



แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน

ปีงบประมาณ 2566

ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย





ตัวชี้วัด : ตรวจราชการ ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย

มารดาและทารก



1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

2. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน

เด็กปฐมวัย



3. ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

4. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย

5. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

6. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

วัยทำงาน



7. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร

8. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต



Goal : ประเด็นสุขภาพกลุ่มวัย



สุขภาพดีก่อนเกิดจากครรภ์มารดา ผู้เชิงตะกอนอย่างมีศักดิ์ศรี

Before Womb to Tomb R 7

เด็กไทยแก้มใส
 สาวไทยแก้มแดง
 มั่นคงเพื่อชาติ
 ด้วยวิตามินเส้นวิเศษ
 (วิตามินสร้างชาติ)



ชาย
 อย่างมีศักดิ์ศรี



Before Womb



หญิงตั้งครรภ์
 สุขเกิดรอด
 แม่ปลอดภัย



๐ - ๕ ปี
 สุข ดี สม่ส่วน
 พัฒนาการสมวัย



วัยเรียน
 เด็กไทยแก้มใส
 โตไปไม่เป็นเนทาหวาน



วัยรุ่น
 ภูมิใจอย่างมั่นใจ
 ไม่ท้อก่อนวัยอันควร

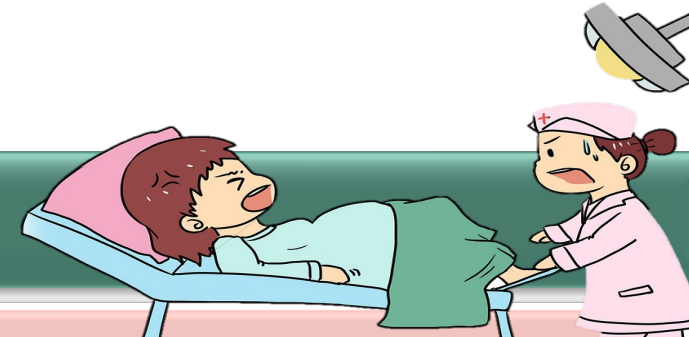


วัยทำงาน
 สก๊ตอ้วน ลดสูง
 ลด NCDs



สูงวัย
 อย่างมีคุณค่า

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน



คำนิยาม การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด รวมถึงการฆ่าตัวตาย **แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรม**

มาตรการ

ANC คุณภาพ

- 1) ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ
- 2) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน
- 3) ลดทารกคลอดก่อนกำหนด

ลดการตายมารดาไทย

- 1) ลดการตาย มารดาจาก PPH&PIH
- 2) การวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ป่วยอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง (Contraception NCD)
- 3) ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายรายบุคคล

Small Success

MMR ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

- ขับเคลื่อนนโยบายฝากครรภ์คุณภาพ
- ลดทารกคลอดก่อนกำหนด
- ประชุม MCH board เขต/จังหวัด/อำเภอ และอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง ไตรมาสละครั้ง

3 เดือน

MMR ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

- ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ
- ร้อยละ 30 ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

6 เดือน

MMR ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

- รพ.ดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล
- ร้อยละ 100 ของการตายมารดาได้รับการทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตาย

9 เดือน

MMR ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

- การตายมารดาจากสาเหตุการตกเลือดลดลง ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา
- การตายมารดาจากสาเหตุความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ลดลงร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา
- การตายมารดาจากสาเหตุทางอ้อมลดลง ร้อยละ 30 จากปีที่ผ่านมา

12 เดือน



สาขาทารกแรกเกิด (Newborn)



ตัวชี้วัด

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน
(เป้าหมาย < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 1,000$

A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน

B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต

ประเด็นการตรวจติดตาม

เพิ่มเติม NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)
(เป้าหมาย $\leq 1 : 500$ ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

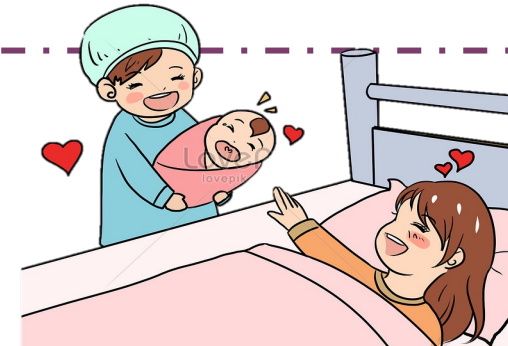
สูตรคำนวณ = A/B

A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิตเฉลี่ยของปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565

