

## Service Profile

### งานชุมชน โรงพยาบาลแก่งคอย

#### 1. บริบท ( Context )

##### ก. หน้าที่และเป้าหมาย ( Purpose )

บริการตรวจคัดกรองเฝ้าระวังสุขภาพ ป้องกัน/ควบคุม รักษาโรคฟื้นฟูสุขภาพ และการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลและจัดการกับสุขภาพตนเองและชุมชนได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ

##### ข. ขอบเขตการให้บริการ ( Scope of Service )

###### งานบริการเชิงรุกในชุมชนรับผิดชอบ

1. งานคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตรวจเฝ้าระวัง ภาวะสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย
2. งานป้องกัน ควบคุมโรค
  - 2.1 โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ
3. งานเยี่ยมบ้าน มารดา-ทารกหลังคลอด ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ / ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส และประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อภัยสุขภาพ
4. งานบริการสุขภาพชุมชน / ภาคประชาชน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สร้างเสริมกิจกรรมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ส่งเสริมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ ออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ พัฒนาศักยภาพจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วย และงานอาสาสมัครสาธารณสุข

##### ค. ความต้องการของผู้รับผลงาน

ประชาชนผู้รับบริการ - ได้รับข้อมูล การดูแลภาวะสุขภาพ คำแนะนำถูกต้องชัดเจน มีการประชาสัมพันธ์ สื่อสารได้อย่างทั่วถึง สะดวกในการเข้าถึงบริการ ให้บริการที่เป็นมิตรเข้าถึงง่าย และมีความประทับใจ

องค์กร/เครือข่ายสุขภาพ - ได้รับการให้คำปรึกษา สนับสนุนด้านวิชาการเป็นพี่เลี้ยงในการดูแลสุขภาพด้านสาธารณสุขและมีการร่วมมือในการทำงานและการประสานงานอย่างเป็นมิตร

##### ง. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ

มีการประสานงานที่เป็นมิตร มีการสื่อสารและบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน สะดวกและรวดเร็ว ผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้รับการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องและไม่มีการ Re-admit

##### จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการ และปริมาณงาน

###### ลักษณะสำคัญของงาน

- การทำงานในระดับปฏิบัติการผสมผสานไปด้วยกัน ร่วมกับภาคีต่างๆ ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,ภาคเอกชน, ประชาชน, ผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 19 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขเทศบาล 2 แห่ง ) ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน

### **ปริมาณงาน ดูแลสุขภาพประชาชนทั้งอำเภอ**

แบ่งเป็น 14 ตำบล ประกอบด้วย เทศบาล 2 แห่ง / อบต.12 แห่ง  
132 หมู่บ้าน 48 ชุมชน ทั้งหมด 29,577 หลังคาเรือน  
ประชากรทั้งหมด 87,519 คน ชาย 43,042 คน หญิง 44,477 คน

### **ฉ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues)**

- ประชาชน/ชุมชนได้รับการตามมาตรฐาน ปลอดภัย และดูแลตนเองได้

### **ช. ความท้าทาย / ความเสี่ยง / จุดเน้น**

#### **ความท้าทาย**

- การเข้าถึงบริการของประชาชน
- พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
- การเจ็บป่วย และการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ป้องกันได้
- ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้
- ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม

#### **ความเสี่ยง**

- การสื่อสาร ข้อมูลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง และครบถ้วน
- ความพร้อมของยานพาหนะในการออกพื้นที่
- อุปสรรคในการให้บริการ
- พื้นที่ห่างไกลชุมชน
- ผู้รับบริการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช

#### **จุดเน้นการพัฒนา**

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
2. การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการอยู่ในภาวะพึ่งพิง
3. สุขภาพโภชนาการ เพื่อการบริโภคในโรงเรียน
4. การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจร

5. การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
6. การกระตุ้นให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย
7. การครอบคลุมวัคซีนโควิด-19ในชุมชน

จุดเน้นการพัฒนา	กลวิธี / โครงการ	ผลคาดว่าจะได้รับ
<p>การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มี Care manager และ Care giver วางแผนร่วมกันในการออกติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียง</li> <li>- มีทีมหมอครอบครัวดูแลผู้ป่วยถึงที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>- อปท.มีรถรับส่งผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในการเข้าถึงบริการ</li> <li>- สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้ที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุ โดยผ่านกองทุนคุณภาพชีวิตอำเภอแก่งคอย</li> <li>-มีการซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส</li> <li>- มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนดูแลเป็นรายบุคคล</li> <li>-ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพนักบริหาร</li> </ul>	<p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น</p>
<p>สุขาภิบาลอาหาร เพื่อการบริโภคในโรงเรียน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดข้อตกลงร่วมกับคณะครู และผู้ประกอบการในโรงเรียนเรื่องการ</li> </ul>	<p>ครูและนักเรียนได้รับการบริโภคที่ ถูกสุขอนามัยและปลอดภัย</p>

จุดเน้นการพัฒนา	กลวิธี / โครงการ	ผลคาดว่าจะได้รับ
	<p>จัดการและควบคุมโรงอาหารปลอดภัยจากเชื้อโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-อบรมนักเรียนให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคอย่างปลอดภัย</li> <li>- ควบคุมให้มีการตรวจสอบสุขภาพแก่ผู้ปรุงอาหารประจำปี</li> <li>-ตรวจคุณภาพน้ำดื่มในโรงเรียน</li> </ul>	

จุดเน้นการพัฒนา	กลวิธี / โครงการ	ผลคาดว่าจะได้รับ
การแก้ปัญหาอุบัติเหตุจราจรในโรงเรียน	<p><u>เยาวชน</u></p> <p>ร่วมกับคณะครูอบรมแก่นักเรียนให้ความรู้กฎจราจรและข้อปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดกิจกรรมรณรงค์ร่วมกับแกนนำชุมชน และนักเรียนในช่วงเทศกาล</li> <li>- ติดป้ายเตือนเกี่ยวกับข้อปฏิบัติจราจรบริเวณจุดเสี่ยง</li> <li>- จัดทำยางรถยนต์กันขอบถนนบริเวณโค้งที่เป็นอันตราย</li> <li>-สนับสนุนงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในการจัดอบรม/โครงการ</li> </ul>	ลดการเกิดอุบัติเหตุและภาวะการพิการและการเสียชีวิต

การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวางแผนการทำงานในรูปแบบเครือข่ายสุขภาพ</li> <li>- สร้างองค์ความรู้ในชุมชน</li> <li>- ชุมชน และประชาชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง</li> <li>- จัดตั้งคณะกรรมการกองทุนคุณภาพชีวิตระดับตำบล</li> </ul>	-เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เป็นชุมชน คนแก่งคอยใส่ใจดูแลกัน
การส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำโครงการและชี้แจงโครงการและชี้แจงโครงการแก่ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง</li> <li>- จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง</li> <li>- จัดหาอุปกรณ์การเรียนรู้และส่งเสริมพัฒนาการไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</li> <li>- ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครอง ประเมินพัฒนาการเด็กในช่วงวัยที่กำหนด</li> <li>- เด็กที่พัฒนาการช้าได้รับการส่งเสริมและประเมินซ้ำในอีก1เดือน</li> <li>- เด็กที่ไม่ผ่านการประเมินส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ</li> <li>- เด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย มีการส่งต่อและเข้าระบบการรักษาได้เร็ว</li> </ul>	ผู้ปกครองและครูพี่เลี้ยงมีความรู้ความสามารถในการส่งเสริมเด็กให้มีพัฒนาการสมวัย

ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

ด้านบุคลากร ประกอบด้วย

- พยาบาลวิชาชีพ 3 คน
- นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน
- เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน
- เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน

เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ปฏิบัติงานในหน้าที่เจ้าหน้าที่คีย์ข้อมูลเข้าระบบเพื่อประมวลผลงานให้ผ่านตัวชี้วัดและทันเวลา จากจำนวนเจ้าหน้าที่ 7 คน เมื่อเทียบกับภาระงานที่ต้องรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนทั้งอำเภอแก่งคอย พบว่าการให้บริการยังไม่เพียงพอและทั่วถึง จึงต้องอาศัยความร่วมมือกับ รพ.สต. , องค์กรภาครัฐ/เอกชน และอาสาสมัครในชุมชน เข้ามาทำงานร่วมกัน เพื่อให้งานบรรลุเป้าหมาย

#### ด้านเครื่องมือและเทคโนโลยี

เครื่องมือและอุปกรณ์ รวมทั้งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และการแก้ปัญหาในชุมชน จะได้รับการสนับสนุนจากท้องถิ่นทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการรับบริจาค ทำให้อุปสรรคในการดำเนินงานลดลง

#### เครื่องมือ และอุปกรณ์

- เครื่องวัดความดันโลหิต
- เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด
- เครื่องชั่งน้ำหนัก
- เครื่องดูดเสมหะ
- เครื่องผลิตออกซิเจน
- เตียงและที่นอนลม
- ชุดส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

#### งบประมาณ

- กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล
- ภาคอุตสาหกรรม
- มูลนิธิ
- ประชาชน

#### ด้านเทคโนโลยี

มีการใช้เครื่องมือสื่อสาร GPS ในการหาพิกัดเป้าหมายในชุมชน และมีการใช้โปรแกรม HosXP ในการรวบรวมข้อมูลจากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และใช้โปรแกรม Data center ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระดับอำเภอ และยังมีแอปพลิเคชันต่างๆที่เข้ามาเพิ่มการเก็บรายงานและประมวลผลในระบบ

ณ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :

1. การสร้างเสริมสุขภาพด้านผู้ป่วย
  - การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ
  - การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและชุมชน
  - อบรมศักยภาพแก่ชุมชน พัฒนาองค์ความรู้แก่ประชาชน
  - การป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ
2. การสร้างเสริมสุขภาพด้านเจ้าหน้าที่
  - ขวัญและกำลังใจ มีสวัสดิการแก่เจ้าหน้าที่
  - ปลอดภัยในการทำงาน
  - การป้องกันการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ
  - จัดอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อและความปลอดภัยขณะทำงาน
  - สิ่งแวดล้อมที่ดี เอื้อต่อสุขภาพ







## เรื่อง ...การดูแลผู้สูงอายุ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน											รวม		
				ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย	พค.	มิย.	กค.	สค.		กย.	
<p><b>แผนงาน: การดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง</b></p> <p>กิจกรรมร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ</p> <p>1. ตรวจสอบคัดกรองสุขภาพประจำปี</p> <p>2. ติดตามเยี่ยม และฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน</p> <p>3. สนับสนุนให้จัดตั้งชมรมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (ชมรมผู้สูงอายุ)</p> <p>4. ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ</p> <p>5. อบรมอาสาสมัครในหมู่บ้านในการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด (นักบริบาล)</p>	<p>1) เพื่อเป็นการยืดระยะเวลาเจ็บป่วยใน กลุ่มที่ช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น และสังคมได้</p> <p>2) เพื่อเป็นการยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย และสัมพันธ์ภาพกับชุมชนในกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แบบติดบ้าน</p>	<p>- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพประจำปี</p> <p>-ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้รับการเยี่ยมบ้านฟื้นฟูสภาพ</p>	<p>≥ 95 %</p> <p>100%</p>	-	-	-	27.88	-	-	-	-	-	-	100	-	-	

## เรื่อง ... สุขภาพโภชนาการ

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน												รวม
				ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	
<p>แผนงาน สุขภาพโภชนาการ</p> <p>เพื่อการบริโภคในโรงเรียน</p> <p>1. ประชุมชี้แจงแผนงาน โครงการแก่ครู ผู้ปกครองและ นักเรียน</p> <p>2.อบรมคณะครู นักเรียน และ ผู้ประกอบการ เกี่ยวกับ สุขภาพโภชนาการ</p> <p>3. ตรวจสอบสถานทีและโรง ครัวทุก 1 เดือน</p> <p>4. ตรวจสอบสุขภาพผู้ประกอบ อาหารปีละ 1 ครั้ง</p>	<p>เพื่อให้ครูและนักเรียน ได้รับประทานอาหารที่ ปลอดภัยและถูก สุขลักษณะ</p>	<p>-โรงเรียนในเขต รับผิดชอบผ่าน เกณฑ์มาตรฐาน สุขภาพโภชนาการใน โรงเรียน</p>	100 %	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	100



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เรื่อง ... การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน												รวม
				ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	
<b>แผนงาน โครงการอบรม</b> <b>ศักยภาพอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน</b> 1. ประชุมชี้แจงนโยบายผู้นำชุมชน, อสม.ในการดำเนินงาน 2. วางแผนการทำงานโดยมีอาสาสมัครมีส่วนร่วม 3. อบรมให้ความรู้ทุกเดือน (ประชุม อสม.) และ อบรม 3	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและทั่วถึง	- มีอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมนักบริบาลครอบคลุมพื้นที่ทุกตำบล	100 %	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	100

เดือนครึ่งในทีมโอบอ้อม 4. จัดเวทีแลกเปลี่ยน ประสบการณ์การทำงานในพื้นที่ ระหว่างกัน (การสัญจร) 5. ประเมินและสรุปผลงาน ประจำปี																
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

เรื่อง ... การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน												รวม
				ตค.	พย.	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย	พค.	มิย.	กค.	สค.	กย.	
แผนงาน โครงการส่งเสริมพัฒนาการ และการเรียนรู้ในเด็กก่อนวัยเรียน 1. ประชุมชี้แจงโครงการให้แก่ครูพี่ เลี้ยงและผู้ปกครอง 2. จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ครูพี่ เลี้ยงและผู้ปกครอง	เพื่อพัฒนา ศักยภาพของครูพี่ เลี้ยงและผู้ปกครอง	-เด็กได้รับการ ประเมินและ ส่งเสริม	90 %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

<p>เลี้ยงและผู้ปกครอง</p> <p>3. จัดหาอุปกรณ์การเรียนรู้และ กระตุ้นพัฒนาการไว้ประจำที่ ศูนย์เด็กเล็ก</p> <p>4. ครูพี่เลี้ยงและผู้ปกครองเฝ้าระวัง พัฒนาการล่าช้า ถ้าพบให้ ส่งเสริมและประเมินซ้ำอีก1 เดือน</p> <p>5. เด็กที่ได้รับการส่งเสริมแล้วยัง พบว่าล่าช้า ประสานงานกับ โรงพยาบาลพนักจิตวิทยา</p>	<p>ให้มีความรู้ ความ เข้าใจเกี่ยวกับการ ส่งเสริมและ ประเมินพัฒนาการ</p>	<p>พัฒนาการที่ ถูกต้องสมวัย -เด็กที่ พัฒนาการ ล่าช้าได้รับ การส่งเสริม พัฒนาการ และได้รับการ รักษาที่ถูกต้อง</p>	<p>100%</p>													
--	---	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

