



การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการทำงานกับชุมชน





บริบท

วิสัยทัศน์ “ เราจะเป็นโรงพยาบาลที่เป็นเลิศในการสร้างเสริมสุขภาพและบริการ ”

โรงพยาบาลวังหิน เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ระดับทุติยภูมิ (F2) มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 5 คน แพทย์ แพทย์เฉพาะทาง 1 คน (สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน) ทันตแพทย์ 3 คน เภสัชกร 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 43 คน นักวิชาการสาธารณสุข 8 คน และบุคลากรอื่น ๆ รวมมีบุคลากรทั้งสิ้น 158 คน ตั้งอยู่เลขที่ 63 หมู่ 19 ตำบลบุสูง อำเภอวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ครอบคลุมพื้นที่ 8 ตำบล 126 หมู่บ้าน 9,938 หลังคาเรือน มีจำนวนประชากรทั้งหมดจำนวน 50,352 คน ชาย 25,316 คน หญิง 25,036 คน ประชากรสิทธิ์ UC 34,193 คน สถานที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่ห่างจาก โรงพยาบาลศรีสะเกษ 25.2 กิโลเมตรและห่างจาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ 90.4 กิโลเมตร สภาพภูมิศาสตร์ทั่วไปเป็นพื้นที่ราบ มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่แบบชนบทมีตลาดสด แต่ยังไม่มีความเป็นชุมชนเมือง การคมนาคมระหว่างตำบลและในหมู่บ้าน มีความสะดวก

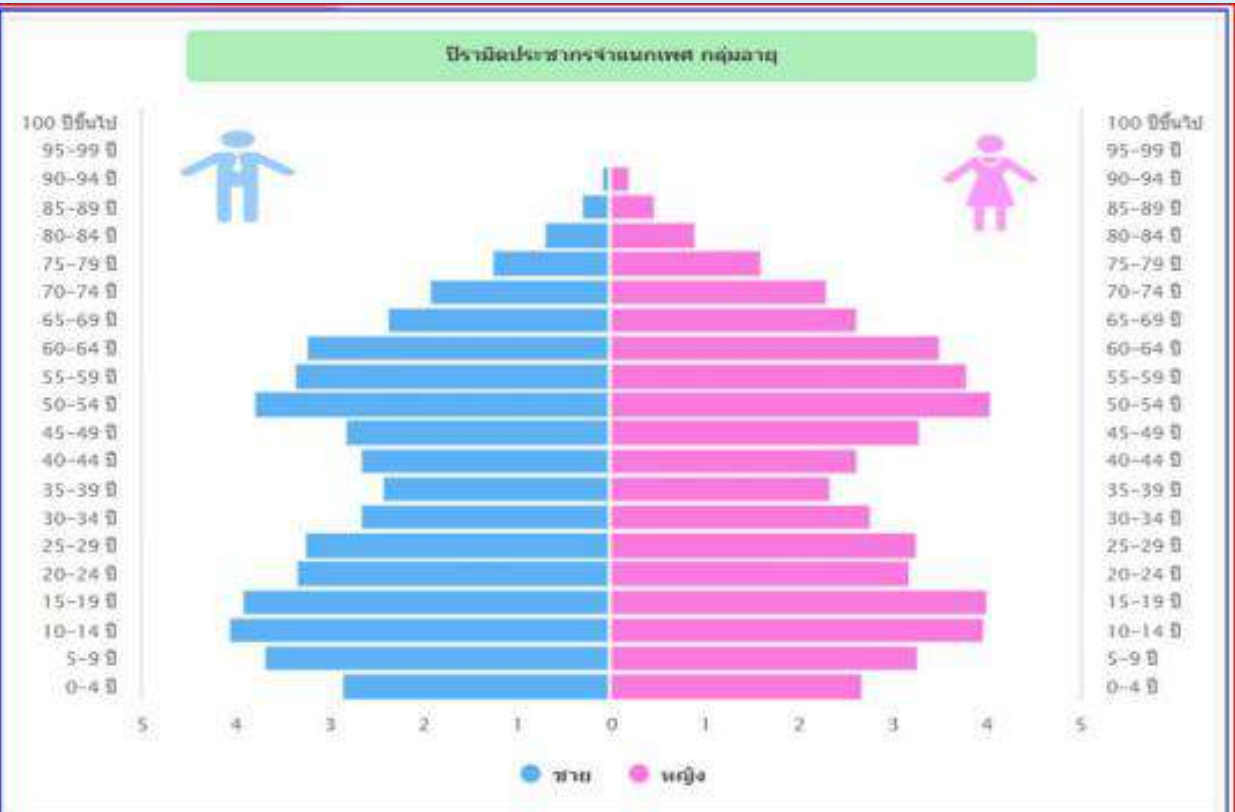
ข้อมูลประชากรอำเภอวังหิน

ประชากรทั้งหมด 50,352 คน

ชาย ทั้งหมด 25,316 คน

หญิง ทั้งหมด 25,036 คน

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ธันวาคม 2567



ประชากรตาม 43 แพ้ม Typearea = 1,3 และ Nation = 099

ประชากรทั้งหมด 34,838 คน

ชาย 17,673 คน หญิง 17,852 คน อายุ 60 ปี ขึ้นไป 7,563 คน

*HDC ประมวลผลวันที่ :: 30 มกราคม 2568

การ



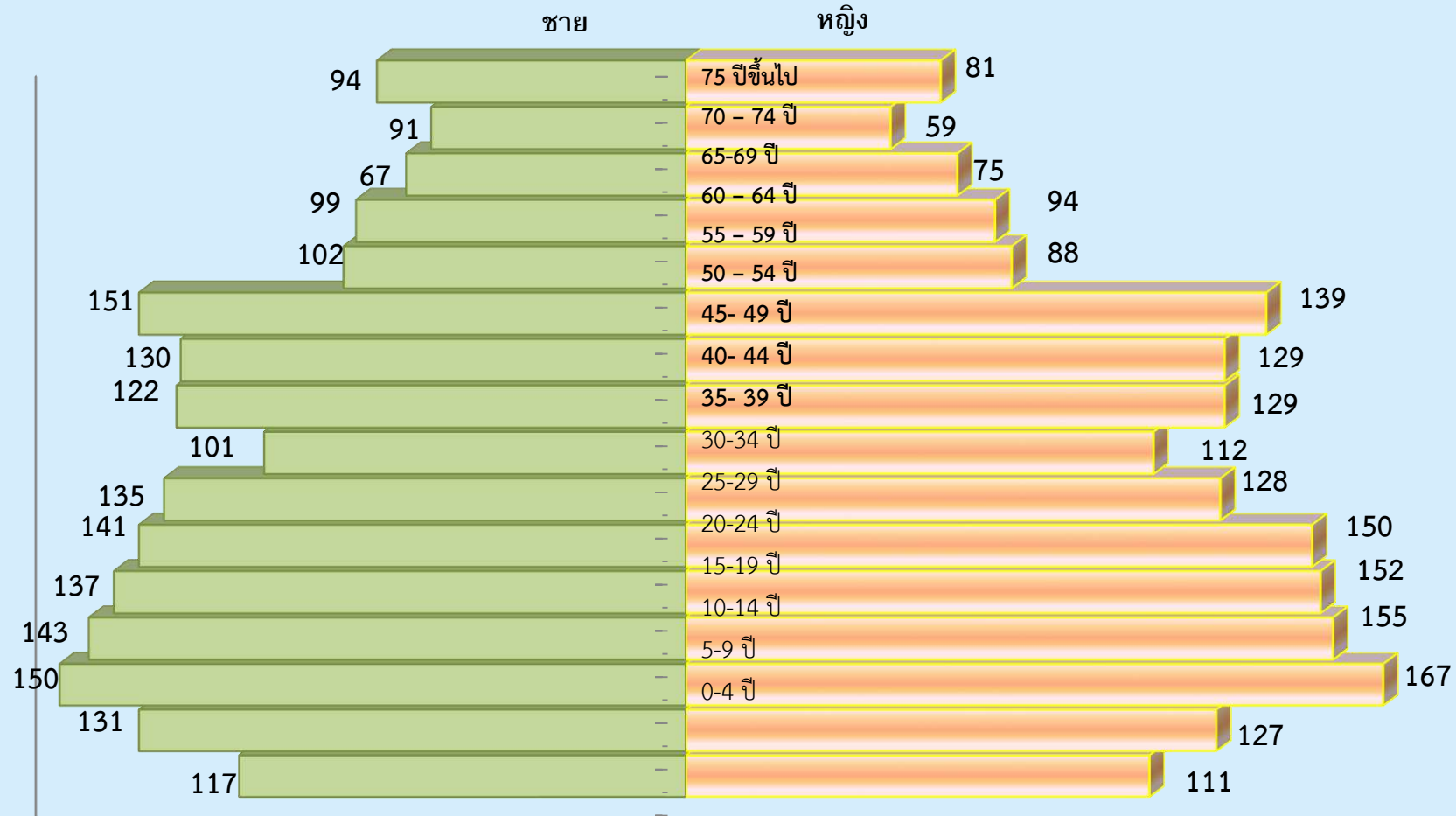
**“ประชาชนมีสุขภาวะที่ดี และสามารถดูแล
ตนเองได้อย่างเหมาะสม”**



- ประชากร 3,588 คน
(ชาย 1,826 คน, หญิง 1,762 คน)
- โรงเรียน 3 แห่ง ประถม 3 แห่ง
(ขยายโอกาสฯ 1 แห่ง), มัธยม 1 แห่ง
- วัด 3 แห่ง, สำนักสงฆ์ 1 แห่ง
- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 ศูนย์
- อสม. 60 คน (1 คน : 17 หลังคาเรือน)
- อาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทั่วไป



ปิรามิดประชากรในเขตรับผิดชอบ รพ.วังหิน



ประชากรจากการสำรวจ		3,588	คน
ชาย		1,826	คน
หญิง		1,762	คน



นายแพทย์เสกสรรค์ จวงจันทร์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังหิน



นางศรีอุบล สีนอเนตร
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ทำเนียบบุคลากร กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม



พ.จ.อ. วิไกร กะตะศิลา
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางพัชนี ด้วงงาม
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางรัตนา ทานกระโทก
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นายอเนก รังษี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางกรภัสสรณ์ วิเชียรนิธิโชติ
นักสาธารณสุขชำนาญการ



นางสาลิณี สุดเทว
นักสาธารณสุขชำนาญการ



นางสาวธนาภรณ์ กำจัด
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



นางสาวนภา ไชยเดช
นักวิชาการสาธารณสุข



นายรณน อำนวย
นักวิชาการสาธารณสุข

เครือข่ายบริการสาธารณสุข 8 แห่ง

สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง



รพ.สต.บุสูง



รพ.สต.วังหิน



รพ.สต.โพนยาง

สังกัด อบจ. 5 แห่ง



รพ.สต.ดอนใหญ่



รพ.สต.ธาตุ



รพ.สต.บ่อแก้ว



รพ.สต.ศรีสำราญ



รพ.สต.ทุ่งสว่าง



เขตตรวจราชการ10/ศูนย์อนามัย/ศูนย์สุขภาพจิต/สคร./สปสช./รพท./รพศ./สสจ.
-นโยบาย/งบประมาณ/วิชาการ/ประสานการดูแล





แผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอวังหิน(พชอ.)

“วังหิน ดินแดนแห่งความสุข”

Wanghin Land of Happiness

5 ร่วม

- ร่วมคิด
- ร่วมวางแผน
- ร่วมเป็นเจ้าของภาพพัฒนา
- ร่วมแก้ไขปัญหา
- ร่วมรับผลประโยชน์

4 สุข

สุขปลอดโรค

สุขปลอดภัย/
ปลอดมลภาวะ

สุขปลอดอบายมุข
และยาเสพติด

สุขปลอดผู้ด้อยโอกาส

ผู้รับผิดชอบ

สธ./ปศุสัตว์/อปท.

ปกครอง/ท้องถิ่น/อปท.

ปค./ตร./สธ./ศธ./อปท.

ปค./ตร./สธ./อปท.

สธ./พม./พช./อปท.