B = จำนวนเตียง NICU ในภาพรวมของเขต

คำนิยาม

ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่
รอดออกมา น้ำหนัก ≥ 500 กรัม มี
ชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาล
ชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล)



ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **รอบ 1**

เป้าหมาย

อัตราการทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม < 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

Small Success

3 เดือน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

มาตรการ

- สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ การเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้น ๆ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพ แนวทางใหม่, การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน **STABLE program** เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ
- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ใน

Small Success

6 เดือน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

แนวทางการตรวจ

- จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด
- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ และระบุแนวทางการป้องกันและดูแลแก้ไข
- จำนวน NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

Small Success

9 เดือน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1) มีแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ชัดเจน
- 2) มีแนวทาง intrauterine transfer ภายในเขตสุขภาพ
- 3) จำนวนเตียง NICU เพียงพอ (1:500)
- 4) อัตราตายทารกที่มีภาวะPPHN ลดลงจากร้อยละ 5 จากปีที่ผ่านมา
- 5) มีแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขต เช่น แนวทางป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะ PPHN
- 6) มี NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะล

Small Success

12 เดือน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น **รอบ 2**

เป้าหมาย

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม $< 3.60 : 1,000$ ทารกเกิดมีชีพ

มาตรการ

- สํารวจสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกันดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ การเสียชีวิตของทารกตามบริบทในเขตสุขภาพนั้น ๆ เช่น จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการกู้ชีพแนวทางใหม่, การส่งต่อทารกป่วยให้ปลอดภัยตามมาตรฐาน STABLE program เพื่อลดอัตราการตายทารกในเขตสุขภาพ
- จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ใน

แนวทางการตรวจ

- จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด
- ทราบสาเหตุการเสียชีวิตของทารก ระบุจำนวนและร้อยละของแต่ละสาเหตุ และระบุแนวทางการป้องกันและดูแลแก้ไข
- จำนวน NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) ในทุกเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- 1) ทารกคลอดก่อนกำหนด ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 10
- 2) โรงพยาบาลระดับ M สามารถให้การดูแลทารกระดับ NICU เพิ่มขึ้น
- 3) บุคลากร ที่ให้การดูแลทารกแรกเกิดได้รับการอบรม neonatal resuscitation มากกว่าร้อยละ 90
- 4) ลดการเกิด birth asphyxia
- 5) มีการดำเนินงานตามแผนป้องกันเพื่อลดการเสียชีวิตทารกตามสาเหตุที่พบในแต่ละเขตและแสดงผลการดำเนินงาน
- 6) มี NNP (Neonatal Nurse Practitioner: พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด) อย่างน้อยแะละ 1 คน ทุกแะล

Small Success

3
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

Small Success

6
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

Small Success

9
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

Small Success

12
เดือน

< 3.60 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีพ

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มสตรีและเด็กแรกเกิด)