๓. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด การพัฒนา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด และผลลัพธ์	กิจกรรมพัฒนา
<b>มาตรฐาน</b> -ตรวจประเมินภาวะสุขภาพตามกลุ่มอายุ	- เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง	- อัตราเด็ก 0-5 ปีมีพัฒนาการสมวัย - อัตราภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน - อัตราการคัดกรองประชาชนโรคเบาหวาน/ความดัน - อัตราผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะADL	-ตรวจพัฒนาการเด็กทุก 1 เดือนตามช่วงอายุที่กำหนด -ตรวจสุขภาพนักเรียนประจำปีและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ตรวจคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป -ตรวจคัดกรองภาวะ ADL ในผู้สูงอายุ
<b>ความปลอดภัย</b> - การเผชิญภาวะการเจ็บป่วยในชุมชน	- เพื่อให้ประชาชน/ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน	- อัตราความครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไม่เกิดโรคแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ - อัตราการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม	- ออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดยสหสาขาวิชาชีพ (ทีมหมอครอบครัว) - ประเมินผลการเยี่ยม และร่วมกันค้นหาปัญหาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทุกเดือน - ประเมินความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง
<b>ชุมชนพึ่งพาตนเองได้</b> - ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน	- เพื่อให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน	- ร้อยละการมีส่วนร่วมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นวางแผนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ	การขยายเครือข่ายสุขภาพ -โครงการหมอบ้านคัดกรองความดันโลหิตสูง /เบาหวานในชุมชน - โครงการ To be No 1 - สร้างทีมจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน



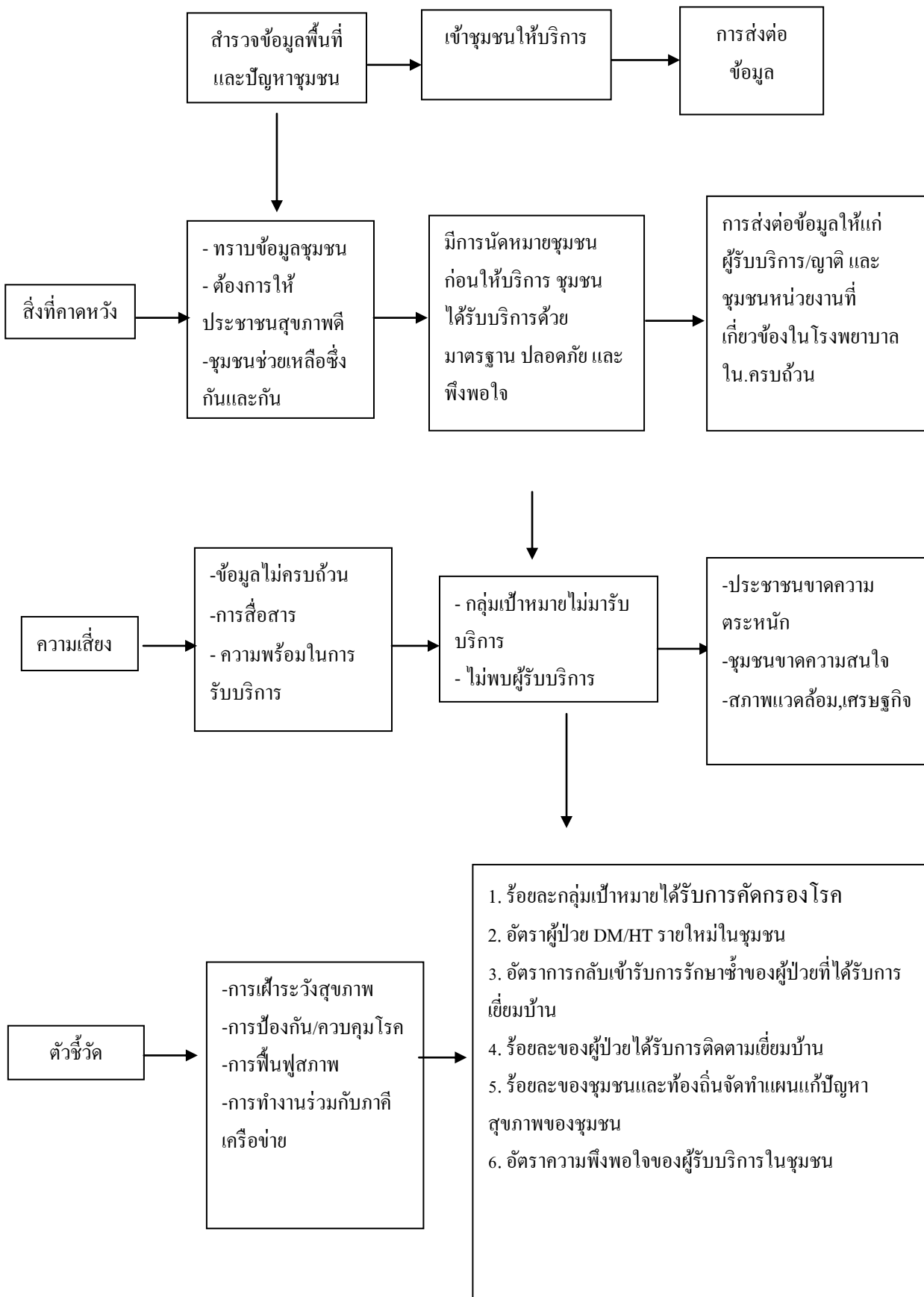
--	--	--	--

## กระบวนการสำคัญ (Key Process)

กระบวนการสำคัญ ( Key Process )	สิ่งที่คาดหวัง ( Process Requirement )	ความเสี่ยงสำคัญ ( Key Risk )	ตัวชี้วัดสำคัญ ( Performance Indicator )
1. ใฝ่ระวังสุขภาพ ประชาชน	ประชาชนรู้สภาวะ สุขภาพ สามารถดูแล สุขภาพตนเองและ ครอบครัวได้	- ประชาชนได้รับการ ตรวจคัดกรองโรคไม่ ทั่วถึง	- ร้อยละประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง
2. การป้องกัน/ ควบคุมโรค	ประชาชนปลอดภัยจาก โรคที่ป้องกันได้สามารถ ดูแลสุขภาพตนเองและ ครอบครัวได้	- กลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	- อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรค ความดันโลหิตสูงรายใหม่
3. การฟื้นฟูสภาพ	ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิต ตามสภาพการเจ็บป่วย ได้อย่างเหมาะสม	- ผู้ป่วยมี ภาวะแทรกซ้อน - การได้รับข้อมูลผู้ป่วย ล่าช้า	- อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน - ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการ ติดตามเยี่ยมบ้าน
4.การทำงานร่วมกับ ภาคีเครือข่าย	ชุมชนใส่ใจดูแลกัน	-การประสานงานและ การทำงานเป็นทีม	-ร้อยละของชุมชนและท้องถิ่น จัดทำแผนแก้ปัญหาสุขภาพของ ชุมชน - อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการในชุมชน

