งมีการประชุมกรรมการบริหารโรงพยาบาล (เมื่อวันที่ ๒๔ พ.ค.๖๑) ประชุมสื่อสารลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีการจัดสรรอัตรากำลัง โดยยุติการให้บริการแผนก NICU รวมแผนก NS และ PP (เดือนต.ค.๖๑) ยุติการให้บริการ IPD (เม.ย.๖๒) จัดสรรอัตรากำลังลง Cluster มีการจัดทำแผน MAN MONEY METEREAL โดยพัฒนาบุคลากรชี้แจงบทบาท Cluster ศึกษาดูงาน In house training สร้างแกนนำ Cluster เกลี่ยบุคลากร จัดทำแผนปฏิบัติการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ คลินิกวัยเรียน และควบคุม กำกับ ติดตาม

๒. สรุปผลการนิเทศงานตาม Cluster

๒.๑ Cluster สตรีและเด็กปฐมวัย (นางณัฐวรรณ เชาวน์ลิลิตกุล นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**			
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๒๐ ต่อแสนการเกิดมีชีพ)	≤ ๒๐	อัตราส่วนการตายมารดาไทยในปี ๒๕๖๑ พบ ๖๖.๒๐ ต่อการเกิดมีชีพแสน (ข้อมูลเกิดมีชีพจาก HDC ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๑) เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ซึ่งพบ ๔๓.๑ ต่อการเกิดมีชีพแสน (สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข)	๑. การแบ่งคนรับผิดชอบใน cluster สตรีและเด็กปฐมวัยในศูนย์เขต โดยแยกผู้รับผิดชอบระหว่างหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ทำให้ขาดความเชื่อมโยงการดำเนินงาน ๒. พื้นที่ไม่เข้าใจความหมายของมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน และสูงดีสมส่วน ๓. หญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดความรอบรู้สุขภาพ	๑. นักวิชาการที่รับผิดชอบหญิงตั้งครรภ์และเด็กของศูนย์เขตวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน ๒. สื่อสารประชาสัมพันธ์ถึงความหมายของมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต และสูงดีสมส่วน ให้พื้นที่รับรู้และเข้าใจ ๓. สนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต ในระดับตำบลและหมู่บ้าน โดยจัดตั้งทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ๔. ผลักดันให้เขตสุขภาพกำหนดพื้นที่ดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิต และกระบวนการขับเคลื่อนงาน ๕. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายหญิงตั้งครรภ์และพ่อแม่/ผู้เลี้ยงดูเด็ก	๑. จังหวัดนราธิวาส /ปัตตานี ลดแม่ตาย กระบวนการดำเนินงานโดยให้สูติแพทย์ของรพ.จังหวัดออกไปอยู่รพช. ละ ๑ คน ทุกเดือน สามารถดูแล รักษา ส่งต่อได้ต่อเนื่องและรวดเร็ว ทำให้แพทย์ที่รพช.ได้เรียนรู้การตรวจวินิจฉัย ๒. จังหวัดสงขลา ศูนย์เด็กเล็กเทศบาลคอหงส์ และศูนย์เด็กเล็กค่ายเสนาณรงค์ จัดทำอาหารเช้าครัวกลาง ๓. จังหวัดปัตตานี พัฒนาระบบข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Pattani Model ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในงานอนามัยแม่และเด็ก
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	ร้อยละ ๑๖	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ พบร้อยละ ๖๓.๖ และระดับประเทศ ร้อยละ ๑๖.๑			
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๖๐	การฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ และฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ พบร้อยละ ๗๘.๕ และร้อยละ ๖๖.๘ ตามลำดับ และระดับประเทศ ร้อยละ ๖๕.๒ และร้อยละ ๖๐.๔ ตามลำดับ แต่ความครอบคลุมการได้รับยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก และโฟลิก พบร้อยละ ๖๓.๖ ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๑๐๐) และระดับประเทศ ร้อยละ ๖๗.๙			
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	ร้อยละ ๕๔	เด็กสูงดีสมส่วน พบร้อยละ ๕๑.๕ และระดับประเทศ ร้อยละ ๕๓.๔			
ผลงานการดำเนินงาน ๑. ถ่ายทอดนโยบายมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วันแรกของชีวิตทุกจังหวัด ๒. อบรมการตักอาหารและการจัดอาหารแก่บุคลากรสาธารณสุขใน ANC/WCC และครูพี่เลี้ยง ๓. เขตสุภาพที่ ๑๒ กำหนดให้มีการเจาะเลือดตรวจหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ก่อนคลอดใน รพศ./รพท./รพช. ๔. สนับสนุนให้เกิดตำบลสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย					

