

ข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง (Khoksung CUP Profile)  
จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖



“โคกสูงเมืองเกษตรชายแดนไทย-กัมพูชา นักรับกล้ายุทธการโนนหมากมุ่น  
เขาดิ่ต่างต้นทูนแห่งลำน้ำปราสาทหินงามสด๊กก้อกธม”

## ข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖)

ชื่อเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ประธานเครือข่าย : นายแพทย์สุกฤษฎี เลิศสกุลธรรม เบอร์โทร : ๐๙๕ ๗๖๐๘๗๗๗

E-Mail: hopital\_khoksong@hotmail.com

รองประธานเครือข่าย : นายทองปาน พันจยุ เบอร์โทร : ๐๘๑ ๗๕๖๕๒๐๑

E-Mail: kokhealth\_new@hotmail.com

เลขานุการเครือข่าย : นางนุติ เพ็ชรนอก เบอร์โทร : ๐๙๗ ๒๗๙๐๓๖๑

E-Mail: Pcukhoksong@gmail.com

ผู้ประสานงานเครือข่าย : นายประชากร พันบาตร เบอร์โทร : ๐๙๒ ๒๕๒๕๗๑๙

E-Mail : punbath@hotmail.com

### บริบทชุมชน (Content)

อำเภอโคกสูง มีโรงพยาบาลโคกสูงเป็นแม่ข่าย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ รับผิดชอบ ๔ ตำบล ๔๑ หมู่บ้าน ประชากร ๒๗,๒๙๕ คน ลักษณะเป็นชุมชนชนบท พื้นที่เป็นที่ราบลุ่มและเชิงเขามีลำห้วย คลองยางไหลผ่าน ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาชีพทำการเกษตร ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ทำสวน สภาพเศรษฐกิจปานกลาง การคมนาคมสะดวกเป็นถนนลาดยาง เป็น ๔ ช่องจราจรอยู่ห่างจากตัวจังหวัด สระแก้ว ๗๕ กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ ๑ ชั่วโมง มีร้านสะดวกซื้อเปิด ๒๔ ชั่วโมง ๓ แห่ง มีร้านมินิมาร์ทอื่นๆ อีก ๒ แห่ง มีตลาดนัดที่จำหน่ายอาหารและสินค้าอื่นๆ หลากหลายกระจายอยู่ทุกตำบล โดยเปิดให้บริการหมุนเวียนกันครบทั้ง ๗ วัน จากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงและมีกำลังในการซื้อสูง จากเดิมวิถีชีวิตเป็นระบบการเกษตร คือ รายได้ต่อหัวประชากรต่ำถึงปานกลาง เป็นอันดับสุดท้ายคือลำดับ ๙ ของจังหวัดสระแก้ว ประกอบผลผลิตทางการเกษตรได้รับผลกระทบจากภาวะน้ำท่วม ภัยแล้งและราคาผลผลิตยังตกต่ำ จึงทำให้ประชากรวัยแรงงานมีการอพยพไปทำงานในเมืองมากขึ้น เช่นกรุงเทพฯ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา เป็นต้น ทั้งไว้แต่เพียงเด็กและคนชรา ทำให้ให้เกิดปัญหาที่ตามมาคือเด็กถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุขาดคนดูแล วัยรุ่นไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการนำโรคติดต่ออันตราย เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ กลับมาแพร่กระจายให้กับคนในครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่แต่ก็มีความสามารถในการจับจ่ายใช้จ่าย และมีผลไม่ตามฤดูกาลหลากหลายชนิด และมีปริมาณมาก เนื่องจากอยู่ใกล้ตลาดโรงเกลือ ในกลุ่มสูงอายุ นิยมรับประทานผลไม้ภายหลังรับประทานอาหาร หรือรับประทานผลไม้รสหวานในระหว่างมื้ออาหาร เช่น มะม่วงสุก เงาะ ลำไย ทูเรียน เป็นต้น ส่งผลให้แนวโน้มเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น เด็กวัยเรียนก็มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น นอกจากนั้น จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิมจะเป็นการประกอบอาหารโดยใช้วัตถุดิบในพื้นที่หรือครัวเรือนประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือน ก็เปลี่ยนมาเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน การกินอาหารจากตามสภาพท้องถิ่น เปลี่ยนมาซื้อหาอาหารตามร้านสะดวกซื้อหรือรถเร่ แผงลอย การรับประทานเกินความจำเป็นหรือมากกว่า ๓ มื้อต่อวัน และเกิดปัญหาการมีขยะ เช่นถุงพลาสติก กล่องโฟม เพิ่มขึ้นในชุมชน การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการทำงานกลางแจ้งต้องใช้แรงงาน เปลี่ยนเป็นเจ้าของกิจการหรือทำงานนั่งโต๊ะ ประชาชนยังขาดความตระหนักใน

ด้านการดูแลตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) การขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม การใช้ชีวิตประจำวันที่มีแต่ความเครียด เหล่านี้เป็นสาเหตุที่นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มเด็ก กลายเป็นเด็กถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุขาดคนดูแลกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง วัยรุ่นไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-๒๐๑๙ เป็นต้น

### ๑.๑.๑ ศักยภาพของผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ได้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ โดย ๑) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน(Emergency Operation Center, EOC) และระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Incident Command System, ICS)โดยการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน และมีกิจกรรมการประชุมอย่างต่อเนื่อง ๒) จัดให้มีกิจกรรมการสื่อสารเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีการนำข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องใน ในการปฏิบัติงานมีการคืนข้อมูลกลับในที่ประชุมต่างๆ เช่น ที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน เวทีประชุมงานสุขภาพภาคประชาชนของอสม. ที่ประชุมกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จนทำให้แนวทางและวิธีการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มผู้รับบริการที่ทำให้เกิด ความสัมพันธ์และสร้างความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงาน ดังนี้ คือ

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหน้าที่
๑. โรงพยาบาลชุมชน	๑. รักษาพยาบาลในคลินิก NCD ๒. จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย ๓. ทีม FCT ๔. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ๕. ระบุรับ - ส่ง ผู้ป่วย ๖. Consult รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วย
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๑. ประสานงานทีมพชอ. FCT, ODOP, OTOP ๒. จัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ๓. นิเทศ กำกับ ติดตาม
๓. รพ.สต.	๑. สสำรวจกลุ่มเป้าหมาย ๒. ควบคุมกำกับ ติดตาม ๓. เฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรค ๔. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๕. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
๔. อสม./อสค./หมอประจำบ้าน	๑. สสำรวจกลุ่มเป้าหมาย/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๒. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ กับประชาชน ๓. ดูแลผู้ป่วยDM ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่ Good Control DM

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหน้าที่
	๔. ดูแลและถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัว
	๕. เป็นแบบอย่างในด้านการดูแลสุขภาพในครอบครัว
๕. ผู้ป่วย/ผู้ดูแล (Care giver)	๑. ดูแลผู้ป่วยตาม care plan
	๒. มีความรู้และทราบสภาวะสุขภาพ
	๓. เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่กลุ่มเสี่ยง
๖. อปท.	๑. สนับสนุนงบประมาณ/อุปกรณ์
	๒. ร่วมวางแผนนโยบายการดำเนินงาน
	๓. จัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างสุขภาพให้กับประชาชน
๗. ผู้นำชุมชน	๑. ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาตามแนวทางหมู่บ้าน ตำบลจัดกรสุขภาพ
	๒. ประชาสัมพันธ์
๘. ชมรม/ร้านค้า/ร้านอาหาร	๑. การจัดจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย DM
	๒. รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม
	๓. ร้านค้าของชำให้ความรู้ในการใช้เครื่องปรุงรส
๙. ชมรมผู้สูงอายุ	๑. เป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารจากธรรมชาติ
	๒. ส่งเสริมการคัดเลือกบุคคลตัวอย่างด้านสุขภาพ
๑๐. พระภิกษุ	๑. เทศนาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การทำสมาธิบำบัด
	๒. พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ
๑๑. โรงเรียน	๑. ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค
	๒. พัฒนาโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

### ๑.๑.๒ ทูตทางสังคมและความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำการเกษตร แต่มีการคมนาคมที่สะดวกเป็นถนนลาดยางและถนนคอนกรีต หมู่บ้านที่อยู่ไกลจากโรงพยาบาลโคกสูงมากที่สุดเพียง ๑๔ กิโลเมตรส่งผลให้การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ประกอบกับโดยพื้นฐานเป็นคนมีการศึกษาที่ดี มีศักยภาพในการสื่อสารข้อมูลได้สะดวก รวดเร็ว โดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่และการใช้ App. Line ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีและชัดเจนมากขึ้น รวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูล เช่น การส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานบริการถึงผู้ป่วยระหว่างผู้ป่วยกับ อสม. ที่รับผิดชอบโซนหรือหลังคาเรือน การสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมต่างๆ จาก อปท. ส่งผลให้การจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยง และประชาชน ๕ กลุ่มวัยทำได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการพัฒนาศักยภาพ จนท.ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน หรือ ทีมหมอครอบครัว รวมทั้งการพัฒนาความรู้ชมรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ซึ่งเป็นทีมจิตอาสาในระดับชุมชน ที่คอยให้คำปรึกษาระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง การเฝ้าระวังการให้กำลังใจในการดูแลสุขภาพ เพื่อลดความรุนแรงของโรคคนนอกจากนั้นในภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพ และ รพ.สต. ได้จัดให้มีแพทย์รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่ จนท.รพ.สต.ได้ตลอดเวลา มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมโยงจากรพ. สู่ รพ.สต. สู่ชุมชน พร้อมทั้งได้พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็น อสม.หมอประจำ



## แผนที่อำเภอโคกสูงและที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข

## ประวัติอำเภอโคกสูง

อำเภอโคกสูงเดิมเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอตาพระยา ทางราชการได้แบ่งพื้นที่การปกครองออกมาตั้งเป็นกิ่งอำเภอโคกสูง ตามประกาศกระทรวงมหาดไทยลงวันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ๑๕ กรกฎาคม ปีเดียวกัน และต่อมาได้มีพระราชกฤษฎีกาเมื่อวันที่ ๒๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๐ ยกฐานะขึ้นเป็น อำเภอโคกสูง โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ ๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๐

๑.ตั้งและอาณาเขตตั้งอยู่หมู่ที่ ๘ ตำบลโคกสูง อำเภอโคกสูงจังหวัดสระแก้ว ระยะห่างจากโรงพยาบาลรัฐประเทศ ๒๒กิโลเมตร ห่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ๗๒กิโลเมตรมีพื้นที่ติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดกับ ตำบลตาพระยา อำเภอตาพระยา
ทิศใต้	ติดกับ ตำบลหนองสังข์ อำเภอรัฐประเทศ
ทิศตะวันออก	ติดกับจังหวัดบันเตียเมียนเจย ประเทศกัมพูชา
ทิศตะวันตก	ติดกับ ตำบลแซร์อ อำเภอวัฒนานคร

๒.ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบ ลักษณะดินเหนียวปนทราย

๓.สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิอากาศแบ่งออกได้เป็น ๓ ฤดูกาล

- ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์-เดือนเมษายน
- ฤดูฝน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-เดือนตุลาคม
- ฤดูหนาว ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน-เดือนมกราคมอุณหภูมิโดยเฉลี่ย ๒๗.๕๒ – ๒๘.๗๘ องศาเซลเซียส

๔.การปกครองอำเภอโคกสูง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๔ ตำบล ๔๑ หมู่บ้าน ได้แก่

- (เทศบาลตำบล) ตำบลโคกสูง
- (องค์การบริหารส่วนตำบล) ตำบลหนองม่วง
- (องค์การบริหารส่วนตำบล) ตำบลหนองแวง
- (องค์การบริหารส่วนตำบล) ตำบลโนนหมากมูน

๕.อาชีพ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ ทำสวน และเลี้ยงสัตว์

๖.รายได้ รายได้เฉลี่ยต่อปี ๖๓,๕๑๗.๖๒บาท / คน / ปี

๗.ศาสนาประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมีวัด ๒๓ แห่งสำนักสงฆ์ ๕ แห่ง

๘.แหล่งท่องเที่ยวปราสาทสติก๊กอภิมเป็นโบราณสถานประกอบด้วยองค์ประสาธ ๓หลังหันหน้าไปทางทิศตะวันออก มีคูน้ำล้อมรอบ มีกำแพง ๒ชั้น ชั้นนอกทำด้วยศิลาแลงชั้นในทำด้วยหินทราย ตัวปราสาทก่อด้วยหินทรายมีโคปุระหรือซุ้มประตูเหลือเพียงด้านทิศตะวันออกและทิศตะวันตกเท่านั้น

๙.ข้อมูลประชากรและหลังคาเรือน

๑. จำนวนหลังคาเรือน ๘,๘๙๔ หลัง

๒. จำนวนครอบครัว ๘,๘๓๓ ครอบครัว

๓. จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ๒๗,๒๙๕คน แบ่งเป็นชาย ๑๓,๕๕๓ คนหญิง ๑๓,๗๔๒ คน

## ๑๐. ข้อมูลการศึกษา

๑. โรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพื้นฐานจำนวน ๑๕ แห่งประกอบด้วย

- ๑.๑ โรงเรียนประถมศึกษาจำนวน ๑๒ แห่ง
- ๑.๒ โรงเรียนประถมศึกษา(ขยายโอกาส) จำนวน ๒ แห่ง
- ๑.๓ โรงเรียนมัธยมศึกษา จำนวน ๑ แห่ง

๒. ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก จำนวน ๗ แห่ง

ประชากรจากทะเบียนราษฎร ประจำปี ๒๕๖๖ ของอำเภอโคกสูง จำนวน ๒๗,๒๙๕ คน โดยมีประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุที่ต้องดูแลพิเศษ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือ กลุ่มอายุ ๐-๕ปี ร้อยละ ๖.๒๔ กลุ่มอายุ ๖-๑๔ปี ร้อยละ ๑๑.๒๕ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ ๒๐.๓๕ และกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๑๕.๙๙

ลำดับ	ตำบล	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	ครอบครัว	เทศบาล	อบต	ประชากร
๑	โคกสูง	๑๑	๒,๕๖๓	๒,๖๖๙	๑	-	๗,๐๗๑
๒	หนองแวง	๑๐	๑,๙๒๑	๑,๙๔๕	-	๑	๖,๖๓๔
๓	หนองม่วง	๑๔	๒,๗๘๓	๒,๘๕๒	-	๑	๑๐,๒๓๙
๔	โนนหมากมูน	๖	๑,๑๓๐	๑,๑๙๗	-	๑	๓,๓๕๑
รวม		๔๑	๘,๓๙๗	๘,๖๖๓	๑	๓	๒๗,๒๙๕

ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๑กรกฎาคม ๒๕๖๕

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลประชากรจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ลำดับ	สถานบริการ	ประชากรตามทะเบียนราษฎร
๑	รพ.สต.โคกสูง	๒,๖๙๐
๒	รพ.สต.หนองแวง	๔,๕๖๗
๓	รพ.สต.หนองม่วง	๔,๑๑๐
๔	รพ.สต.อ่างศิลา	๑,๒๔๗
๕	รพ.สต.ละลมติม	๒,๓๖๒
๖	รพ.สต.หนองม่วง	๑,๑๕๖
๗	รพ.สต.คลองตะเคียน	๒,๓๙๘
๘	รพ.สต.โนนหมากมูน	๒,๑๐๔
๙	รพ.สต.ไผ่งาม	๔,๑๑๘
๑๐	รพ.โคกสูง	๒,๙๔๓
รวม		๒๗,๒๓๗

ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

## ๑.๓ บุคลากร

## ข้อมูลบุคลากร โรงพยาบาล

ที่	ตำแหน่ง	รพ.โคกสูง	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ
๑	แพทย์	๕	๑ : ๕๔๔๗
๒	ทันตแพทย์	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๓	เภสัชกร	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๔	นักเทคนิคการแพทย์	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๕	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๖	นักวิชาการเงินและบัญชี	๕	๑ : ๕๔๔๗
๗	นักวิชาการสาธารณสุข	๕	๑ : ๕๔๔๗
๘	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๙	นักจัดการงานทั่วไป	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๐	นักวิชาการพัสดุ	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๑๑	นักกายภาพบำบัด	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๒	พยาบาลวิชาชีพ	๓๒	๑ : ๘๕๕
๑๓	แพทย์แผนไทย	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๑๔	พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย)	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๕	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๖	นวก./เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๓	๑ : ๙๐๗๙
๑๗	เจ้าพนักงานพัสดุ	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๘	เจ้าพนักงานธุรการ	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๑๙	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	๒	๑ : ๑๓๖๑๘
๒๐	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๓	๑ : ๙๐๗๙
๒๑	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๑๐	๑ : ๒๗๒๔
๒๒	พนักงานบริการ (เจ้าหน้าที่อื่นๆ)	๑๔	๑ : ๑๙๔๖
๒๒	พนักงานขับรถยนต์	๔	๑ : ๖๘๐๙
๒๓	พนักงานบริการ (รปภ.)	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๒๔	พนักงานบริการ (คนสวน)	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๒๕	พนักงานบริการ (แม่บ้าน)	๓	๑ : ๙๐๗๙
๒๖	พนักงานบริการ (ช่างซ่อมบำรุง)	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๒๗	พนักงานบริการ (ประชาสัมพันธ์)	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
๒๘	พนักงานเปเล	๑	๑ : ๒๗๒๓๗
รวม ทั้งหมด	๑๑๒		