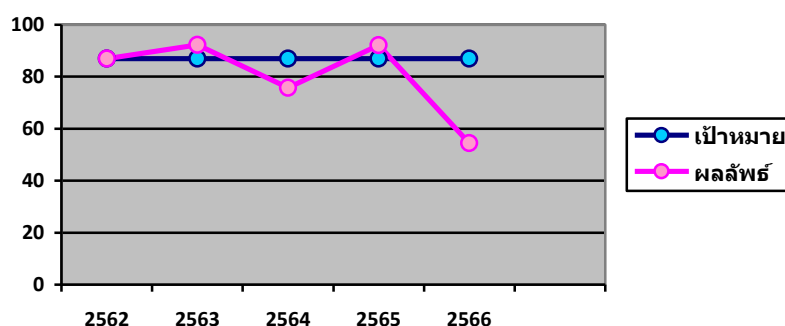


### การทำงานในชุมชน



### ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ( Performance Indicator )

- ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง DM (เป้าหมาย > ร้อยละ 87)



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานในปี 2562-2566 เท่ากับร้อยละ 86.95, 92.24, 75.76, 92.07 และ 54.55 ตามลำดับซึ่งทุกปีตัวชี้วัดประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 87 และในปี 2566 อยู่ในช่วงดำเนินการ แต่เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการคัดกรองพบว่ามีทิศทางที่เพิ่มขึ้น สาเหตุที่คัดกรองได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากงานบริการสุขภาพชุมชนได้ทำโครงการคัดกรองสุขภาพร่วมกับ อบต.ตาลเดี่ยว และให้ อสม.คัดกรองเชิงรุกในชุมชน

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพประชากร ปี 2565 ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวน 6,908 ราย ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ร้อยละ 92.07 ผลการคัดกรองพบว่าร้อยละ 93.88 มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 5.96 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคืนข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน มีผลทำให้ ปี 2566 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นและอยู่ในช่วงดำเนินการ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะการเจ็บป่วย จึงได้มีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน /ประชาชน เข้ามา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมและโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

**แนวทางแก้ไข**

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในวัยทำงาน	<p>1. พัฒนาศักยภาพของอสม.เชี่ยวชาญในพื้นที่ที่สามารถวัดความดันโลหิต เจาะเลือดตรวจเบาหวาน วัดรอบเอวได้ เพื่อให้สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนในพื้นที่ตนเองได้</p> <p>2. ขอสนับสนุนงบประมาณ/ วัสดุอุปกรณ์การตรวจคัดกรองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ/อปท.ในพื้นที่ เพื่อดำเนินงานคัดกรองสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง</p> <p>3. ปรับเวลาในการบริการตรวจคัดกรองตามบริบทพื้นที่</p>
2. การบันทึกข้อมูลการคัดกรองและการตั้งรายงานผลงานการคัดกรองจากโปรแกรม HosXP	- พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้คุณภาพและส่งออกรายงานให้ได้ผลในภาพ CUP
3. เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่	<p>- พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย รพ.สต. อสม. ในชุมชน ในการคัดกรองโรค</p> <p>- คืบข้อมูล ให้กับกลุ่มเสี่ยง แนะนำการปฏิบัติตัว</p> <p>- จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 2 ส. และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินผล</p>

**สรุปผล**

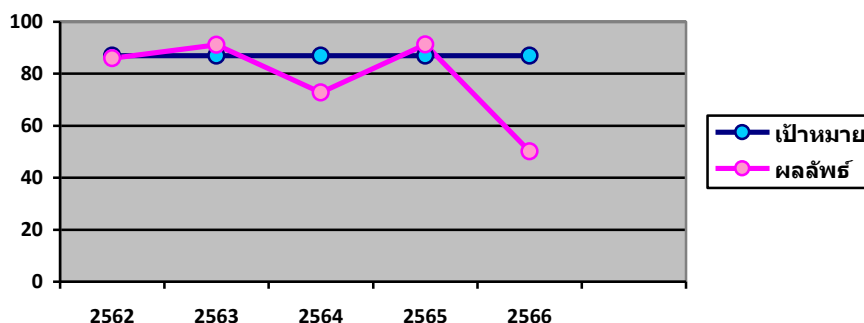
จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จากร้อยละ 4.76 ลดลงเป็นร้อยละ 4.26 และการคัดกรองโรค ปี 2564 ร้อยละ 75.76 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 92.07 ในปี 2565 มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในการคัดกรอง จึงยังเป็นโอกาสพัฒนาและความท้าทายของอำเภอแก่งคอยในการพัฒนางานตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

**แผนการพัฒนา**

1. อบรมศักยภาพ อสม.ให้ อสม.เชี่ยวชาญสาขาด้านการคัดกรองโรค

2. แบ่งพื้นที่การปฏิบัติงาน แก่ทีม อสม.ให้ชัดเจนเพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ให้ อสม.1 ท่านต่อบ้านที่รับผิดชอบ 15 หลังคาเรือนโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานอย่าง ใกล้ชิด และสร้างความสามัคคีภายในทีมงาน อสม.ในการทำงาน

-ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง HT (เป้าหมาย > ร้อยละ 87)



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในปี 2562-2566 เท่ากับร้อยละ 85.98, 91.17, 72.78, 91.24 และ 50.17 ตามลำดับ ซึ่งทุกปีประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2565 บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 87 และในปี 2566 อยู่ในช่วงดำเนินการ แต่เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการคัดกรองพบว่ามีทิศทางที่เพิ่มขึ้น สาเหตุที่คัดกรองได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากงานชุมชนได้ทำโครงการคัดกรองสุขภาพร่วมกับ อบต.ตาลเดี่ยว และให้ อสม.คัดกรองเชิงรุกในชุมชน

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพประชากร ปี 2565 ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปจำนวน 6,003 ราย ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 91.24 ผลการคัดกรองพบว่า ร้อยละ 70.35 มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 28.97 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง มีการพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และคืนข้อมูลร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน มีผลทำให้ ปี 2566 ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นและอยู่ในช่วงดำเนินการ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะการเจ็บป่วย จึงได้มีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน /ประชาชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมและโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. การคัดกรองยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในวัยทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาศักยภาพของอสม. เชี่ยวชาญในพื้นที่ให้สามารถวัดความดันโลหิตเจาะเลือดตรวจเบาหวาน วัดรอบเอวได้ เพื่อให้สามารถตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชนในเขตรับผิดชอบตนเองได้</li> <li>- ขอสนับสนุนงบประมาณ/ วัสดุอุปกรณ์การตรวจคัดกรองจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ/อปท.ในพื้นที่ เพื่อดำเนินงานคัดกรองสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ปรับเวลาในการบริการตรวจคัดกรองตามบริบทพื้นที่</li> </ul>
2. การบันทึกข้อมูลการคัดกรองและการดึงรายงานผลงานการคัดกรองจากโปรแกรม HosXP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้คุณภาพและส่งออกรายงานให้ได้ผลในภาพ CUP</li> </ul>
3. เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย รพ.สต. อสม. ในชุมชน</li> <li>- คืนข้อมูล ให้กับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และแนะนำการปฏิบัติตัว</li> <li>- จัดทำโครงการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก 3 อ. 2 ส. และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพทุกปี โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินผล</li> </ul>