๑.๒ Cluster วัยเรียน (ทพญ.กันยา บุญธรรม ทันตแพทย์ชำนาญการ สำนักทันตสาธารณสุข ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**			
๑. เด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)	ร้อยละ ๕๔	เด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุของเขต ๑๒ ร้อยละ ๗๒.๑ สูงเกินเป้าหมายที่กำหนดร้อยละ ๕๔ ทั้ง ๗ จังหวัด ส่วนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปีปราศจากฟันผุที่ต่ำกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ ๕๑ มี ๓ จังหวัด คือ จังหวัดปัตตานี พัทลุง และ นราธิวาส ความครอบคลุมในการตรวจฟันพบว่าครอบคลุมเพียงร้อยละ ๓๖% จึงยังไม่สามารถสรุปสถานการณ์ปี ๒๕๖๑ ได้อย่างชัดเจน	๑. การดูแลสุขภาพต่อเนื่องตั้งแต่เด็กปฐมวัย ๒. การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ : รร. ปลอดน้ำอัดลม น้ำสะอาดเพียงพอ ๓. พฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน / HL ๔. ไม่ได้ดำเนินโครงการนมฟลูออไรด์	๑. ใช้ตำบลต้นแบบพัฒนา Intervention ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ๑.๑ พัฒนา HL / HLS (The most) ๑.๒ พัฒนาพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๑.๓ การพัฒนาการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง โรงเรียน/สพป. ผู้นำศาสนา และ ชุมชน ๑.๔ การพัฒนาการเลี้ยงดูเด็กที่จะส่งเสริมภาวะโภชนาการ พัฒนาการและลดปัญหาโรคฟันผุ ๑.๕ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ๒. พัฒนาสพป.กำกับติดตามงาน : อาหารกลางวัน โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ฯ	๑. เครือข่ายเด็กไม่อ้วน : เชื่อมโยงกับคลินิก DPAC (รพ. สงขลา) ๒. พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม : ตำบลกระดังงา อ.สทิงพระ
๒. เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๘	เด็กกลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี เขต ๑๒ สูงดีสมส่วนร้อยละ ๖๓.๕ สูงขึ้นจากปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๐.๘ ต่ำกว่าเป้าหมายปี ๒๕๖๑ ที่กำหนดร้อยละ ๖๘ มีจังหวัดตรังเพียงจังหวัดเดียวที่สูงเกินเป้าหมาย (ร้อยละ ๗๖.๑)			
๓. เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ ๓๐	จากข้อมูลสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ชั้นป.๔ และ กลุ่มอายุ ๑๒ ปี ในปี ๒๕๖๐ พบว่าไม่มีนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง ๓ ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและทันตสุขภาพ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าในกลุ่มเด็กป. ๔ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและทันตสุขภาพ ร้อยละ๕.๖, ๑๔.๑ และ ๓๖.๘ ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มอายุ ๑๒ ปีมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและทันตสุขภาพ ร้อยละ ๑.๖, ๒๑.๓ และ ๒๐.๓ ตามลำดับ			