Value Chain	การตั้งครรภ์คุณภาพ	แม่ปลอดภัย (ลดการเสียชีวิตมารดา)	ลูกเกิดรอด (ลดการเสียชีวิตทารกแรกเกิด)
OKRs	ANC คุณภาพ	อัตราการตายมารดาไทย (ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน (< 3.60 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ)
Service Delivery	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ 2. ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับดำเนินงานตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาล 3. ส่งเสริม สนับสนุน การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน 5. ลดการคลอดก่อนกำหนด	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดนโยบายระดับกระทรวง เพื่อลดการตายมารดาจาก PPH&PIH 2. ขับเคลื่อนแนวทางการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ภายอายุรกรรมเรื้อรัง/ร้ายแรง (Contraception NCD) 3. ทบทวนการตายมารดารายบุคคลทุกรายและออกมาตรการป้องกันเหตุเกิดซ้ำ	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. สำรองสาเหตุการเสียชีวิต 5 อันดับแรกของทารก และมีการวางแผน ป้องกัน ดูแล แก้ไข ตามสาเหตุ 2. จัดอบรมหรือให้ทุนเข้าอบรม NNP ในทุกเขตสุขภาพ 3. วางระบบส่งต่อคุณภาพ ให้มี Intrauterine transfer และ STABLE program
Workforce	Re-skill and Up-skill : ค้นหา คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง, การให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ, ทักษะการให้คำปรึกษาโรคต่างๆ	Re-skill and Up-skill : การประเมินความเสี่ยงในห้องคลอด, การดูแลรักษาภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทุก 6 เดือน, ฝึกซ้อมสถานการณ์ฉุกเฉินฯ ปีละ 1 ครั้ง, ยกระดับทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดาในระดับเขต	- อบรมพยาบาลเฉพาะทาง NNP (Neonatal Nurse Practitioner) - อบรมฟื้นฟูวิชาการในพื้นที่ - อบรมเชิงปฏิบัติการ NCPR และ STABLE ในเขตสุขภาพที่มีปัญหา
Data & IT	HDC service	ระบบเฝ้าระวังมารดาตาย (MDSR system : Maternal Death Surveillance)	- HDC Service และควรสร้าง Platform การลงข้อมูลให้ Real time และ verify ข้อมูลให้ถูกต้อง
Supply	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	สนับสนุนวิชาการ, พัฒนาศักยภาพบุคลากร, ส่งเสริมและสนับสนุนความก้าวหน้าในสายงาน	เพิ่มจำนวนเตียง NICU และเตียง sick-newborn พร้อมครุภัณฑ์ให้แก่สถานพยาบาล
Finance	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ หาแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน	ผลักดันชุดสิทธิประโยชน์ (ผลักดันสำเร็จ 1 เรื่อง คือ ไนตริกออกไซด์ ในโรค PPHN สปสช. อนุมัติปี 66
Governance	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	พัฒนาระบบบริการที่เป็นธรรม มีคุณภาพ สร้างกลไกเครือข่ายในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม	มีธรรมาภิบาลและโปร่งใสตรวจสอบได้
Participation	ขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กแม่และเด็ก ผ่าน MCH Board ชาติ/เขต/จ. และภาคีเครือข่าย	บูรณาการความร่วมมือระหว่าง MCH Board Service plan และ Stakeholders ที่เกี่ยวข้อง	สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสป. กรมการแพทย์ และStakeholders

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

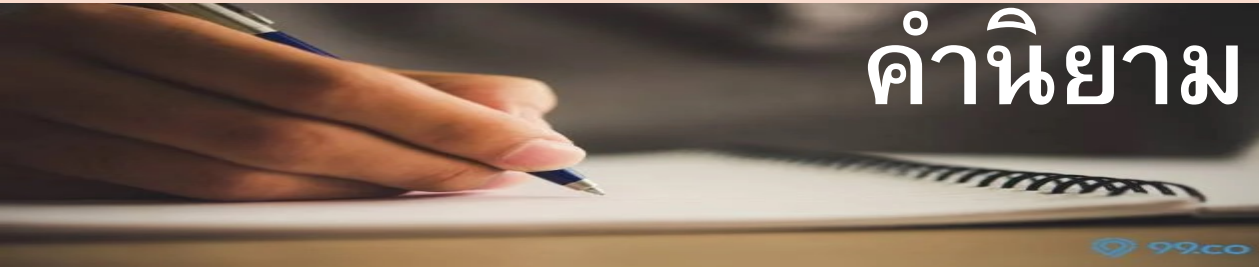
■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

: ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย



คำนิยาม

มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง

เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วยคู่มือ DSPM ผลผ่าน 5 ด้าน ในครั้งแรก รวมกับเด็กสงสัยล่าช้าที่ได้รับการ กระตุ้นฯ ภายใน 30 วัน และประเมินซ้ำ ผลผ่านครบ 5 ด้าน

กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จน

มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรอง

พบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/

หรือประเมินพร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วย **คู่มือ TEDA4I หรือ**

เครื่องมือมาตรฐานอื่น ภายในระยะเวลา 3 เดือน (90 วัน) แล้ว

กลับมา มีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง 5 ด้าน

(ประเมินซ้ำด้วย DSPM)

มาตรการสำคัญ



1. **ขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านกลไก ระดับประเทศ และพื้นที่**
 - 1.1 คณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัยระดับระดับประเทศ /จังหวัด
 - 1.2 ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน
 - 1.3 ส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. **การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ ให้กับเจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย**
3. **แนวทางการดำเนินงานการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพ**
4. **พี่เลี้ยงให้คำปรึกษา / Coaching**
5. **ยกระดับคุณภาพบริการ ติดตาม กำกับคลินิกเด็กสุขภาพดี(wcc)**

Small Success

1. ขยับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านกลไก ระดับ พื้นที่

- คณะอนุกรรมการเด็กปฐมวัย
- ตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน
- ส่งเสริมสุขภาพ (4D) ใน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

2. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ 15

3 เดือน

6 เดือน

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่

1.1 การใช้คู่มือ DSPM

1.2 การจัดกิจกรรมเสริมสร้างทักษะการเลี้ยงดูเด็ก แก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และครู

2. เยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงาน สพด. 4D ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
แห่งชาติ ระดับ พื้นที่

3. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ

เครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 25

9 เดือน

12 เดือน

1. มีประเด็น ความครอบคลุมการคัดกรอง และการติดตามเด็กสงสัยล่าช้า
มาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2 ในแผนขยับเคลื่อนงาน จังหวัด และ พชอ.

2. มีการชี้แจงคัดเลือกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าร่วมกิจกรรม

2.1 ยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ (4D)

2.2 ต้นแบบโรงเรียนพ่อแม่

3. สอนและประเมินทักษะการใช้ DSPM พยาบาลหลังคลอด(เขตละ 50 คน)

4. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ

เครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 20

1. ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร้อยละ 90

2. เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามมาประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2
ร้อยละ 90

3. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
ด้านสุขภาพ (4D) ร้อยละ 75

4. เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือ

เครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 35

ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน

มาตรการสำคัญ

1. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน
2. ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
3. การส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก

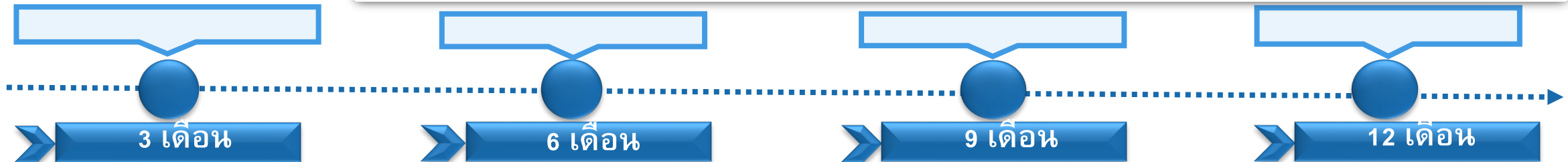


คำนิยาม

สูงดีสมส่วน หมายถึง ความยาวหรือส่วนสูง อยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนัก อยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

Small Success

1. เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ 90
2. เด็กอายุ 0 – 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 66



ตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ

มาตรการสำคัญ

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปาก ใน 3 setting ได้แก่ หน่วยบริการ ชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย
2. มาตรการสร้างความรอบรู้ ผ่านกระบวนการกิจกรรม โรงเรียนพ่อแม่

คำนิยาม

- เด็กอายุ 3 ปี หมายถึง เด็กที่อายุ 3 ปี ถึง 3 ปี 11 เดือน 29 วัน
- ปราศจากโรคฟันผุ (Caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุด เนื่องจากโรคฟันผุ

Small Success

1. เด็กอายุ 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30
2. เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 30

1. เด็กอายุ 0 – 2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50
2. เด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50
3. เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75



3 เดือน

6 เดือน

9 เดือน

12 เดือน

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มเด็กปฐมวัย) (ชุด ใหม่)