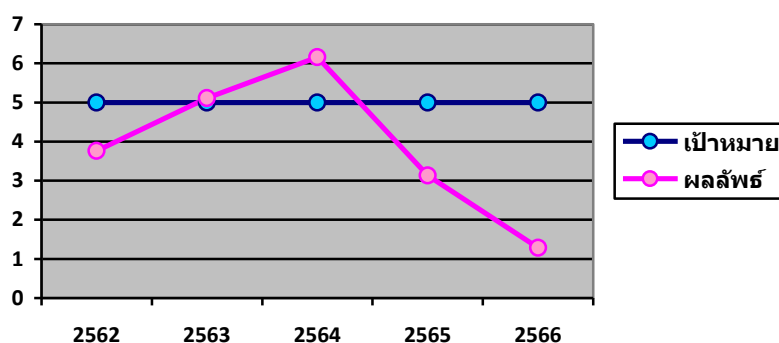
### สรุปผล

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาตามแนวทางดังกล่าว ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี จากร้อยละ 8.5 ลดลงเป็นร้อยละ 6.9 และการคัดกรองโรค ปี 2564 ร้อยละ 72.78 เพิ่มเป็น ร้อยละ 91.24 ในปี 2565 มีแนวโน้มที่ดีขึ้นในการคัดกรอง จึงยังเป็นโอกาสพัฒนาและความท้าทายของอำเภอแก่งคอยในการพัฒนางานตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน อย่างต่อเนื่องเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

### แผนการพัฒนา

1. อบรมศักยภาพ อสม.ให้ อสม.เชี่ยวชาญสาขาด้านการคัดกรองโรค
2. แบ่งพื้นที่การปฏิบัติงาน แก่ ทีม อสม.ให้ชัดเจนเพื่อสะดวกต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ให้ อสม.1ท่านต่อบ้านที่รับผิดชอบ 15 หลังคาเรือนโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิด
3. เนื่องจากเกี่ยวกับพฤติกรรม จึงต้องมีการดำเนินการเฝ้าระวัง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย อย่างต่อเนื่องทุกปี และสร้างความสามัคคีภายในทีมงาน อสม.ในการทำงาน

- อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่ เป้าหมาย  $\leq 5\%$





### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชน ในปี 2562-2566 เท่ากับร้อยละ 3.76 , 5.11, 6.16 , 3.13 และ 1.28 ตามลำดับ ซึ่งทุกปีตัวชี้วัดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในชุมชนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 และมีในช่วงปี 2563 กับ 2564 ที่เกินเป้าหมาย เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มพบมีทิศทางผู้ป่วยที่ลดลง

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพ ปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเกิดโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้น จากสาเหตุส่วนหนึ่ง มาจากการเข้าถึงบริการ การคัดกรองโรคเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากสถิติ ของการคัดกรองโรค ปี 2562 ร้อยละ 86.95 ปี 2563 ร้อยละ 92.24 ปี 2564 ร้อยละ 75.76 ปี 2565 ร้อยละ 92.07 และ ปี 2566 ร้อยละ 54.44 เพราะอยู่ในช่วงดำเนินการ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วยจึงได้มีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน/ประชาชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมและโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น โดยชุมชนมีการจัดสถานที่ และเครื่องอุปกรณ์ออกกำลังกายตามจุดสาธารณะ ส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ ปลูกผัก-สวนครัวไว้รับประทานเองและยังมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ลานบุญนั่งสมาธิ กิจกรรมสันทนาการ อย่างต่อเนื่องโดยมีทั้งภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ประชาชน ยังมีพฤติกรรมบริโภคที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น รับประทานอาหารปรุงสำเร็จ	- ให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องการบริโภคเน้นย้ำการเลือกอาหารเพื่อการบริโภค - จัดอบรมความรู้แก่ผู้ชายเรื่องการประกอบอาหารปลอดภัย
2. เด็กและเยาวชน มีค่านิยมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในอนาคต เช่น การดื่มน้ำอัดลม การสูบบุหรี่	- ร่วมกับครูในการเพิ่มความรู้ในเกี่ยวกับการบริโภคเข้าไปในชั่วโมงการเรียนการสอน - โรงเรียนมีมาตรการไม่ขายน้ำอัดลมแก่นักเรียน
3. เกิดโรคเบาหวานรายใหม่ เพิ่มมากขึ้น	- คัดข้อมูลให้กับชุมชน - ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน รพ.สต. อสม. ในการคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - จัดทำแนวทางการส่งต่อพบแพทย์ เพื่อรับการรักษา

	ระหว่างรพ.สต.กับ รพ.แก่งคอย - จัดทำแนวทางการรักษา โรคเบาหวาน ที่รพ.สต.
--	---

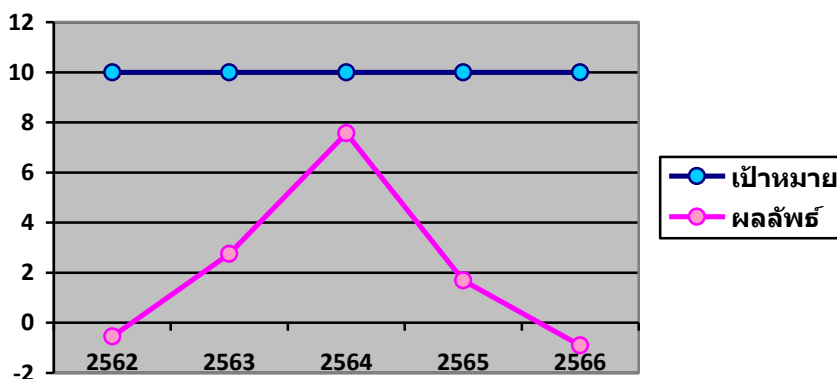
### สรุปผล

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดโรคเบาหวานรายใหม่ปี 2564 พบผู้ป่วยร้อยละ 6.16 และในปี 2565 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ 3.13 ลดลงจากเดิมและไม่เกินเป้าหมาย เนื่องจากมีสาเหตุจากการที่คณะทำงานเครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอได้เริ่มเข้าไปคัดกรองประชาชนในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม ส่งผลให้พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา ทั้งในส่วนการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงควบคู่กับการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ด้วย ระบบ Green Chanel ในการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อเข้ารับการรักษาโดยแพทย์ที่สะดวกและรวดเร็วร่วมกับการให้ความรู้และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและรพ.สต.