๑.๓ Cluster วัยรุ่น (นางอรอุมา ทางดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**			
๑. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี	ไม่เกิน ๑.๔ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๐-๑๔ ปี ๑,๐๐๐ คน	ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ (ไตรมาสที่ ๒ : ๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๑ มี.ค. ๖๑) พบว่า เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ อยู่ที่ ๐.๓๕ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๑. การขับเคลื่อนการดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือของผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด/ภาคีเครือข่ายซึ่งแต่ละจังหวัดมีความเข้มแข็งต่างกัน การปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ๒. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร วัยรุ่นบางพื้นที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เช่น บางโรงพยาบาลไม่มีบริการหรือมีการเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ทัศนคติและองค์ความรู้ผู้ให้บริการ ระบบการติดตามที่ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ๓. ระบบฐานข้อมูลที่ยังไม่เป็นแนวทางเดียวกันในระดับจังหวัด การนำข้อมูลไม่สามารถนำมาใช้ให้มีประสิทธิภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้	๑. เยี่ยมเสริมพลัง พัฒนาศักยภาพ การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ๒. การประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการและตระหนักถึงสิทธิของตนเอง การสร้างทัศนคติและการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ๓. การพัฒนาศักยภาพ ปรับทัศนคติ เสริมสร้างทักษะและองค์ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านการให้บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ๔. การติดตาม เชื่อมโยงส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยเป็นแนวทางเดียวกัน (ศูนย์อนามัยสามารถเป็นต้นแบบได้) ๕. การพัฒนาจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเป็นปัจจุบัน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้ (ศูนย์อนามัยสามารถเป็นต้นแบบได้)	๑. จังหวัดพัทลุง: รพ.ปากพะยูน หากพบวัยรุ่นมาคลอดและ discharge ในช่วงวันหยุด สามารถตามผู้รับผิดชอบงานมาให้คำปรึกษาและให้บริการฝังยาได้ ๒. จังหวัดสงขลา: Teen card ของ รพ.บางกล่ำ ใช้ในการสื่อสารของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการที่เป็นวัยรุ่น ทำให้เกิดบริการที่วัยรุ่นสามารถเข้าถึงได้ง่าย กล้า และเป็นความลับจึงเกิดความไว้วางใจ ๓. จังหวัดปัตตานี : ระบบข้อมูลโดยใช้โปรแกรม google.doc ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : การขับเคลื่อนการดำเนินงานของผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดที่เข้มแข็งในการดำเนินงานYFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ครบทั้งจังหวัด
๒. อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี	ไม่เกิน ๔๐ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ (ไตรมาสที่ ๒ : ๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๑ มี.ค. ๖๑) พบว่า จังหวัดสตูลที่มีอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี สูงที่สุดคือ ๔๓.๒ ในปี๒๕๕๙ และ ๔๗.๕๘ ในปี ๒๕๖๑ (ไตรมาสที่ ๒ : ๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๑ มี.ค. ๖๑) ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน และเกินค่าเป้าหมายที่กำหนด ส่วนสถานการณ์ในภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ อยู่ที่ ๓๕.๐๘ ต่อประชากรหญิง อายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน			
๓. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	(ไม่เกินร้อยละ ๙.๕)	ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ (๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๐ พ.ค. ๖๑) พบว่า ทุกจังหวัดเกินค่าเป้าหมายกำหนด ซึ่งภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ คือ ร้อยละ ๑๙.๐, ๒.๑๕ และ ๑๘.๙๘ ซึ่งสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจากหลายปัจจัย เช่น บริบททาง			

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ศาสนา โดยเฉพาะสามจังหวัดชายแดนใต้ มีความเชื่อเรื่องการคุมกำเนิดว่าเป็นการผิดบาป			
๔. การพัฒนาโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์	YFHS เป้าหมาย ๗๘ แห่ง ร้อยละ ๘๕ อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เป้าหมาย ๗๗ แห่ง ร้อยละ ๗๕	สถานบริการที่เป็นมิตรฯ (YFHS) พบ ๔๖ แห่ง ร้อยละ ๕๘.๙๗ อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ (RHD) พบ ๔๒ แห่ง ร้อยละ ๕๔.๕๔			

๑.๔ Cluster วัยทำงาน (นางสาวศศิพร ตัชชนานุสรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักส่งเสริมสุขภาพ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน ๓๐-๔๔ ปีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI) ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐	เป้าหมาย ปี ๖๑ ร้อยละ ๕๕	จังหวัดสงขลา สตูล ตรัง พัทลุง ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ประชาชนวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี BMI ปกติ ร้อยละ ๔๔, ๔๕.๔๓, ๔๗.๓๖, ๔๒.๓, ๔๘.๐๕ ,๔๖.๓๖ และ๔๒.๖๙ ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมายในทุกจังหวัด	๑. ศูนย์อนามัย : ได้รับงบประมาณน้อย การคืนข้อมูลกับภาคีเครือข่าย และขาดการเชื่อมโยงบูรณาการในแต่ละกลุ่มวัย ๒. เครือข่าย : ไม่เห็นความสำคัญต่อเรื่อง BMI ขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ มีเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ขาดทักษะขาดความต่อเนื่อง ๓. ประชาชน : ความครอบคลุมในการรับบริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ PA	๑. การปรับกระบวนการทำงาน เพื่อรองรับบทบาทใหม่ของศูนย์อนามัย ๒. การปรับตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัด BMI ให้มีความเหมาะสม จะมี Leading Indicator อื่น ๓. ที่จะนำไปสู่ ตัวชี้วัด BMI หรือไม่	การดำเนินงานใน พชอ. บางแก้ว จ.พัทลุง ในการขับเคลื่อนงาน วัยทำงาน หุ่นดี สุขภาพดี