โรคและภัยสุขภาพ

ระบบเฝ้าระวัง



การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุขอย่างทันทั่วทั้งที่
2. เพื่อให้ทราบรูปแบบของการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคหรือการเปลี่ยนแปลงนั้น ๆ
3. เพื่อให้ทราบแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรคหรือปัญหาสาธารณสุข
4. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการการควบคุมป้องกันโรค และประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ



การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

ชนิดของการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา

- การเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive surveillance)
- การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active surveillance)
- การเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance)
- การเฝ้าระวังพิเศษ (Special Surveillance)
- การเฝ้าระวังกลุ่มอาการ (Syndromic surveillance)
- การเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event-based surveillance)
- การเฝ้าระวังในชุมชน (Community Surveillance)



กระบวนการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

การตอบสนองต่อการระบาดของโรค

- ซ้อมแผนเตรียมความพร้อม
- เครื่องมือและอุปกรณ์พร้อมใช้
- CDCU, ศูนย์ EOC ทีม SAT, JIT
- สอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย
- ทีมงานSRRTจาก สสอ. สสจ. สคร. ร่วมทำงานตามแนวทาง
- ความทันเวลาสอบสวนโรค
- แจ้งเตือนการเกิดโรคกับชุมชน

การเตือนภัยและแจ้งข้อมูลข่าวสาร

- * รายงานสถานการณ์โรค ที่สำคัญแจ้งที่ประชุมระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน
- * โรคที่รายงานภายใน 24-48 ชั่วโมง COVID-19, Leptospirosis ,DHF, Zika, โรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ
- * รง 506 และรายงานโรคเร่งด่วน สสอ.สสจ.
- * แจ้งเตือน Line ,FB, กับ อสม,ผู้นำ,SRRT ตำบล
- * การคืนข้อมูลสู่ชุมชน

การบริหารจัดการและทรัพยากร



คน

- มีโครงสร้างงานควบคุมโรค ขับเคลื่อนงานผ่าน DHS, EOC อำเภอ, SRRT อำเภอ ,SRRT ตำบล
- ส่งบุคลากรอบรม FEMT(Field Epidemiology and Management Training for SRRT)/ CDCU (Communicable Diseases Control unite)

เงิน/งบประมาณ

- จัดสรรงบประมาณในการพัฒนาระบบงานตามแผน
คณะทำงาน งบสนสปสช.งบ PP, PPA งบกองทุน
อปท./อบจ.

สิ่งของ

- จัดหาครุภัณฑ์ อุปกรณ์พร้อมใช้
- จัดเตรียมยานพาหนะในการปฏิบัติงาน

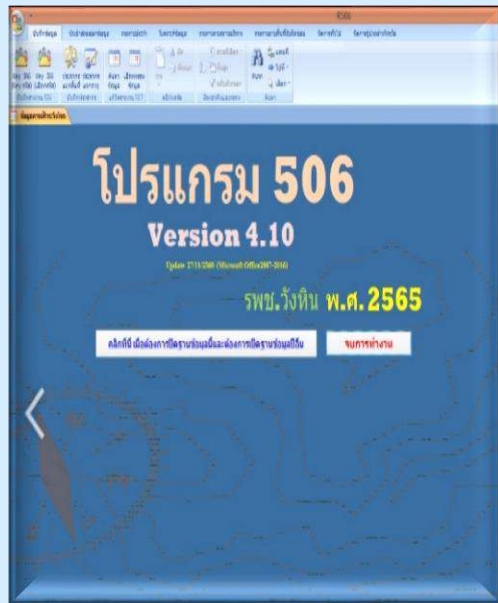
การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

เป้าหมาย

- อำเภอสามารถควบคุมโรคติดต่อที่สำคัญของพื้นที่ได้
- อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพของอำเภอ(DHS)
- เป็นอำเภอแห่งความสุข Wanghin Land of Happiness สุข 5 ด้าน ตามแผนยุทธศาสตร์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ)

เป้าหมายด้านผลลัพธ์

- ❖ อัตราป่วยด้วยโรคที่สำคัญและโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ลดลง
- ❖ ประชาชนไม่ป่วย และตายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้
- ❖ สุขปลอดภัยภาวะ, สุขปลอดภัยโรค, สุขปลอดภัยภัย, สุขปลอดภัยอบายมุข และสุขปลอดภัยผู้ด้อยโอกาส



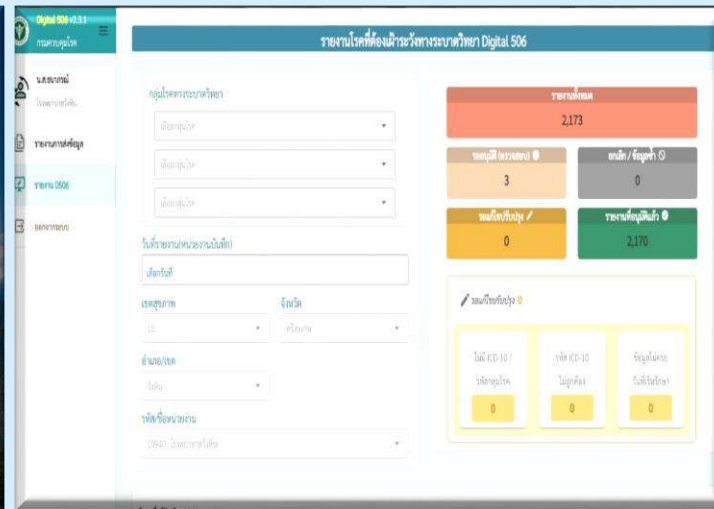
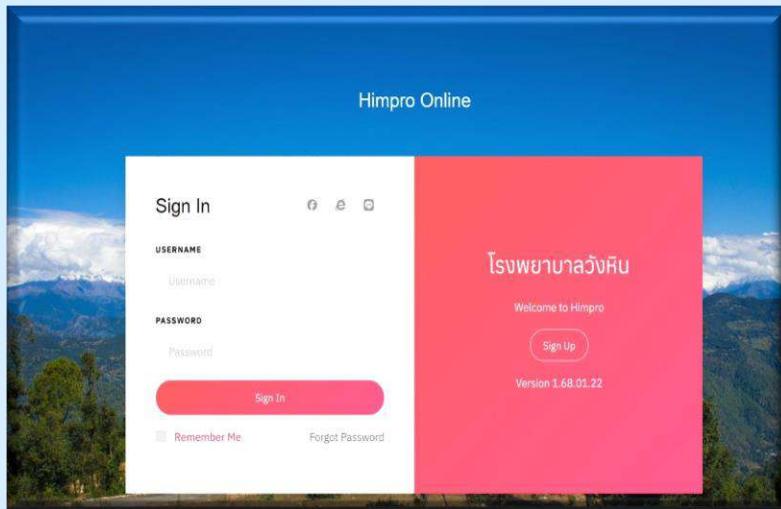
การเก็บวิเคราะห์ข้อมูลและเฝ้าระวัง

Purpose

เฝ้าระวังการระบาดของโรคสำคัญในพื้นที่
และควบคุมโรค

Process

- มีโครงสร้าง SRRT ระดับอำเภอ ระดับตำบล
- มีผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ระดับอำเภอและตำบล
ส่งรายงาน R506 ทุกวัน
- จัดระบบรายงานส่งสอบสวนโรครายบุคคลจากหน่วย
OPD/ER/IPD ในกลุ่มโรคสำคัญ
- รายงานผ่านระบบดิจิทัลเพื่อการเฝ้าระวังโรค กรม
ควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (DDS
Introduction)
- รายงานโรคสำคัญและ R506 ในคณะกรรมการ
บริหาร/คปสอ.ทุกเดือน
- จัดประชุมพัฒนาศักยภาพต่อเนื่องทุกปี
- SRRTตำบลลงสอบสวนโรคเฉพาะรายและควบคุมโรค





กลุ่มโรคสำคัญ

กลุ่มโรคติดเชื้อ

Sepsis, Pneumonia, TB, HIV, DHF, Leptospirosis, Meliodosis, Covid-19

กลุ่มโรคฉุกเฉิน

AMI, Stroke, HI, UGIB

กลุ่มโรคเรื้อรัง

DM, HT, CKD, COPD, Asthma, Schizophrenia, CHF, AWS

กลุ่มแม่และเด็ก

PPH, BA, PIH, LBW, Teenage pregnancy

กลุ่ม Palliative

Palliative ,IMC (Intermediate Care)

กลุ่มทันตกรรม

โรคฟันผุ และปริทันต์

ปัญหาด้านสุขภาพและพฤติกรรมในชุมชน

กล้ามเนื้อหัวใจตาย

ความดันโลหิตสูง

ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

หลอดเลือดสมอง

เบาหวาน

น้ำหนักเกิน

สูบบุหรี่

แอลกอฮอล์

พฤติกรรมการกินอาหาร

ออกกำลังกาย/เคลื่อนไหวน้อย

การใช้สารเคมี





โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่

กลุ่มโรค
ฉุกฉิน

AMI

Stroke

กลุ่ม
โรคไม่ติดต่อ

DM

HT

กลุ่ม
โรคติดต่อ

DHF

Leptospirosis

Tuberculosis

กลุ่ม
ปัญหาสังคม

การตั้งครรภ์ของวัยรุ่น /

ยาเสพติด

โรคไข้เลือดออก(อัตราป่วย<50:แสนปชก.)

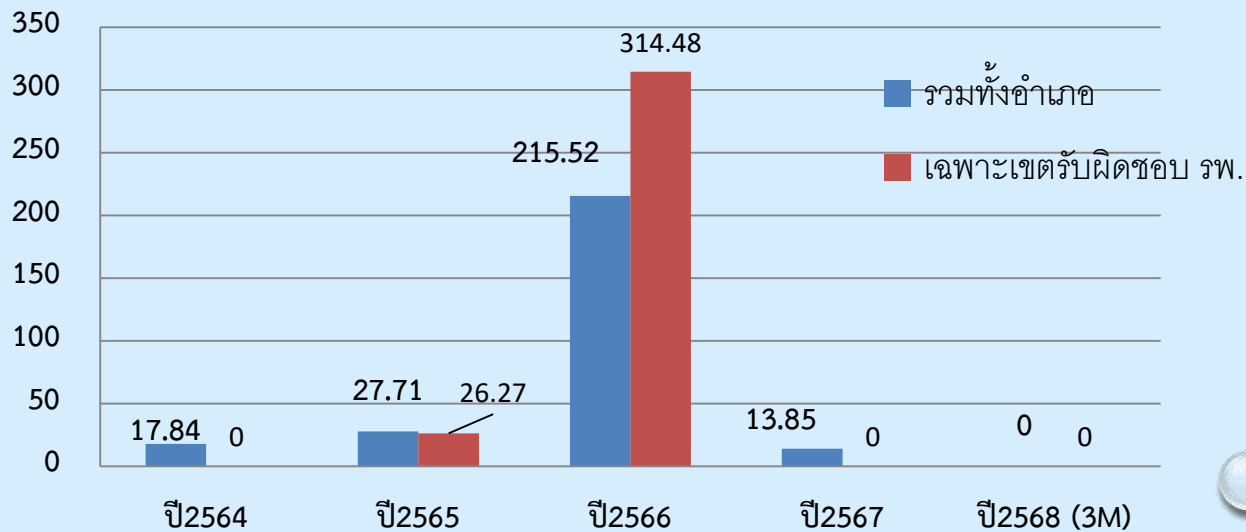
ข้อมูลสถิติ **

- มีการระบาดเกือบทุกปี
(ปีเว้นปี หรือ ปีเว้นสองปี)

ปัญหา **

- ชาวบ้านออกไปทำงานนอกบ้าน
- ประชาชนบางส่วนไปทำงานต่างจังหวัด
- การแก้ไข
 - อสม./ผู้นำชุมชน /หัวหน้าคุ้ม ร่วมดำเนินการ

อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก อำเภอวังหิน/แสนปชก.