### แผนการพัฒนา

1. ร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมในการเข้าไปให้ความรู้แก่พนักงานเพื่อตระหนัก ถึงการเฝ้าระวัง/ดูแลสุขภาพของตนเอง
2. จัดทำโครงการ อาหารปลอดภัย โดยความร่วมมือของคณะทำงานเครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอ
3. เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง และการคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับภัยสุขภาพในชุมชน

- อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ เป้าหมาย  $\leq 10\%$



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน ในปี 2562-2566 เท่ากับร้อยละ 2.55 , 2.75 , 7.57, 3.69 และ 1.9 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป้าหมายมีแนวโน้มพบมีทิศทางที่ลดลงและในปี 2565 ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด และปี 2566 อยู่ในช่วงดำเนินการ

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการเฝ้าระวังและคัดกรองสุขภาพ ปี 2565 มีประชาชนในชุมชน อายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่ามีประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นและมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงในปี 2565 แต่ก็มีการพัฒนาการเข้าถึงบริการรักษา เชื่อมต่อระหว่าง รพ.สต. กับ รพ.แก่งคอย มีการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัว และติดตามอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดภาวะ การเจ็บป่วยจึงได้มีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอโดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้นำชุมชน /ประชาชน เข้ามา มีบทบาทในการดูแลสุขภาพ จัดกิจกรรมและโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีการส่งเสริมให้ประชาชนหันมาใส่ใจกับสุขภาพมากขึ้น โดยชุมชนมีการจัดสถานที่ และเครื่องอุปโภคบริโภค ออกกำลังกายตามจุดสาธารณสุข ส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ ปลูกผัก-สวนครัวไว้รับประทานเอง และยังมีกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด ลานบุญนั่งสมาธิกิจกรรมสันทนาการอย่างต่อเนื่องโดยมีทั้งภาครัฐและเอกชน ให้การสนับสนุนส่งผลให้อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
1. ประชาชน ยังมีพฤติกรรมบริโภคที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ชื้ออาหารปรุงสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้ความรู้แก่ประชาชน เรื่องการบริโภคเน้นย้ำการเลือกอาหารเพื่อการบริโภค</li> <li>- จัดอบรมความรู้แก่ผู้ชายเรื่องการประกอบอาหารปลอดภัย</li> </ul>
2. เด็กและเยาวชน มีค่านิยมที่ส่งผลต่อการเกิดโรคในอนาคต เช่น การดื่มน้ำอัดลม การสูบบุหรี่	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกับครูในการเพิ่มความรู้ในเกี่ยวกับการบริโภคเข้าไปในชั่วโมงการเรียนการสอน</li> <li>- โรงเรียนมีมาตรการไม่ขายน้ำอัดลมแก่นักเรียน</li> </ul>
3. เกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มมากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คืบข้อมูลให้กับชุมชน</li> <li>- ดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน รพ.สต. อสม. ในการคัดกรองภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง</li> <li>- จัดทำแนวทางการส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการรักษา ระหว่าง รพ.สต. กับ รพ.แก่งคอย</li> <li>- จัดทำแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่รพ.สต.</li> </ul>

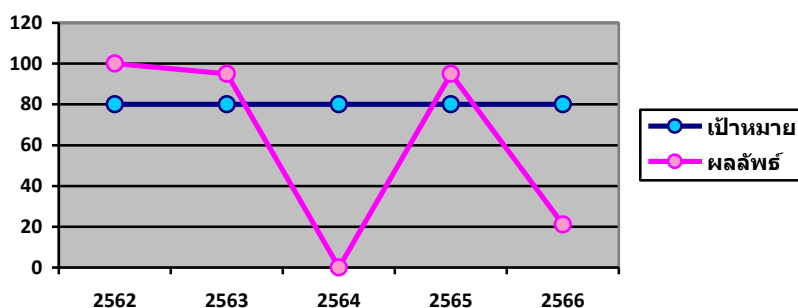
### สรุปผล

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การเกิดโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในประชาชนลดลง และในปี 2565 พบว่าร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่ 3.69 ไม่เกินเป้าหมาย และในปี 2566 พบผู้ป่วยรายใหม่ลดลง 1.90 และอยู่ในช่วงดำเนินการ สาเหตุจากการที่คณะทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอได้เริ่มเข้าไปคัดกรองประชาชนในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม ส่งผลให้พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น นอกจากนั้นยังมีการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การรักษา ผู้ป่วยรายใหม่โดยแพทย์ ระหว่าง รพ.สต.และ รพ.แก่งคอย ด้วยระบบ Green channel ควบคู่กับการป้องกันการเกิดโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูง พร้อมทั้งติดตามเฝ้าระวังประเมินผล ในปี 2566

### แผนการพัฒนา

1. ร่วมมือกับภาคอุตสาหกรรมในการเข้าไปให้ความรู้แก่พนักงานเพื่อตระหนัก ถึงการเฝ้าระวัง/ดูแล สุขภาพของตนเอง
2. จัดทำโครงการ อาหารปลอดภัย โดยความร่วมมือของคณะทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
3. เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองโรคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและการคืน ข้อมูลให้กับชุมชน เกี่ยวกับภัยสุขภาพในชุมชน

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย 80 %



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน ในปี 2562 – 2566 เท่ากับร้อยละ 100 ,95 ,0,95 และ 21 ตามลำดับ ในปี 2564 ไม่มีการเยี่ยมบ้านเนื่องจากสถานการณ์โควิด – 19 และในทุกปีบรรลุ เป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 80 และปี 2566 อยู่ในช่วงดำเนินการ แต่เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มการ เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบมีทิศทางที่สูงขึ้น

### วิเคราะห์ข้อมูล

จากผลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในปี 2564 พบว่ามีการเยี่ยมบ้านลดลงจากปี 2565 เนื่องจาก สถานการณ์โควิด – 19 ทำให้ไม่สามารถออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านได้ และผู้ป่วยบางรายก็ไม่สะดวกในการให้เยี่ยม และผู้ป่วยกลับไปพักไม่ตรงตามที่อยู่ให้ไว้ ทำให้ตามผู้ป่วยไม่ได้ และทีมมีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่าย สุขภาพให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มีการจัดการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการดูแล สุขภาพของตนเองและคนในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และ

สามารถควบคุมโรคได้ แต่ก็ยังพบปัญหาเรื่องการดูแลผู้ป่วยยังไม่ถูกต้อง และการบริโภคอาหารไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

### แนวทางแก้ไข

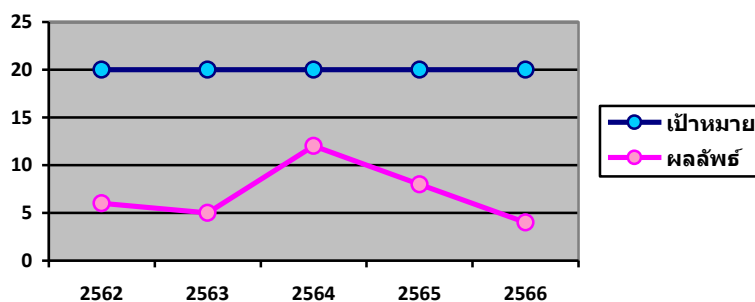
ปัญหา	แนวทางแก้ไข
-ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารปรุงสำเร็จ	-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรค ปรุงอาหารรับประทานเอง ลดหวาน มัน เค็ม -จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบอาหารปรุงสำเร็จเรื่องการประกอบอาหารที่ปลอดภัย
-ผู้ดูแลขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับโรค	-ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเรื่องการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค -เพิ่มพูนทักษะนักบริบาลในการดูแลผู้ป่วย

### สรุปผล

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาดังกล่าว ส่งผลให้การเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้น สาเหตุจากการที่ได้มีการทำงานร่วมกันภายใต้เครือข่ายสุขภาพ มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ดียิ่งขึ้น

### แผนการพัฒนา

- จัดอบรมศักยภาพนักบริบาล อสม. ให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย
- จัดทำโครงการอาหารปลอดภัย โดยความร่วมมือของคณะทำงานเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
- อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน เป้าหมาย 20 %