๑.๕ Cluster วัยสูงอายุ (นางวิมล บ้านพวน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์	ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ประชากรเขตสุขภาพที่ ๑๒ พบมีประชากรทั้งหมด จานวน ๓,๙๙๒,๑๕๓ คน มีผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น ๕๗๓,๘๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๓๗ ของประชากรทั้งหมด ข้อมูลผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวนทั้งหมด ๕๔๑,๔๓๓ คน พบว่า เป็นกลุ่มที่ ๑ กลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๕.๙๔ กลุ่มที่ ๒ กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๓.๓๒ กลุ่มที่ ๓ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๗๔ จำนวน Care Manager รวม ๘๑๔ ราย จำนวน Care Giver รวม ๔,๖๒๒ ราย จำนวน Care Plan รวม๕,๘๒๖ ราย ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในตำบล LTC รวม ๘,๔๑๐ ราย	๑. อปท. ยังไม่เข้าใจขั้นตอนการดำเนินงานและไม่มั่นใจในระเบียบการเบิกจ่ายงบประมาณกองทุน ทำให้ขับเคลื่อนงานล่าช้า ๒. ขาดการประสานงานที่ดีระหว่าง อปท. และหน่วยบริการ ๓. การจัดทำ Care Plan ในบางพื้นที่มีความล่าช้า - CM มีการโยกย้าย เปลี่ยนงาน - CM ไม่ได้ดำเนินการต่อในภายหลัง	๑. ใช้กลไก คณะกรรมการร่วมระหว่าง สธ. อปท.คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง - ผลักดันผ่าน คณะกรรมการ พชอ. ๒. ใช้กลไก คณะกรรมการร่วมระหว่าง สธ. อปท.“คณะกรรมการ LTC ระดับจังหวัด กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง - ผลักดันผ่านคณะกรรมการ พชอ. - จังหวัดขับเคลื่อนองค์ประกอบ LTC ให้ครอบคลุมทุกตำบล ๓. สสจ.จัดตั้งทีมพี่เลี้ยง เช่น CM ของแต่ละ CUP เป็นพี่เลี่ยงให้กับพื้นที่ - มีการติดตามผลการดำเนินงาน ใน คปสอ./คปสจ. - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของ CM - สรุปบทเรียนพื้นที่ ที่มีการดำเนินงานได้สำเร็จ เป็นคู่มือแนวทางดำเนินงานตามบริบท	**จังหวัดปัตตานี:** -ธรรมนูญผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลดอนทราย อำเภอไม้แก่น -โรงเรียนผู้สูงอายุ เทศบาลตำบลตะลุบัน อำเภอสายบุรี **จังหวัดสงขลา:** -ตำบลต้นแบบการดำเนินงาน Long Term care ตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ -สถานบริบาลผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา **จังหวัดสตูล :** -พื้นที่ต้นแบบการดำเนินงาน Long Term care เทศบาลตำบลทุ่งหว้า และอำเภอเมืองสตูล ตำบลพิมาน **จังหวัดยะลา:** - คู่มือ “แกะรอยการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีศึกษา ตำบลยะลา อำเภอเมืองยะลา” ของเครือข่ายอำเภอเมืองยะลา