## ๑.๔ ข้อมูลบุคลากร รพ.สต.

บุคลากร			จำนวน (คน)	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
สายงาน	ประจำ	สนับสนุน			
แพทย์	๐	๑	๑	๑ : ๒๗๒๙๕	
ทันตแพทย์	๐	๑	๑	๑ : ๒๗๒๙๕	
เภสัชกร	๐	๑	๑	๑ : ๒๗๒๙๕	
พยาบาล	๘	๐	๘	๑ : ๓๔๑๑	
นักวิชาการสาธารณสุข	๙	๐	๙	๑ : ๓๐๓๒	
จพ.สาธารณสุข	๑๐	๐	๑๐	๑ : ๒๗๒๙	
นักการแพทย์แผนไทย	๐	๑	๑	๑ : ๒๗๒๙๕	
จพ.ทันตสาธารณสุข	๒	๐	๒	๑ : ๑๓๖๔๘	
เจ้าพนักงานเย็บผ้า	๐	๐	๐	๐	
นักกายภาพบำบัด	๐	๑	๐	๑ : ๒๗๒๙	
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	๙	๐	๙	๑ : ๓๐๓๒	

## การวิเคราะห์ปัญหาเชิงกลยุทธ์

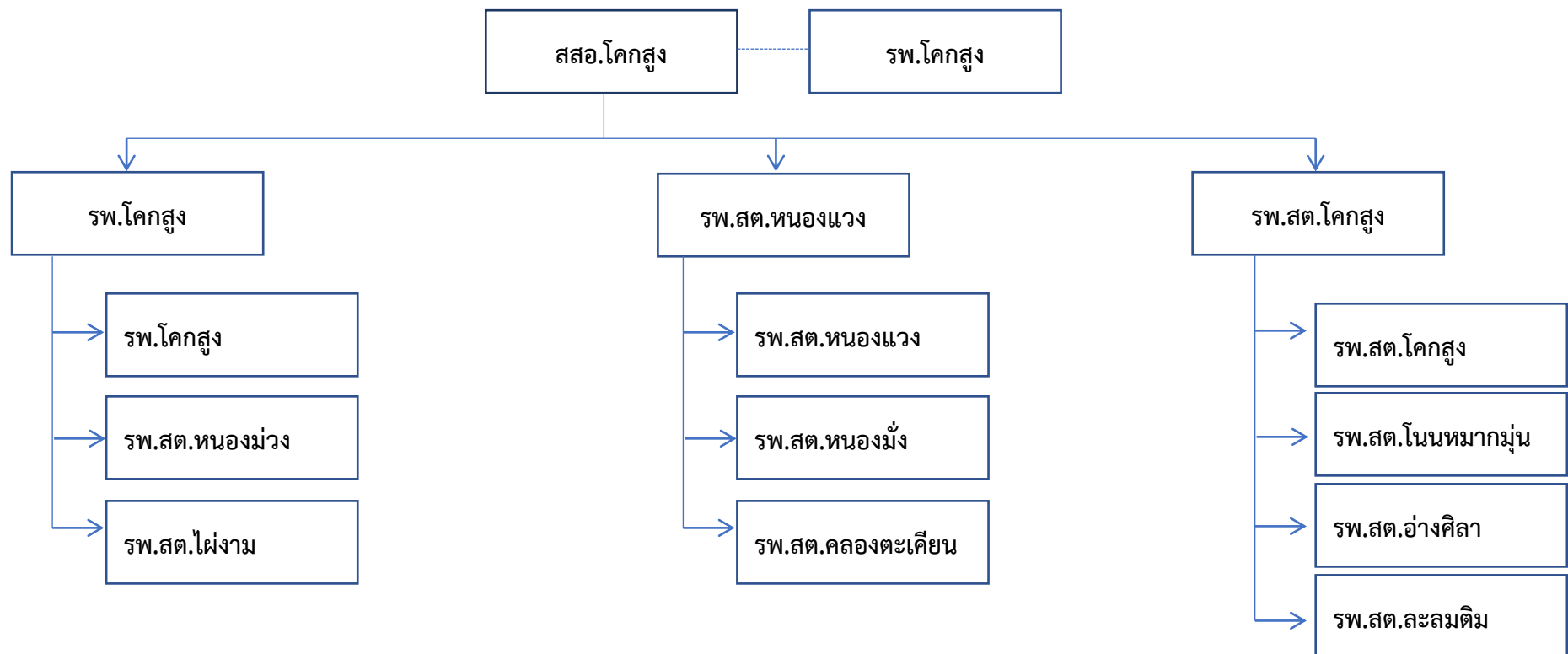
กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ๑๐ อันดับ

โรค / ปัญหาสาธารณสุข	องค์ประกอบ และน้ำหนัก					อันดับที่
	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	ความตระหนัก	คะแนนรวม	
	๕	๕	๕	๕	๒๐	
๑. มะเร็งทุกชนิด	๔	๕	๓	๒	๑๔	๖
๒. โรคความดันโลหิตสูง	๕	๕	๕	๔	๑๙	๑
๓. โรคเบาหวาน	๕	๕	๔	๔	๑๘	๒
๔. ใช้เลือดออก	๕	๓	๓	๒	๑๓	๗
๕. โรคผิวหนัง	๕	๕	๓	๓	๑๖	๔
๖. อุบัติเหตุทางถนน	๔	๔	๒	๒	๑๒	๘
๗. โรคสมองและหลอดเลือด	๔	๕	๔	๔	๑๗	๓
๘. มือเท้าปาก	๓	๒	๓	๓	๑๑	๙
๙. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	๓	๒	๒	๓	๑๐	๑๐
๑๐. การฆ่าตัวตาย	๕	๔	๓	๓	๑๕	๕

หลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาภาพรวมของอำเภอโคกสูงแล้ว พบว่า ปัญหาที่เป็นปัญหาอันดับ ๑ และเป็น ODOP/To Excellence ของอำเภอโคกสูงคือ โรคความดันโลหิตสูง และอันดับ ๒ และ ๓ ซึ่งปัญหาที่เป็นปัญหาระดับปฐมภูมิคือ โรคเบาหวานและโรคสมองและหลอดเลือด โดยในปี ๒๕๖๖ เครือข่ายบริการโคกสูงได้มีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหา และมีการถ่ายทอดแผนโดยทีมงานและคณะกรรมการ คปสอ. และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือนโดยทีมยุทธศาสตร์ของคปสอ.

## ส่วนที่ ๒ โครงสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการในระดับพื้นที่จำนวน ๙ แห่ง มีการจัดเครือข่าย ระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นลักษณะNPCU จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูง มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองม่วงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งามเครือข่ายบริการปฐมภูมิรพ.สตหนองแวง มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตะเคียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมั่ง เครือข่ายบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง มีลูกข่าย ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละลมติม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหมากมุ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา ภายใต้การสนับสนุน บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ตั้งแผนภูมิ



ส่วนที่ ๓ ขอบเขตการจัดบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพที่สำคัญที่เชื่อมโยงการส่งต่อระหว่างรพ.แม่ข่าย-รพ.สต.(Node) /รพ.สต.ลูกข่าย

ที่	ชื่อ รพ.สต./หน่วยบริการ	ศักยภาพและการจัดบริการ	ผลการประเมิน ปี ๖๔ (ระดับดาว)	เป้าหมายสะสมปี ๖๕	OTOP ปี๒๕๖๕ จำนวน ๑ เรื่อง
				๕ ดาว≥๗๐%	
๑	รพ.สต.โคกสูง	PCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๒	รพ.สต.หนองแวง	PCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๓	รพ.สต.หนองม่วง	PCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๔	รพ.สต.อ่างศิลา	WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๕	รพ.สต.ละลมติม	WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๖	รพ.สต.หนองม่วง	WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙
๗	รพ.สต.คลองตะเคียน	WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๘	รพ.สต.โนนหมากมูน	PCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๙	รพ.สต.ไผ่งาม	WBC	๕ ดาว	๕ ดาว	โรคเบาหวาน
๑๐	CUP โคกสูง		๔ ดาว	๕ ดาว	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

## การจัดคลินิกบริการสุขภาพที่สำคัญ

มี NCD Clinic จำนวน ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองม่วงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนหมากมุ่นมีการจัดระบบการให้บริการและการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์และบุคลากรเชิงคลินิกจากโรงพยาบาลโคกสูง ดังนี้

หน่วยบริการ	กำหนดวัน	เวลาบริการ	บุคลากรที่รับผิดชอบ	กิจกรรมการบริการ
รพ.สต.หนองแวง	วันอังคารที่ ๑ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางรัชณี เกิดบุญศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๑. คัดกรองโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน ภาวะอ้วน ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ๓. ติดตามรักษาผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน ฯลฯ ๔. ให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงผ่านคลินิก DPAC
รพ.สต.โนนหมากมุ่น	วันอังคารที่ ๒ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางดารารัตน์ สีนวล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
รพ.สต.หนองม่วง	วันอังคารที่ ๓ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางรติรัตน์ ขุมทองพิพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
รพ.สต.โคกสูง	วันอังคารที่ ๔ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางสุรัตน์ติกานต์ กันประชุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	

มี Clinic ทันตกรรม มีทันตสาธารณสุขให้บริการประจำ รพ.สต. ๓ แห่ง มีเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ รพ.โคกสูง ให้บริการ ๑ แห่ง และอีก ๕ แห่ง มีการจัดบริการที่มีลักษณะเป็น NODE บริการ คือเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ให้บริการประจำ รพ.สต.โคกสูง จะเป็นพี่เลี้ยงดูแล รพ.สต.ละลมติม เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ให้บริการประจำ รพ.สต.หนองแวง จะเป็นพี่เลี้ยงดูแล รพ.สต.หนองม่วงและ รพ.สต.คลองตะเคียน เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ให้บริการประจำ รพ.สต.หนองม่วง จะเป็นพี่เลี้ยงดูแล รพ.สต.ไผ่งาม และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุขที่ให้บริการประจำ รพ.โคกสูง จะเป็นพี่เลี้ยงดูแล รพ.สต.โนนหมากมุ่น และรพ.สต.อ่างศิลา

หน่วยบริการ	กำหนดวันบริการ	เวลาบริการ	บุคลากร	อุปกรณ์	กิจกรรมการบริการ
๑.รพ.สต.โคกสูง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาวอันธิกา สระปัญญา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	Unit ทันตกรรม	ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ให้คำแนะนำ
๒.รพ.สต.หนองแวง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาวธัญลักษณ์ กัณหารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	Unit ทันตกรรม	ปรึกษาสุขภาพช่องปาก ชูด อุด ถอนฟัน /ทำฟันเทียม ที่ รพ.แม่ข่าย
๓.รพ.สต.หนองม่วง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาวกร ไกรแก้ว เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	Unit ทันตกรรม	

## ๑. การนำองค์กร

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กร ประธานเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงได้วางยุทธศาสตร์ไว้ ๕ ประเด็น ๕ จุดเน้น ดังนี้

### ๕ ประเด็น ได้แก่

๑. Power of information
๒. Power of connection
๓. ระบบธรรมาภิบาล
๔. Tectnology ความทันสมัย
๕. การวางแผนการทำงานล่วงหน้า

### ๕ จุดเน้น ได้แก่

๑. จัดบริการให้ดีขึ้นภายใต้ทรัพยากรที่มีจำกัดเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพ “Better Service”

๒. พัฒนาระบบบริหารจัดการภายในองค์กรให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น “Better Management”

๓. จัดการทรัพยากรขั้นพื้นฐานขององค์กรให้เข้มแข็ง “Back to Basic”

๔. สร้างความเข้มแข็งให้หน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งให้บริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจ “Empowerment of Primary Care”

๕. พัฒนาระบบส่งต่อและสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยบริการเครือข่าย CUP โคกสูง “Referral System & Network Strengthening”

โดยมีเข็มมุ่ง คือ

๑. ผ่านการรับรองมาตรฐานสถานบริการสุขภาพ Hospital Accreditation (HA) ขั้น ๓

๒. สร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัย ๒P safety Cultures

๓. การลดระยะเวลาการรอคอย

๔. พัฒนาสิ่งก่อสร้างขั้นพื้นฐานในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน (Back to Basic facility)

๕. เป็นองค์กรแห่งความสุข ๙ ประการ (Happy organization)

๖. นำร่อง IPD paperless

๗. เพิ่มความสามารถตรวจสุขภาพเชิงรุก

๘. Monitoring Evaluation and Control (MEC) การปฏิบัติการทางสาธารณสุข ร้อยละ

๙๐ แสดงผลในรูปแบบ Dash Board ทุกเดือน

โดยประธานเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงได้มีการถ่ายทอดสื่อสารประเด็นยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ นโยบาย ให้แก่ทีมบริหารได้เข้าใจ และนำถ่ายทอดสู่ผู้ปฏิบัติ

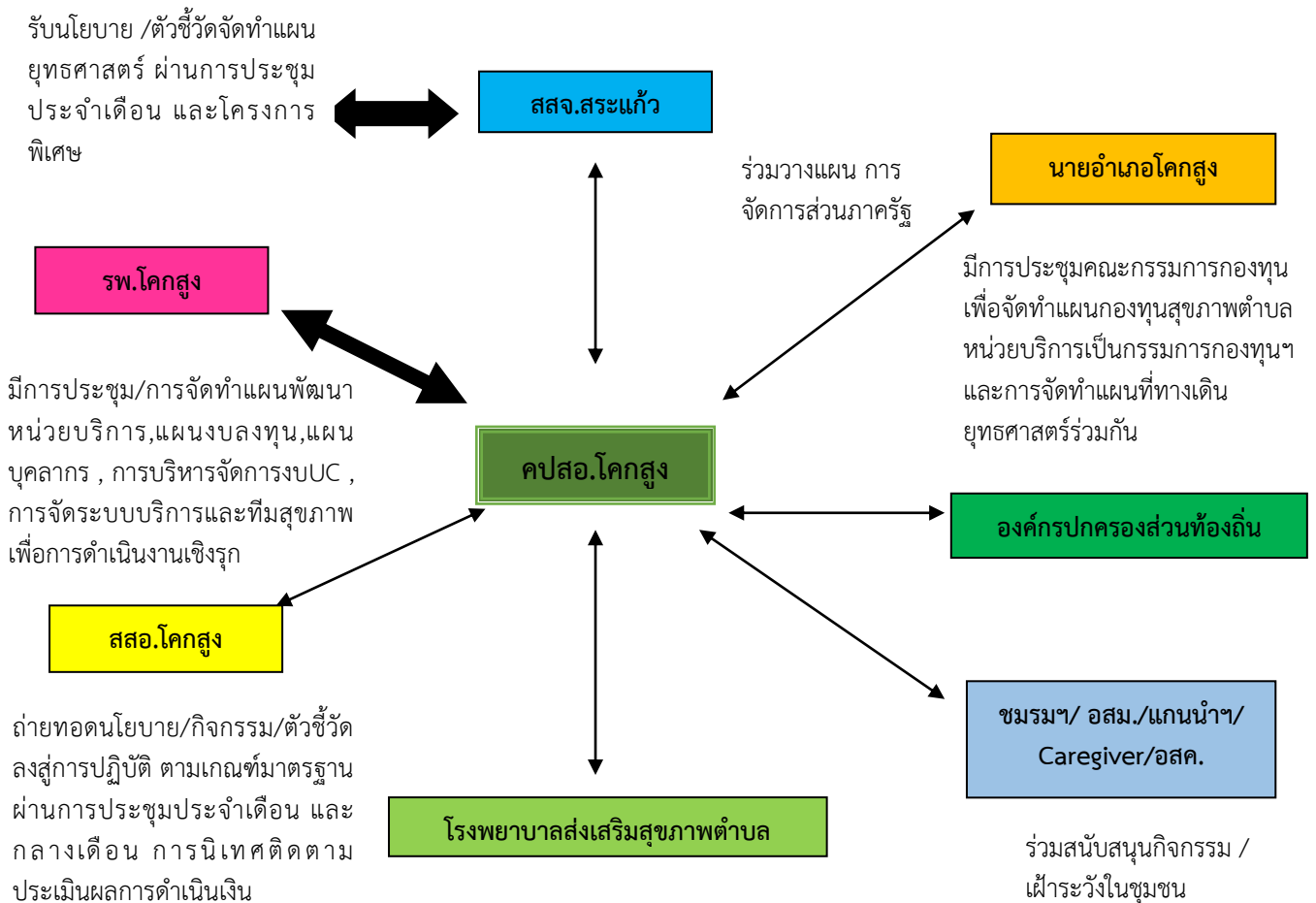
เครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงมีการควบคุม กำกับ ดูแล ประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีการจัดประชุมเพื่อติดตามงานเป็นประจำทุกเดือน มีการมอบหมายและแบ่งงานให้บุคลากรรับผิดชอบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานต่างๆ เพื่อช่วยทำงานเฉพาะกิจ หรือช่วยให้คำแนะนำปรึกษาต่อภารกิจ เฉพาะด้านที่เกี่ยวข้อง การประสานและควบคุมกำกับการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้หลักการบริหารงานแบบบูรณาการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง(คปสอ.โคกสูง) ทำหน้าที่เป็นการประสานการดำเนินงานในระดับ มีการบริหารจัดการตรวจสอบควบคุมกำกับ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในเพื่อตรวจสอบระบบ