ผลการดำเนินงาน

* กระบวนการพัฒนา

- มีการกำกับติดตาม โดยทีม SRRT ระดับอำเภอ
- กำกับและขับเคลื่อนโดย คณะกรรมการ พชอ.
- ให้ข้อมูล ความรู้ อากาการ แจ้งสถานการณ์ในที่ประชุมประจำเดือน
กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.และมีกิจกรรม หมู่บ้านสะอาด ปราศจาก
ลูกน้ำทุกเดือน
- ควบคุมโรคโดยใช้หลัก 3 ร, 3-3-1-5-7-14-28, 3 เก็บ 3 โรค
- มีการประชุม War room และการประเมินไขว้ สุ่มลูกน้ำยุงลาย
ทุกเดือน
- ตั้งกติกากการป้องกันโรค โดยใช้คำ BI เป็นเกณฑ์ในทุกหมู่บ้าน มี
ธรรมนูญของหมู่บ้าน
- วิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน

* ผลการดำเนินงาน

- อัตราป่วยลดลงทุกพื้นที่
- ประชาชนมีความตระหนัก
- อสม.มีความเข้มข้นในการปฏิบัติงาน
- อปท./ผู้นำชุมชน ให้ความสำคัญ ร่วม
แก้ไขปัญหายอย่างจริงจัง



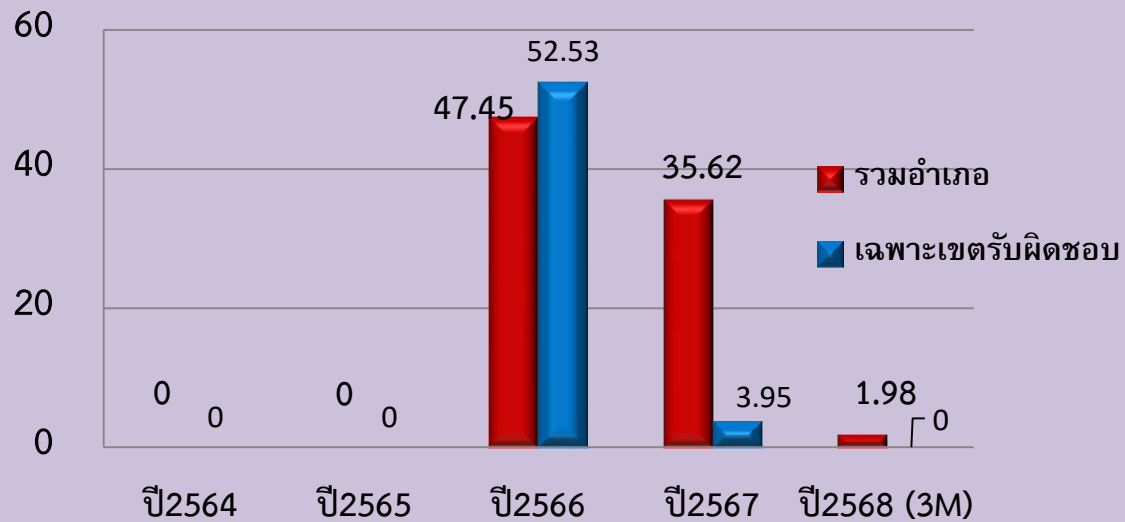


โรคเลปโตสไปโรชีส(<20:แสนปชก.)

* ผลการดำเนินงาน

- มีการระบาดเกือบทุกปี
- ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต

อัตราป่วย/ แสน ประชากร



* ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





โรคเลปโตสไปโรซิส

* กระบวนการพัฒนา

- สร้างเครือข่ายในการเฝ้าระวังโดยการตั้งทีมควบคุมโรคทุกหมู่บ้าน
- ประชุม อบรมอบรม./ให้ความรู้ การควบคุมและการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยใช้แบบคัดกรอง เมื่อพบสงสัยส่งต่อจนท.รพสต.
- มีการสำรวจพื้นที่เสี่ยง แหล่งน้ำขัง แหล่งโรค และค้นหาติดตามกลุ่มเสี่ยง(ขุดลอกคูคลอง,ลงหนองจับปลา)
- ประชาสัมพันธ์การป้องกันโรค อาการสำคัญที่สงสัยและที่ต้องมารพ.
- การวิเคราะห์ปัญหากับชุมชนใน พท.เสี่ยง



* กระบวนการพัฒนา(ต่อ)

- ติดป้ายประกาศพื้นที่เสี่ยงโรค
- มีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่เพิ่มการควบคุมกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทางในการดูแล และการส่งต่อ
- ใช้หลัก 4E 2C มาใช้ในการควบคุมป้องกันโรค/ มี guideline ในการดูแลผู้ป่วย

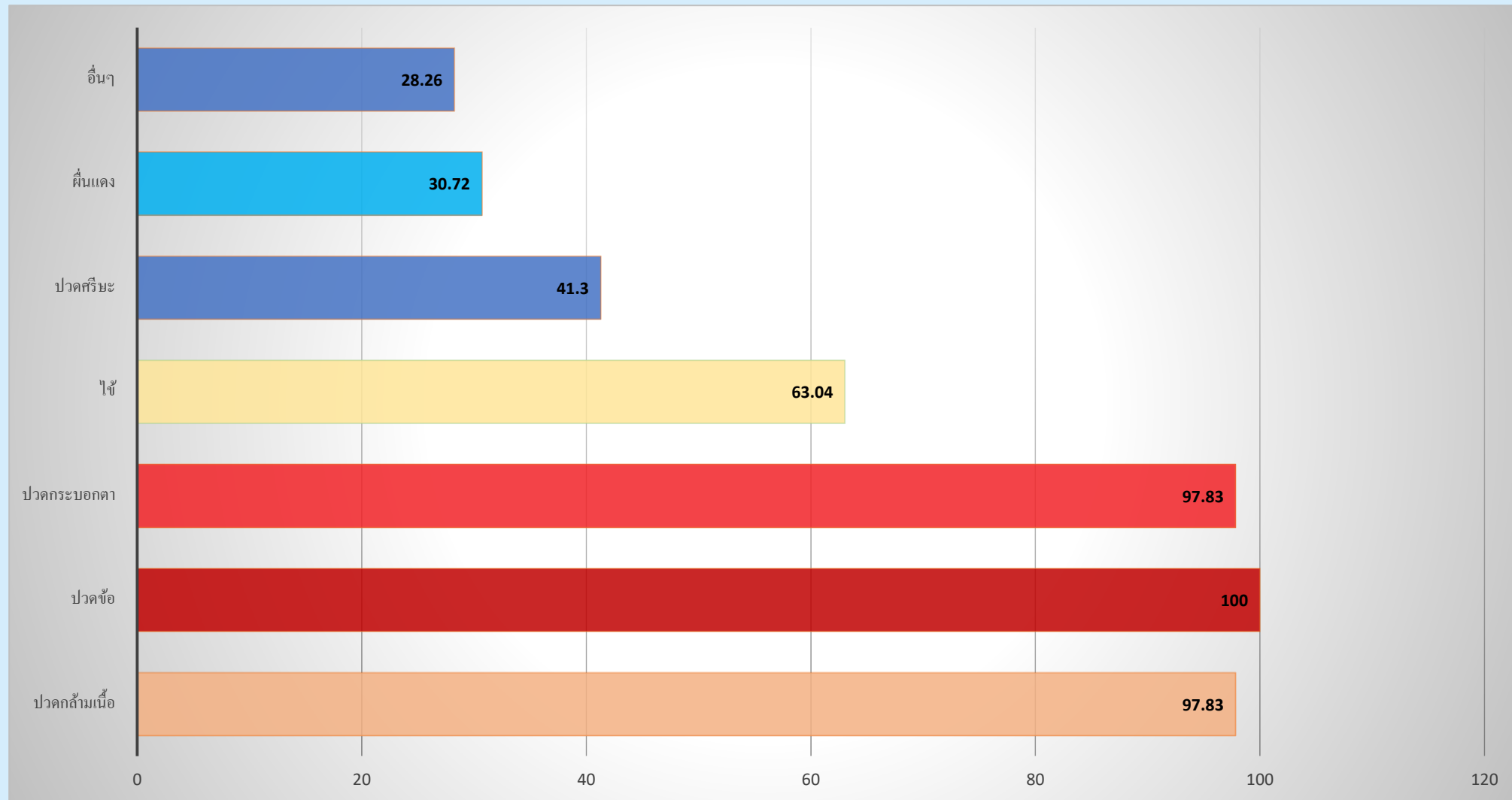




Year	1-3	4-6	7-9	10-13	14-16	17-19	20-22	23-25	26-28	29-30	1-3	4-6	7-9	10-13	14-16	17-19	20-22	23-25	26-28	29-31	1-3	4-6	7-9	10-12
พ.ย. 2567	2	1	0	0	0	2	5	3	2	4	4	1	3	1	2	3	3	1	2	2	3	2	1	1
พ.ย. 2568	2	1	0	0	0	2	5	3	2	4	4	1	3	1	2	3	3	1	2	2	3	2	1	1

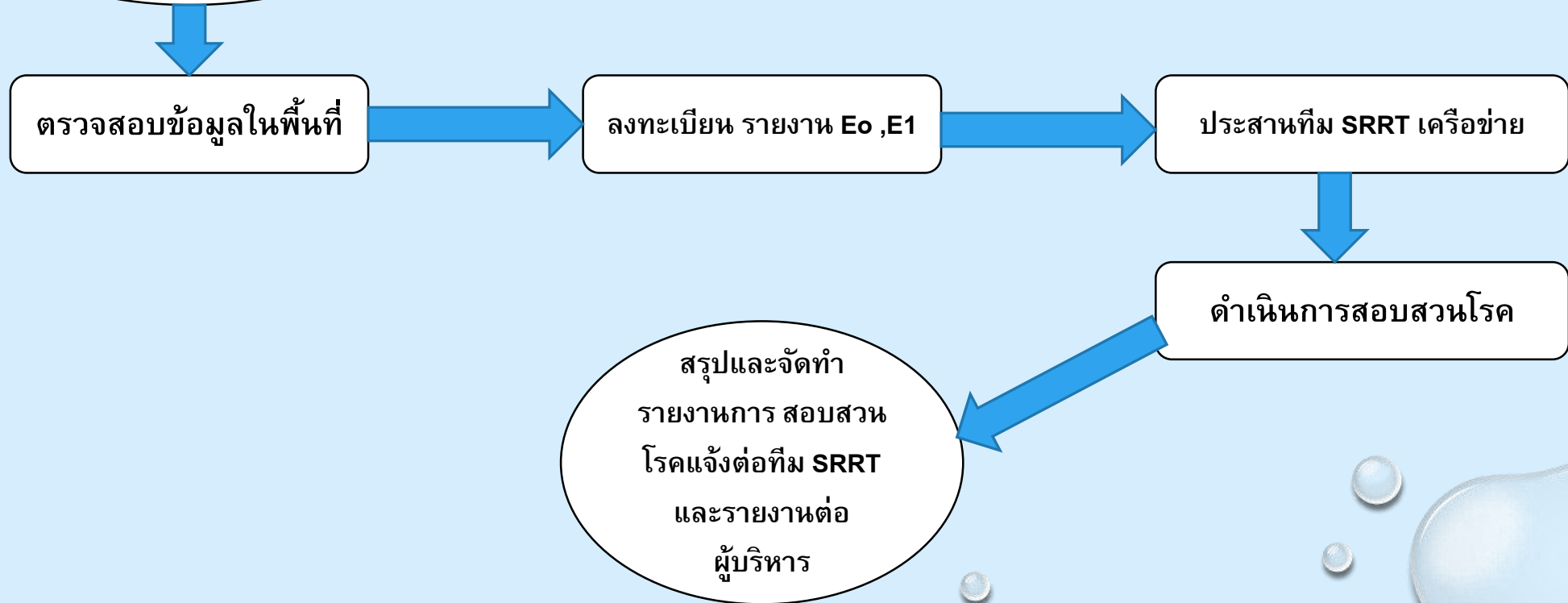


ร้อยละแสดงอาการผู้ป่วยสงสัยโรคซิคุนคุนยา หมู่ที่ 9 และหมู่ที่ 17 ต.ดวนใหญ่ อ.วังหิน จ.ศรีสะเกษ



