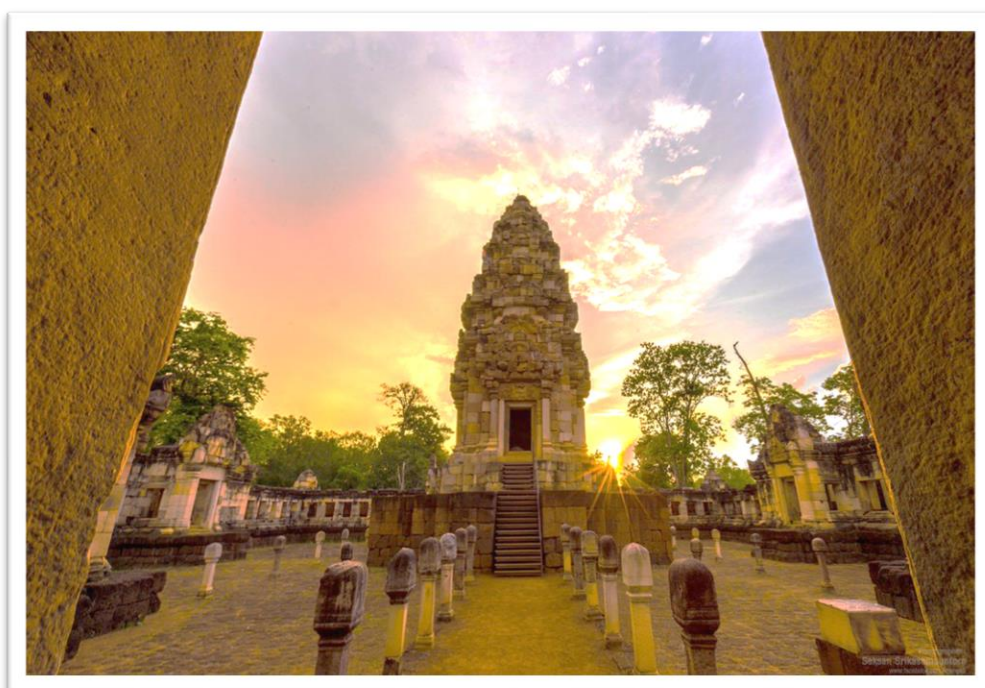


ข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง (Khoksung CUP Profile)  
จังหวัดสระแก้ว ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖



“โคกสูงเมืองเกษตรชายแดนไทย-กัมพูชา นักรับกล้ายุทธการโนนหมากมุ่น  
เขาวีต่างต้นทูนแห่งลำน้ำ ปราสาทหินงามสด๊กก้อกรม”

## ข้อมูลเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๖)

ชื่อ : เครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูงอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว  
 ประธานเครือข่าย : นายแพทย์สุกฤษฎีเลิศสกุลธรรม เบอร์โทร : ๐๙๕ ๗๖๐๘๗๗๗  
 E-Mail: hopital\_khoksong@hotmail.com  
 รองประธานเครือข่าย : นายทองปาน พันจุย เบอร์โทร : ๐๘๑ ๗๕๖๕๒๐๑  
 E-Mail:kokhealth\_new@hotmail.com  
 เลขานุการเครือข่าย : นางนุติ เพ็ชรนอก เบอร์โทร : ๐๙๗ ๒๗๙๐๓๖๑  
 E-Mail:Pcukhoksong@gmail.com  
 ผู้ประสานงานเครือข่าย : นายประชากร พันบাত্র เบอร์โทร : ๐๙๒ ๒๕๒๕๗๑๙  
 E-Mail : [punbath@hotmail.com](mailto:punbath@hotmail.com)