บริหารงานของทุกหน่วยบริการ เพื่อความถูกต้องตามกฎระเบียบของทางราชการความโปร่งใสเป็นธรรม ตรวจสอบได้ และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโคกสูง(พชอ.) ทำหน้าที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันของส่วนราชการภายในอำเภอโคกสูง รวมทั้งมีการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบลทั้ง ๓ แห่งและอีก ๑ เทศบาล ในการดำเนินงานตามพันธกิจ

ที่ผ่านมาเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับความร่วมมือและดำเนินการแก้ไขปัญหาในปีงบประมาณพ.ศ ๒๕๖๕ มีการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ภายใต้ ๕ โครงการยุทธศาสตร์หลักและกระบวนการพชอ. ได้แก่

๑. Khoksung Smartkid คือโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน เพื่อแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการในเด็ก และพัฒนาการเด็ก
๒. Smart hospital & Smart network การบริหารจัดการองค์กร บุคลากร ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดของหน่วยบริการ
๓. Smart TB Khoksung คือ โครงการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคติดต่อในพื้นที่อำเภอโคกสูง
๔. Khoksung Smart Border คือ โครงการพัฒนาการจักระบบสาธารณสุขชายแดนโดยเน้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินการและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน
๕. Khoksung Smart EOC คือ โครงการการพัฒนาการระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
๖. พชอ. ได้แก่ ประเด็น การควบคุมป้องกันโรคโควิด-๑๙ การจัดการขยะ และการดูแลผู้สูงอายุ

**รูปแบบการปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง**



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการดำเนินงานกับเครือข่ายหน่วยบริการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๙ แห่ง ผ่านกระบวนการบริหารจัดการ การบริการ และวิชาการ ดังนี้

**การบริหาร** เน้นการสนับสนุนให้หน่วยบริการ มีแผนพัฒนาด้านบุคลากร แผนพัฒนาระบบบริการ แผนลงทุนนำไปสู่กิจกรรมตามโครงการ โดยวิธีการประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่ทุกคน เพื่อชี้แจง แนวทาง ปฏิบัติงานและข้อตกลงร่วมกัน การประชุมกลางเดือน สำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อมอบหมายงานตามนโยบาย

**การบริการ** มีการประชุมทีมสุขภาพเพื่อจัดกิจกรรมบริการให้ตอบสนองความต้องการสอดคล้องกับแผน เพื่อแก้ไขปัญหา การพัฒนาส่วนขาด และยกระดับคุณภาพการบริการของหน่วยบริการ เน้นให้มีกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมสุขภาพในพื้นที่ เช่น มหกรรมสุขภาพดี ที่นี้ โคกสูง อำเภอโคกสูงยิ้มเคลื่อนที่และถนนสายบุญสู่ โคกสูงเมืองแห่งความสุข การออกหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษา

**ด้านวิชาการ** มีการประกวดผลงานวิชาการประจำปีทั้งระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด และนวัตกรรมหน่วยบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อยู่เสมอ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น เมื่อได้แผนฯ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ มีการรวบรวมแผนเพื่อเสนอผู้บังคับบัญชา พิจารณา ดำเนินการตามแผนดังกล่าว โดยมีการติดตามและวัดความพึงพอใจ เป็นระยะ

ในด้านการจัดการแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น CUP นำแผนขอรับการสนับสนุนระบบบริการของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มารวบรวม และจัดทำแผนสนับสนุนระบบบริการเป็นแผนลงทุน แผนพัฒนาระบบบริการ แผนพัฒนาบุคลากร แผนพัฒนาคุณภาพบริการ และโครงการต่างๆ ของ CUP ในส่วนการแก้ไขปัญหาแบ่งเป็น ๒ ระดับได้แก่

**ระดับที่ ๑** ดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ทันทีตามความต้องการ และความคาดหวังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่การสนับสนุนบริการด้านความรู้ทางวิชาการ เรื่องไม่ซับซ้อน และเร่งด่วน เช่น การให้คำแนะนำในการจัดบริการเรื่อง วัสดุทางการแพทย์ ในแต่ละ รพสต.มาบริหารจัดการรวมกันที่ CUP หรือการจัดรูปแบบพื้นที่การให้บริการ เป็นต้น

**ระดับที่ ๒** ดำเนินการแก้ไขปัญหา ความต้องการและความคาดหวังของ รพสต. ตามมติที่ประชุมหรือแผนงานโครงการที่ต้องได้รับการอนุมัติจากผู้มีอำนาจ เช่น การจัดซื้อเครื่องมืออุปกรณ์หรือการสรรหาบุคลากรใหม่ไปปฏิบัติงานที่ รพสต.เพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน รพสต. หลังจากการดำเนินการตามแผนแล้ว มีระบบการวัดความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจ เป็นระยะๆ โดยการสังเกต พูดคุย สอบถามเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และนำผลการวัดความพึงพอใจ และความไม่พึงพอใจ มาพัฒนา ปรับปรุง ทั้งคน และงาน ในแต่ละระบบตามวงจร PDCA อย่างต่อเนื่อง

## ๒.การบริหารแผนกลยุทธ์

หลังจากได้รับการถ่ายทอดทิศทาง นโยบายที่สำคัญ และแผนปฏิบัติราชการจากผู้บริหารของสำนักงานงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วและในเวที Shop and Share แล้ว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลโคกสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการประชุมเพื่อทบทวนและแผนยุทธศาสตร์ ได้ถอดบทเรียนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา เพื่อให้ได้กลยุทธ์ที่เชื่อมโยง กับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเชิงพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพบริการ นำไปสู่การปฏิบัติและลงสู่ประชาชนในพื้นที่ โดย

**ขั้นที่ ๑ ขั้นเตรียมการ** ทีมนำ ได้นำผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีการขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนงานโครงการปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๕๑.๖๓ พร้อมทั้งได้นำนโยบายที่สำคัญของกระทรวง เขตสุขภาพ ตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวง จาก HDC ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เหลือง แดง) ปัญหาสุขภาพสำคัญในเชิง



พื้นที่ของอำเภอโคกสูง และความต้องการของผู้รับบริการ การวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก มากำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ตามบริบทของเครือข่าย

**ขั้นที่ ๒ ขั้นจัดทำแผนกลยุทธ์** ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ ๕ ปี และ แผนปฏิบัติการรายปี ในช่วงเดือนสิงหาคม-ตุลาคม

**ขั้นที่ ๓ ทำแผนปฏิบัติการ** มีการประชุมสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้กับทีมนำ ผู้รับผิดชอบงาน หัวหน้ากลุ่มงาน /ฝ่าย/หัวหน้างาน ผอ.รพ.สต. และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นนำแผนมากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับปัญหาของเครือข่าย และสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ โดยในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เครือข่ายมีกิจกรรมที่เน้นหนักและเป็นประเด็นยุทธศาสตร์จำนวน ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) Khoksung Smart Kids ๒) ๑-๒-๒ Plus Smart TB. Khoksung ๓.Smart hospital&Smartnetworkและ ๔) Khoksung Smart Border๕)Khoksung Smart EOC

โดยมีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบรายประเด็นยุทธศาสตร์อย่างชัดเจนและมีแผนงานประจำ จำนวน ๑ แผนงาน งบประมาณที่ใช้ในการจัดทำแผนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕จำนวนทั้งสิ้น ๓,๓๘๖,๒๘๖ บาท แหล่งงบประมาณจาก งบส่งเสริมเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP), งบกองทุนหลักประกันตำบล, งบพัฒนาจังหวัด, งบสปสช., งบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระแก้ว, งบสป.สธ., และจากเงินบำรุง

**ขั้นที่ ๔ นำแผนลงสู่การปฏิบัติ** ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของเครือข่าย และรพ.สต. ผู้รับผิดชอบแผนงานรวบรวมแผนนำเสนอขออนุมัตินายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และดำเนินโครงการให้เสร็จสิ้นภายใน เดือนสิงหาคม และเบิกจ่ายงบประมาณเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๕

**ขั้นที่ ๕ ควบคุมติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติการทุกเดือน** ซึ่งได้จัดทำเป็นแผนควบคุมกำกับและแผนรายงานความก้าวหน้าตามยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการของเครือข่ายและรพ.สต. โดยรายงานทีมนำ รายงานสสจ.ในเวทีการประชุม คปสจ. และมีการทบทวนและปรับแผนรอบ ๖ เดือน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประเมินผลแผนปฏิบัติการราชการทุกเดือน ประเมินแผนเงินบำรุงของ รพ.สต.แผนพัฒนาบุคลากร และแผน Plan fin ทุกเดือน และปรับเปลี่ยนแผนรอบ ๖ เดือน โดยเน้นการแก้ไขปัญหาในเชิงยุทธศาสตร์ ภายใต้เข็มมุ่ง ร่วมกันคือ “ระบบสุขภาพเข้มแข็ง การจัดการสาธารณสุขชายแดนมีประสิทธิภาพ ประชากรร่วมกันเป็นเจ้าของ สุขภาวะแห่งความสุขแบบยั่งยืน ปี ๒๕๖๙”

### ๓. การจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่สอดคล้อง เชื่อมโยง ไปในทิศทางเดียวกัน ตอบสนองเป้าหมาย พันธกิจของหน่วยบริการทุกระดับ

#### การจัดการความรู้

ปรับระบบการเรียนรู้โดยใช้ระบบการเรียนรู้จากงาน การเรียนรู้ช่วงเวลารับ-ส่งเวร บุคลากรใหม่ มีระบบพี่เลี้ยง จัดเพิ่มพูนความรู้ในองค์กรในโรคที่สำคัญโดยใช้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยงานให้ความรู้ มีการเรียนรู้ร่วมกันจากการทบทวนกิจกรรม ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การจัดอบรมภายในโรงพยาบาลโคกสูงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูงแก่บุคลากร ในเครือข่ายจัดอบรม CPR, การจัดอบรมของICและนิเทศงานปีละ๒ครั้งตลอดจนการส่งอบรมหน่วยงานภายนอกทุกปีตามความเหมาะสมเพื่อนำมาพัฒนาระบบงานในเครือข่าย รวมถึงการจัดประกวดงานวิจัย นวัตกรรม CQI RbR โดยเชิญวิทยากร

ผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุรพ.สต.นำข้อมูลปัญหาในงานระบบงานมาทำผลงาน จัดประกวดผลงานวิชาการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงเป็นประจำทุกปี โดยโรงพยาบาลโคกสูง มีการจัดประกวดแบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้ ประเภทวิจัยประเภทนวัตกรรมและ CQI นวัตกรรมที่ส่งเข้าประกวดจะเน้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหน้างานเพื่อมาสร้างเป็นนวัตกรรมของแต่ละหน่วยงานโดยนวัตกรรมที่คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตัดสินจะได้ส่งเข้าประกวดในระดับจังหวัดต่อไปปี ๒๕๖๓ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดวิจัยแบบโปสเตอร์ และได้รับรางวัลชมเชยการประกวดนวัตกรรมแบบบรรยาย ปี ๒๕๖๖ มีแผนดำเนินการประกวดวิชาการในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๖ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำ CPG ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ PCT เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เช่น Sepsis Stroke, STEMI, HT, DM, COC ,Palliative Care เป็นต้น

### การวัดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ,โรงพยาบาลโคกสูงและโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการบริการสุขภาพรวมถึงการมีและใช้โปรแกรมดังนี้

๑. การเก็บข้อมูลผู้รับบริการผ่านโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยJHCIS
๒. การเก็บข้อมูลผู้รับบริการผ่านโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาลด้วย HosXp
๓. ระบบส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลจากโรงพยาบาลโคกสูงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้การเขียนใบ

นำส่ง

๔. ระบบส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลจากโรงพยาบาลโคกสูงกับโรงพยาบาลในจังหวัดโปรแกรม Thai Refer
๕. โปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโคกสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้โปรแกรม Thai COC

๖. มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ ในโปรแกรม Vision ๒๐๒๐

๗. มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มหญิงอายุ ๓๐-๖๐ปีโดยใช้โปรแกรมCXS ๒๐๑๐

๘. โปรแกรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ Depression เพื่อการเฝ้าระวังในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเมื่อถูกค้นพบได้เร็ว จะได้รับการดูแลรักษาที่ทันเวลา

๙. โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง (PPIS) ของ สปสช. โดยการบันทึกผ่าน WEB SITE ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคกลุ่ม Metabolic และที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๑๐. โปรแกรมงานระบาดวิทยา (R ๕๐๖) ใช้บันทึกผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคได้อย่างครบถ้วนทันเวลา

๑๑. โปรแกรมแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medicine

๑๒.ระบบสารสนเทศอื่นๆที่สนับสนุน เช่นระบบ Internet การใช้ E-Mail และ ระบบ File Transfer Protocol (FTP) ในการรับส่งข้อมูลรูปแบบ Electronic file

๑๓. โปรแกรม Health Explorer เป็นโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใช้ในจังหวัดสระแก้วเพื่อการจัดการฐานข้อมูลร่วมกันของเครือข่าย

๑๔. มีระบบกำกับติดตามความถูกต้อง ครอบคลุม และน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยใช้โปรแกรม HDC

๑๕. ทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุการตายโดยใช้ข้อมูลจาก รพ.โคกสูง รพ.สต.และอำเภอโคกสูง

๑๖. โรงพยาบาลโคกสูงใช้ระบบ paperless ทั้งระบบ ส่วน รพ.สต.ในเครือข่ายมีแผนเริ่มในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖

๑๗. จัดทำระบบข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยแพทย์ up date ทุก ๑ เดือน ระบบสต.ทุกแห่ง มีระบบ pre-alert singe (pop up)

๑๘.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรม Hosoffice ในการบริหารจัดการข้อมูลด้านบุคลากรการลา การใช้รถราชการ งานพัสดุ การใช้ห้องประชุม งานธุรการ งานอื่นๆ และกำลังขยายให้ สสอ.และรพ.สต.ใช้ร่วมกันในปี ๒๕๖๖ ทุกแห่ง

๑๙.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรม HRMS ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกประเภทในโรงพยาบาล

๒๐.โรงพยาบาลโคกสูงใช้ Morning round โดยคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล Risk round โดยทีม RISK และ PCT และ Walk round โดยเลขาท่านผู้อำนวยการ เพื่อสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล

### การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อการบริหารและการดูแลผู้ป่วย มีการนำโปรแกรมระบบงานมาใช้ได้แก่โปรแกรม Hos-XP ในส่วนรพ.สต. ใช้ JHCIS ใช้ Thai COC และ Thai-Refer นำมาใช้เพื่อส่งต่อดูแลต่อเนื่อง

มีคณะกรรมการดำเนินงานวิเคราะห์และวางระบบด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อแก้ไขปรับปรุงให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและบริการผู้ป่วยและเพิ่มรายได้จากข้อมูลที่ส่งออกอย่างเป็นระบบ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงได้ทำแผนจัดหาเครื่องเซิร์ฟเวอร์เป็นศูนย์กลางระบบการจัดการฐานข้อมูลด้วย MySQL และมีเครื่องเซิร์ฟเวอร์สำรอง และแยกที่จัดเก็บอย่างปลอดภัย มีการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แบบ PC /Note book อย่างเพียงพอพร้อมใช้งานครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

มีการ Back up ข้อมูลใน ๓ แบบคือ Real time , Auto ทุกวันเวลา (HosXp ๒๑.๐๐ น.และ ๐๑.๐๐ น. /JHCIS ๑๒.๐๐ น.และ ๑๖.๐๐ น.) และแบบ Manual โดย Admin ทุกวันเวลา ๐๙.๐๐ น. มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่และกำหนดบทบาทรับผิดชอบอย่างชัดเจน มีการวางระบบการใช้เครื่องคอมพิวเตอร์สำรองในลูกข่าย โดยแต่ละจุดบริการมีคอมพิวเตอร์ลูกข่ายมากกว่า ๑ ชุดและมีเครื่องคอมพิวเตอร์สำรองที่พร้อมใช้กรณีเป็นระบบบริการใช้ Manual

ด้านการบริหารจัดการ มีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถดูข้อมูลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ด้านการพัฒนาคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลให้แก่ทีมนำทางคลินิกต่างๆ และผู้บริหาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ด้านการวิจัย มีระบบสนับสนุนข้อมูลและโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่องานวิจัย

นโยบายการลดความแออัดและการรอคอยในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ใช้โปรแกรมเรียกคิวเพื่อให้ผู้มารับบริการรับทราบข้อมูลในขณะรับบริการ การรับทราบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง ทั้งการส่งต่อจาก รพ.สต.มายัง รพ. จาก รพ.ไปยังหน่วยรับ Refer ที่มีศักยภาพที่สูงกว่า รวมทั้งการรับ Refer จาก รพ.สระแก้ว ใช้ Thai refer , Thai COC เพื่อรองรับการเข้าถึงข้อมูล ในส่วนโรงพยาบาลพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อความสะดวกในการจัดเก็บและค้นหาข้อมูล ลดการสิ้นเปลืองกระดาษ

#### ๔. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการจัดระบบบริหารบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามภาระหน้าที่ที่กำหนด ความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ การจัดระบบประเมินและพัฒนาผลงานของบุคลากร การบริหารค่าตอบแทน และวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร เกื้อหนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลงานที่ดี มีขวัญกำลังใจ เกิดการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง

##### **ความรู้ความสามารถและจำนวนของบุคลากร**

เพื่อพัฒนาบุคลากรทุกระดับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร โดยใช้ข้อมูลจากความเสี่ยง ข้อร้องเรียน การทบทวนทางคลินิก การตามรอย และปัญหาการทำงานที่ผ่านการวิเคราะห์ ร่วมกันมีการกำหนด leaning need ดังนี้

กลุ่มผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ผอ.รพ.สต.มีการอบรมผู้บริหารระดับต้น ทีม HR อบรมด้านวิชาการ สร้างสุขภาวะด้านบริหารจัดการ

กลุ่มวิกฤตและฉุกเฉิน : ส่งอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๔ เดือน (ปี ๒๕๖๖: ๑ คน)

กลุ่มชุมชน : ส่งอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว ๔ เดือน (ปี ๒๕๖๕-๖๖ : ๔ คนทั้ง รพ.และ รพ.สต.)