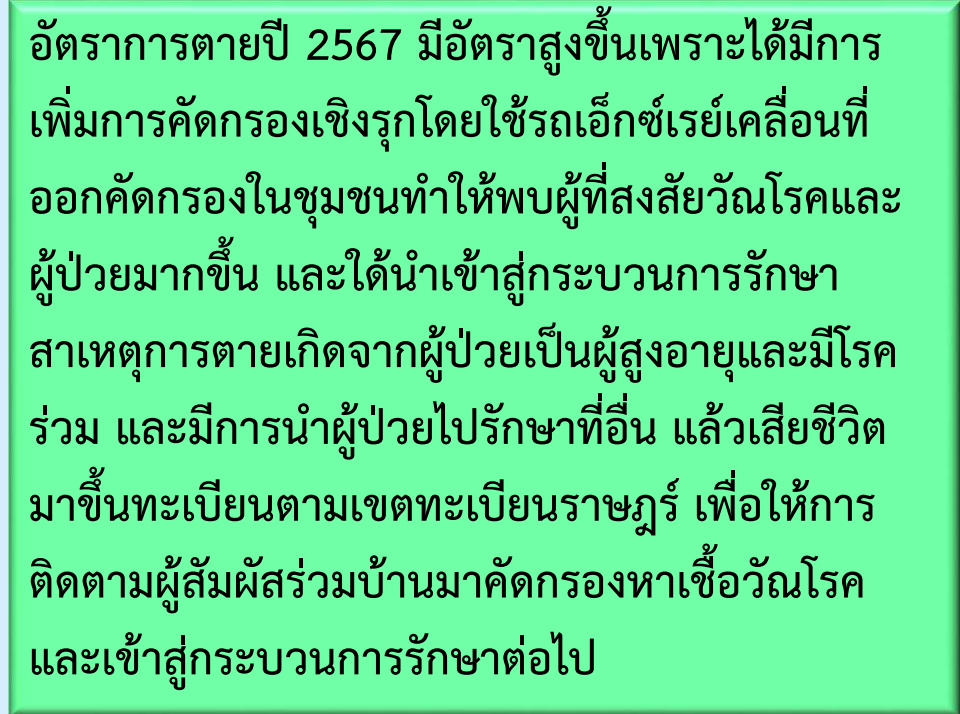


รับแจ้งจากทีมเฝ้าระวัง
สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)
(รายงาน 506 , D506)





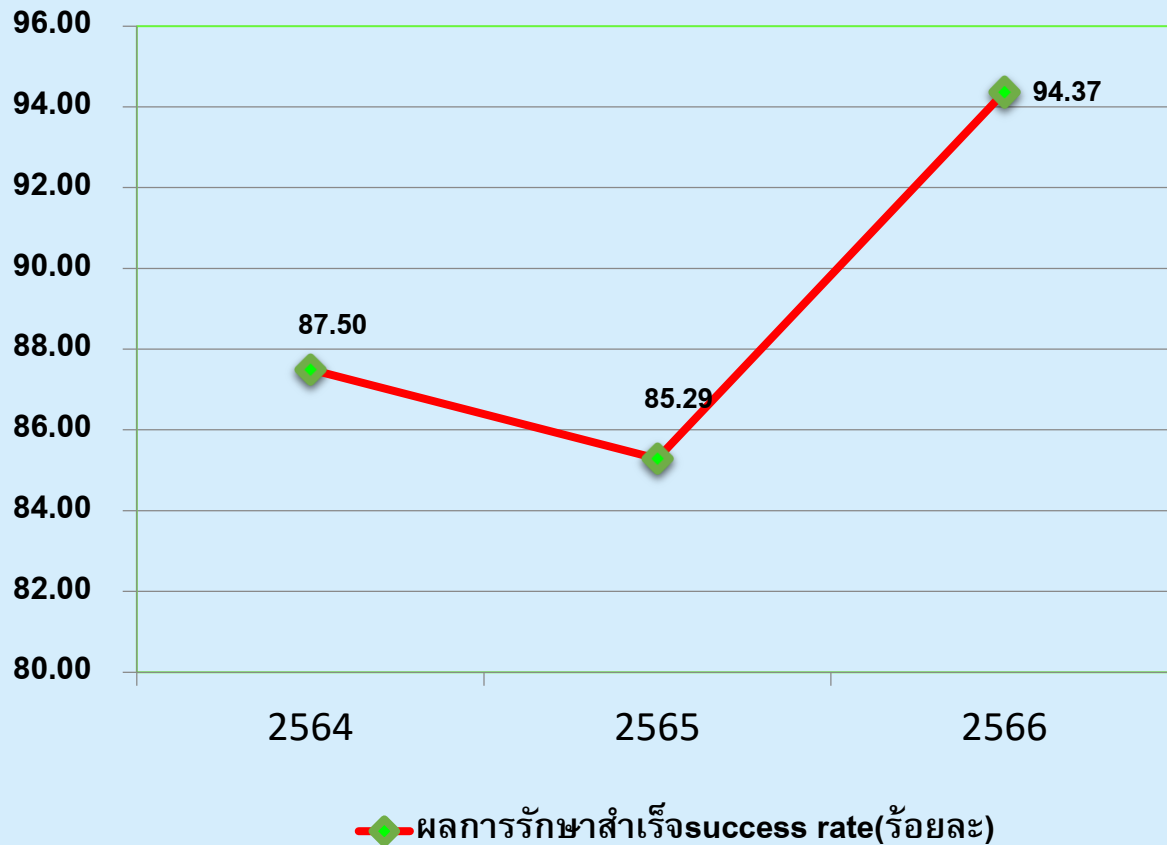
แสดงจำนวน/ร้อยละ การเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค 5 ปี





วัณโรค

ผลการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรค success rate ($\geq$ ร้อยละ 88)



จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพบว่า อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคในปี 2564 ถึงปี 2566 มีอัตราการรักษาสำเร็จอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และคาดการณ์ไว้ว่าถ้ามีการดูแลผู้ป่วยวัณโรคให้ได้อย่างครอบคลุม ต่อเนื่องตามมาตรฐานนั้นจะทำให้อัตราการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค สูงขึ้นเรื่อย ๆ ลดอัตราการเสียชีวิตลง จึงได้นำข้อมูลบางส่วนมาวิเคราะห์หาสาเหตุและอุปสรรคในการรักษาที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากมีผู้ป่วยเสียชีวิตขณะทำการรักษาและมีผู้ป่วยที่ไม่มารักษาต่อเนื่องและขาดยาเกินกว่า 2 เดือนจึงทำให้อัตราการรักษาสำเร็จ Success Rate ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ซึ่งจากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุจะมีโรคอื่น ๆ รวมด้วย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการรักษาวัณโรค อีกอย่างคือได้มีการนำเอาผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ไปรักษาในสถานพยาบาลอื่นและได้เสียชีวิตจากที่อื่น มาขึ้นทะเบียนวัณโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อให้เข้าถึงบริการดูแลรักษาวัณโรคได้อย่างรวดเร็ว ส่วนสาเหตุที่มีผู้ป่วยขาดยา เนื่องจากมีผู้ป่วยย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัดที่ห่างไกล ไม่มีเครื่องมือสื่อสารติดต่อดูยาและผู้ป่วยไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถติดตามมารับยาได้จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยาและสาเหตุอีกอย่างคือผู้ป่วยไม่ยินยอมสมัครใจที่จะรักษาเนื่องจากการติดสุราหรือสารเสพติด

วัณโรค

กระบวนการพัฒนา

กลุ่มทั่วไป- กลุ่มเสี่ยง- กลุ่มป่วย

- มีการสร้างความรู้ความเข้าใจให้กับประชาชน เช่น การอบรมให้ความรู้, การให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ , การรณรงค์ในวันสำคัญ
- การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงต่างๆโดยใช้แบบคัดกรอง, ตรวจเสมหะ, เอ็กซเรย์เคลื่อนที่
- การทำ DOTS แบบเข้มข้น
- การสอบสวนในผู้ป่วยดื้อยา , Case management กรณี M+
- การสร้างเครือข่ายในชุมชน เช่น อบรม อสม.เครือข่าย

กระบวนการพัฒนา(ต่อ)

- การคัดเลือกพี่เลี้ยง เน้น เจ้าหน้าที่และอสม.
- การติดตามเยี่ยมบ้านที่สม่ำเสมอ
- การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับชุมชน



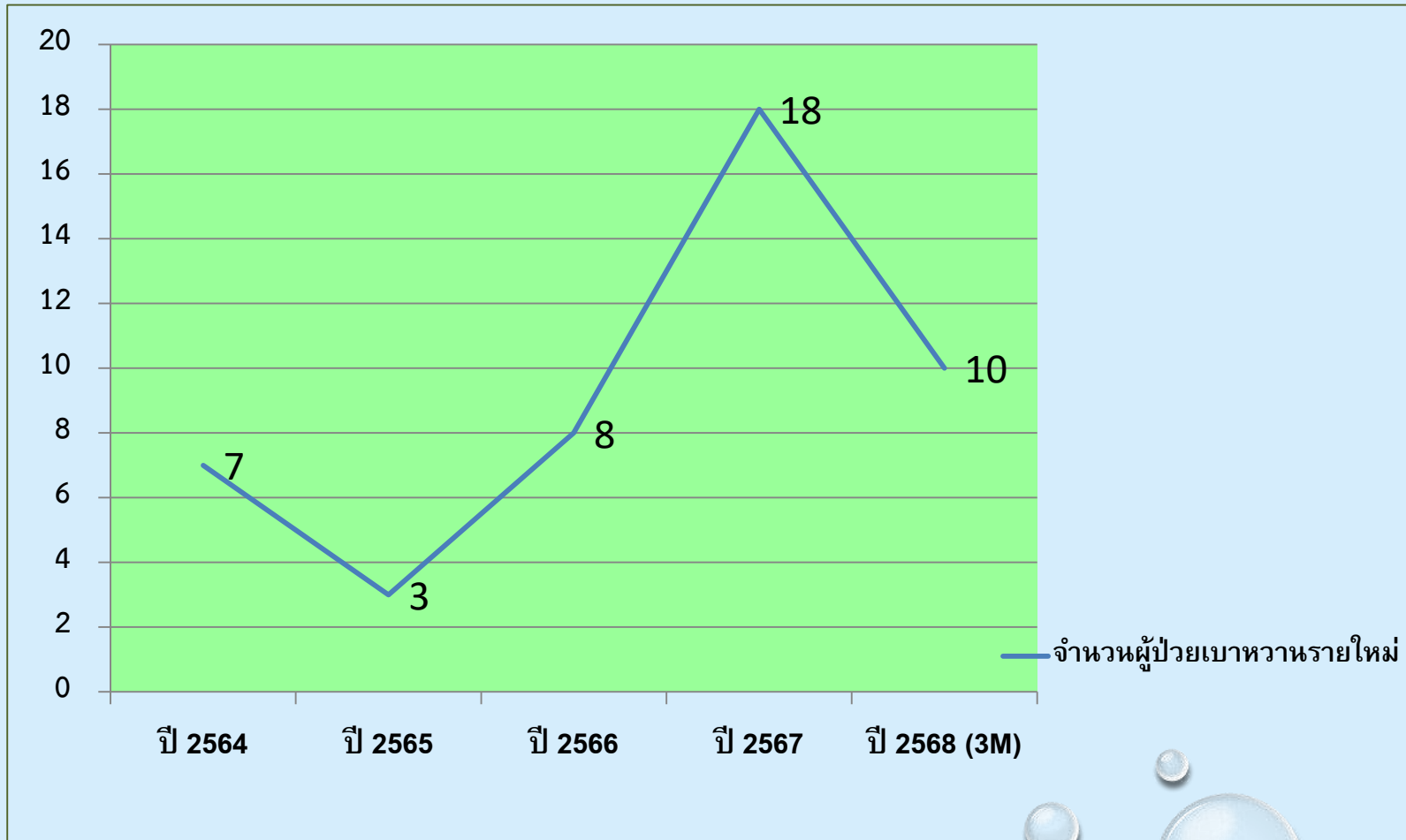
ผลการดำเนินงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่