Value Chain	ดูแล ส่งเสริม คัดกรอง สุขภาวะ เด็กปฐมวัย (4D) (Development, Diet, Dental, Disease)	ดูแลช่วยเหลือ เด็กปฐมวัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์ การคัดกรอง สุขภาวะ	เด็กปฐมวัยมีสุขภาพที่ดี แบบยั่งยืน
OKRs	ความครอบคลุมการคัดกรอง (พัฒนาการ 90 % ตรวจช่องปาก 50 % น้ำหนัก/ส่วนสูง 90 %)	การให้บริการของสถานบริการ (ติดตามเด็กสงสัยล่าช้า 90 % เด็กล่าช้าได้รับการกระตุ้นฯ 35 %)	การเจริญเติบโต สูงดีสมส่วน พัฒนาการสมวัยและ ปราศจากฟันผุ (เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 64% เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัย 86% เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ 75 %)
Service Delivery	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน 2. ขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ (4D) ในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 3. การส่งเสริมความรู้สุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัย	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. แนวทางการดำเนินงานการดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าในเขตสุขภาพ 2. พี่เลี้ยงให้คำปรึกษา/Coaching 3. การยกระดับคุณภาพบริการคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)	มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง 1. ขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยผ่านกลไกเครือข่ายผู้ทรงคุณวุฒิระดับประเทศ 2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ผ่านกลไกตำบลทศวรรษ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน 3. การส่งเสริมความรู้การดูแลเด็กปฐมวัยให้เจ้าหน้าที่และผู้ดูแลเด็กปฐมวัย 4. ติดตามกำกับ การขังดูแลพัฒนาการแม่และเด็กใน setting WCC บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร CPM ระดับ จังหวัด อำเภอ อสม. และภาคีเครือข่ายระดับตำบล ของเล่นในการส่งเสริมพัฒนาการและคู่มือ Triple-P
Workforce	บุคลากรสาธารณสุข ทันตบุคลากร CPM ระดับ จังหวัด อำเภอ อสม. และภาคีเครือข่ายระดับตำบล	อบรมบุคลากรพยาบาล PG และสหวิชาชีพ (เรื่องTEDA4I,PG เด็ก,ฝึกพูด ฯลฯ)	1. ฐานข้อมูลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับประเทศ 2. ระบบรายงานข้อมูล HDC ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 0-5 ปี 3.ฐานข้อมูลกลาง (DSPM), ผลสำรวจระดับ IQ และ EQ ทุก 5 ปี
Data & IT	1. ระบบรายงานข้อมูล HDC ในกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 0-5 ปี 2. ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ทันตสาธารณสุข	1. ข้อมูลใน HDC 2. แบบรายงานเด็กที่ไม่มารับบริการตามนัด	1. แผนการขับเคลื่อนการดำเนินงาน สพต. 4D 2. การพัฒนาโค้ชและผู้นำกลุ่ม 3. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)
Supply	1. E-learning แนวทางคัดกรองและเฝ้าระวัง 2. สื่อส่งเสริมโภชนาการ พัฒนาการและสุขภาพช่องปาก 3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่าย	1. DSPM/ TEDA4I/PDSSQ/TDAS/DSI/เครื่องมือมาตรฐานอื่น 2. แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)	1. งบประมาณของแต่ละกระทรวง 2. เงินพระราชทานและงบสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต
Finance	งบประมาณของแต่ละกระทรวง	งบประมาณของแต่ละกระทรวง	1. งบประมาณระดับกระทรวง 6 กระทรวง 2. โครงการในพระราชดำริ, KPI กรมสุขภาพจิต
Governance	กลไกคณะทำงานติดตามผลการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลงการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	KPI ระดับกรมฯ ระดับกระทรวง	1.ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง 2. การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569
Participation	ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	ภาคีเครือข่ายการบูรณาการความร่วมมือ 6 กระทรวง การพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัย) พ.ศ. 2565-2569	ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์
 ■ อยู่ระหว่างดำเนินการ
 ■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์
 ■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน
2. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

รอบที่ 1

จังหวัดมีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ ดำเนินการสำคัญใน 3 ประเด็น ได้แก่

1. มีแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายระดับจังหวัดโดยมาตรการมุ่งที่เหตุปัจจัยที่เกิดขึ้นในจังหวัดโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างพหุภาคี (Multi-sectors) ผ่านกลไกคณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้ พรบ.สุขภาพจิตระดับจังหวัด
2. ระบุกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดจากข้อมูล รง 506S และรายงานการสอบสวนโรคแล้วเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติใกล้ชิด และคนในชุมชน
3. จัดให้มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด 24 ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATT และทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ

มาตรการ การดำเนินงานในพื้นที่

- 1 มาตรการพัฒนาปรับปรุงระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายระดับจังหวัด
- 2 มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 3 มาตรการสนับสนุนการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-directed violence, SDV)

รอบที่ 2

กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการติดตามเฝ้าระวัง อุบัติการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการสอบสวนรวบรวมข้อมูลอย่างทันเวลา ผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบในเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือ

มาตรการ การดำเนินงานในพื้นที่

- 1 มาตรการติดตามเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
- 2 มาตรการช่วยเหลือผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย
- 3 มาตรการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องและด่านกั้นการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์สถานที่ใช้ฆ่าตัวตายในจังหวัด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ small success