กลุ่ม NCD Care team : ส่งอบรมหลักสูตร ๔ เดือน เช่น NCD Manager,การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP)

กลุ่ม Care Team : อบรมระยะสั้นในโรคสำคัญ DM อบรมคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน อบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีแผน re-training ในบุคลากรทุกวิชาชีพ ทุกปี เช่น NP ทั้ง CUP

งาน ANC EPI :อบรมที่เน้นเชิงวิชาการ/ทฤษฎี และการเรียนรู้ในสถานการณ์จริง เพื่อลดความเสี่ยงในการปฏิบัติงานทั้งใน รพ.และ รพ.สต.อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

งานบริหาร การเงิน บัญชี พัสดุ โปรแกรมRCM : แม่ข่ายได้จัดอบรมความรู้พัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาล สสอ.และ รพ.สต.อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

งานประกันสุขภาพและเวชระเบียน : แม่ข่ายจัดอบรม MRAพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรทั้งในโรงพยาบาล สสอ.และ รพ.สต.อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง

กลุ่มอื่นๆ : อบรมการเจรจาไกล่เกลี่ย,การใช้โปรแกรมระบบงาน,การให้รหัสโรคและ audit เวชระเบียน ,การฟื้นฟูความรู้ IC , ระบบเครื่องมือ ,การล้างมือ,ซ้อมอัคคีภัย ,ซ้อมแผนรองรับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

สำหรับเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเข้ารับการอบรมตามการประเมินสมรรถนะว่ามีความต้องการอบรมในด้านใด หรือมีส่วนขาดด้านใด ก็จะขอเข้ารับการอบรมตามส่วนขาดนั้นๆ โดยใช้งบประมาณในภาพของ CUP ทั้งหมด

สำหรับจำนวนของบุคลากร จะดำเนินการกำหนดตามกรอบ และส่วนขาด ใน รพ.และรพ.สต.จึงมีกระบวนการสับเปลี่ยนช่วยเหลือกันตามเครือข่ายและตามที่ขาด มีทั้งการไปปฏิบัติงานประจำและไปช่วยในการปฏิบัติงานเป็นครั้งคราวโดยผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้วนำเข้าไปประชุม คปสอ.เพื่อทำข้อสรุปที่ชัดเจน และเป็นแนวปฏิบัติ

### การให้คุณค่ากับบุคลากรและการสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม

ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แสดงถึงความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น ๓ ในปี ๖๕ และ re accreditation ครั้งที่ ๒ ๑ ปี ๒๕๖๘ ส่วน รพ.สต.ทุกแห่งให้ผ่านติดดาวระดับ ๕ ดาวส่วนที่ผ่านแล้วให้รักษาระดับไว้ตลอดไป การสร้างบรรยากาศการทำงานแบบพี่น้อง ลงมือทำงานร่วมกัน ไม่มีการแบ่งกลุ่ม มีความสามัคคีในการทำงาน ให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ดีในองค์กร มีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับ ทุกหน่วยงานได้รับทราบและเข้าใจ โดยเฉพาะการเลื่อนขั้นเงินเดือน มีการใช้การประเมินผลสัมฤทธิ์ ของงานเพื่อพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน โดยถ่ายทอดจากตัวชี้วัด ของแผนกลยุทธ์เครือข่ายตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ( Job Description ) คือหน้าที่ตามแผนยุทธศาสตร์ หน้าที่ตามภารกิจ และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้คะแนนร้อยละ ๗๐ และอีกร้อยละ ๓๐ เป็นการประเมินสมรรถนะหลักที่องค์กรต้องการมีการจัดทำตัวชี้วัดระดับบุคคลครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยกำหนดให้แต่ละคนมีตัวชี้วัด ๕ ตัวชี้วัด ครอบคลุมทุกหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคล ในองค์กร โดยมีการประเมินปีละ ๒ ครั้ง และกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผลงานวิชาการอย่างน้อย ๑ เรื่องในทุกปี

บุคลากรทุกคนในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงได้รับโอกาส ในการพัฒนาตนเองและเข้าร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆทั้งในทีมคุณภาพและทีมงานอื่นๆได้รับการสนับสนุนให้ก้าวหน้าในสายวิชาชีพอย่างเต็มที่ทั้งจาก HR และหัวหน้างานในทุกระดับ ผู้บริหารและทีมงานมีการประชุมประเมินพัฒนากำลังคนเพื่อฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนาตนเองจากข้อเสนอการประเมินสมรรถนะ มอบหมายงานให้ปฏิบัติเพื่อให้ความพร้อมและเตรียมตัวเพื่อการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามข้อกำหนดทางราชการ และสวัสดิการเกื้อหนุนเพิ่มเติมจากทางโรงพยาบาล ให้สวัสดิการเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างชั่วคราวและลูกจ้างรายวันสามารถนอนห้องพิเศษได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายพร้อมของเยี่ยม บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพตามกลุ่มเสี่ยงจากทางโรงพยาบาลทุกปี มีการจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานด้วยกระบวนการ ๕ ส.พร้อมทั้งมีการประเมินและประกวดในองค์กร จัดกิจกรรมรับน้องใหม่เพื่อสร้างความสัมพันธ์ภาพ ความสามัคคีปีละ ๑ ครั้ง กิจกรรมสร้างสุขภาพและความสนุกสนาน ผ่อนคลายความเครียด จากการทำงานโดยการออกกำลังกายแอโรบิค เดิน วิ่งทุกวันพุธ (โครงการ Happy walk Happy run ) การอวยพรวันเกิดการเลี้ยงข้าวกลางวันให้กับเจ้าหน้าที่ทุกวันประชุมประจำเดือน การเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจที่ดี และทำให้เจ้าหน้าที่สนิทสนมกันมากขึ้น สร้างสัมพันธ์ภาพและความสามัคคีโดยโรงพยาบาลโคกสูงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูงจัดงานวันสำคัญปีใหม่ วันสงกรานต์เป็นภาพ CUP พร้อมมีการแจกและแลกของขวัญ รับประทานอาหารวันร่วมกัน กิจกรรมมอบรางวัล/ชื่นชมแก่ผู้ที่ดำเนินกิจกรรมประสบความสำเร็จ “คนติดดาว” ของโรงพยาบาลดำเนินการทุกเดือน/เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงปีละ ๑ ครั้ง

### ๕. การจัดกระบวนการ

#### การจัดบริการในสถานบริการ

OPD การจัดบริการผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินงานภายใต้เกณฑ์คุณภาพ QSC เพื่อให้ ผู้รับบริการพึงพอใจ ลดแออัดใน รพ.สต. มีการกำหนดวันเวลาให้บริการผู้ป่วย มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่าง เพียงพอ ในการบริการผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงการจำแนก คัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคติดต่อที่มีโอกาส แพร่กระจายเชื้อได้ จึงมีการจัดบริการตามหลัก IC ให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกรายต้องผ่าน

จุดคัดกรองเตรียมMaskและแอลกอฮอล์เจลไว้ที่จุดคัดกรองจัดตั้งคลินิก ARI สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจผู้ป่วยที่สงสัย Covid ๑๙ จัดที่นั่งสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจเป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว การตรวจรักษาทั่วไปจัดเตรียมและมี อุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ในรพ.สต.ที่มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๘ แห่ง พยาบาลจะเป็นผู้ตรวจรักษาเป็นหลัก ใน กรณีติดประชุม-อบรม เจ้าหน้าที่อื่นจะเป็นผู้ตรวจรักษาแทน ภายใต้การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ ทบทวนตรวจสอบการรักษาในเวชระเบียน ซ้ำทุกราย (การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า) ปี๒๕๖๓ พบการระบาดของโรค ใช้เลือดออก เครือข่ายดำเนินการจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อม cup ขนาดต่างๆ ๒ แบบ ให้รพ.สต.ทุกแห่งให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน และจัดอบรมทำtourniquet test เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ใช้เลือดออก ในระยะเริ่มแรก แก่พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพถ่ายทอดให้แก่เพื่อนร่วมงานในสถานบริการ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำCPG การดูแลผู้ป่วย DM HT Stroke STEMI DHF TB Sepsis Anaphylaxis เป็นต้น ลงไปใช้ใน รพ.สต. ด้วย โดยผ่านการคิดการตรวจสอบ การพิจารณา ในภาพ คปสอ.และอนุมัติการใช้โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอ ER การจัดบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินงานโดยภายใต้เกณฑ์ ECS แม่ข่ายวางระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน แก่ทุกรพ.สต.๙ แห่ง คัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ MOPH ED triageทั้งเครือข่าย พัฒนาความรู้ทักษะแก่เจ้าหน้าที่โรคที่มีความเสี่ยงสูง ชักซ้อมระบบรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหรือ fast track ให้รักษาส่งต่อได้ทันเวลาผู้ป่วยปลอดภัย มีการ check และเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้อยู่เสมอ ปี ๒๕๖๓ ปรับปรุงโครงสร้างห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ECS

### การจัดบริการ NCD

NCDคลินิก เครือข่ายโคกสูงมีการจัดบริการและระบบดังนี้ การจัดระบบในการดูแลแบบ DM Clinic ใน โรงพยาบาล ในวันพฤหัสบดี ทุกสัปดาห์ HT Clinic ในวันพุธ ทุกสัปดาห์ CKD Clinic ในวันศุกร์ทุกสัปดาห์ ใน กรณีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและควบคุมความดันโลหิตได้ดีจะส่งรายชื่อกลับมายัง รพ.สต. ให้ดูแลเพื่อลด ปัญหาการเดินทางไกล โรงพยาบาลกำหนดแผนการให้บริการในเครือข่ายบริการโดย แพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ ออกตรวจใน รพ.สต. ๔ แห่ง ๑ ครั้ง/เดือน ให้บริการโดยมีทีมสหวิชาชีพจาก รพช. และ รพ.สต. ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร Case Manager DM, พยาบาลวิชาชีพ, Lab, กายภาพ, แพทย์แผนไทย มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง FCT ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีระบบ Consult ผ่าน Line group, โทรศัพท์ จาก FCT อำเภอ การพัฒนาผู้ปฏิบัติ งาน DM/ HT ระดับ รพ.สต.โดยพยาบาลจัดการรายการโรค (Case Manager) DM ระดับ CUP มีการจัดทำCPG ดูแล ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีการประชุมคณะกรรมการ NCD Board เดือนละ ๑ ครั้งให้ความรู้ทาง วิชาการใหม่โดยแพทย์ที่ปรึกษา ถ่ายทอด การใช้งาน CPG ให้กับทุกวิชาชีพใน รพ.สต.แม่ข่ายสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ในส่วนของภาคีเครือข่ายมีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีร่วมประชุมวางแผน จัดทำแผนสุขภาพเพื่อ แก้ปัญหาเบาหวานของอปท. ได้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

### แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ๑.จัดแยกบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากผู้ป่วยทั่วไป
- ๒.จัดอสค.ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่บ้าน

### พันธกรรม

มีการให้บริการทางทันตกรรมในหน่วยบริการ คือ โรงพยาบาลโคกสูง และ รพ.สต. อีก ๙ แห่ง ซึ่งเป็น รพ.สต. ที่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำการจำนวน ๓ แห่ง มีการให้บริการดูแลประชากรจำนวน ๓ ตำบล และทางโรงพยาบาลโคกสูงให้การดูแลอีก ๑ ตำบล มีการดำเนินงานในอำเภอในลักษณะเครือข่ายบริการ จำนวนทั้งสิ้น ๒ เครือข่ายบริการ ให้การดูแลครอบคลุมประชากรทั้งหมด ๔ ตำบล โดยมีทันตแพทย์ทำหน้าที่กำกับดูแล และให้คำปรึกษาในแต่ละเครือข่าย พร้อมทั้งสนับสนุน วัสดุทางทันตกรรม ตลอดจนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ให้แก่ รพ.สต. ลูกข่ายในทุกตำบล และเมื่อมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจะทำการแก้ไขในลักษณะภาพ CUP โดยมีการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อปรึกษาปัญหาในระหว่างดำเนินการ และมีการจัดประชุมร่วมกันของบุคลากรทางด้านทันตกรรมประจำอำเภอไม่ต่ำกว่าปีละ ๒ ครั้ง เพื่อถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงาน ตลอดจนปรึกษาปัญหาที่พบในระหว่างดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานในปีนั้นๆได้ อย่างเป็นระบบ โดยพบว่าใน ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และใน ๒๕๖๓ ทางด้านกลุ่มงานทันตกรรมมีแผนพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการทางทันตกรรม มีการจัดสรรเครื่องมือให้มีความเพียงพอต่อการให้บริการที่มากขึ้น และมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆ ให้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น เพื่อสามารถให้การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

### เกสรกรรม

การกระจายยาเย็น (วัคซีน) แก่ รพ.สต. ทั้ง ๙ แห่งและหน่วยบริการในโรงพยาบาล ใช้ระบบ Log Tag ในการติดตามอุณหภูมิระหว่างการขนส่งตลอดจนการเก็บรักษาวัคซีน และมีแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดการเดินทางจาก รพ.สต. มารับวัคซีนที่โรงพยาบาลเป็นให้รถจากโรงพยาบาลขนส่งไปให้ รพ.สต. แทน การเพิ่มพูนความรู้ให้ผู้ประกอบวิชาชีพในช่วง ๓ ปีที่ผ่านมา

๑. จัดทำกล่องยาฉุกเฉินพร้อมทั้งคู่มือการใช้ยาให้กับ รพ.สต.
๒. จัดทำบัญชียา รพ.สต. แนวทางการใช้ยาทุกรายการที่มีในบัญชียา รพ.สต. และผู้ที่สามารถจ่ายยาได้
๓. จัดทำคู่มือการบริหารยา ช้อบ่งใช้ ค่าเตือนตามบัญชียา รพ.สต.
๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
๕. จัดทำสื่อ คู่มือ แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU
๖. จัดทำปฏิทินการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ยาสำหรับผู้ป่วยแพ้ซัลฟา ยาผู้ป่วยที่เป็น G6PD
๗. จัดทำคู่มือยาที่ต้องกินแสง
๘. จัดทำสติ๊กเกอร์ยากันแสง ยาในหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร
๙. จัดอบรม-ประชุมวิชาการอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๑๐. ออกตรวจเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. พร้อมทั้งประเมินและนำผลการประเมินมาทบทวนร่วมกับทีมรพ.สต. ปีละ ๒ ครั้ง
๑๑. เกสรกรรมทุกคนเข้าร่วมอบรมวิชาการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ละครึ่งการศึกษา

ต่อเนื่อง CPE

การเก็บสำรองยา

อัตราสำรองยา  $\leq 2$  เดือน โดยมีแนวปฏิบัติในการเก็บรักษาให้เหมาะสมและมีคุณภาพ พร้อมให้บริการ ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การเตรียมการเมื่อไฟดับหรือตู้เย็นเสีย การตรวจสอบและรายงานยาที่ใกล้หมดอายุ การบริหารจัดการคลังยาใน รพ.สต.โดยใช้ JHCIS บริหารทั้งคลังนอกและคลังใน ใช้ Log Tag Thermometer recorder ในการบันทึกอุณหภูมิตู้วัคซีนตามจุดบริการและประเมินผลเป็นประจำทุกเดือน พัฒนาโปรแกรมเบิกยาประจำเดือนของ รพ.สต.ผ่าน Google Drive เพื่อให้สะดวกในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้เบิกและและจ่าย โดยข้อมูลที่จำเป็นในการเบิกยาคือ จำนวนยาที่จ่ายจริงใน ๑ เดือน และยอดคงคลัง ณ วันที่ลงข้อมูล โปรแกรมจะคำนวณจำนวนที่จะต้องจ่ายจริงตามอัตราการใช้เฉลี่ย ซึ่งจะทำให้อัตราคงคลังยาใน รพ.สต. ไม่เกิน ๒ เดือน ลดการสต็อกยา ป้องกันยาหมดอายุได้และพัฒนาระบบขนส่งยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา ทันตกรรม จ่ายกลาง และแล็บ ไปยังหน่วยบริการเดือนละ ๑ ครั้ง เริ่มดำเนินการปีงบประมาณ ๒๕๖๔และพัฒนาระบบขนส่งยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา ทันตกรรม จ่ายกลาง และแล็บ ไปยังหน่วยบริการเดือนละ ๑ ครั้ง เริ่มดำเนินการปีงบประมาณ ๒๕๖๕