๑.๖ Cluster อนามัยสิ่งแวดล้อม (นายผาไท จุลสุขวิมล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**			
๑. โรงพยาบาล GREEN&CLEAN Hospital	ระดับพื้นฐาน (เป้าหมายผ่านเกณฑ์พื้นฐานครบ ๑๐๐ %)	เป้าหมายการขับเคลื่อนงานมีจำนวนทั้งสิ้น ๗๙ แห่ง แต่มีบางจังหวัดยังมีโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยเฉพาะจังหวัดปัตตานี (ผ่านร้อยละ ๓๓.๓) และจังหวัดตรัง (ผ่านร้อยละ ๒๘.๖) สำหรับจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากมากที่สุดคือ จังหวัดนราธิวาส (ผ่านร้อยละ ๓๘.๕) รองลงมาคือ จังหวัดยะลา (ผ่านร้อยละ ๒๕) จังหวัดสงขลา (ผ่านร้อยละ ๑๘.๒) และพัทลุง (ผ่านร้อยละ ๑๗.๖) ตามลำดับ ซึ่งการดำเนินงานขับเคลื่อนงานยังคงมีต่อเนื่อง และมีแนวโน้มจะสำเร็จผ่านตามเป้าหมาย	๑. ประเด็นความต่อเนื่องของนโยบายจากส่วนกลาง การวางกรอบแนวทางการทำงาน และข้อจำกัดในการจัดสรรงบประมาณการดำเนินงาน ๒. ปริมาณกำลังคนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ไม่เพียงพอ และไม่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เช่น นิติกรต่อการทำงานขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ ๓. เป้าหมายเชิงปริมาณทำให้ไม่มีการพัฒนาในเชิงคุณภาพ เกิดปัญหาในเชิงการเข้าถึงพื้นที่ทำได้มีครอบคลุมตามจำนวนเป้าหมาย เนื่องจากการขับเคลื่อนในเชิงปริมาณมีข้อจำกัดในการลงพื้นที่ทำงาน ภาระงานที่ซ้อนทับ และกำลังคน ๔. ช่องทางการขับเคลื่อนงานของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ปัจจุบันยังไม่ผ่านบริหารยุทธศาสตร์ของจังหวัดซึ่งแตกต่างจากงานส่งเสริมสุขภาพ กองแผนงาน กรมอนามัย ร่วมกับคลัสเตอร์อนามัยสิ่งแวดล้อม ต้องหาทางผลักดันให้ ตัวชี้วัดสำคัญเข้าไปยังกลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ของจังหวัด เช่น ตัวชี้วัดจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีการขับเคลื่อนระดับจังหวัด เป็นต้น เป็นการสร้าง Loop การทำงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้าง Impact การทำงานของจังหวัด ๕. การเข้าถึงข้อมูลระดับพื้นที่ยังมีความยุ่งยาก เนื่องจากข้อจำกัดในการชี้เป้า และชี้ให้ อปท. เห็นประโยชน์ของการมีระบบฐานข้อมูล ๖. ระบบการรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัด หรือข้อมูล	๑. นโยบายของศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ในเชิง เจ้าหน้าที่ การทำงานและสิ่งแวดล้อม มีความชัดเจน แต่ต้องมีการนำไปสู่การพัฒนา และคำนึงถึงหลักธรรมชาติ ที่สัมพันธ์กับคนภายใต้ความสมดุล ทุกคนในสังคมต้องสร้างจิตสำนึก สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของ และสร้างความร่วมมือ ร่วมกันในการพัฒนางานสิ่งแวดล้อม จากทุกหน่วยงานในเชิง ประชารัฐ เพื่อเป้าหมายคือความสำเร็จในด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อมและเกิดความยั่งยืน ๒. ให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ประชาชน และสังคม เข้ามามีบทบาท และส่วนร่วมในการจัดการสภาพ และร่วมกำหนดนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมร่วมกันตามบริบทเฉพาะของพื้นที่ เพื่อให้พื้นที่มีสภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สำหรับประชาชนในพื้นที่เอง ๓. เน้นการสร้างความเข้มแข็ง และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน ผ่านการขับเคลื่อนของแกน	**รูปแบบการจัดการขยะติดเชื้อของคลินิกด้วย HIA (Process Innovation)** ๑. หาความต้องการในระดับพื้นที่ (เทศบาลเมืองกันตัน อำเภอกันตัน จังหวัดตรัง) ๒. ใช้กระบวนการ HIA ในการหารูปแบบ ได้แก่ - การประเมินสถานการณ์ปัญหาขยะติดเชื้อในพื้นที่ (Screening & Scoping) - การสร้างการมีส่วนร่วม และความต้องการของพื้นที่ในการจัดการปัญหา (Public hearing) - การการสร้างโมเดลร่วมกันกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (Appraisal)
๒. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน		ภาพรวมตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานคือ ร้อยละ ๕๗.๑ และ มี ๔ จังหวัดที่มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานครบทุกตัวชี้วัด ได้แก่ จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส จังหวัดสงขลา และจังหวัดสตูล ส่วนจังหวัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (จังหวัด			