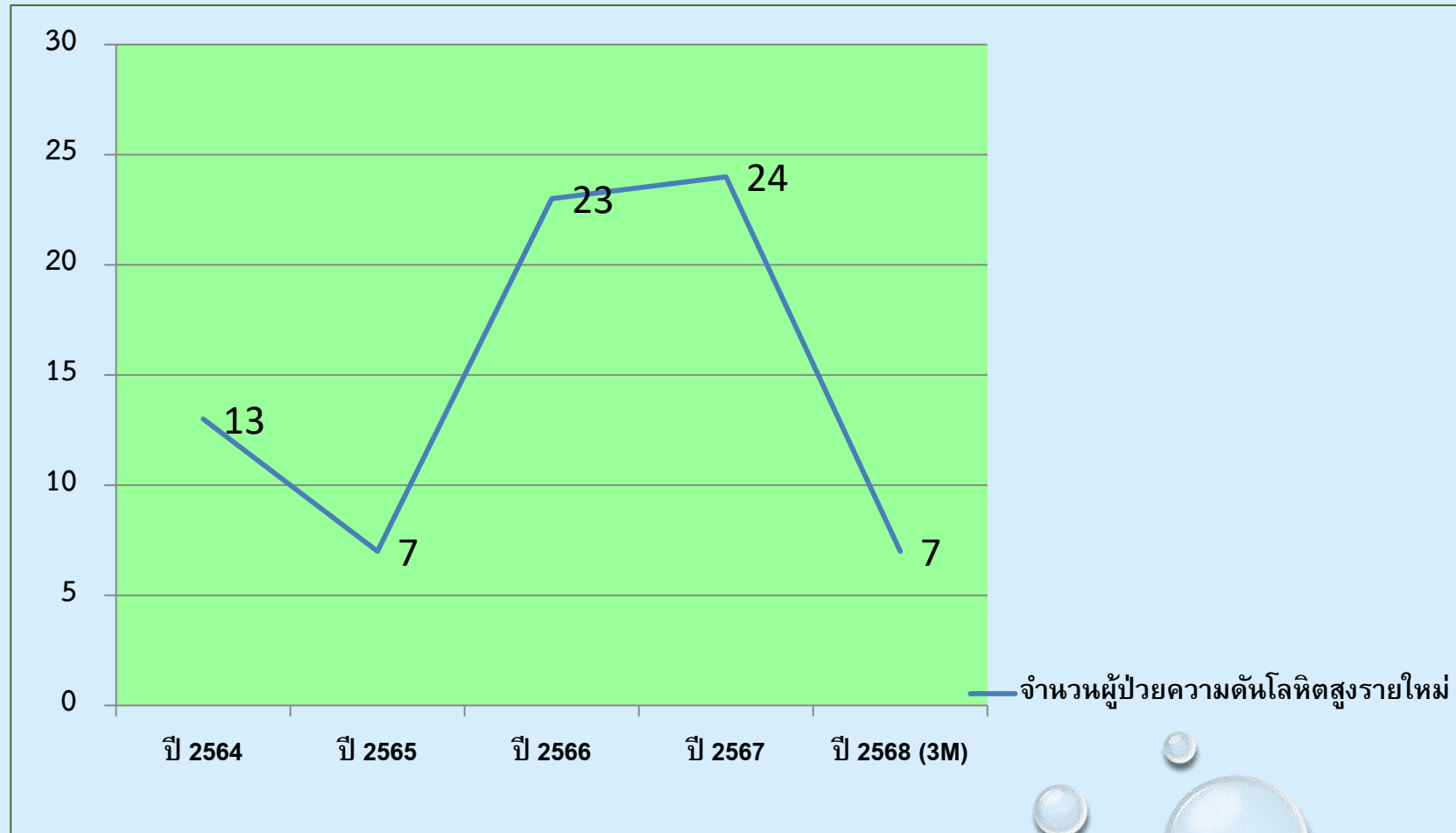


โรคเบาหวานรายใหม่

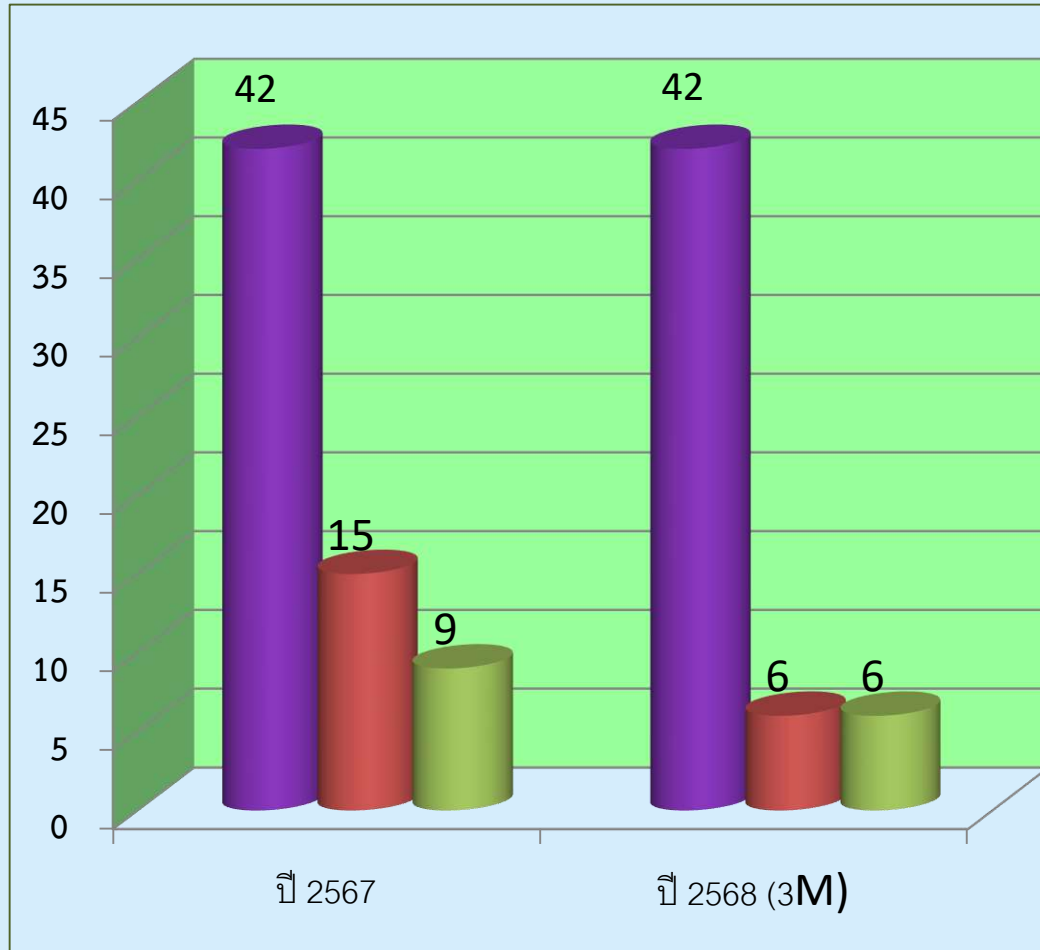




โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่



ผู้ป่วยจิตเวชในเขต

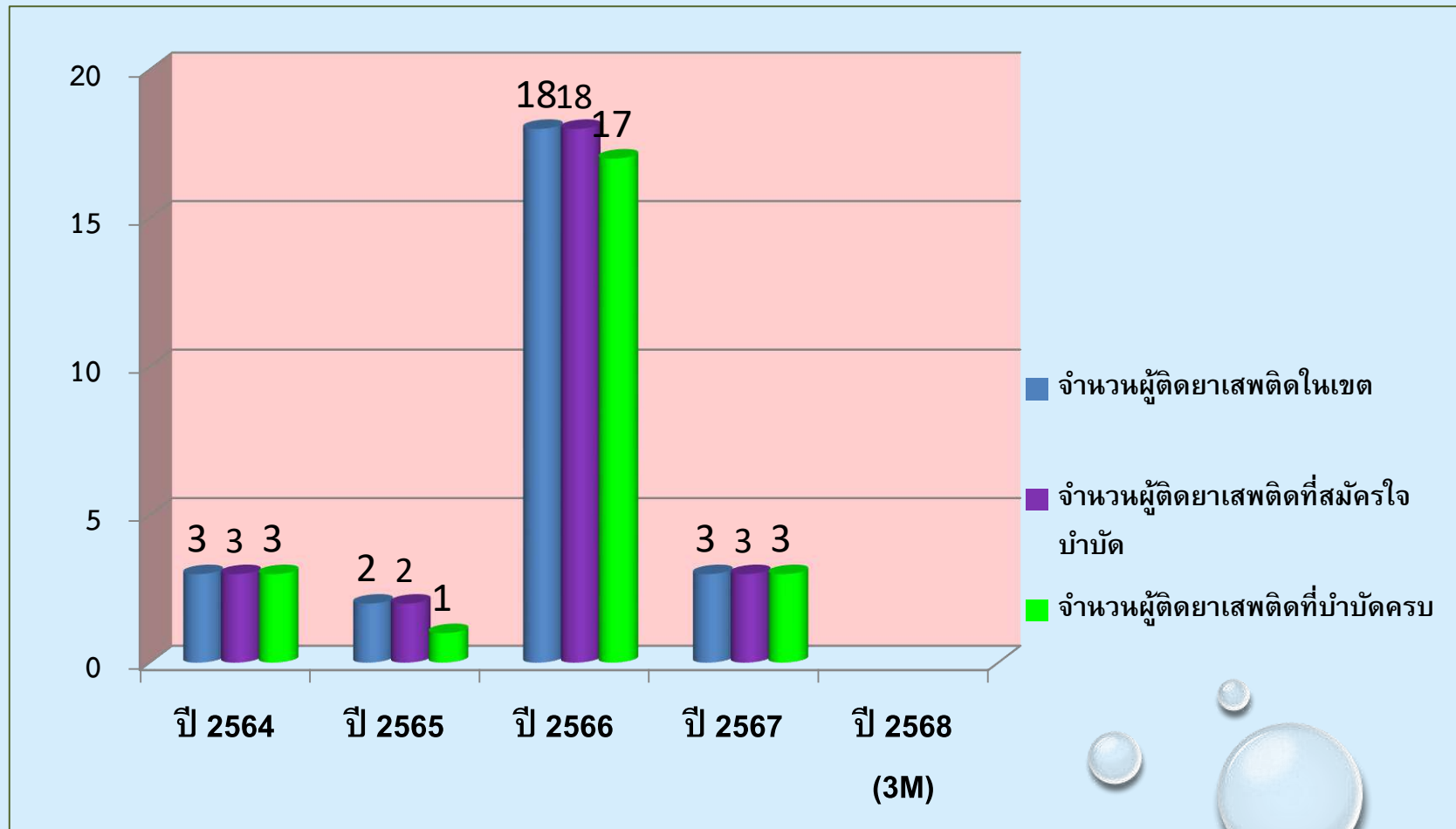


- จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในเขต
- จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยา
- จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยาติดตามได้





จำนวนผู้ติดยาเสพติดและ ผู้ที่ได้รับการบำบัดในเขต





รวมพลังไทย

สร้างครอบครัว ชุมชนอุ่นใจ
พ้นภัยยาเสพติด

เฉลิมพระเกียรติ 72 พรรษา มหาราช

แจ้งเบาะแสยาเสพติดหรือ
แจ้งบำบัดยาเสพติด

ศป.บ.อ.วังหิน 063-9037350
ศป.บ. 063-9034747
ศป.บ.