3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> 1) จังหวัดมีการวิเคราะห์ข้อมูล รง 506 S และการสอบสวนโรคปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ต้องติดตามเฝ้าระวังและจัดทำแผนป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตายที่มีมาตรการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงปัจจัยกระตุ้น ของการฆ่าตัวตายที่เกิดในจังหวัด 2) มีการกำหนดนโยบายหรือแนวทางเฝ้าระวัง ป้องกันการ ฆ่าตัวตายในบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดไว้ให้ชัดเจนทั้งการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลและในชุมชน รวมทั้งนโยบายเสริมพลังญาติและผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงให้สามารถจับสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น 3) มีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด 24ชม. และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ฯ ไปยังทีม MCATT และทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย 4) มีนโยบายสนับสนุนการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายและมีแผนหรือโครงการพัฒนาทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย 5) จังหวัดมีมาตรการควบคุมป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ หรือสถานที่ใช้ฆ่าตัวตาย บ่อย 	<ol style="list-style-type: none"> 1) มีคณะทำงานหรือหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างฐานข้อมูลของจังหวัด และวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ในจังหวัดอย่างสม่ำเสมอ 2) มีเครือข่ายหรือแต่งตั้ง คณะกรรมการป้องกันแก้ไข ปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัดซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักกฎหมาย นักการเงิน ตำรวจ ตัวแทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีวิกฤติชีวิต ด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพจิต 3) จังหวัดมีกิจกรรมพัฒนาทีมสอบสวนโรคฯ ให้มีผู้ผ่านการอบรมการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายอย่างน้อยอำเภอละ 1 คน 4) ร้อยละของเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการสอบสวนโรคตามแนวทางที่กรมสุขภาพจิตกำหนด มากกว่าหรือเท่ากับ 50 5) ร้อยละกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายาม ฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 50 6) ร้อยละของผู้รอดชีวิตและผู้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ และปัญหาด้านอื่น ๆ ที่เป็นเหตุให้ฆ่าตัวตาย มากกว่าหรือเท่ากับ 50 	<ol style="list-style-type: none"> 1) จังหวัดมีกิจกรรมสร้างเสริมปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตายในระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับบุคคล โดยเฉพาะในอำเภอที่มีการฆ่าตัวตายสูง 2) ร้อยละกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง 3) ร้อยละของผู้รอดชีวิตและผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวัง มากกว่าหรือเท่ากับ 80 4) ร้อยละของเหตุการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดได้รับการสอบสวนโรคตามแนวทางที่กรมสุขภาพจิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน 2) ร้อยละ 97 ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี

ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



กรมสุขภาพจิต
กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ประเด็นการตรวจราชการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	แนวทางการตรวจ ติดตาม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ
<p>รอบที่ 1 →</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 80</p> <p>← รอบที่ 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พื้นที่ที่มีการนำข้อมูลสารสนเทศด้านโรคซึมเศร้าไปใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์และวางแผนการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในเขตรับผิดชอบ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเพิ่มการให้บริการ ดูแล รักษา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> การลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยด้วย 2Q 9Q 8Q 	<p>เน้นให้หน่วยบริการให้ความสำคัญ ในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการและลงข้อมูลในโปรแกรมส่งเสริมป้องกัน เพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาใช้พัฒนางานในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งในภาพหน่วยบริการ และเขตสุขภาพ</p>

Small Success

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
<ol style="list-style-type: none"> ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง/ประเมินอาการโรคซึมเศร้า /ประเมินความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมรุนแรงและถูกส่งต่อไปรับการวินิจฉัยโรคและบำบัดรักษา พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ เครือข่ายสุขภาพจิตมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยให้รักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา เฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ เพื่อให้เกิดการเชื่อมฐานข้อมูลระบบการดูแลผู้ป่วยระหว่างกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายสุขภาพจิต 	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเข้าใจแนวทางในการดำเนินงานด้านโรคซึมเศร้า บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการบำบัดโรคซึมเศร้า 	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการบำบัดโรคซึมเศร้า บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีเครื่องมือช่วยในการดูแลประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า 	<ol style="list-style-type: none"> บุคลากรมีเครื่องมือการดูแลประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีอาการโรคซึมเศร้าได้รับการบำบัดรักษาที่ทันทั่วถึง ตามมาตรฐานนทุเลา ไม่กลับเป็นซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความปลอดภัยลดการฆ่าตัวตาย ลดความรุนแรง ไม่ได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากการดูแลรักษาทั้งทางร่างกายจิตใจ และสังคม