### บริบทชุมชน (Content)

อำเภอโคกสูง มีโรงพยาบาลโคกสูงเป็นแม่ข่าย เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๓ รับผิดชอบ ๔ ตำบล ๔๑ หมู่บ้าน ประชากร ๒๗,๒๓๗ คน ลักษณะเป็นชุมชนชนบท พื้นที่เป็นที่ราบลุ่มและเชิงเขา มีลำห้วยคลองยางไหลผ่าน ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อาชีพทำการเกษตรทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ ทำสวน สภาพเศรษฐกิจปานกลาง การคมนาคมสะดวกเป็นถนนลาดยาง เป็น ๔ ช่องจราจรอยู่ห่างจากตัวจังหวัดสระแก้ว 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 เช่น กรุงเทพฯ ชลบุรี ระยอง ฉะเชิงเทรา เป็นต้น ทั้งไว้แต่เพียงเด็ก และคนชรา ทำให้เกิดปัญหาที่ตามมา คือ เด็กถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุขาดคนดูแล วัยรุ่นไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการนำโรคติดต่ออันตราย เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กลับมาแพร่กระจายให้กับคนในครอบครัวที่อยู่ในพื้นที่ แต่ก็มีความสามารถในการจับจ่ายใช้จ่าย และมีผลไม่ตามฤดูกาลหลากหลายชนิด และมีปริมาณมากเนื่องจากอยู่ใกล้ตลาดโรงเกลือ ในกลุ่มสูงอายุนิยมรับประทานผลไม้ภายหลังรับประทานอาหาร หรือรับประทานผลไม้รสหวานในระหว่างมื้ออาหาร เช่น มะม่วงสุก เงาะ ลำไย ทูเรียน เป็นต้น ส่งผลให้แนวโน้มเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มสูงขึ้น เด็กวัยเรียนก็มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ จากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจะเป็นการประกอบอาหารโดยใช้วัตถุดิบในพื้นที่หรือครัวเรือนประกอบอาหารรับประทานเองในครัวเรือน ก็เปลี่ยนมาเป็นการซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทาน การกินอาหารจากตามสภาพท้องถิ่น เปลี่ยนมาซื้อหาอาหารตามร้านสะดวกซื้อหรือรถเร่ แผงลอย การรับประทานเกินความจำเป็นหรือมากกว่า ๓ มื้อต่อวัน และเกิดปัญหาการมีขยะ เช่น ถูพลาสติก กล่องโฟม เพิ่มขึ้นในชุมชน การใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากการ

ทำงานกลางแจ้งต้องใช้แรงงาน เปลี่ยนเป็นเจ้าของกิจการ หรือทำงานนึ่งโต๊ะ ประชาชนยังขาดความตระหนัก ในด้านการดูแลตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HealthLiteracy) 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) คณะกรรมการโครงการมหัศจรรย์๑,๐๐๐วัน plus ๒,๕๐๐วัน คณะกรรมการอาสาพัฒนาเด็กระดับอำเภอและระดับตำบล โดยการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน และมีกิจกรรมการประชุมอย่างต่อเนื่อง

๒) จัดให้มีกิจกรรมการสื่อสารเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมีการนำข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องใน ในการปฏิบัติงานมีการคืนข้อมูลกลับในที่ประชุมต่างๆ เช่น ที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ที่ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน เวทีประชุมงานสุขภาพภาคประชาชนของอสม. ที่ประชุมกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล จนทำให้แนวทางและวิธีการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มผู้รับบริการทำให้เกิด ความสัมพันธ์และสร้างความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงาน ดังนี้

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหน้าที่
๑. โรงพยาบาลชุมชน	๑. รักษาพยาบาลในคลินิก NCD ๒. จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย ๓. ทีม FCT ๔. สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ๕. ระบบรับ - ส่ง ผู้ป่วย ๖. Consult รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วย
๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๑. ประสานงานทีมพชอ. FCT, ODOP, OTOP ๒. จัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย ๓. นิเทศ กำกับ ติดตาม
๓. รพ.สต.	๑. สํารวจกลุ่มเป้าหมาย ๒. ควบคุมกำกับ ติดตาม ๓. เผื่อระวัง ป้องกันการเกิด ๔. จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๕. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
๔. อสม./อสค./หมอประจำบ้าน	๑. สํารวจกลุ่มเป้าหมาย/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๒. ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ กับประชาชน