สถานการณ์			ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ตรัง จังหวัดปัตตานี และจังหวัดพัทลุง)	สำคัญ ต้องผลักดันให้อยู่ในระบบข้อมูลของกรมอนามัย (กองแผนงาน) และขอให้กองแผนงานผลักดันให้ระบบข้อมูลสำคัญของอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นส่วนหนึ่งของระดับกระทรวงสาธารณสุข ๗.การใช้เทคโนโลยี ในการวิเคราะห์ และแปรผลเพื่อการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างแบบประเมินจังหวัดจัดการปัจจัยเสี่ยง แบบง่าย พร้อมการแปรผล และแนบไฟล์ข้อมูลคืนพื้นที่	นำหลักทั้งปราชญ์ชุมชน ผู้นำศาสนา ผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์ชีวิต ให้เข้ามาช่วยเหลือเรื่องการสื่อสารด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนวิธีคิดเชิงลบ สู่แนวคิดเชิงบวก จะทำให้เกิดความร่วมมือในทุกเชื้อชาติ ศาสนา ๔. ศูนย์อนามัย ขอให้กรมอนามัยกลับไปทบทวนตัวชี้วัดให้มีความเหมาะสม เนื่องจาก ศูนย์อนามัยเห็นว่าตัวชี้วัดที่ส่งมา ล้วนแล้วแต่ไม่ใช่ตัวชี้วัดที่ ศูนย์อนามัยสามารถทำได้ด้วยตนเอง แต่เป็นการให้หน่วยอื่นหรือผู้อื่นดำเนินการทั้งสิ้น (Indirect indicator) ขอให้กรมอนามัย (กพร. และเจ้าภาพตัวชี้วัด) คิดคะแนนตามเป้าหมายใหม่ให้สอดรับกับความเป็นจริง ต้องคำนึงถึงตรรกะของตัวชี้วัดแต่ละตัวร่วมด้วย	- ออกเป็นเทศบัญญัติการจัดการขยะติดเชื้อในคลินิค (Result & Report) - การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation)
๓. การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน (Active Community)		จำนวนตำบลทั้งหมดในพื้นที่ (ภาพรวมของ ๗ จังหวัด) รวม ๕๖๕ ตำบล เป้าหมายที่ต้องดำเนินการในปี ๒๕๖๑ คือ ๒๘๓ แห่ง ปัจจุบันดำเนินการผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วทั้งหมด ๑๘๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๙ โดยจังหวัดที่มีการขับเคลื่อนได้มากที่สุดคือ จังหวัดพัทลุง (ผ่านร้อยละ ๔๓.๑) รองลงมาคือ จังหวัดปัตตานี (ผ่านร้อยละ ๓๙.๑) จังหวัดสงขลา (ผ่านร้อยละ ๓๔.๗) จังหวัดตรัง (ผ่านร้อยละ ๓๒.๒) จังหวัดยะลา (ผ่านร้อยละ ๒๙.๓) จังหวัดนราธิวาส (ผ่านร้อยละ ๒๗.๓) และ จังหวัดสตูล (ผ่านร้อยละ ๒๕) ตามลำดับ			

๑.๗ ร้อยละของตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม มีนวัตกรรม หรือ Best Practice
(ทันตแพทย์หญิงสุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักทันตสาธารณสุข ผู้นำเสนอ)

สถานการณ์	ประเด็นปัญหาที่เป็นความเสี่ยงต่อความสำเร็จ	ข้อสังเกตและข้อเสนอ	นวัตกรรม
ศูนย์อนามัยที่ ๑๒ ยะลา ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่ตำบลบูรณาการด้านส่งเสริมสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยดำเนินการตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ จนถึงปีปัจจุบัน **มาตรการสำคัญ** • จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพทีมงานขับเคลื่อน พชอ. • จัดอบรมพัฒนาศักยภาพทีมงานขับเคลื่อน พชอ. (ปลัดอำเภอ สสอ. ตัวแทนจากอบต/เทศบาล) ในพื้นที่ ๓ จังหวัดชายแดนใต้ และ ๔ อำเภอ ในจังหวัดสงขลา (สะบ้าย้อย เทพา นาทวี และ จะนะ) จำนวน ๓ รุ่น • ถอดบทเรียนการดำเนินงานพื้นที่ตำบลบูรณาการค้นหานวัตกรรม จำนวน ๑๔ ตำบล • จัดทำคู่มือการประเมินตำบลบูรณาการ ๕ กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๖๑	เนื่องจากการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ไม่มีงบประมาณโดยตรง โอกาสความเสี่ยงคือความต่อเนื่องของการขับเคลื่อนในอนาคต ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของศูนย์อนามัยและทีมงาน	การพัฒนาและสร้างทีมงานในศูนย์อนามัย ให้เข้าใจกระบวนการทำงานบูรณาการแก่ผู้รับผิดชอบงานของ cluster ต่างๆ จะทำให้สามารถขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับภาคีเครือข่ายและชุมชนได้ดีขึ้น	๑. จัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพทีมงานขับเคลื่อน พชอ ที่ออกแบบตามบริบทของพื้นที่ และเมื่อนำไปใช้ในการอบรมสามารถสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน พชอ.และ ขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี ๒. นวัตกรรมในพื้นที่ตำบลต้นแบบที่ถอดบทเรียนความสำเร็จเพื่อนำไปต่อยอดขยายงานในพื้นที่อื่นๆได้