(ร่าง) Value Chain Inspection : สร้างเสริมสุขภาพเพื่อคนไทยแข็งแรง (กลุ่มวัยทำงาน : สุขภาพจิต)

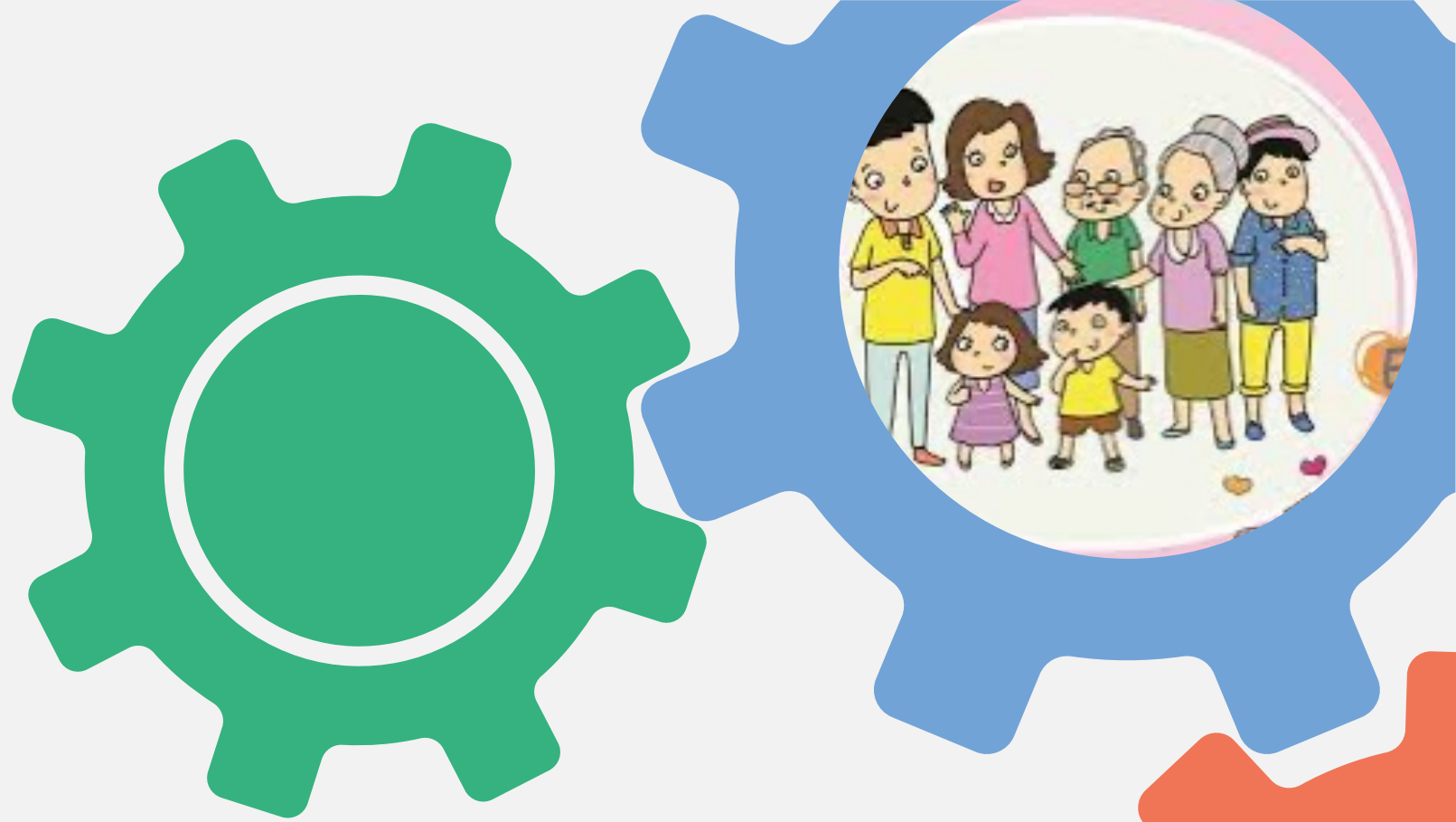
Value Chain	มาตรการและระบบเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตาย ระดับจังหวัดเข้มแข็งมีประสิทธิภาพ	กลุ่มเสี่ยงไม่ฆ่าตัวตาย และผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กระทำซ้ำ	ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง
OKRs	ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมีคุณภาพตามเกณฑ์ มาตรการสอดคล้องกับเหตุปัจจัยของพื้นที่	ร้อยละกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือ/เฝ้าระวัง ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กระทำซ้ำใน1ปี	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
Service Delivery	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> สนับสนุนการมีศูนย์รับแจ้งเหตุฆ่าตัวตายในจังหวัด24ชม.และมีช่องทางสื่อสารที่สะดวกรวดเร็วจากศูนย์ไปยังทีม MCATTและทีมสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตาย สร้างเสริมปัจจัยปกป้องการฆ่าตัวตาย และต้านกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย แผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และการปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ 	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดกลุ่มเสี่ยงและแนวทางการเฝ้าระวังป้องกัน ทำให้กลุ่มเสี่ยงของจังหวัดที่ระบุไว้ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง บุคลากรถ่ายทอดแนวทางการสอนญาติผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงและผู้พยายามฆ่าตัวตายในการสังเกตสัญญาณเตือนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารในเครือข่ายที่สะดวก รวดเร็ว รวมถึงมีจุดประสานงานที่ชัดเจน 	<p>มาตรการ/การสนับสนุน จากส่วนกลาง</p> <ol style="list-style-type: none"> มีคณะทำงานหรือหน่วยรวบรวมข้อมูลการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย เพื่อสร้างฐานข้อมูลของจังหวัดเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเผยแพร่ ข้อมูลฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง506sและรายงานการสอบสวนโรคฯ นำเสนอรายเดือนในผ่านทางwebsite Suicide.dmh.go.th
Workforce	<ol style="list-style-type: none"> ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัด อำเภอ มีความรู้ถึงวิธีการจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัด และอำเภอ 	ผู้รับผิดชอบงานป้องกันฆ่าตัวตายของจังหวัดทราบถึงวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของจังหวัดและแนวทางปฏิบัติเพื่อติดตามเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวทั้งในสถานบริการและในชุมชน	บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการยืนยัน สาเหตุการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เช่น พนักงานสอบสวน / นิติเวชแพทย์ / แพทย์ประจำบ้าน มีความเข้าใจ ให้การวินิจฉัยถูกต้องแม่นยำ