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่า ปี 2562 อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน มีแนวโน้มลดลง ถึงแม้จะบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ( ร้อยละ 20 ) แสดงให้เห็นถึงความสามารถดูแลตนเองได้ของผู้ป่วยและครอบครัว แต่ในปีต่อๆมาอัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยลดลงทุกๆปี แต่ก็ยังแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองได้ของผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ดีมากนัก

### วิเคราะห์ข้อมูล

แสดงให้เห็นถึงความไม่สามารถดูแลตนเองได้ของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วันของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีแนวโน้มสูงขึ้น	1. พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการปฏิบัติตัวเรื่องโรค ยา อาหาร การดูแล พิเศษ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การพลิกตะแคง ตัวในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือได้น้อย การ เคาะปอด การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการ สำลัก การป้องกันการพลัดตก หกล้ม และการดูแล ที่ซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ การ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมระบบการ ขับถ่าย และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วย ตัวเองได้ เน้นการดูแลและการสังเกตภาวะ อาการ

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
	<p>ผิดปกติของผู้ป่วย</p> <p>2. สอบถามปัญหา ข้อจำกัดของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลในแต่ละราย เพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ สนับสนุน เครื่องมือ อุปกรณ์ การดูแลผู้ป่วย เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน หรือถังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ เตียง ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ set ทำแผล ผ้าอ้อมสำเร็จรูปตามความต้องการของผู้ป่วยเท่าที่สามารถสนับสนุนได้ หรือถ้าไม่ได้จะประสานงานกับองค์กรท้องถิ่น ชุมชนของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางแก้ไขช่วยเหลือผู้ป่วยรวมกัน</p> <p>3. ประเมินความรู้ของผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติม</p> <p>4. ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 3 วันเพื่อประเมินความรู้ ทักษะ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยซ้ำ</p> <p>5. ส่งข้อมูลความก้าวหน้าของผู้ป่วยคืนกลับชุมชน ญาติเครือข่าย เพื่อประสานงานร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวต่อไป</p>

### สรุปผล

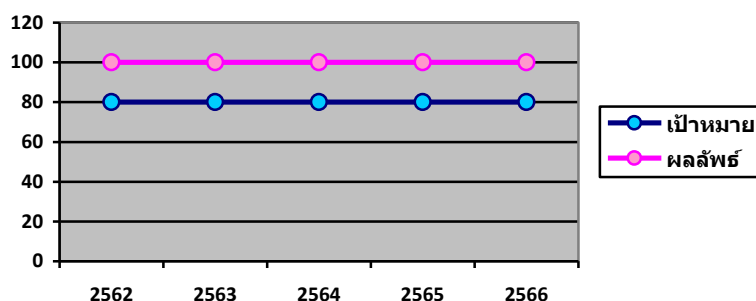
จากการดำเนินงาน ส่งผลให้อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน ของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน มีแนวโน้มลดลงใน ปี 2566

### แผนการพัฒนา

1. เข้าร่วมประชุม conference case ในชุมชนที่มีการส่งกลับข้อมูลผู้ป่วย
2. ทบทวนแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยการ และครอบครัวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และเมื่อออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ให้คำแนะนำเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ
3. อบรมเพิ่มพูนความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยแก่นักบริบาล ( โอบอ้อม ) ปีละ 1 ครั้ง



- ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไข  
ปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ (เป้าหมาย>ร้อยละ 80)



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ปี 2562-2566 เท่ากับร้อยละ 100, 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ ซึ่งในทุกปี ตัวชี้วัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 100

### วิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และหน่วยงานภาครัฐที่ใกล้ชิดประชาชน เพื่อให้เกิดความพร้อมทั้งด้านงบประมาณและบุคลากร และปี 2562-2566 เป้าหมายร้อยละ 80 แต่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 13 แห่งได้มีการทำแผน และดำเนินการแก้ปัญหาในพื้นที่ครบร้อยละ 100 ตัวอย่างการแก้ปัญหาในชุมชน เช่น การซ่อมแซมบ้านให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, การดูแล ผู้สูงอายุ คนพิการ, อุบัติเหตุการจราจรทางถนน เป็นต้น

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
แม้การในชุมชนท้องถิ่นทุกแห่งจะมีการดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ครบทุกแห่ง แต่ปัญหาที่นำมาแก้ไขยังไม่ตรงกับบริบทของพื้นที่ตนเอง	- ท้องถิ่นควรมีการสำรวจข้อมูลปัญหาในพื้นที่ และนำมาปรับแก้ไขปัญหาท้องถิ่นให้ตรงประเด็น

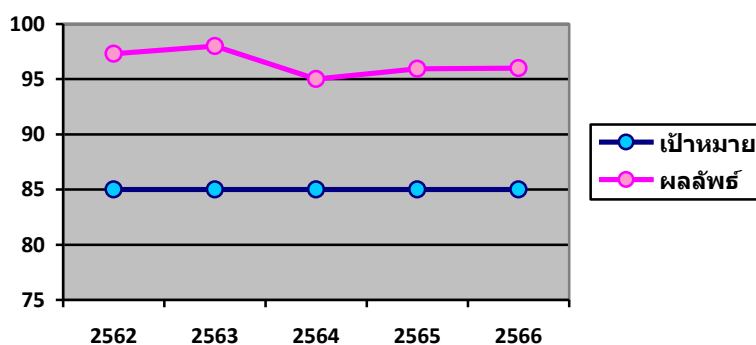
### สรุปผล

จากความร่วมมือในการทำงานร่วมกัน ส่งผลให้ประชาชนได้รับการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงมากขึ้น

### แผนการพัฒนา

ท้องถิ่นเป็นแกนนำในการจัดทำแผนร่วมกับประชาชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และภาคีเครือข่ายเข้าร่วม ดำเนินการแก้ปัญหาในพื้นที่

- ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน(เป้าหมาย>ร้อยละ 85)



### ข้อมูลจากกราฟ

จากกราฟพบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ในปี 2562-2566 มีค่าเท่ากับร้อยละ 97.30, 98, 95, 95.93, 96 ตามลำดับ ซึ่งทุกปีตัวชี้วัดร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดคือมากกว่าร้อยละ 85 แต่เมื่อพิจารณาจากแนวโน้มพบมีทิศทางที่เพิ่มขึ้น

### วิเคราะห์ข้อมูล

โรงพยาบาลแก่งคอยให้ความสำคัญกับการทำงานเชิงรุกมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ ในด้านการส่งเสริม/ป้องกันโรค การดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเชื่อใจ ไว้วางใจ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อประชาชนและชุมชนเป็นอย่างดี ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชนพบว่าได้รับคะแนนเพิ่มขึ้นตามลำดับทุกปี

### แนวทางแก้ไข

ปัญหา	แนวทางแก้ไข
แม้ว่าจะคะแนนโดยรวมความพึงพอใจจะผ่านเกณฑ์ในระดับสูง แต่มีข้อที่คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ เรื่องการเปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทิมสุขภาพ ให้ข้อมูลการเผชิญภาวะการเจ็บป่วย และการบริการพร้อมทั้งสอบถามความสมัครใจทุกครั้ง</li> <li>- ทิมสุขภาพเข้าไปสร้างสัมพันธภาพแก่ผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยเชื่อใจ</li> </ul>