๓. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

๓.๑ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอเพิ่มเติมจากศูนย์อนามัย

๑) ตัวชี้วัดอัตราส่วนการตายมารดาไทยเมื่อสิ้นสุดเป้าหมาย MDG แผนมีการปรับค่าเป้าหมายให้เหลือครึ่งหนึ่ง เช่น ๔๒ เป็น ๒๑ ต่อการเกิดมีชีพ พื้นที่สามารถทำได้แต่ไม่สามารถทำได้ตามค่าเป้าหมาย เนื่องจากอัตราแม่ตายใน ๓ จังหวัดเป็นพื้นที่เฉพาะ การกำหนดตัวชี้วัดให้กรมช่วยเพิ่มว่าลด/เพิ่มกี่เปอร์เซ็นต์ ถึงจะเป็นค่าที่ยอมรับ เสนอให้ปรับใช้เป็นเปอร์เซ็นต์มากกว่าจำนวนน่าจะเป็นท้าทายมากขึ้นให้กับพื้นที่

๒) จากการปรับค่าเป้าหมายอัตราส่วนการตายมารดาไทยลดลง ๕๐% เป็นภาพของประเทศ ตัวชี้วัดที่กระจายลงเขตควรจะเอาข้อมูลเดิมของพื้นที่เป็นตัวตั้งมากกว่าเอาค่าเฉลี่ยของประเทศ

๓) ANC เป็นเขตที่สรพ.กับ สส. อยากให้ทำในสามจังหวัด เนื่องจากมีจำนวนแม่ตายสูง ก่อนหน้านี้ได้จัดประชุมไปแล้วสรพ.มาเข้าร่วมในงบประมาณกรมอนามัย ผลพบ ผ่านไป ๑ เดือน ปัตตานีมีการจัดประชุมไปแล้ว ๕ ครั้ง เพื่อแสดงความจำนงในการประเมิน ANC ให้ผ่านในปีนี้ กรมอนามัยให้เงินในการประเมิน ๙๘,๐๐๐ แต่มีข้อแม้ว่าต้องภายในงบประมาณนี้

๔) มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ศูนย์มีจุดอ่อน เนื่องจากภาระงานแม่และเด็กค่อนข้างเยอะ การพูดคุยค่อนข้างน้อย แต่เมื่อพอรู้ gap แล้ว ศูนย์ได้มีการวางแผนในเดือนกันยายนจะทำตำบลบูรณาการ ๑,๐๐๐ วันหญิงตั้งครรภ์ พัฒนาการเด็ก โดยคัดเลือกมาเป็นพื้นที่ ๗ จังหวัด ๒ ตำบล

๕) เรื่องพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นภาพรวมประเทศ ผลการดำเนินงานที่ออกมาเป็นภาพเขต ซึ่งทำที่พัทลุงและสงขลาอาจจะไม่ represent เขต เพราะเขตแบ่งเป็นสองส่วน ศูนย์ฝากเรื่องการวิจัยทุกกลุ่มวัย การสุ่มตัวอย่างควรจะลงมาดำเนินการทั้ง ๓ จังหวัดเลย เนื่องจากไม่ represent เขต หรือยกเว้น ๓ จังหวัดชายแดน