Data & IT	ข้อมูลการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง 506s	ข้อมูลการเข้าถึงบริการตายและพยายามฆ่าตัวตายจาก รง506s	<ol style="list-style-type: none"> รง.506s และ ข้อมูลจากใบมรณบัตร รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย
Supply	<ol style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายให้ทุกเขตสุขภาพ ฝึกอบรมแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในจังหวัด 	<ol style="list-style-type: none"> เครื่องมือประเมิน suicidality และ suicide risk .ในรูปแบบ Mobile Application และpaper หลักสูตรสอนญาติ/ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง หลักสูตรพัฒนาทักษะแก้ไขปัญหสำหรับนักเรียนมัธยมปลาย 	<ol style="list-style-type: none"> ฝึกอบรมการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและแนวทางการพัฒนาระบบเฝ้าระวังฆ่าตัวตายให้ทุกเขตสุขภาพ ฝึกอบรมแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อกำหนดมาตรการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในจังหวัด
Finance	มี incentive สนับสนุนการขับ เคลื่อนการเฝ้าระวังฯ	จัดงบประมาณสนับสนุนการเยี่ยมบ้าน ติดตามเฝ้าระวังฯ ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง	จัดงบประมาณสนับสนุนการรายงานการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย
Governance	1. คณะจัดทำแผนฯจังหวัด.	1. คณะจัดทำแผนฯ จังหวัด.	การให้ความสำคัญของการจัดเก็บข้อมูลจากการสอบสวนฯ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562
Participation	มีคณะกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายของจังหวัดประกอบด้วยตัวแทนจากหลากหลายอาชีพ เช่น นักกฎหมาย นักการเงิน ตำรวจ ตัวแทนจากกระทรวง พม / แรงงาน / อปท	บุคลากรด่านหน้า ผู้นำชุมชน/ญาติมีส่วนร่วมและได้รับการฝึกทักษะช่วยเหลือเบื้องต้นรวมทั้งการจับสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวัง	ทีม MCATTและทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายฯ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์นิติเวช พนักงานสอบสวน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

■ ดำเนินการแล้ว/ผ่านเกณฑ์

■ อยู่ระหว่างดำเนินการ

■ ยังไม่ดำเนินการ/ไม่ผ่านเกณฑ์

■ ไม่อยู่ในระดับดำเนินการ



Thank You