**ลงข้อมูลในช่วงสีชมพูเท่านั้น		รพ.สต. ลงข้อมูล												จำนวนอัตโนมัติ		หมายเหตุ						
ที่	รายการ	ขนาดบรรจุ	ยอดคงคลังยกมา ปี 2562	อัตราการใช้ ปี 2562	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ก.ค.-62	ยอดคงเหลือ	รวม	MIN	MAX	อเบิกใหม่	จ่ายจริง	
<b>ยาเม็ด</b>																						
1	Amoxicillin 250 mg cap	500's	80	50	0	80	100									0	0	105	140	110	110	
2	Chlorpheniramine 4 mg tab	1000'	110	300	310	400	330									80	0	80	423	590	430	1,000
3	Cyproheptadine 4 mg tab	1000's	940	300	120	400	220									240	0	240	150	280	150	0
4	Diclofenac 25 mg tab	500's	0	300	200	190	320									110	0	110	269	395	270	300
5	Dicloxacillin 250 mg cap	500's	120	80	0	0	30									90	0	90	23	0	-30	0
6	Dicyclomine 10 mg tab	1000's	800	150	80	140	80									500	0	500	331	275	-340	0
7	Dimenhhydrinate 50 mg tab	1000's	100	150	120	120	80									120	0	120	56	115	60	60
8	Domperidone 10 mg tab	500's	110	20	0	0	0									110	0	110	80	70	-80	0
9	Ferrous fumarate 200 mg tab(ใน 1000's)	1000's	1,030	809	30	930	1,770									200	550	750	502	920	510	550
10	Folic acid tab(ใน 1000's)	1000's	110	120	0	40	30									740	0	740	645	613	-650	0
11	Glyceril Guaiacolate 100 mg ts	500's	70	230	240	320	330									90	0	90	330	470	330	350

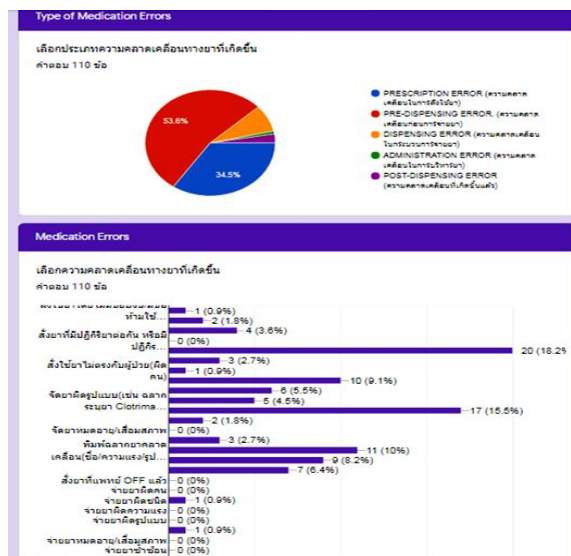
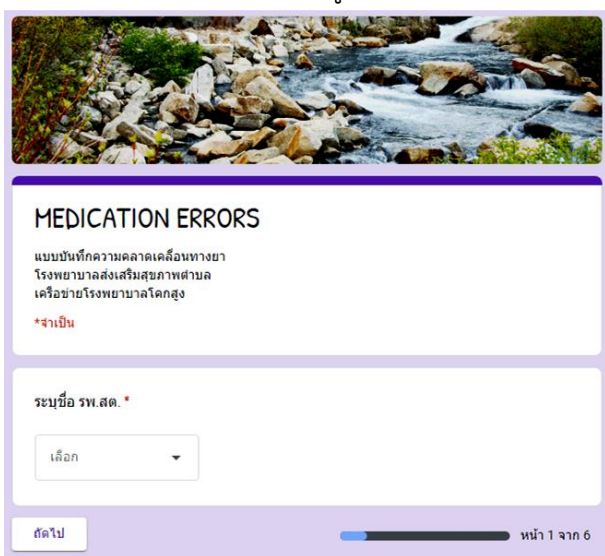
### การเก็บสำรองยาฉุกเฉิน

คณะกรรมการ PTC ทบทวนรายการยาฉุกเฉินและจุดสำรองยาฉุกเฉินตามบริบทของจุดให้บริการ ได้แก่ ห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยใน รถรีเฟอร์ และ รพ.สต. โดยจัดทำกล่องยาฉุกเฉินให้แต่ละจุด ๑ กล่อง และสำรองไว้ที่ห้องยา ๑ กล่อง หลังจากที่ใช้ยาในกล่องฉุกเฉินแต่ละจุดที่สำรองต้องนำกล่องยามาเปลี่ยนทันที ห้องยาจะจัดยาให้เท่ากับจำนวนที่ใช้ไปพร้อมกับระบุวันที่หมดอายุของยาที่เร็วที่สุด เพื่อป้องกันยาหมดอายุ การปฏิบัติตามนโยบายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- จัดทำรายการซื้อพ้องมองคล้าย ซึ่งนำข้อมูลมาจากการเก็บความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อย ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จัดทำบอร์ดคู่ยา LASA ที่พบบ่อย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาไม่ถูกต้อง
- จัดทำทะเบียนผู้ป่วยแพ้ยาในแต่ละเดือนส่งต่อให้ รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ



๓. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย G๖PD ในแต่ละเดือนส่งต่อให้ รพ.สต. เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วย G๖PD
๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพทย์ที่พบใน รพ.สต. และแบบฟอร์มส่งต่อข้อมูลมาที่โรงพยาบาล
๕. พัฒนาแบบฟอร์มการลงข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และการส่งต่อข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละ รพ.สต. ให้ รพ. รับทราบข้อมูล เพื่อหาแนวทางป้องกัน โดยใช้การบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาผ่าน Google Docs เพื่อลดการบันทึกด้วยมือ เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูล เกสซ์กรจะเห็นข้อมูลทันทีโดยไม่ต้องถ่ายเอกสารส่งรายงานมาให้ อีกทั้งทาง รพ.สต. สามารถดึงรายงาน ME ที่ลงเก็บใส่แฟ้มได้ทันที ข้อมูลไม่สูญหาย และ Google Docs จะวิเคราะห์ข้อมูลให้ ได้แก่ สัดส่วนของ รพ.สต. ที่ส่งรายงาน ME จำนวน ME ที่พบในแต่ละวัน ประเภทของ ME ที่พบ รายการยาที่เกิด ME รูปแบบยาที่เกิด ME และระดับความคลาดเคลื่อนทางยา A-H



การใช้ยาต้านจุลชีพตามความจำเป็น

เพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลได้สร้างระบบงานและเครื่องมือเพื่อติดตามการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยดึงรายงานเพื่อติดตามตัวชี้วัดยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล หากมีตัวชี้วัดใดยังไม่ถึงเป้าหมายจะประสานงานกับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อหาสาเหตุและแนวทางร่วมกันรายงานตัวชี้วัด RDU ระดับโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพจำนวน ๔ ตัวชี้วัด และตัวชี้วัด รพ.สต. ๒ ตัวชี้วัดทุกเดือน เพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมาย สร้างแบบฟอร์มแนวทางการวินิจฉัยและการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน ๓ โรค โดยจะต้องลงลายมือชื่อทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ยา

ผลการดำเนินงานตามแผนงานใช้ยาสมเหตุผลและแผนงานการใช้ยาต้านจุลชีพตามตัวชี้วัด RDU ในโรงพยาบาลประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ทั้งหมด ๑๘ ตัวชี้วัด โรงพยาบาลผ่าน RDU ๑(รพ.) ชั้นที่ ๒ และ RDU ๒(รพ.สต.) ชั้นที่ ๓

**๖. การมุ่งเน้นผู้มารับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ**

เครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงมีการกำหนดจำแนก ประชากรเป้าหมายและผู้มีส่วนได้เสีย เป็นกลุ่มต่างๆ ศึกษาความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้มารับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นั้นๆ เพื่อกำหนดข้อกำหนดบริการและแนวทางการดำเนินงาน ให้ตอบสนองและสอดคล้องกับความต้องการ

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
<b>๑.กลุ่มผู้รับบริการมี ๕ กลุ่ม ได้แก่</b>		
๑.กลุ่มผู้รับบริการทั่วไป	ความรวดเร็ว และประทับใจ ได้รับ คำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้อง	พัฒนาระบบคุณภาพเครือข่าย ด้วย QLN ๖ ระบบงาน ลดการแออัดในโรงพยาบาล รอไม่นาน
๒.กลุ่ม Acute & Emergency	ความพร้อม (preparedness) มีความ พร้อมในการรับผู้ป่วยฉุกเฉิน รักษา หรือส่งต่อ ถูกต้อง ปลอดภัย ได้ มาตรฐาน	แผนการพัฒนารายโรคตาม service plan ได้แก่ <b>กลุ่ม trauma</b> : HI, Multiple trauma, blunt trauma ,Traffic Accident <b>กลุ่ม acute</b> : AMI, Stroke, sepsis,DHF,คลอดฉุกเฉิน
๓.กลุ่ม Chronic (Good Control & Good habit)	ตรวจคัดกรอง เสริมสร้างพลังในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การ ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี	แผนพัฒนารายโรคได้แก่ DM HT COPD/Asthma มะเร็งตับ
๔.กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่ สามารถแพร่กระจายได้	Safety ไม่แพร่กระจายเชื้อ	แผนพัฒนารายโรค แนวทางการดูแล ผู้ป่วยHIV/TBยังไม่เปิดคลินิกให้บริการ แพลนเปิดให้บริการปี๒๕๖๖
๕.กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	ได้รับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	อบรม care giver วางระบบ LTC ใน เครือข่าย
<b>๒. กลุ่มผู้ป่วยโรคที่มีความสำคัญ</b>		
Chronic		
DM	๑.ผู้ป่วย DM สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลตนเองและ ควบคุมโรคได้ (HbA๑c < ๘) เพิ่มขึ้น ๒.ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM ๓.ลดการ Admit ด้วยภาวะ hypo- hyperglycemia	-พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย เบาหวานที่บ้าน เรื่องการช้ยา อาหาร การออกกำลังกาย -ทำคลินิก DPAC สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
HT	๑.ผู้ป่วย HT สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิต ได้เพิ่มขึ้น ๒.ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย HT ๓.ลดการขาดนัด การขาดยา	-ปรับระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด -วิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC เพื่อวางแผน พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย -การจัดกิจกรรม โปรแกรมสนับสนุนการ จัดการตนเองของผู้ป่วย HT ในคลินิก HT ในการแลกเปลี่ยนความรู้ พฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพจากเพื่อผู้ป่วยด้วยกัน

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
COPD/Asthma	<p>๑.ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เรื่องการใช้ยา</p> <p>๒.visit ที่ ER ลดลง</p>	<p>-การเสริมพลังผู้ป่วยกลุ่ม control ,Readmit</p> <p>-จัดทำ CPG ทบทวนการใช้ CPG ให้รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและส่งต่อ รพ.</p> <p>-เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ COC ค้นหา risk factor ในกลุ่มผู้ป่วย Un-control(ที่มา visit &gt; ๓ ครั้ง ใน ๓ เดือน)</p>
Palliative care	<p>๑.เพิ่มจำนวน Good Death ใน case end of life</p> <p>๒.เพิ่มจำนวน Palliative ที่สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้</p>	<p>-การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุม</p> <p>-ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม Palliative care เพิ่มเติม</p> <p>-วางระบบการดูแลผู้ป่วย Palliativeในการรับกลับจาก รพร. และส่งกลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง</p>
กลุ่ม Acute		
AMI	<p>-เพิ่มความแม่นยำและความรวดเร็วในการวินิจฉัยและส่งต่อภายใน ๓๐ นาที</p> <p>-ให้ความรู้ ความเข้าใจ และหาปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสำคัญ</p>	<p>๑.พัฒนาระบบFast Tract ตั้งแต่รพ.สต.ถึงแม่ข่าย พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถประเมินEKGเบื้องต้นได้ถูกต้องทันเวลา พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒.จัดกิจกรรม ๓SACT/ป่วย ประชาสัมพันธ์ โดยเน้นการให้ความรู้ การประเมินตนเองและการเข้าถึงบริการ</p>
Stroke	<p>-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้ทันเวลา มาถึง รพ.โคกสูง ภายใน ๒ ชั่วโมง</p>	<p>๑.การเข้าถึงบริการ การประเมินวินิจฉัย และการดูแลส่งต่อ วางระบบ Alert signs พัฒนาระบบFast Tract ตั้งแต่ รพ.สต. การฟื้นฟูสมรรถภาพ post stroke จัดทำแผนที่การเข้าถึงบ้านผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ร่วมกับ รพ.สต.เพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วยิ่งขึ้น</p> <p>๒.ปรับปรุงระบบ Pre-hospital</p> <p>๓.ผู้ป่วย Post-stroke เพื่อทำการฟื้นฟู</p> <p>๔.จัดกิจกรรม ๓SACT/ป่วย ประชาสัมพันธ์ โดยเน้นการให้ความรู้ การประเมินตนเองและการเข้าถึงบริการ</p>

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
sepsis	ได้รับการประเมินตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็วได้รับการรักษาและส่งต่อ	พัฒนาCPG การดูแลผู้ป่วยSepsis ตั้งแต่ รพ.สต.และ แม่ข่าย
DHF	วินิจฉัยรวดเร็วและถูกต้อง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดการระบาดของโรค	Missed/Delayed Dx. ,พัฒนาระบบ การควบคุมโรคให้รวดเร็ว ,จัดทำเกณฑ์ การ Refer ในผู้ป่วย DHF ร่วมกับ จังหวัด ,ประสานท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมใน การควบคุมโรค
คลอดฉุกเฉิน	ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ส่งต่อ ทันเวลา	พัฒนาศักยภาพการช่วยทำคลอดของ พยาบาลห้องฉุกเฉินจัดทำ CPG ผู้คลอด ฉุกเฉิน /แผนส่งจนท.ฝึกทำคลอดที่รพ. แม่ข่าย
กลุ่ม Trauma		
HI	ลดเสียชีวิตและพิการ	ปรับการประเมิน risk score, การดูแลที่ บ้าน
Multiple trauma, blunt trauma	๑. เพิ่มประสิทธิภาพของทีม FR,ALS ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple trauma ที่ RTS >๔ ๓. ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี	เพิ่มประสิทธิภาพทีม FR , พัฒนา ศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการ ประเมินและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุด เกิดเหตุ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินและการ ดูแลขณะรอทีม EMSพัฒนาทีม ALS โดยการส่งเข้าอบรมหลักสูตร ATLS/Pre Hospital Nurse/EMT-B และพยาบาล เฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
ภัยสุขภาพ		
มะเร็งท่อน้ำดี		
Traffic Accident	ขยายเครือข่ายระบบ EMS ให้ ครอบคลุมพื้นที่และสร้างภาคีเครือข่าย ร่วมสนับสนุนปฏิบัติการการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	ประสานงานกับเครือข่าย อปท. ในการ พัฒนาระบบ EMS ให้ครอบคลุมพื้นที่ และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ,เพิ่มบริบท ของพื้นที่ มีการกำหนดจุดเสี่ยง เช่นโค้ง อันตราย บริเวณนี้เกิดอุบัติเหตุบ่อย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงมีการนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมาใช้กำหนด  
คุณลักษณะของบริการ จากข้อมูลผู้ป่วยรอรับบริการนาน มีการปรับระบบการให้บริการให้เร็วยิ่งขึ้นโดยนำ  
ระบบการนัดล่วงหน้า คิวอัตโนมัติ และระบบ paper less มาใช้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับ  
บริการได้เร็วขึ้นจัดให้มีทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้าน จัดทีมสหวิชาชีพลงตรวจผู้ป่วยที่ รพ.สต. ในปี  
๒๕๖๖

เครือข่ายบริการสุขภาพมีการวัดความพึงพอใจของประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ยระดับเครือข่าย และในโรงพยาบาล สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการปรับปรุงโดยเพิ่มการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ประเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูล มีการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการหลากหลายช่องทาง ได้แก่ ผู้รับ ความคิดเห็น โดยมีการ เปิดตู้ทุกวันเพื่อความรวดเร็วในการรับรู้และแก้ไขปัญหา, การรับฟังจากผู้รับบริการ โดยตรง, จากเสียงสะท้อนชุมชน ประชุมอสม. ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ จาก การสำรวจความพึงพอใจ, รายงานเหตุการณ์สำคัญ, การรายงานอุบัติการณ์ การพูดคุยกันโดยตรงหรือจากขณะ การดูแลผู้ป่วยในการจัดบริการ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและผู้รับบริการเช่น จัดให้มีห้องน้ำ ทางลาดชัน สำหรับ ผู้สูงอายุและผู้พิการ การรักษาความลับในเวชระเบียน การจัดการความเสี่ยง จากการรับบริการ มีการ เปลี่ยนแปลง และนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้น: ได้แก่