๖) สิ่งที่ทางศูนย์อนามัยทำ คือ พยายามผลักดันการติดตาม การดำเนินงานของนักวิชาการสาธารณสุข การเชื่อมโยงกับเครือข่ายที่สำคัญ เช่นการศึกษาโดยที่โรงเรียนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็ก เรื่องมาตรฐานการดำเนินงานต่างๆที่ส่วนกลางกำลังจะมีสื่อสารกับศูนย์อนามัย ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานเด็กวัยเรียนสุขภาพดี ซึ่งเป็นมาตรฐานใหม่ที่มีการปรับ โดยศูนย์คิดว่าเป็นการมุ่งผลถึงเด็กหมดเลย แต่พอเรื่องที่ส่วนกลางสื่อสารลงไปในพื้นที่กลายเป็นเรื่องใหม่และยากทั้งสามเรื่อง

๗) ศูนย์มีการประเมิน YFHS ประเมินครบ ๑๐๐% แต่การตั้งครรภ์ยังสูง เป็นแค่ระดับของกระบวนการ แต่การดูแลเชิงคุณภาพซึ่งต้องเอาผลลัพธ์มาวิเคราะห์เป็นอีกกระบวนหนึ่ง ทางศูนย์เน้นกระบวนการ ซึ่งเรื่องการท้องซ้ำจะต้องเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ว่าทำไมปัตตานีประเมินครบแล้ว แต่การท้องแล้วยังท้องซ้ำอยู่

๓.๒ ข้อคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากประธาน

๑) ขอบคุณพื้นที่ที่สรุปเนื้อหาการทำงานของศูนย์ยะลาทั้งหมด และที่ชี้เป้าให้ทีมผู้นิเทศทราบ

๒) ชื่นชมศูนย์อนามัยในผลการประเมินตามคำรับรองฯ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๕ เดือนแรก ได้คะแนน ๓.๙๖๗๐ แผนต่อไปขอให้ศูนย์อนามัยทำให้ได้คะแนนเกิน ๔ ที่ผ่านมาหลายแห่งทำคะแนนได้ดีขึ้น คาดหวังให้ศูนย์อนามัยมีคะแนนเพิ่มขึ้นในสิ้นปีงบประมาณ และการสื่อสารตั้งแต่ระดับผู้บริหารถึงระดับผู้ปฏิบัติ ถ้าสื่อสารได้ดีจะเป็นทางออกที่จะช่วยให้ PMS ได้คะแนนดีขึ้น

๓) ชื่นชมศูนย์อนามัยในความเข้มแข็งเชิงนโยบาย เจ้าหน้าที่ รวมทั้งสิ่งแวดล้อม

๔) ขอให้มีการบูรณาการสิ่งแวดล้อมเข้าไปด้วย เช่น ใน cluster สูงอายุ รวมทั้งตำบลส่งเสริมสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมยังขาดการบูณาการทุกกลุ่มวัย cluster สิ่งแวดล้อมต้องนำมาบูรณาการทั้งหมดของทุกประเด็นปัญหานั้นๆ

๕) ศูนย์อนามัยมีสูงอายุที่มีความเข้มแข็ง อาจจะเป็นจุดเริ่มต้น ให้หญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากผู้สูงอายุมีเชิงความคิดในการดูแลสุขภาพกับหญิงตั้งครรภ์ จะทำให้เข้มแข็งมากขึ้นโดยใช้ต้นที่มีของผู้สูงอายุ

๖) งานกลุ่มแม่และเด็ก มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน ผู้บริหารให้ความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนฝากทางศูนย์อนามัยช่วยหาความเชื่อมโยงบริหารงานเข้าด้วยกัน ขอให้ครอบครัว ชุมชน และพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในด้านสิ่งแวดล้อมมากขึ้น

๗) งานกลุ่มวัยเรียน ขอให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เช่น ช่วยในการสอนแนวคิดในเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพให้กับผู้นำทางความคิด ทางด้านสื่อสาร เพื่อผู้นำจะสามารถบอกต่อชุมชนได้ ให้ใช้ประเด็นสุขภาพเป็นหลักในพื้นที่

๘) งานกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ซ้ำ พรบ.การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำเข้ามาบูรณาการกับครอบครัว หรือกลุ่มผู้สูงอายุที่พื้นที่ทำงานได้ดีให้เป็นแกนเชื่อมโยงข้อมูล เริ่มต้นที่ครอบครัวแล้วสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์จะดีตามมา หาแนวร่วมจากชุมชน และครอบครัว

.....