### สรุปผล

จากการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชน ส่งผลให้การปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดการตอบสนองความต้องการต่อผู้รับบริการภายใต้มาตรฐานการดูแลสุขภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้รับบริการและประชาชนในชุมชน

### แผนการพัฒนา

1. ขยายขอบเขตการให้บริการไปยังพื้นที่ครอบคลุมทั้งอำเภอแก่งคอย
2. ขยายกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติมจากผู้ที่ได้รับการบริการด้านการเจ็บป่วยไปถึงผู้ร่วมงานภาคีเครือข่ายสุขภาพ

### 3. บทเรียนจากการพัฒนา

กลุ่มประชากรทางคลินิกที่สำคัญ (Key Clinical Population)

( โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หลอดเลือดสมอง)

ปี	โรคเบาหวาน		โรคความดันโลหิตสูง		โรคหลอดเลือดสมอง	
	ปชก.เสี่ยง	ปชก.ป่วย	ปชก.เสี่ยง	ปชก.ป่วย	ปชก.เสี่ยง	ปชก.ป่วย
2563	398	100	814	405	626	32
2564	104	98	1,200	491	579	33
2565	379	85	1,587	376	633	29

การดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยง / โรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง ( CQI)

ปัญหา จากสถิติของโรงพยาบาลแก่งคอยพบว่า 5 อันดับโรคที่พบบ่อย ได้แก่ DM,HT และยังพบว่าโรคทั้งสองนี้พบบ่อยมากในชุมชน และจากการคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชนยังพบว่าคนในชุมชนที่โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้น่าจะค่อนข้างสูง

#### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
- เพื่อป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ทำให้เกิด

อันตรายถึงแก่ชีวิต

#### ประเด็นสำคัญความเสี่ยง

- ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน ทำให้ไม่เข้าถึงการคัดกรอง

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- ความต่อเนื่องในการรักษา

#### ปรับกระบวนการทำงาน

- วางแผนเวลาให้สะดวกต่อการคัดกรองของประชาชน
- พัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ และ อาสาสมัครให้เกิดความเชี่ยวชาญ
- สนับสนุนเครื่องมือ ในการดำเนินงาน
- จัดกระบวนการเรียนรู้ และสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน
- จัดทีมสหสาขาวิชาชีพ (หมอครอบครัว )เข้าไปดูแลผู้ป่วย

#### ผลลัพธ์

อัตราผู้ป่วย โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง

#### ปัญหาและอุปสรรค

ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน แต่ขาดตามตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

#### 4. กระบวนการ/ระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันเพื่อให้เป็นไปตามสิ่งที่คาดหวังและป้องกันความเสี่ยงสำคัญของแต่ละกระบวนการ (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ระบบงาน	วิธีการทำงาน /การปรับปรุง	ผลลัพธ์
<p><u>พัฒนาเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และด้อยโอกาส ในอำเภอแก่งคอย</u></p> <p>- เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพคน ในชุมชน และเพื่อให้ผู้ขาดโอกาสได้รับการช่วยเหลืออย่างทั่วถึง</p>	<p>สร้างทีมโอปอ้อม อบรมผู้มีจิตอาสาในการเข้ามาทำความดีโดยไม่มีค่าตอบแทน เข้าไปปฏิบัติหน้าที่ช่วยเหลือคนในชุมชนตนเองโดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาและให้กำลังใจ</p> <p>- จัดตั้งกองทุนคุณภาพชีวิตคนแก่งคอยไม่ทอดทิ้งกันมีทุกภาคส่วนเข้ามาเป็นคณะกรรมการ โดยมีท่านนายอำเภอแก่งคอยเป็นประธานกองทุน ช่วยเหลือผู้ยากไร้และขาดโอกาสทางสังคม</p>	<p>มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชนในนามทีมโอปอ้อม ครอบคลุมทุกตำบล ปัจจุบันมีสมาชิก 252 คน</p> <p>ทำให้ผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และด้อยโอกาสได้รับการช่วยเหลือให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</p>
<u>ระบบการขึ้นทะเบียนรับรอง</u>	- ตรวจรับรองความพิการที่บ้าน ลด	เกิดความสะดวก รวดเร็วในการขึ้น

ระบบงาน	วิธีการทำงาน /การปรับปรุง	ผลลัพธ์
<p><b><u>ความพิการ</u></b> เพื่อเป็นช่วยเหลือ และลดภาระของผู้พิการและญาติ</p>	<p>การสูญเสียเวลาที่ผู้พิการต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขึ้นทะเบียนความพิการที่ พมจ.โดยเจ้าหน้าที่ดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน 2 สัปดาห์</li> <li>- และนำเอกสารไปให้ผู้พิการนำสมุดทะเบียนไปขอรับสวัสดิการของรัฐ</li> </ul>	<p>ทะเบียน และผู้พิการสามารถนำบัตรไปขอรับสวัสดิการได้ทันเวลา</p>
<p><b><u>การเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน</u></b> เพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาจากภาวะสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจคัดกรองสุขภาพประชาชน</li> <li>- จัดกิจกรรมรณรงค์ และให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ส่งเสริม/สนับสนุน ให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม</li> </ul>	<p>อัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง</p>

## 4.2 ระบบงานพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

วัตถุประสงค์ / กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	ระดับที่ปฏิบัติได้		
				2565	2566	หมายเหตุ
เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน	พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน	<ol style="list-style-type: none"> <li>กำหนดนโยบายการดูแลผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน</li> <li>วิเคราะห์ข้อมูล/วางแผนการดำเนินการ</li> <li>จัดทีมผู้ให้บริการตามความเหมาะสมกับปัญหา</li> <li>จัดเวทีแลกเปลี่ยน สะท้อนปัญหาจากประสบการณ์การทำงาน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</li> <li>อัตราผู้ป่วยและญาติสามารถควบคุมภาวะโรคดูแลตนเองได้มากกว่าร้อยละ 80</li> <li>อัตราการ Re-admit ของผู้ป่วยภายใน 28 วันที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน <math>\leq</math> 20 %</li> <li>เกิดเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทุกตำบลในอำเภอแก่งคอย ร้อยละ 100</li> </ol>	100	100	
เพื่อสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver)</li> <li>มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนดูแลเป็นรายบุคคล</li> </ul>	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากกว่าร้อยละ 80	100	100	

วัตถุประสงค์ / กลยุทธ์	การพัฒนาคุณภาพ/ แนวคิด	วิธีการดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	ระดับที่ปฏิบัติได้		
				2565	2566	หมายเหตุ
เพื่อให้ประชาชน ห่างไกลและปลอดภัย จากยาเสพติด	การป้องกันและแก้ไข ปัญหาเสพติด	- ส่งเสริม/สนับสนุนให้มีกิจกรรม หลีกเลี่ยงสารเสพติด เช่นกิจกรรม ชมรม To be Number 1 - ตรวจค้นหาผู้เสพยาเสพติด - จัดกิจกรรมค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - ติดตามเยี่ยมบ้านหลังการบำบัด	- ชมรมมีกิจกรรมต่อเนื่อง 100%	100	100	

#### 5. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- โครงการฟื้นฟูศักยภาพทีมโอปอเอ็มในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- พัฒนาคุณภาพการบริการเจ้าหน้าที่ด้านจริยธรรม
- พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการ
- จัดตั้งศูนย์บริการสำหรับคนพิการทั่วไป

\*\*\*\*\*