- ปรับระบบบริการผู้ป่วยนอก มีจุดคัดกรอง แผนกเวชระเบียนและตรวจสอบสิทธิ์ เป็นแบบ One Stop Service
- โรงพยาบาลและเครือข่ายติดป้ายประกาศและประชาสัมพันธ์การให้บริการทั้งในสถานบริการ และเว็บไซต์โรงพยาบาล
- ปรับระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโดยกำหนดจุดตรวจที่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ
- ปรับปรุงจัดระบบ Work Flow ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและระบบงาน QLN โดยทีมพี่เลี้ยง (QLN) ของ คปสอ.ลงนิเทศ
- ดำเนินการสร้างที่พักขยะติดเชื้อในทุกรพ.สต.จำนวน ๙ แห่ง พร้อมทั้งทบทวนระบบจัดเก็บทั้ง เครือข่าย
- ปรับปรุงระบบและพัฒนาผู้ดูแลระบบ LAN และ Internet ในระบบบริการ
- ปรับปรุงอาคาร ลดความแออัด และให้เข้าถึงได้สะดวก
- ปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการเพิ่มขึ้น ปรับปรุงสวนหย่อม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวัง และเพิ่มความผูกพัน : จัดให้มีนักประชาสัมพันธ์ประจำโรงพยาบาลคอยต้อนรับ สอบถามและให้คำแนะนำ เป็นการสร้าง ความสัมพันธ์อันดับแรกเพื่อสร้างความรู้สึกที่ดี เกิดความรู้สึกที่เป็นกันเองระหว่างเจ้าหน้าที่ กับ ผู้รับบริการ, มีการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น มีน้ำดื่ม, มุมอ่านหนังสือ, การร่วมจัดกิจกรรมในสถานศึกษา เป็นต้น มีการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันทั้งในด้านสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยแพทย์, การออกหน่วยอำเภอเยี่ยม ประจำเดือน การตรวจและคัดกรองสุขภาพข้าราชการประจำปี หน่วยจังหวัดเคลื่อนที่ และด้านอื่นๆได้แก่ กิจกรรม สำคัญของทางราชการ งานจิตอาสาต่างๆ

## ๗.กระบวนการดูแลผู้ป่วย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ได้ใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น ๖ กระบวนการ

๑. การเข้าถึงบริการและการเข้ารับบริการ เน้นที่การลดอุปสรรคในการเข้าถึง เช่น ขั้นตอน การให้บริการ จัดจุดบริการใกล้ๆกัน เป็นต้น ในเรื่องการดูแลฉุกเฉินและส่งต่อ มีจัดให้มีบริการรักษาพยาบาล ตลอด ๒๔ ชั่วโมง มีจุดคัดกรองผู้ป่วยที่สามารถคัดแยกผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว มีบริการ ๑๖๖๙ มีศูนย์รับเรื่อง ร้องเรียน มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการให้ประชาชนทั้งอำเภอทราบโดยผ่านการประชุมต่างๆ การเปิด ช่องสื่อสารทั้งในหน่วยบริการและนอกหน่วยบริการ ลดขั้นตอนการให้บริการในจุดบริการผู้ป่วยนอก มีการจัด สถานที่นั่งรอตรวจอย่างเพียงพอ มีการให้ความรู้ขณะรอตรวจ

๒. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ/การวินิจฉัย โดยจุดคัดกรองดูปัญหาและความต้องการเร่งด่วน และนำส่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหน่วยงานจะประเมินแรกรับให้ครอบคลุม การตรวจประกอบการวินิจฉัย และทำการวินิจฉัยโรคและให้การดูแลตามแผน มีการบันทึกและอธิบายผลให้ผู้รับบริการรับทราบ อีกทั้งมีการเตรียมทั้งคน อุปกรณ์ เครื่องมือให้เพียงพอและดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้รับบริการทั้งหมด

๓. การวางแผนแบ่งเป็นการวางแผนดูแลผู้ป่วย โดยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม อ้างอิงมาจากหลักฐานทางวิชาการ มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติและสื่อสารให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานทราบ พร้อมทั้งมีการทบทวนงานและเฝ้าระวังความเสี่ยงตลอดเวลา และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลพร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องที่จะดูแลต่อทราบต่อไป

๔. การดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับบริการจะได้รับการบริการอย่างทันท่วงที มีความปลอดภัย เหมาะสม เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ แบ่งเป็น การดูแลทั่วไป การดูแลที่มีความเสี่ยงสูง และการดูแลเฉพาะ

๕. การให้ข้อมูลและเสริมพลังเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง รพ.โคกสูงจัดทำในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยNCD

๖. การดูแลต่อเนื่องใช้กิจกรรมของ COCเข้ามาดำเนินการ

โดยใช้ Patient Care Process เข้ามาดำเนินการมีทั้งหมด ๑๒ ขั้นตอน จากการทบทวน กระบวนการดูแลผู้ป่วยปี ๒๕๖๕ เราพบว่า ในแต่ละขั้นตอนยังพบปัญหาในโรคต่างๆซึ่งเราได้นำมาวางแผน แก้ไขในปี ๒๕๖๖มีดังนี้ กิจกรรมและกลุ่มโรคตัวแทน ๑. Access ๒. Entry (STROKE) ๓. Assessment (DHF) ๔. Investigation ๕. Diagnosis (Sepsis, STEMI) ๖. Plan of care (IMC) ๗. Discharge plan ๘. Reassess (DM) ๙. Care of patient ๑๐. Communication ๑๑. Information and empowerment (TB, DM, COPD) ๑๒. continuity

#### การดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่รับบริการต่างๆ ไป แยกคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง ดูแลผู้ป่วยได้เฉพาะกลุ่ม DM, HT, COPD, Asthma, CKD จัดแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ออกตรวจผู้ป่วย DM HT ใน PCU ๔ แห่ง และมีระบบยาใจใกล้บ้าน ให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการควบคุมโรคได้ดี ควบคุมอาการได้ประสานงานทางระบบ Thai refer และ Thai COC การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม: มี triage nurse คัดแยกผู้ป่วย ระหว่าง OPD และ ER เมื่อเข้า ER triage nurse โดยใช้ MOPH ED triage OPD โรงพยาบาลและ รพ.สต. มีการคัดแยก ผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคทางเดินหายใจมีการจัดโซนแยกผู้ป่วย สำหรับผู้ป่วยต่างชาติโรงพยาบาลมีแผนจัดบริการคลินิกขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติแบบ One stop service

#### การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ในผู้ป่วย DM มีการทำ Self-health group และเข้าโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองโดยให้กลุ่มที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีเป็น Model ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและประสาน รพ.สต. ติดตามเยี่ยม กลุ่ม Good control วางระบบส่งกลับ รพ.สต. ตาม Criteria แพทย์ ออกตรวจ PCU เมื่อผู้ป่วยเจาะเลือดชุดใหญ่ ฟังผลเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการไปตรวจตามนัด ไม่ขาดยา จัดระบบคินยา กรณีจัดยาเกินมีเปรียบเทียบยาใหม่กับยาเดิมในสมุดประจำตัว ลงบันทึก off ยาใน Hos-xp ทุกครั้งเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการใช้ยา ในกรณีลืมเอาสมุดประจำตัวมา วางแผนตรวจ Lab รายปี สนับสนุนให้มีชมรมผู้ป่วย เบาหวาน กรณีควบคุม น้ำตาลได้ดีในพื้นที่เดียวกัน นัดพร้อมกัน เพื่อที่จะเดินทางไป-กลับพร้อมกัน Manager ออกนิเทศ รพ.สต. ปี ละ ๒ ครั้ง โดยใช้เกณฑ์ NCD คุณภาพ ส่งผลให้ ภาวะแทรกซ้อนลดลง การดำเนินการปี ๒๕๖๒ ในราย Un-

control ให้ข้อมูลและคำปรึกษารายบุคคลโดยดูตามวิถีชีวิต ปรับระบบติดตามการ ฆาตน์ด โดยส่งข้อมูลให้ รพ.สต. ติดตามในรายฆาตน์ด ๑ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓วางแผนตรวจ Lab รายปี High light สีเขียว เหลือง แดง ตามระดับ ความดันโลหิตและCKD เกสซ์กรตรวจสอบและแจ้งแพทย์ในการปรับขนาดยา ตามการทำงานของ ไตและการชะลอไตเสื่อม ส่งข้อมูลให้ รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมและส่งข้อมูลตอบกลับ ปี ๒๕๖๓เปิดให้บริการ คลินิกชะลอไตเสื่อมกลุ่ม Good control ส่งไปรับบริการที่ PCU ใกล้บ้านโดยแพทย์จะออกตรวจทุก ๒ เดือน

การดูแลต่อเนื่อง

๑.กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ชั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ: ได้แก่ กลุ่มโรค เรื้อรัง Stroke, DM, COPD, TB ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย เช่นผู้ป่วย มะเร็งระยะ สุดท้าย ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหาร ใส่ หลอดลมคอผู้ป่วย หลังคลอด

๒.การดูแลขณะส่งต่อ มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางที่ รพ.อรัญประเทศ และ รพ.รระ แก้ว จะมีการติดตามผ่านทางโทรศัพท์ และติดตามการส่งกลับผ่านระบบ Thai COC งาน COC ติดตามข้อมูล จากรพ.แม่ข่ายที่ลงไว้ใน Thai COC และส่งต่อ รพ. สต.ในพื้นที่รับผิดชอบ ทั้งเรื่องยา อุปกรณ์ หรือหัตถการ ต่างๆ ที่ผู้ป่วยควรได้รับเมื่อลงสู่พื้นที่และมีการติดตาม เยี่ยมโดยทีม COC ทีมหมอครอบครัว กายภาพ/เกสซ์ กร/พยาบาล ร่วมกับ Care giver ที่ได้รับการอบรมแล้ว

๓.ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:การนัดหมาย ผู้ป่วยจะลงบันทึกนัดใน Hos-xpและให้บัตรนัดแก่ผู้ป่วยทั้งในรายที่รับยาต่อเนื่อง รับยาโรคประจำตัวให้ตรง วันของคลินิก เฉพาะโรค ตรวจตามนัด ทำกายภาพบำบัด ในผู้ป่วยกลุ่มที่จะต้องเยี่ยมบ้าน จะลงข้อมูลใน โปรแกรม Thai COC มีการเปิดรับข้อมูลทุกวัน และจัดการส่งข้อมูลลงสู่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบ ในรายที่เกิน ศักยภาพของ รพ.สต. ทีมสหวิชาชีพจะลงเยี่ยมภายใน ๗ วัน ในผู้ป่วยTB จัดระบบ ติดตามนัดล่วงหน้า และใช้ ระบบการดูแลตามมาตรการ ๑:๒:๒ ในกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ช่วงบ่ายวันศุกร์จะโทรติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจ นอกคลินิกโดยดูตามจำนวนยาที่เหลือ กรณีติดต่อไม่ได้ ประสานรพ.สต.ติดตามภายใน ๔๘ ชั่วโมง ผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและฝึกทักษะ หลังจากที่ถูกจำหน่าย จะมีระบบนัดหมายและให้ คำปรึกษา หลังจำหน่าย เช่น มีเบอร์โทรศัพท์สำหรับโทรสอบถามขอความช่วยเหลือหรือแนะนำ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลใกล้บ้านที่สามารถเข้ารับบริการได้ กรณีที่ยากลำบากในการเข้าถึงระบบช่วยเหลือ เช่น ไม่มี โทรศัพท์ มีการประสานกับสถานบริการในเขตรับผิดชอบในการออกเยี่ยมผู้ป่วยและให้ความช่วยเหลือ

## ๘. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

### นโยบาย และแผนกลยุทธ์

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพพร้อมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพระดับอำเภอ มี ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และแก้ไขปัญหาตามตัวชี้วัด เป็นภาพเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสูง เป็น Project manager มีการจัดประชุมคปสอ. ทุก ๒ เดือน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ( พชอ.)Distric Health Board (DHB)ของอำเภอ โคกสูง ช่วยในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ

## ๑)โรคและภัยสุขภาพของพื้นที่

นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตาม ขนาด ความรุนแรง ความยากง่าย ความตระหนักได้ดังนี้

โรค / ปัญหาสาธารณสุข	องค์ประกอบ และน้ำหนัก					อันดับที่
	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	ความตระหนัก	คะแนนรวม	
	๕	๕	๕	๕	๒๐	
๑. มะเร็งทุกชนิด	๔	๕	๓	๒	๑๔	๖
๒. โรคความดันโลหิตสูง	๕	๕	๕	๔	๑๙	๑
๓. โรคเบาหวาน	๕	๕	๔	๔	๑๘	๒
๔. ใช้เลือดออก	๕	๓	๓	๒	๑๓	๗
๕. โรคผิวหนัง	๕	๕	๓	๓	๑๖	๔
๖. อุบัติเหตุทางถนน	๔	๔	๒	๒	๑๒	๘
๗.โรคสมองและหลอดเลือด	๔	๕	๔	๔	๑๗	๓
๘. มือเท้าปาก	๓	๒	๓	๓	๑๑	๙
๙.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	๓	๒	๒	๓	๑๐	๑๐
๑๐.การฆ่าตัวตาย	๕	๔	๓	๓	๑๕	๕

ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน	แหล่งข้อมูล
โรคไข้เลือดออก	ข้อมูล ปี ๒๕๖๕ -พบผู้ป่วย DF จำนวน ๑๙ ราย อัตราป่วย ๗๐.๐๑ ต่อแสนประชากร	งานระบาดวิทยา, สสอ./รพ.โคกสูง
โรคโควิด-๑๙	ข้อมูล ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔พบผู้ป่วย๑,๕๙๑ ราย อัตราป่วย ๕,๘๒๘.๘๙ต่อแสนประชากร ข้อมูล ปี ๒๕๖๕พบผู้ป่วย๓,๕๑๒ ราย (ATK) อัตราป่วย ๑๒,๘๖๖.๘๒ต่อแสนประชากร	งานระบาดวิทยา, สสอ./รพ.โคกสูง
โรคเบาหวาน	อัตราป่วย ๒๒๓.๑๙ ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๙.๑๕ เทียบกับปี ๖๔	กลุ่มงานปฐมภูมิรพ.โคกสูง
โรคความดันโลหิตสูง	อัตราป่วย ๑,๓๔๘.๘๕ ต่อแสนประชากร	กลุ่มงานปฐมภูมิรพ.โคกสูง
วัณโรค	๒๐ ราย / ร้อยละ๗๔.๓๙ กลุ่มโรคติดต่อมีแนวโน้มสูงขึ้น	งานระบาดวิทยา สสอ./รพ.อรัญ

ได้ประเมินสุขภาพ(ODOP) ๓ ลำดับสำคัญ ที่อยู่ในแผนที่ต้องเฝ้าระวังดังนี้ ๑)โรคความดันโลหิตสูง ๒)โรคเบาหวาน ๓)โรคสมองและหลอดเลือด ซึ่งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ได้จัดทำแผนงาน/โครงการการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ โดยใช้กระบวนการการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์ เหตุการณ์ต่างๆ มาประกอบการจัดทำแผนงาน/โครงการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



### โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

มีการตั้งเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ และโรคความดันโลหิตสูง มีการตั้งเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ โดยมีการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำเข้าสู่ระบบการนัดหมายเพื่อวินิจัยโรค สำหรับกลุ่มผู้ป่วยมีการติดตามรายบุคคล เพื่อประมวลผลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตสูงได้ เข้าสู่คลินิก DPAC เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล และรายกลุ่มตามสภาพปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการติดตาม ดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมี อาสาสมัครสาขาระงับโรค (อสค.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรซึ่งในปี ๒๕๖๒ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ ๔๕.๑๑ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ ๖๐.๗๗

### โรคไข้เลือดออก

มีระบบการเฝ้าระวังจากแผนกต่างๆ เช่น เมื่อมี Case ที่แผนก ER หรือ OPD และ IPD เจ้าหน้าที่ประจำตึกจะแจ้งในกลุ่มไลน์ SRRT ของ CUP โคนสูง จากนั้นเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลโคนสูงจะสอบสวนโรคและแจ้งรายละเอียดข้อมูลให้พื้นที่ และเจ้าหน้าที่ที่จะลงควบคุมโรคตามแนว ๓-๓-๑ โดยมีภาคีเครือข่ายประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น กรณีเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนและในโรงเรียน มีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน เทศบาล อบต. วัด ชุมชน เพื่อร่วมกันป้องกัน ควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรค ในปี ๒๕๖๕ มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยของอำเภอโคนสูงเท่ากับ ๕๑.๔๒ ต่อแสนประชากร โดยได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมรณรงค์ทั้งอำเภอ ภายใต้การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการควบคุมโรค เช่น อบต. เทศบาล วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม.

มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยทีม SRRT ทุกเดือน หรือในกรณีเร่งด่วน หรือหากตรวจสอบได้เพื่อการติดตามผลการดำเนินงานและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน มีการประชุมร่วมกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรค ให้ความรู้เรื่องโรค และขอความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

### โรคโควิด-๑๙

มีเป้าหมาย ลดผู้ป่วยรายใหม่และการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นมาตรการป้องกัน D-M-H-T-T ใน ชุมชน วัด โรงเรียน การสื่อสารความเสี่ยง มุ่งเน้นมาตรการ Covid free setting ในโรงเรียน สถานประกอบการ ส่วนราชการ การค้นหาเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยใช้กระบวนการเชิงรุกอสม.เคาะประตูบ้าน ,Active surveillance และ Activeserway การกักตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการแบบ Home Quarantine และ Local Quarantine มีการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปัจจุบันมีการดำเนินการโดยใช้ผลตรวจ ATK ดำเนินการรักษาแบบ HI และ SI

มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ และมีการเปิด EOC เพื่อการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติงานในส่วนในพื้นที่ชายแดน การพัฒนาระบบส่งต่อ และการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

การรายงานเมื่อพบคนไข้โควิด-๑๙ จะรายงานเมื่อห้องแลปรพ.โคนสูง แจ้งผลคนไข้ RT-PCR หรือ ATK Positive ผ่านทางกลุ่มไลน์ จากนั้นเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลโคนสูง จะดำเนินการสอบสวนโรคและแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมให้กับพื้นที่ และพื้นที่ที่จะลงควบคุมโรคตามแนวทางต่อไป และจะมีการดำเนินการ

พินยาฆ่าเชื้อโดยมีท้องถิ่นร่วมดำเนินการ โดยมีภาคีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น กรณีพบผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในชุมชนและในโรงเรียน จะมีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน เทศบาล อบต. วัด ชุมชน เพื่อร่วมกันป้องกันควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในวงกว้างรวมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

#### แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง

- (๑) การขับเคลื่อนให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบล ระดับอำเภอ
- (๒) มีแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญ สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่
- (๓) กำหนดนโยบายชัดเจนในด้านบุคลากร องค์ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ งบประมาณ แผนงาน และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ
- (๔) มีการนำ IT มาใช้ในการบริหารจัดการระบบ เช่น บันทึก วิเคราะห์ ส่งรายงาน ดูการแจ้งเตือนโรค เชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายต่างๆ ในการวางแผนการดำเนินงาน
- (๕) มีการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ จากแหล่งงบประมาณต่างๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการดำเนินควบคุม ป้องกันโรคโควิด-๑๙ น้ำยาฆ่าเชื้อ เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ เครื่องวัดอุณหภูมิ หน้ากากอนามัย การดำเนินงานควบคุมป้องกันไข้เลือดออก อบต.สนับสนุนทรายอะเบทน้ำยาฆ่าเชื้อเครื่องพ่นหมอกควัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สนับสนุนวิทยากรในการขับเคลื่อนให้มีทีมSRRT และสุขภาพหนึ่งเดียว (One health)
- (๖) สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน มีการสะท้อนข้อมูลการเกิดโรค ให้กับพื้นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เวทีประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลมีบทบาทหลักในการสนับสนุนองค์ความรู้
- (๗) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้านระบาดวิทยาในระดับอำเภอ/ศูนย์ประสานงานโควิด-๑๙ เป็นศูนย์กลางการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างประชาชน หน่วยงานภายใน และภายนอก เพื่อการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- (๘) จัดตั้ง War room เฉพาะกิจ เมื่อพบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ การเกิดโรคการระบาด และสถานการณ์โรคในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ เผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อหาแนวทางและกำหนดนโยบาย การทำแผนงาน/โครงการ
- (๙) ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวนเรียนรู้ ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ บุคลากรร่วมประชุมกับชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และเป็นตัวแทนในการให้คำปรึกษาในโครงการที่เป็นปัญหาของชุมชน
- (๑๐) มีการส่งบุคลากรอบรมเพิ่มพัฒนาศักยภาพทีมSRRT อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ ทีมSRRT อำเภอ ระดับตำบล
- (๑๑) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอำเภอ มีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่องทุก ๓ เดือน หรือเข้าในวาระการประชุมต่างๆ การดำเนินงานหนึ่งเดียว (One health)ระดับตำบล รับการประเมินรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นประจำทุกปี ผลการประเมิน ผ่านทุกตำบล

### ระบบการรายงานและเฝ้าระวังโรคการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล

๑. การบันทึกโรคติดต่อตามที่สำนักระบาดวิทยาที่กำหนดให้รายงานลงในโปรแกรม Hosxp แล้วส่งออกไปยังโปรแกรม R๕๐๖

๒. โรงพยาบาลรวบรวมข้อมูล ติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อจากข้อมูลผู้ป่วยมารับการรักษา จากระบบรายงานหลัก (HOSXPXE) ทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังจะรายงานโรคทันที

๓. ออกสอบสวนโรคเฉพาะรายภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังได้รับแจ้งจากแผนกที่เกี่ยวข้อง

๔. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวินิจฉัยโรคมีการรายงานผ่านโปรแกรม NTIP Online ทุกเดือน

๕. การบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ารายงานผ่านโปรแกรม R๓๖ ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

๖. การบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าผ่านรายงานโปรแกรม R๓๖

### การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด

- นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เปรียบเทียบดูแนวโน้มการเกิดโรค
- มีการรวบรวมข้อมูลโรคไขเลือดออกในพื้นที่ คำนวณหาอัตราป่วยของโรค และแจ้งกลับไปยังพื้นที่ เช่น อสม. อบต. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน เพื่อให้เกิดการรับรู้และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

ซึ่งจากการที่ได้มีการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ผลลัพธ์การดำเนินงานดังนี้

๑. การควบคุมป้องกันโรค

- การคัดกรองผู้ป่วยวินิจฉัยโรคในประชากรเป้าหมาย ร้อยละ ๘๒.๔๕

- มีการดูแลขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ ๑๐๐

- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวินิจฉัยโรค ร้อยละ ๘๔.๔๔

### แผนพัฒนา

๑. พัฒนาคุณภาพการสอบสวนโรคเฉพาะรายและการดำเนินงานด้านการจัดทำและส่งรายงานทางระบาดวิทยา

๒. พัฒนาด้านการบันทึกผล วิเคราะห์ข้อมูล และการเฝ้าระวัง การวินิจฉัยของแพทย์

### ๙.การทำงานกับชุมชน

อำเภอโคกสูง เป็นอำเภอขนาดเล็ก เป็นสังคมกึ่งชนบท กลุ่มของสังคมหรือสถาบันมีขนาดเล็กมีความสัมพันธ์กันแบบระบบเครือญาติประชากรส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปัญหาโรคและภัยสุขภาพจึงเป็นปัญหาตามภาวะเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรม สภาพภูมิประเทศ สภาพสิ่งแวดล้อม ภัยธรรมชาติ และตามกลุ่มอายุ

#### ๑.พื้นที่ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ(คปสอ.)โคกสูงมีจำนวน ๔ ตำบล ๔๑ หมู่บ้านซึ่งมีหน่วยบริการด้านปฐมภูมิ(รพ.สต) จำนวน ๙ แห่ง

จำนวนประชากรทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ จากทะเบียนราษฎร์ จำนวน ๒๗,๒๒๕ คน และจากการสำรวจ จำนวน ๒๗,๐๙๕ คน (ข้อมูลเดือน มีนาคม ๒๕๖๖ )

โรงพยาบาลโคกสูง โดยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และหน่วยบริการด้านปฐมภูมิ ทั้ง ๙ แห่ง รับผิดชอบ วิเคราะห์ และค้นหาภาวะสุขภาพของประชาชนที่สำคัญ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ จัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประชาชนอำเภอโคกสูง และมีการจัดการสุขภาพภาวะก่อนการเจ็บป่วย จัดระบบบริการ ข้อมูลรายงาน ข่าวสารการให้บริการ เวทีรับฟังปัญหา การประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน หน่วยงานท้องถิ่น หัวหน้าส่วนราชการ เชื่อมโยงกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมถึงระบบการดูแลต่อเนื่อง

\* มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ Distric Health Board (DHB) ของอำเภอโคกสูง ช่วยในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ

\* มีอบต.จำนวน ๓ แห่ง เทศบาล จำนวน ๑ แห่ง ทุกแห่งเข้าร่วมดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน

\* โรคติดต่อในพื้นที่ที่ควรเฝ้าระวังได้แก่โรคโควิด-๑๙ โรคฉี่หนู และไข้เลือดออก

\* โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพที่สำคัญได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยาเสพติด ผู้สูงอายุ

\* การแบ่งกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ กลุ่มเด็กแรกเกิด-๕ปี(กลุ่มวัยก่อนเรียน) กลุ่มวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส/ผู้พิการ และกำหนด กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในการจัดระบบการดูแลสุขภาพ

## ๒.กระบวนการ

๑)ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

ใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนจัดการสุขภาพ โดยมีผู้เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และร่วมกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุม กลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ทั้งด้านการรักษา การส่งเสริม การป้องกันการฟื้นฟูสมรรถภาพ และคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ แบ่งบทบาทความรับผิดชอบร่วมกัน วางแผนจัดบริการสุขภาพ จัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วม โดยนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัวมาดำเนินการโดยหน่วยงานปฐมภูมิ ดำเนินการเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพของชุมชนและสถานบริการ โดยใช้เป้าหมายการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มปกติ จัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการการดูแลจากปฐมภูมิสู่โรงพยาบาล ตลอดจนถึงส่งกลับสู่ชุมชน กลุ่มเสี่ยง เช่น case high risk pregnancy,GDM,กลุ่มภาวะซีด,กลุ่มตั้งครรภ์อายุมากกว่า๓๕ปีคัดกรองโรคและประเมินภาวะเสี่ยงกำหนดแนวทางการดูแลและส่งต่อ

กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ประเมินIQ/EQ ส่งเสริมพัฒนาการ/โภชนาการ

กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ตรวจสอบสุขภาพ ประเมินIQ/EQ ส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษามีการจัดบริการคลินิกเป็นมิตรกับวัยรุ่น

กลุ่มผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงร่วมกับชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สรรวจค้นหาผู้พิการทุกประเภทเพื่อขึ้นทะเบียนรับรองความพิการเพื่อให้การช่วยเหลือ มีการจัดบริการOne Stop Service ในการจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่และต่ออายุรายเก่าที่ครบหมดอายุทุกปี ,มีการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อเตรียมการจัดระบบการติดตามดูแลแบบประคับประคอง และการเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลระยะยาว(Long Trem Care)ในผู้สูงอายุ

## ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(มะเร็ง)

การคัดกรองเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งตับอย่างต่อเนื่องทุกปี

กลุ่มสุขภาพดี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก๓๐๒ส. การส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองสุขภาพ เพื่อคงการมีสุขภาพดี

กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก๓๐๒ส. การสร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ให้ความรู้ฝึกทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ข้อมูล ประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

กลุ่มป่วย วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาพแวดล้อม ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ฝึกทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ข้อมูลประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

## การร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง จัดบริการสุขภาพสำหรับชุมชน

### ๑)การสร้างภาคีเครือข่ายในชุมชน

การส่งเสริมบทบาทและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดการขยะในชุมชนการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงการคัด กรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งเต้านม

๒)ด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ในการผลักดันงบประมาณตามแผนงานโครงการรณรงค์หรือช่วงที่มีการระบาดของโรค การสนับสนุนการจัดซื้อทรายอะเบท น้ำยาและเครื่องพ่นยุง การสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-๑๙ ทั้ง งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การจัดทำศูนย์พักคอย และควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ร่วมกับหน่วยบริการ สาธารณสุข มีการปรับบทบาททีมSRRTระดับตำบลให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็วในการควบคุมโรค อสม. เป็นเครือข่ายการรายงานโรคระบาดในชุมชนที่รวดเร็วทันเวลา การป้องกันและควบคุมโรคจากยุงเป็นพาหะนำ โรคไข้เลือดออก โดยนำแนวทาง๓เก็บ๓โรค๕ป.๑ข.มาใช้ในพื้นที่ และใช้เครือข่ายอสม.น้อยตามรอยลูกน้ำ ยุงลาย(แกนนำนักเรียนควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก) มาเรียนรู้จนสามารถใช้เป็นแนวทางในการทำงาน ควบคุมป้องกันโรคในพื้นที่ได้ ทำให้อัตราป่วยลดลงและไม่พบผู้เสียชีวิต

### การจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน

จากการทบทวนสถานการณ์ด้านสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ได้มีการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เพื่อพัฒนาการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน โดยบูรณาการกับ DHS-PCA,FCT ได้กำหนดประเด็นสุขภาพ๓ประเด็น(ODOP)คือ ๑)โรคโควิด-๑๙:ทบทวนแนวทางการ รักษาพยาบาลเพื่อเข้าสู่โรคประจำถิ่น(CPG)/ทบทวนแนวทางการเฝ้าระวังป้องกันโรคทางระบาดวิทยา/ บทบาททีมSRRT ๒)โรคเบาหวาน ๓):การพัฒนาระบบคัดกรองที่มีคุณภาพเพิ่มประสิทธิภาพการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยงตา ไต เท้า, การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต.ครอบคลุมNodeทั้ง๔แห่ง และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ

### การฟื้นฟูสภาพ

การพัฒนาทักษะอาสาสมัครดูแลเด็กกลุ่มมีปัญหาพัฒนาการล่าช้า

การส่งเสริมพัฒนาการดูแลผู้พิการ และร่วมกับทีมPCTทั้งขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลและส่งกลับไปดูแล ต่อเนื่อง มีการจัดบริการOne Stop Service ในการจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่และต่ออายุรายเก่าที่บัตรหมดอายุทุกปี ร่วมกับอปท. และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในปี๒๕๖๕พบว่าผู้พิการรายใหม่ได้รับการจดทะเบียน จำนวน ๑๘ราย และต่ออายุรายเก่า จำนวน ๑๕ ราย

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเนื่องจากสะดวกรวดเร็ว สามารถลดค่าใช้จ่ายในกาเดินทางได้อีกด้วย

### ผู้สูงอายุ

มีการคัดกรอง/ค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อเตรียมการจัดระบบการติดตามดูแลแบบ ประคับประคอง และการเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลระยะยาว (Long Trem Care)ในผู้สูงอายุ ร่วมกับอปท. ในปี๒๕๖๕ข้อมูลผู้สูงอายุในอำเภอโคกสูงมี จำนวน๓,๙๕๓ คน กลุ่มติดสังคม จำนวน ๓,๕๖๘ คน ร้อยละ ๖๗.๒๙ กลุ่มติดบ้าน ๓๓๗ จำนวน คน ร้อยละ ๘.๕๓ กลุ่มติดเตียง จำนวน ๔๘ คน ร้อยละ ๑.๒๑

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน ทบทวนระบบการคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วย,พัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่,พัฒนาการดูแลระบบการนัด การรับยา ของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้ กิจกรรมยาใจใกล้บ้าน ในกรณีผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยมีญาติและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลลัพธ์: ความครอบคลุมการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเนื่องจากสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

พัฒนาระบบเยี่ยมบ้านเชิงคุณภาพ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในรพ,รพ.สต,อปท.และชุมชน ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว โดยใช้Individual Care Plan มีการดูแลครอบคลุมทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี๒๕๖๒

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยประเภทเตียง๑-๔ได้รับการเยี่ยมบ้านเชิงคุณภาพครอบคลุมร้อยละ๘๐ขึ้นไปทุกประเภท เกิดความสุขในทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ

### ๓.การประเมินและปรับปรุง

๑) มีการค้นหาและกำหนดกลุ่มต่างๆในการจัดบริการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อการป้องกันการเกิดโรคในชุมชน

-กลุ่มปกติ กำหนดโปรแกรมในการคัดกรองในแต่ละกลุ่มอายุเพื่อเฝ้าระวัง ค้นหา เพื่อการเข้าถึงบริการการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

-กลุ่มเสี่ยง,กำหนดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์(ภาวะพิการแต่กำเนิด ภาวะเบาหวานแต่ตั้งครรรภ์), เด็กแรกเกิด(พัฒนาการล่าช้า, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(CVD Risk)ผู้สูงอายุ(คัดกรอง๑๐ด้าน)คัดกรองโรคและประเมินภาวะเสี่ยงให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตัวเองได้

-กลุ่มป่วย จัดระบบรักษาพยาบาลและเสริมพลังการดูแลตนเองจากทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องโดย Care giverในชุมชน

๒)ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชน คั้นข้อมูลให้แก่ชุมชน

๓)ร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### การเสริมพลังชุมชน

๑. ส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบทบาทกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลครบทุกตำบล(๔ตำบล) ให้ความรู้ความเข้าใจหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฯ ดำเนินการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์(SRM)ครอบคลุมทุกกองทุน โดยมีแผนการดำเนินงานครอบคลุมครอบคลุมกลุ่มวัย ซึ่งเป็นส่วนร่วมการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างศักยภาพ การสร้างเครือข่ายของชุมชน เป็นที่ให้คำปรึกษาของชุมชน

๒. อบรมพัฒนาศักยภาพญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยสู่การเป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.) โดยกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยครอบครัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD), ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง(LTC), กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD), ผู้ป่วยวัณโรค(TB), และกลุ่มพัฒนาการเด็ก

๓. อบรมอาสาสมัครฉุกเฉินชุมชน(อฉช.) เพื่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและข้อมูลที่จำเป็นในการสื่อสาร ผลการประเมินการเข้าถึงบริการหลังให้ข้อมูล เฉพาะกลุ่ม พบว่ากลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ จากปี๒๕๖๒ จำนวน ๒๙๗ ครั้ง ปี๒๕๖๓ จำนวน ๓๕๓ ครั้ง

๔. สนับสนุนอสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นคนต้นแบบด้านสุขภาพโดยใช้หลัก๓๐.๒ส. ในรูปแบบโปรแกรม One Day Come พบว่าอสม. จำนวน ๑๗ คน ที่มีรอบเอวเกินสามารถลดรอบเอวได้ร้อยละ ๕.๐๐ จากรอบเอวระยะเริ่มต้น

๕. อบรม อสม. ให้เป็นหมอบริการบ้าน จำนวน ๔๑ คน เพื่อเป็นที่ เลี้ยง อสค. ให้คำปรึกษา เยี่ยมบ้าน แนะนำแนวทางต่างๆ นำสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดูแลสมาชิกในครอบครัว

๖. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(Care giver)

\*อบรมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ตั้งแต่ปี๒๕๕๙-๒๕๖๑ จำนวน ๕๐ คนทั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาลและรพ.สต

๗. อบรมแกนนำนักเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก๓๐.๒ส.