ผลการตรวจหาสารเคมีในเลือด ปี 2567

หมู่บ้าน/ ผลการ ดำเนินงาน	จำนวนผู้เข้า ตรวจ	ระดับปกติ	ระดับปลอดภัย	ระดับมีความ เสี่ยง	ระดับไม่ ปลอดภัย
บ้านกะเอิน ม.1	39	1	6	23	9
บ้านบุสูง ม.2	49	6	20	16	7
บ้านกะเอิน ม.15	25	-	3	21	1
บ้านหนองโดน ม.18	34	3	9	14	8
บ้านดอนพระเจ้า ม.19	25	5	8	9	3
รวม	172	15	46	83	28

****ได้รับยาล้างเลือด ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ไม่ปลอดภัย ครบทุกราย ****

กิจกรรมในการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- 1.กลุ่มปกติ** ส่งเสริมให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพได้แก่การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปีละ 1 ครั้ง ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง3อ.2ส. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การป้องกัน ฝ้าระวังการเกิดโรคต่าง ๆ และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
- 2. กลุ่มเสี่ยง** โดยมีนโยบายให้มีการออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกัน จัดรูปแบบหลากหลายในการออกกำลังกายแต่ละวันให้เลือกตามความถนัด เสริมสร้างสุขภาพด้วยกลยุทธ์ Lifestyle Medicine เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยยึดหลักการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ 6 ด้าน ดังนี้
 - 1.โภชนาการ
 - 2.กิจกรรมทางกาย
 - 3.การนอนหลับ
 - 4.ลดเลิกการใช้สารเสพติด
 - 5.การจัดการกับความเครียด
 - 6.ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้างเปิดบริการ clinic DPAC เพื่อเข้ากลุ่มหรือรายบุคคลให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการตรวจสุขภาพประเมินซ้ำทุก 1 เดือน โดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ประเมินผลและมอบรางวัลแก่บุคคลตัวอย่างทางด้านสุขภาพ(Role Model) เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจ และแบบอย่างที่ดีของคนในชุมชน
- 3. กลุ่มป่วย** ส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังหิน เพื่อพบแพทย์วินิจฉัย ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ มีการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรค การป้องกัน ฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีทีมสหสาขาอาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านดู Life style ของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและฝึกทักษะส่วนบุคคลให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่จริง



รูปกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในวัยทำงาน







การทำงานร่วมกับชุมชน

รู้เขา - รู้เรา

รู้เขา

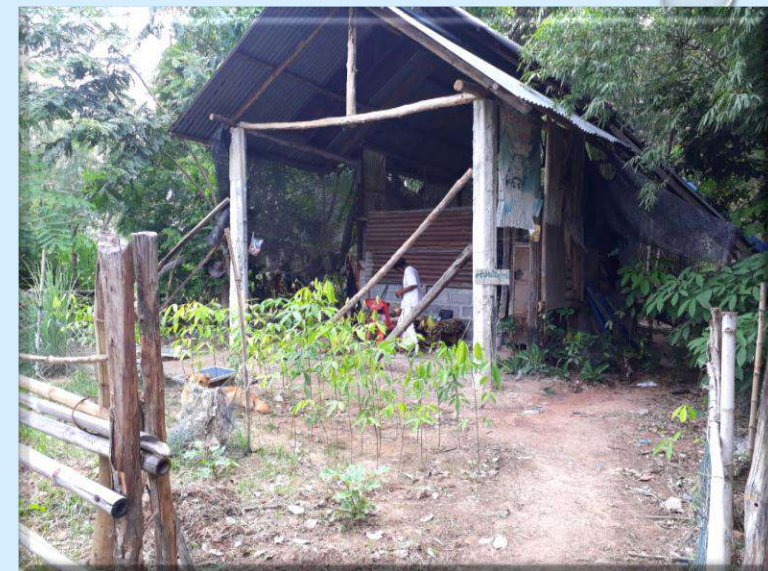
- ผู้ป่วย
- ครอบครัว สภาพความเป็นอยู่
- สังคม
- ชุมชน



รู้เรา



- ศักยภาพ ความรู้ ความพร้อม
- ทีมงาน สหวิชาชีพ
- เครือข่ายในชุมชน



หมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค

วัตถุประสงค์

- เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย
- เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค

กระบวนการดำเนินงาน

คืนข้อมูลชุมชนร่วมวิเคราะห์สถานการณ์กลุ่มเป้าหมายสำคัญผ่านเวทีการประชุมประชาคม เพื่อวิเคราะห์ชุมชน ค้นหาปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และจัดทำแผนระดับชุมชน ในรูปแบบหมู่บ้านลดเสี่ยงลดโรค



เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีส่วนร่วมของ หมู่บ้านจัดการสุขภาพ

- (1) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาวางแผนบริการตามกลุ่มเป้าหมายโดยการให้บริการที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่และประเมินความต้องการของชุมชน
- (2) ร่วมกันกำหนดสถานะสุขภาพของ ประชาชนที่ต้องการติดตาม
- (3) พัฒนาระบบสารสนเทศ
- (4) ทบทวนค้นหาความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพในชุมชนผลลัพธ์ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง

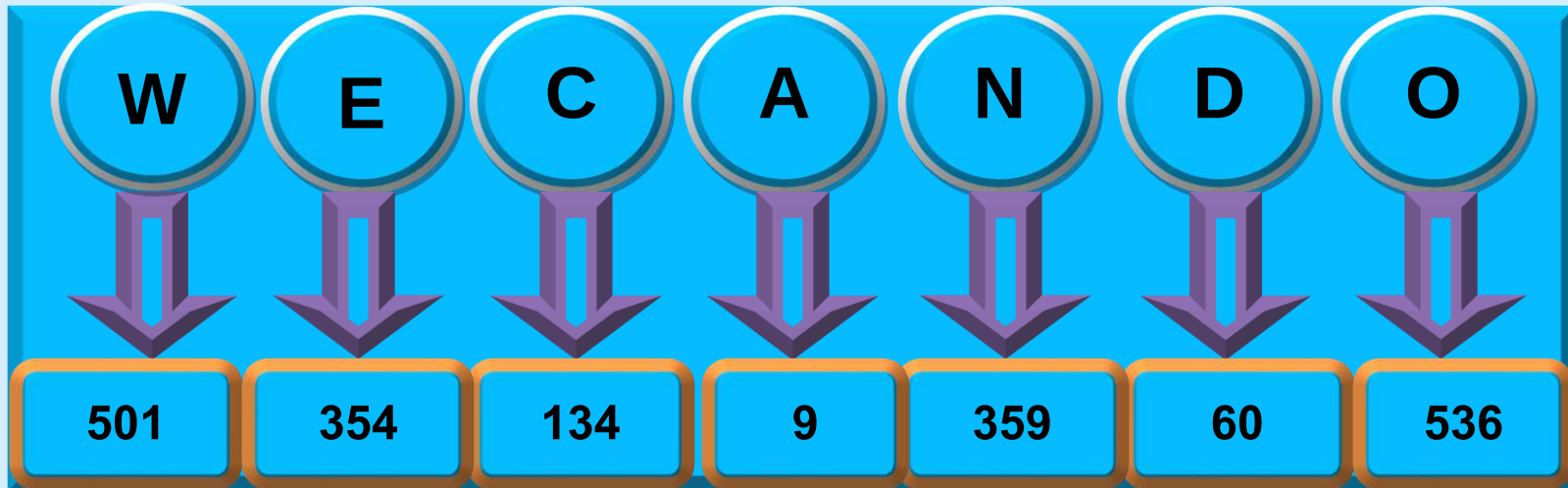


ประชากรตามกลุ่มวัยทั้ง 5 กลุ่ม

1. กลุ่มเด็กปฐมวัย 0-5 ปี/สตรีมีครรภ์
2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)
3. กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15-24 ปี)
4. กลุ่มวัยทำงาน (25-59 ปี)
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) และผู้พิการ



ประชากรกลุ่มเป้าหมายสำคัญในเขตรับผิดชอบ



- 1.กลุ่ม W หมายถึง กลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 15 - 44 ปี
 - 2.กลุ่ม E หมายถึง กลุ่มวัยเรียน วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 6 - 14 ปี
 - 3.กลุ่ม C หมายถึง กลุ่มเด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 5 ปี
 - 4.กลุ่ม A หมายถึง กลุ่มหญิงมีครรภ์(anc,mch)
 - 5.กลุ่ม N หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(NCD)
 - 6.กลุ่ม D หมายถึง กลุ่มผู้พิการ(disability)
 - 7.กลุ่ม O หมายถึง กลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (14.68%)
- **เป็นประชากร Typearea =1,3และยังมีชีวิตอยู่(21 แฟ้ม)*****



ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

1) กลุ่มโรคทาง Metabolic(NCD)
HT,DM, HD.

2) กลุ่มโรคติดต่อที่สำคัญ
DHF, Leptospirosis
TB

3) พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ปลอดภัย
ดื่มสุรา สูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด
รับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
กินหวาน มัน เค็ม
การใช้สารเคมีทางการเกษตร

4) โรคระบบทางเดินหายใจ
ไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่
โรคภูมิแพ้ หอบหืด
ถุงลมโป่งพอง

5) โรคไม่ติดต่ออื่น ๆ
CA , CKD



การมีส่วนร่วมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งของชุมชน (บ้าน วัด โรงเรียน)

- (1) มีกิจกรรมร่วมกับชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม.เขตรพ.วังหิน
- (2) กิจกรรมเยี่ยมบ้านร่วมกับจิตอาสา
- (3) เป็นวิทยากรให้ชุมชนด้านสุขภาพแก่ประชาชนตามความต้องการชุมชนและสถานการณ์โรคที่สำคัญ
- (4) อสม.CG ที่เข้มแข็งเป็นตัวเชื่อมประสานกับชุมชน ผลลัพธ์มีการสร้างเครือข่ายของชุมชนอย่างเข้มแข็ง และให้ความร่วมมือในการทำงานเป็นอย่างดี
- (5) การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน



การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

ตรวจคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยง
ต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต



ดำเนินโครงการโรงเรียนเบาหวาน
ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่ม Pre DM



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้อย่างยั่งยืน



เพื่อบรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีของคนในชุมชน

- (1).ทีม 3 หมอ (อสม. ,จนท.สาธารณสุข, แพทย์)
- (2).ดำเนินชีวิตแบบ Lifestyle Medicine โดยยึดหลักการมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ 6 ด้าน (1.โภชนาการ 2.กิจกรรมทางกาย 3.การนอนหลับ 4.ลดเลิกการใช้สารเสพติด 5.การจัดการกับความเครียด 6.ความสัมพันธ์กับผู้คนรอบข้าง)
- (3).มีเครือข่ายดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มสำคัญ
- (4).เทศบาลตำบลสูงและองค์การบริหารส่วนตำบลธาตุสนับสนุนงบประมาณอุปกรณ์ ผลลัพธ์มีจำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์จัดการสุขภาพครบทุกหมู่บ้าน





ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ≤ ร้อยละ 7



เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 3M
≤ ร้อยละ 7	5.79	9.81	7.75	9.12	3.60

คำอธิบายการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์

มีหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ในปี 2566 จำนวน 227 ,ปี 2567 จำนวน 232 คน พบว่าคลอดทารก นน.< 2,500 กรัม ปี 2566 ร้อยละ 7.75 ปี 2567 พบร้อยละ 9.12 โดยพบความเสี่ยง 3 อันดับแรก ดังนี้

รายการ	ร้อยละ
Teenage preg.	40
Preterm preg.	20
โลหิตจาง	20

Performance

อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ≤ 7% ปี 2567 พบ 9.12%

- ให้ความรู้เพศศึกษา ในสถานศึกษา / อสม.
- กระตุ้นการค้นหาในชุมชน /

การพัฒนาระบบดูแล แม่และเด็ก

ก่อนตั้งครรภ์

- ☐ คลินิกเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์
- ☐ อสม. ค้นหาสำรวจ รายงานหญิงตั้งครรภ์

ขณะตั้งครรภ์ อัตราการตายไม่เกิน 17: แส่นการเกิดมีชีพ มีระบบการคัดกรองและดูแลหญิงตั้งครรภ์รายใหม่

- ☐ โครงการมหัศจรรย์ 2,500 วัน
- ☐ ร.ร. พ่อแม่
- ☐ การประเมินความเสี่ยง การดูแล ส่งต่อ
- ☐ การคัดกรองดาวน์ซินโดมทุกกลุ่มอายุ
- ☐ ประเมินสุขภาพจิต ส่งต่อนักสุขภาพจิต
- ☐ กลุ่มไลน์ แม่และเด็ก
- ☐ บริการวัคซีนแบบ one stop service

หลังคลอด

- ☐ ส่งต่อเยี่ยมบ้านผ่าน Smart coc
- ☐ กลุ่มไลน์ แม่และเด็ก
- ☐ ร.ร. พ่อแม่เด็กดี
- ☐ โครงการ Tripple P/กระตุ้นพัฒนาการ

มีหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ ในปี 2566 จำนวน 227 ,ปี2567 จำนวน 232 คน พบว่าคลอดทารก นน.< 2,500 กรัม ปี 2566 ร้อยละ 7.75 ปี 2567 พบร้อยละ 9.12 โดยพบความเสี่ยง 3 อันดับแรก ดังนี้

รายการ	ร้อยละ
Teenage preg.	40
Preterm preg.	20
โลหิตจาง	20

Performance

อัตราทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า2,500 กรัม ≤ 7% ปี 2567 พบ 9.12%

- ให้ความรู้เพศศึกษา ในสถานศึกษา /อสม.
- กระตุ้นการค้นหาในชุมชน /





ระบบการดูแลผู้สูงอายุ

เป้าหมายการดูแล: ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี

กลุ่มป่วยได้รับการดูแล (ระบบบริการรองรับ)

กลุ่มป่วยเรื้อรัง/ระยะสุดท้ายได้รับการฟื้นฟูสภาพ

คัดกรองสุขภาพ

รพ.สต. + รพ.