๘. ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับบุคคล องค์กรและชุมชน ผ่านคนต้นแบบสุขภาพดี องค์กรไร้พุง และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม ตามโครงการ “คนโคกสูงไม่ทอดทิ้งกัน” โดยมีการจัดกิจกรรมเดือนละ๑ครั้งพร้อมกับหน่วยอำเภอยิ้มเคลื่อนที่ โดยการนำข้าวสารอาหารแห้ง ของใช้ที่จำเป็นไปเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุในพื้นที่ นำโดยท่านนายอำเภอโคกสูง พบว่าผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ครอบครัว/ญาติมีความพึงพอใจและมีความสุข

๙. ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมไม่ลืมน้ำไม่ลืมไม่ลืมเซรั้า กินข้าวอร่อย(๔Smart)ในชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ

๑๐. ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนอำเภอลดโซเดียม, ตำบลลดโซเดียม

๑๑. ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนและสถานศึกษาตามโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการดำเนินงานพบว่า ชมรม TO BE NUMBER ONE หลายชมรมได้รับรางวัลระดับประเทศ หลายปีติดต่อกัน และมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง กลุ่มเยาวชนสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกร้อยละ ๘๐

การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

๑. จัดตั้งคลินิก DPAC เพื่อเพิ่มช่องทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย(ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้), และบุคคลทั่วไปที่อยากลด

น้ำหนัก โดยมีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนและผู้ที่มาใช้บริการตรวจโรคทั่วไปในรพ.สตครอบคลุมทุกแห่ง (๙แห่ง)

๒. ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งคลินิกที่โรงพยาบาลและnode ทั้ง ๔ แห่ง

๓. ส่งเสริมสนับสนุนการประเมินความสุขของเจ้าหน้าที่ รับฟังข้อเสนอแนะ สรรวจสิ่งแวดล้อม การจัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการ พัฒนาและปรับปรุง เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสุขโดยเชื่อมโยงกับชุมชน เช่น การทำบุญโรงพยาบาล การทอดผ้าป่าสามัคคีเพื่อสมทบทุนพัฒนาโรงพยาบาล กิจกรรมวิ่งเพื่อสุขภาพของโรงพยาบาล(กลัวอ้วนชวนเพื่อนวิ่ง)ซึ่งจากการจัดกิจกรรมดังกล่าวพบว่า มีประชาชน ส่วนราชการ ทั้งในและนอกพื้นที่มาร่วมกิจกรรมค่อนข้างมาก โดยเฉพาะโครงการวิ่งนอกจากหารายได้พัฒนาโรงพยาบาลแล้วยังเป็นการสร้างกระแสการออกกำลังกายในกลุ่มประชาชนอีกด้วย

๔. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพในวันประชุมประจำเดือนของอสม.และประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่

๕. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการวิ่งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และอสม.ภายใต้กิจกรรม “๒๐๐ โล ๑๒๐วัน Khoksung virtual run การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณสุข

๑. เทศบาลโคกสูง มีการสร้างสนามกีฬาหญ้าเทียมที่บริเวณเทศบาล และอบต.มีการสร้างลานเอนกประสงค์ของอบต. ใช้สำหรับเป็นสนามการแข่งขันกีฬา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายของคนในชุมชน

๒. เทศบาลโคกสูงจัดทำลานออกกำลังกายริมสระน้ำกลางหมู่บ้านละลมติม เพื่อให้ประชาชนได้พักผ่อน และจัดหาเครื่องออกกำลังกายให้ประชาชนในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียงได้มาออกกำลังกาย

๓. ส่งเสริมชุมชนให้มีการดำเนินงานการจัดการขยะในชุมชนโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณสุข

-สนับสนุนนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้แก่โรงเรียนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูง จำนวน ๑๕ โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ระดับทองทั้ง๑๕ โรงเรียน

-เทศบาลและอบต.มีบทบาทในการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

-รณรงค์การสวมหมวกนิรภัยและเซตปลอดภัยในชุมชนและส่วนราชการในพื้นที่

-สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำครอบคลุมทั้ง๔ตำบล

-สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ พบว่าพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง๖แห่งผ่านเกณฑ์พัฒนาในระดับดีและระดับดีมาก

-จากการประเมินพบว่า ชุมชนในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ยังขาดนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพที่เกิดจากชุมชนและนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลอย่างจริงจัง



## ๑๐. ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

### ๑๐.๑ ผลสัมฤทธิ์ในการจัดบริการสุขภาพ

๑. การลดระยะเวลารอคอย ปี ๒๕๖๔ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของ OPD (ผู้ป่วยทั่วไป) ๕๕ นาที จะเห็นว่าเป็นไปตามค่าเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มารพ. ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทั่วไปจึงได้จัดทำกรนัดเหลื่อมเวลา จัดคิวเร่งด่วนสำหรับตรวจสุขภาพและขอใบรับรองแพทย์ เปิดบริการคลินิกเฉพาะโรคทุกวันเฉลี่ยผู้ป่วยมารับบริการตามนัดวันละ ๘๐ คน เฉพาะนัดเจาะเลือดผู้ป่วย DM, HT ประจำปีไตรมาสแรก ออกเจาะที่รพสต. ฟังผลเลือดที่รพสต. แพทย์สั่งยาในสมุดและลงในระบบหลังจากเจาะเลือดประจำปีทุกราย ผู้ป่วยคลินิกได้รับการจัดยาส่งถึงที่บ้านเพื่อลดการมารพ. และ๒ปีที่ผ่านมา มีสถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้มีนโยบายจัดยาส่งถึงบ้านเพื่อลดลดการมารพ. ของผู้ป่วยในปี ๒๕๖๕ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของ OPD ๕๐ นาที ปี ๒๕๖๖ (ตค.-เมย.) ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของ OPD จึงลดลงเหลือเพียง ๕๗ นาที เนื่องจากสถานที่บริเวณ OPD มีการก่อสร้างทำให้การสื่อสารกับผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลา

๒. การจัดบริการคัดกรองคลื่นหัวใจโรคปอด โดยมีเป้าหมาย ๑. ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย > ๙๐% พบว่าปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๗๕.๘๖, ๑๐๐.๘๕, ๗๒ และ ๙๓.๒๐ ตามลำดับ

กระบวนการ ๑. การค้นหาเชิงรุก ได้ทำการคัดกรองทั่วทั้งอำเภอ มีมาตรการ ๑-๒-๒ โดยทำงานเป็นทีม ทั้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และสร้างมีสเตอร์ TB, อสว.๒. ใช้รถ X-ray เข้าให้บริการถึงชุมชนผลลัพธ์ปี ๒๕๖๖ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๙๙.๓๕ เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายเนื่องจากได้มีการจัดทำแผนครอบคลุมการเข้าถึงบริการกลุ่มเสี่ยงทั้งในระดับรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล

แผนพัฒนาต่อ เนื่อง-จัดทำแผนการเข้าถึงบริการอย่างเนื่องและบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ CUP ทุกปี

๓. การจัดกิจกรรม ๓ SACT ให้ความรู้เรื่องโรคและประเมินอาการ การเข้าถึง โรค STROKE STEMI SEPSIS TB การใช้เครื่อง AED และการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การประชาสัมพันธ์ ในปี ๒๕๖๖ ดังนี้

๑) จัดอบรม ๓ SACT ให้กับอสม. และจนท. รพ.สต. ทั้งอำเภอ จำนวน ๖๐๐ คน ผลการทดสอบความรู้ก่อนการอบรมร้อยละ ๖๙.๕๐ หลังการอบรมร้อยละ ๙๕.๕๐

๒) การรณรงค์และให้ความรู้หมู่บ้าน ๓ S โดยให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และการติดเชื้อในกระแสเลือด และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ ในกลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครครอบครัว พระ นักเรียน ในบ้านน้อย หมู่ ๗ ตำบลโคกสูง จำนวน ๒๐๐ คน ผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังกิจกรรม ความรู้ก่อนจัดกิจกรรมร้อยละ ๓๙.๙๔ ความรู้หลังจัดกิจกรรมร้อยละ ๘๓.๖๔

๓) จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์อาการและการติดต่อสถานพยาบาลเมื่อเกิดอาการ STROKE STEMI SEPSIS ให้ทุกหมู่บ้านและจุดที่เป็นสถานที่สาธารณสุขที่สำคัญในอำเภอโคกสูง จำนวน ๕๐ แห่ง

### ๑๐.๒ ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยรายโรค

๑. การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยใช้การวิจัยผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลโคกสูงจังหวัดสระแก้ว เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ใน

เกณฑ์ปกติได้โดยมีเป้าหมาย อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg เป้าหมาย>๔๐%จากการทบทวนปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg ร้อยละ ๕๗.๘๕, ๕๐.๖๗ และ ๗๔.๔๕ ตามลำดับ เป็นตามเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg มีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง กระบวนการ ๑.การจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย ๒.การพัฒนาปรับปรุงแนวทางในการติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัด ที่หลากหลายช่องทาง ๓. ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารการออกกำลังกายมากขึ้น โดยใช้งานวิจัยมาช่วย ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๕ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg ร้อยละ ๖๒.๓๗ ปี ๒๕๖๖ (ตค.-เมย) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ BP<๑๔๐/๙๐ mmHg ร้อยละ ๕๙.๔๗ เป็นไปตามค่าเป้าหมาย

๒.การดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เพื่อผู้ป่วยเบาหวานสามารถจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้จากการนำโปรแกรมการจัดการตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่คลินิกชะลอไตเสื่อม หลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเองด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา นำความรู้จากการฝึกปฏิบัติไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ดี ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ส่งผลให้ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ระดับ HbA1c < ๗ เพิ่มขึ้นการขาดน้ำตาลลดลง โดยมีเป้าหมาย ๑.อัตราการขาดน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานเป้าหมาย ๕%จากการทบทวนข้อมูลพบว่า ปี๒๕๖๒-๒๕๖๔ อัตราการขาดน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ ๕.๕๑, ๘.๑๕ และ ๔.๕๘ มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ จากการทบทวนพบว่า การขาดน้ำตาลมาจาก ไม่สะดวกมาตามนัด ไม่มีคนนำส่ง เดินทางไปต่างจังหวัดและลึมนัด กระบวนการ ๑.โทรติดตาม จัดยา เพื่อไปประมาณ ๑ สัปดาห์ ถ้าไปต่างจังหวัดให้มารับก่อนวันนัดหรือแจ้งให้ รพ.สต.มารับไปให้ที่บ้าน ผลลัพธ์ ปี๒๕๖๕ อัตราการขาดน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานลดลงเหลือร้อยละ ๒.๓๕ ปี๒๕๖๖ อัตราการขาดน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานลดลงเหลือร้อยละ ๖.๘๗ ผู้ป่วยสับสนเนื่องจากการส่งต่อผู้ป่วยลงรพ.สต

เป้าหมายที่ ๒.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c<๗เป้าหมาย >๔๐%พบว่า ปี๒๕๖๓-๒๕๖๖ อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c<๗ ร้อยละ ๔๓.๒๙ ๔๙.๖๗ ๔๐.๘๘ และ ๓๙.๘๐ (ตค.-เมย.) ตามลำดับ ได้ตามเป้าหมาย จากการทบทวนสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จากพฤติกรรม การควบคุมอาหารยังรับประทานเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไม่ออกกำลังกาย หรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ พบในผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ซื้ออาหารถุง มีส่วนน้อยที่เกิดจากการใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยมีกระบวนการดังนี้

ในปี ๒๕๖๒ ปรับระบบบริการ ได้แก่ จัดโปรแกรมการจัดการตนเอง สอนและสาธิต และการฝึกปฏิบัติการจัดการตนเอง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การสร้างสื่อเรียนรู้ ให้เข้าถึงง่าย การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพโดยพยาบาล ภายภาพ ทันตกรรม มีผู้ดูแลส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดย สร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing) รายบุคคล ช่วงปี ๒๕๖๓ ปรับกระบวนการดูแล เน้นการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง เน้นการฝึกปฏิบัติปรับพฤติกรรม ในรายที่ยุ่งยากซับซ้อน ส่งเข้าคลินิก DPAC ส่งเข้า Focus group one day clamp และส่งทีม COC เยี่ยมบ้าน

#### ผลลัพธ์

ปี ๒๕๖๕ การควบคุม HbA1c<๗ เพิ่มขึ้น

ปี ๒๕๖๖ HbA1c<๗ ร้อยละ ๓๙.๘๐

ปี ๒๕๖๖ HbA๑C<๗ ร้อยละ ๓๙.๘๐ ยังไม่ได้ตามเป้าหมายเนื่องจากอยู่ในช่วงการประเมินผลการดำเนินงาน แผนพัฒนาต่อเนื่อง

๓.การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยมีเป้าหมาย ๑. อัตราผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต เป้าหมาย ๐%จากการทบทวนในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ มีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตร้อยละ ๑.๕๖, ๑.๓๕ และ ๖.๙๔ ตามลำดับ พบว่าการวินิจฉัยล่าช้า ได้รับสารน้ำไม่ครบถ้วนจนอาการทรุดลง การได้รับยา ATB ล่าช้า

#### กระบวนการ

๑. ทบทวนเกณฑ์การคัดกรองและเกณฑ์การวินิจฉัยคัดกรองโดยใช้ qSOFA >๒ ข้อเข้า ER
๒. กำหนดสัญลักษณ์ใบสีฟ้ายาเร่งด่วนของ ER ห้องยาจัดให้ไม่เกิน ๕ นาทีจะได้รับยา
๓. เมื่อให้ยา ATB ไม่ทันใน ๑ ชั่วโมงแพทย์จะบันทึกไว้ว่าเหตุอะไรที่ไม่สามารถให้ได้
๔. กำหนด SOS score = ๔ ให้รายงานแพทย์ และถ้า SOS score = ๗ แพทย์จะพิจารณาส่งต่อทันที
๕. เมื่อพิจารณาส่งต่อติดปัญหาให้โทรแจ้งผู้บริหารทันที
๖. ทบทวนกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย sepsis ,มีการทำ Standing order
๗. ติดตามข้อมูลต่อไปเพื่อเฝ้าระวังให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ตรงกับเชื้อที่ตรวจพบ ส่งผลให้ลดการนอน รพ. ลดการดื้อยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต

ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจาก sepsis

#### ๒.การจัดบริการคัดกรองความเสี่ยงทางด้านสุขภาพ

ความครอบคลุมผู้ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ร้อยละ ๙๒.๒๕, ร้อยละ ๙๐.๔๒ และ ร้อยละ ๙๓.๙๒ ตามลำดับ และความครอบคลุมผู้ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ร้อยละ ๙๒.๕๓, ร้อยละ ๙๐.๗๓ และ ร้อยละ ๙๓.๙๕ พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการคัดกรองตั้งแต่การวางแผนการคัดกรองเชิงรุกแบบเคาะประตูบ้านตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ การถอดบทเรียนการดำเนินงาน การกำหนดแผนการดำเนินงานตั้งแต่ต้นปี การบริหารจัดการระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ผลงานการคัดกรองลดลงจากเดิมเล็กน้อยแต่ก็คงยังอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ และปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ผลงานการคัดกรองเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายโดยได้จัดทำแผนพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

๑. พัฒนาระบบการคัดกรองที่เป็นเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง

๒. พัฒนาการจัดการข้อมูลประชากรตาม Type ให้ถูกต้องครบถ้วน

๓. อสม. สืบหาข้อมูลและขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในคัมของตัวเอง และติดตามตรวจรายบุคคลให้ถึงบ้าน และพบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เป้าหมายคือไม่เกินร้อยละ ๕ (ผลงานร้อยละ ๑๓.๖, ร้อยละ ๒๘.๗ และ ร้อยละ ๑๐) และจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีทั้งที่มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานทุกปี ผลงานการคัดกรองผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี แต่ขาดความต่อเนื่องของกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน สามารถดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ไปเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ทางเครือข่ายบริการสุขภาพก็มีแผนที่จะจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ให้ป่วยเป็นเบาหวาน มีการจัดกิจกรรม ONE DAY CLAMP และจัดบริการคลินิก Dpac ที่โรงพยาบาลและรพ.สต. ครอบคลุมทั้ง ๙ แห่ง

ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปี ๒๕๖๒ ได้ตามเป้าหมายลดลงร้อยละ ๒๙.๖๙ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ไม่ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓.๖๔ และ ร้อยละ ๓๔.๗๗ ตามลำดับ ปี ๒๕๖๕ ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ ๒๖.๙๖ มีการคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูงทุกปี ผลงานคัดกรองได้ตาม

เป้าหมายทุกปี แต่ไม่มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชน สามารถดูแลตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เกิดเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี ๒๕๖๕ มีกิจกรรม“อำเภอลดเค็ม” ส่งเสริมให้ประชาชนในอำเภอโคกสูงรับประทานอาหารลดเค็ม ประกอบกับมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่หลากหลายเช่นชุมชนไร้พุง ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกลNCD ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ปี ๒๕๖๕ ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ ๒๖.๙๖