คัดกรองโรค
ทั่วไป

คัดกรองความ
ถดถอย
9 ด้าน
DM/HT
Geriatric Syndrome

รพ.

คัดกรอง
โรคเฉพาะ

CKD
TB
ข้อเข่าเสื่อม
คัดกรองกลุ่ม ACS

สุขภาพดี

ร.ร.ผู้สูงอายุ

ชมรมผู้สูงอายุ

อปท.

+ PCU ดูแล

ข้อเข่าเสื่อม

สุขภาพจิต

สมองเสื่อม

Refer รพ.ศรีสะเกษ

ต้อกระจก

โครงการ
ผ่าตัดต้อกระจกฯ

*เสี่ยง
*ป่วย

DM/HT/
Warfarin

NCD clinic

สุขภาพช่องปาก

ทันตฯผู้สูงอายุ

เรื้อรัง

IMC / LTC
Palliative care

COC

นักบริบาลฯ/CG : ชุมชนดูแล





ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง

เป้าหมาย	ปี2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568 (3ด)
≥ 90%	97.4	93.20	91.00	91.29	92.31	85.4



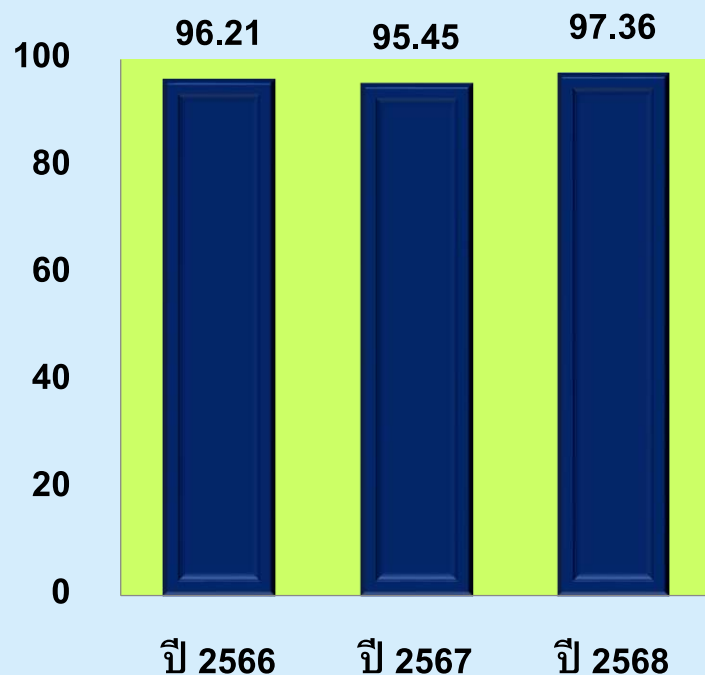
ปี 2563-2567 ผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค รวมทั้งมารดา ทารกหลังคลอดได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องที่บ้านมากกว่าร้อยละ 90 ทุกปี ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จเนื่องจากมีโปรแกรมส่งต่อ และตอบกลับข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน (Smart coc) การพัฒนาความรู้ การให้ความร่วมมือของเครือข่าย ในการติดตามดูแลผู้ป่วยบันทึกข้อมูล รวมทั้งการที่แม่ข่าย มีการติดตามการบันทึกข้อมูลทุกเดือน และนำเสนอผู้บริหารให้เห็นความสำคัญ ในปี 2568 การบันทึกข้อมูลมีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมเป็น Smart COC, สอน.Buddy ซึ่งต้องมีการพัฒนาความรู้ของผู้ปฏิบัติงานในการใช้งาน และติดตามการใช้งานต่อไป



ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน

เป้าหมาย	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
≥ 95%	NA	NA	NA	96.21	95.45	97.36

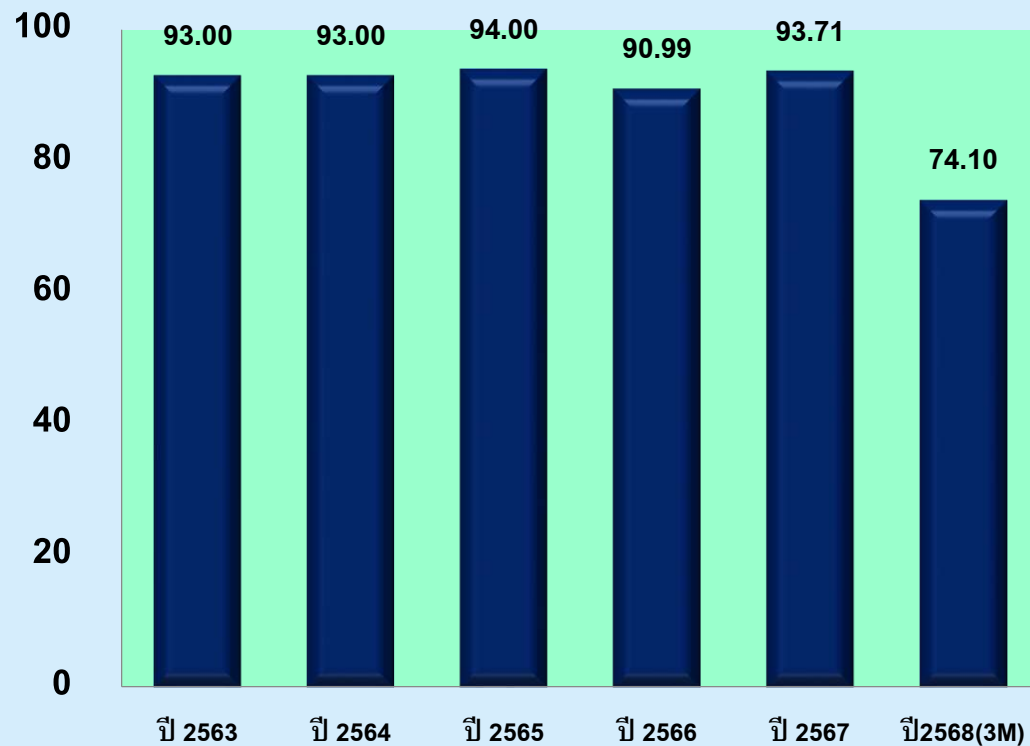


การคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ในผู้สูงอายุ เริ่มมีการคัดกรอง ในปี 2566 เป้าหมายการคัดกรองร้อยละ 95 ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทุกปี มากกว่าร้อยละ 95 เนื่องจากมีการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่อยู่จริง เปรียบเทียบข้อมูลใน HDC เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ออกคัดกรองเชิงรุกในทุกหมู่บ้าน โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สำคัญการคืนข้อมูลให้พื้นที่ ดำเนินการติดตามผู้ที่ป่วยหรือมีความเสี่ยงเข้าระบบการรักษา และส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการมองเห็นได้รับการสนับสนุนแว่นตาจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้รับความรู้การป้องกันภาวะพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ในปี 2568 มีแผนการดูแลผู้มีปัญหาภาวะเข้าเสื่อมในชุมชน ต่อไป



ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย	ปี2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
≥ 90%	93	93	94	90.99	93.71	74.10



ปี 2563-2567 ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ผ่านตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 ทุกปี เนื่องจากการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่อยู่จริง เปรียบเทียบข้อมูลในHDC เพื่อดูความถูกต้องของข้อมูล ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ออกคัดกรองเชิงรุกในทุกหมู่บ้าน โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สำคัญการคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

ร้อยละการเกิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง

ร้อยละ

14

12

10

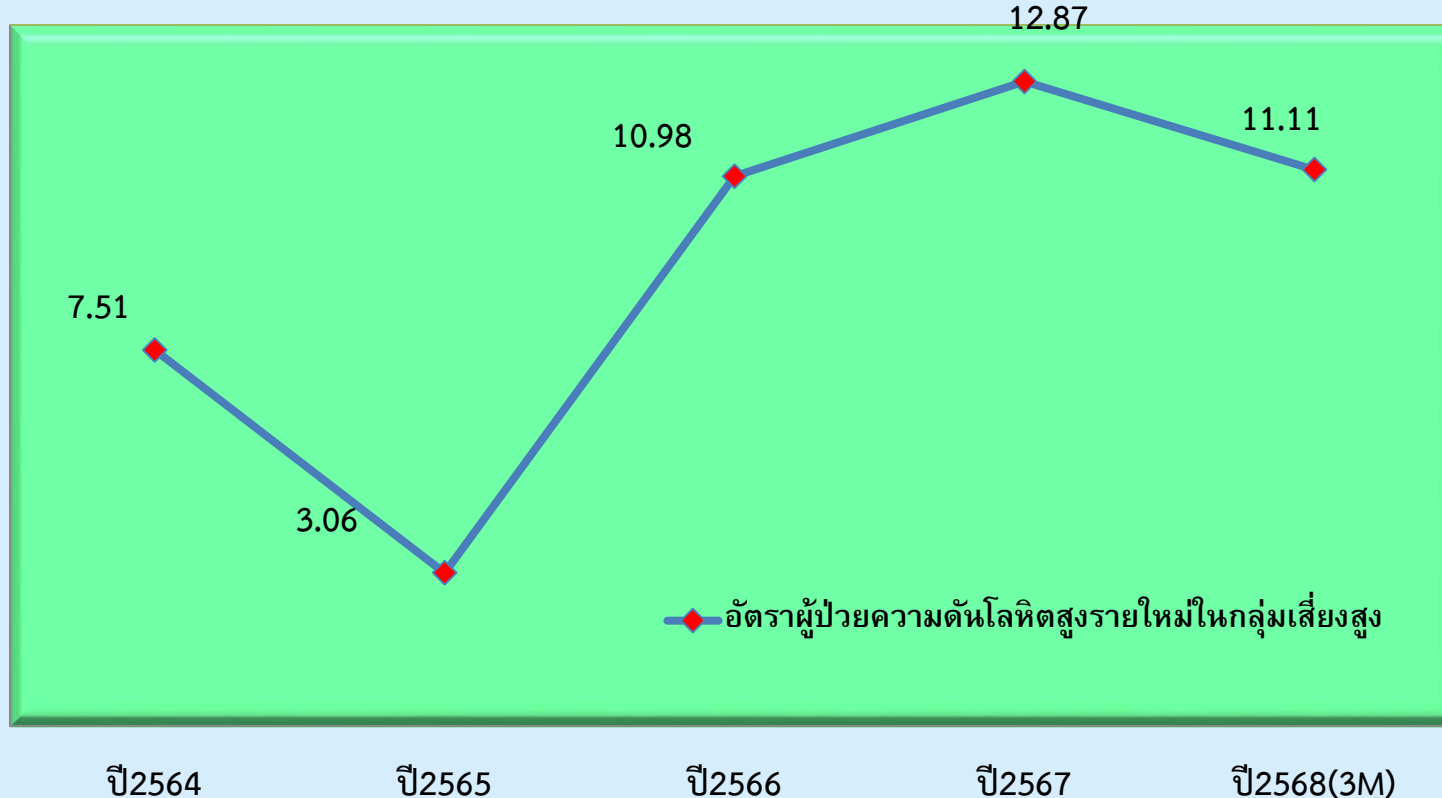
8

6

4

2

0

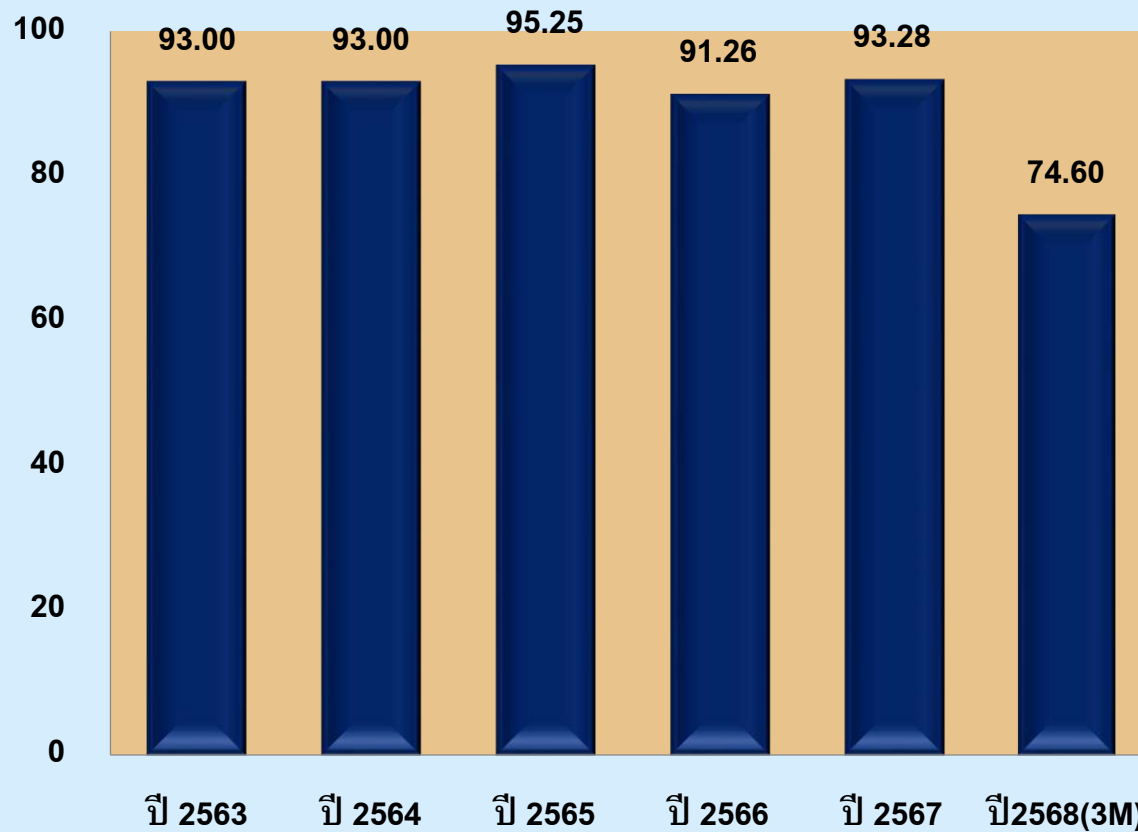


อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูง

ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง ในปี 2566 – ปี 2568 มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากได้ติดตามกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงเข้าคลินิก DPAC เพื่อเข้ากลุ่มหรือรายบุคคลให้คำปรึกษา สร้างแรงจูงใจ ในปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ มีการติดตามประเมินผลในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน มีการทำ Home BP ที่บ้าน 7 วัน ถ้าอยู่ในเกณฑ์ กลุ่มป่วยจะมีการส่งพบแพทย์ เพื่อวินิจฉัย และส่งต่อคลินิกความดันโลหิตสูง เพื่อรักษาต่อไป

ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน

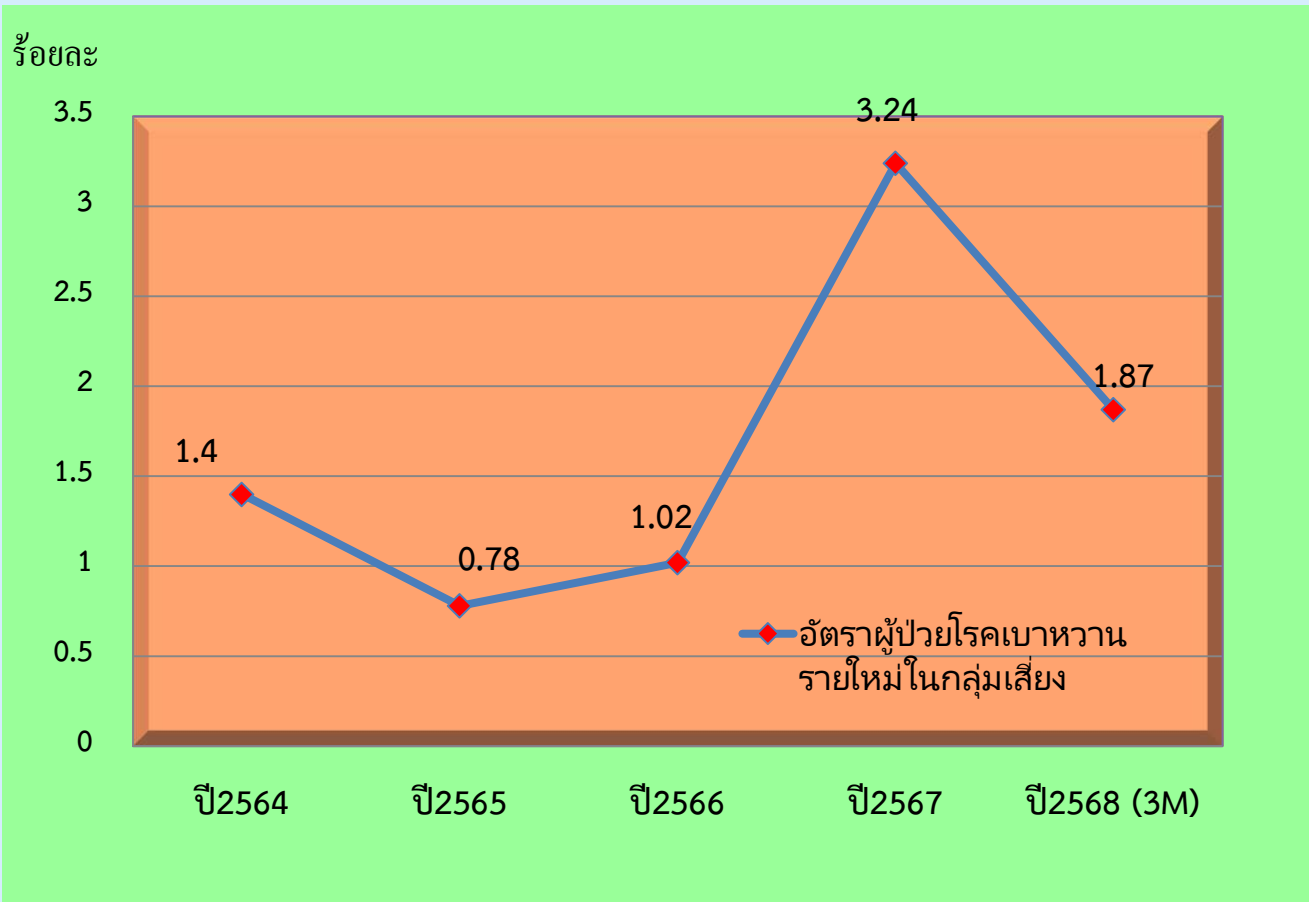
เป้าหมาย	ปี2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568
≥ 90%	93	93	95.25	91.26	93.28	74.60



ปี 2563-2567 ประชาชนอายุ35ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ผ่านตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ 90 ทุกปี เนื่องจากการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่อยู่จริง เปรียบเทียบข้อมูลในHDC เพื่อความถูกต้องของข้อมูล ประชาสัมพันธ์รณรงค์ให้ความรู้กลุ่มเป้าหมาย ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงการใส่ใจดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ออกคัดกรองเชิงรุกในทุกหมู่บ้าน โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย อสม. ผู้นำ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สำคัญการคืนข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป



ร้อยละการเกิดผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง
ปี 2566 และปี 2567 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
เนื่องจากได้มีการตรวจคัดกรอง ค้นหาและติดตามกลุ่ม
เสี่ยงเบาหวานในเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นและจัดทำโครงการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดย
ติดตาม การให้คำปรึกษา และให้ความรู้ รวมถึงการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและมีการติดตามผลการ
ตรวจน้ำตาลในเลือดทุก 1 เดือน ทำให้อัตราการเกิด
โรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงในปี 2568

วัคซีน / การดูแลผู้ป่วยในชุมชน

วัคซีน

- * รณรงค์ในชุมชน (เคาะประตูบ้าน)
- * บริการฉีดวัคซีนในสถานพยาบาลในชุมชน และที่บ้าน
- * ติดตามประเมินผลทุกวัน (ไลน์ EPI)
- * เฝ้าระวังติดตามอาการหลังรับวัคซีน (ไลน์ AEFI)



การดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยเรื้อรัง DM HT

- * จัดบริการแพทย์ทางไกล ในกลุ่มผู้ป่วย control ได้
- * จัดตั้งคลินิก NCDs Remission ในกลุ่มผู้ป่วย control ได้
- * จัดตั้ง Health Station ในเขตรับผิดชอบ ที่ บ้านลิงไธ



การทำงานร่วมกับชุมชน



การดูแลต่อเนื่อง

(CONTINUING OF CARE)

- การเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยสหวิชาชีพ/เครือข่ายในชุมชน
- ศูนย์ให้บริการยืมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย





การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน COC

ประเด็นสำคัญ : ประสานความร่วมมือ ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ทีมดูแล

- ทีม COC 6 คน

เครือข่าย

- รพ.สต. 8 แห่ง
- พชอ./พม./อสม./ผู้นำชุมชน

ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

Continuity of care center

ระบบสารสนเทศ/ สื่อสาร

โปรแกรม Smart COC
Group line

ศูนย์ COC

บริการให้ยืมอุปกรณ์ ทุกวัน

เวลา 08.30-16.30 น.

เครื่องผลิตออกซิเจน

เครื่อง Suction

Syringe Driver

เตียง

ที่นอนลม

เยี่ยมผู้ป่วยวันศุกร์



การเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

โดยสหวิชาชีพ/
เครือข่ายในชุมชน





การเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพโดยการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- โดยสหวิชาชีพ/
เครือข่ายในชุมชน





ศูนย์ COC ให้บริการยืมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย





ผลการดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ไปใช้ที่บ้าน

รายการอุปกรณ์	จำนวนอุปกรณ์ที่มี	จำนวน/ปี				รวม
		2565	2566	2567	2568(3M)	
เครื่องผลิตออกซิเจน	9	20	29	29	17	95
ที่นอนลม	4	11	7	4	-	22
เตียงนอนผู้ป่วย	15	25	22	27	10	84
เครื่องดูดเสมหะ	9	16	9	10	4	39
เครื่องพ่นยา	1	0	0	1	0	1
รวม	-	72	67	71	31	242

โอกาสพัฒนา

- ประสานหน่วยงานระดับท้องถิ่นในการจัดหาและ
บริการอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นไว้ในแต่ละพื้นที่
เพื่อบริการประชาชนเพื่อความสะดวกและรวดเร็ว
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative
 - ฟื้นฟูความรู้บุคลากรทั้งใน รพ.และ รพ.สต.
 - การจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิก Palliative



ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ





ผลงานความภาคภูมิใจ



ผลงานความภาคภูมิใจ