	๓. ดูแลผู้ป่วยDM ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ได้รับการปรับเปลี่ยน
<b>ภาคีเครือข่าย</b>	<b>บทบาทหน้าที่</b>
	พฤติกรรม สู่ Good Control DM
	๔. ดูแลและถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัว
	๕. เป็นแบบอย่างในด้านการดูแลสุขภาพในครอบครัว
<b>๕. ผู้ป่วย/ผู้ดูแล (Care giver)</b>	๑. ดูแลผู้ป่วยตาม care plan
	๒. มีความรู้และทราบสถานะสุขภาพ
	๓. เป็นพี่เลี้ยงในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่กลุ่มเสี่ยง
<b>๖. อปท.</b>	๑. สนับสนุนงบประมาณ/อุปกรณ์
	๒. ร่วมวางแผนนโยบายการดำเนินงาน
	๓. จัดโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างสุขภาพให้กับประชาชน
<b>๗. ผู้นำชุมชน</b>	๑. ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาตามแนวทางหมู่บ้าน ตำบลจัดการสุขภาพ
	๒. ประชาสัมพันธ์
<b>๘. ชมรม/ร้านค้า/ร้านอาหาร</b>	๑. การจัดจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย DM
	๒. รณรงค์ลดหวาน มัน เค็ม
	๓. ร้านค้าของชำให้ความรู้ในการใช้เครื่องปรุงรส
<b>๙. ชมรมผู้สูงอายุ</b>	๑. เป็นแบบอย่างในการรับประทานอาหารจากธรรมชาติ
	๒. ส่งเสริมการคัดเลือกบุคคลตัวอย่างด้านสุขภาพ
<b>๑๐. พระภิกษุ</b>	๑. เทศนาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกาย การทำสมาธิบำบัด
	๒. พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ
<b>๑๑. โรงเรียน</b>	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 เพื่อลดความรุนแรงของโรคนอกจากนั้นในภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพ

และ รพ.สต. ได้จัดให้มีแพทย์รับผิดชอบให้คำปรึกษาแก่ จนท.รพ.สต.ได้ตลอดเวลา มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเชื่อมโยงจากรพช. สู่ว.สต. สู่ชุมชน พร้อมทั้งได้พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้เป็น อสม.หมอบประจำบ้าน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่รับผิดชอบ จัดระบบส่งต่อโดย อปท.และมูลนิธิ เพื่อให้บริการผู้ป่วยในยามฉุกเฉิน

# ข้อมูลทั่วไป ปี ๒๕๖๖

## แผนที่อำเภอโคกสูงและที่ตั้งสถานบริการสาธารณสุข



### ประวัติอำเภอโคกสูง

อำเภอโคกสูง เดิมเป็นส่วนหนึ่งของอำเภอตาพระยา ทางราชการได้แบ่งพื้นที่การปกครองออกมาตั้งเป็น กิ่งอำเภอโคกสูง ตามประกาศกระทรวงมหาดไทยลงวันที่ **๒๖ มิถุนายน** พ.ศ. ๒๕๓๙ โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ **๑๕ กรกฎาคม** ปีเดียวกัน และต่อมาได้มีพระราชกฤษฎีกาเมื่อวันที่ **๒๔ สิงหาคม** พ.ศ. ๒๕๕๐ ยกฐานะขึ้นเป็น อำเภอโคกสูง โดยมีผลบังคับตั้งแต่วันที่ **๔ กันยายน** พ.ศ. ๒๕๕๐

**๑. สถานที่ตั้งและอาณาเขต** ตั้งอยู่หมู่ที่ ๘ ตำบลโคกสูง อำเภอโคกสูงจังหวัดสระแก้ว ระยะห่างจากโรงพยาบาลรัฐประเทศ ๒๒กิโลเมตร ห่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ๗๒กิโลเมตรมีพื้นที่ติดต่อดังนี้

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

๒.ลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบ ลักษณะดินเหนียวปนทราย

๓.สภาพภูมิอากาศ สภาพภูมิอากาศแบ่งออกได้เป็น ๓ ฤดูกาล

- ฤดูร้อน เริ่มต้นแต่เดือนกุมภาพันธ์-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) ตำบลโนนหมากมุ่น

๕.อาชีพ ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ทำนา ทำไร่ ทำสวน และเลี้ยงสัตว์

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

๗.ศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธมีวัด ๒๓ แห่งสำนักสงฆ์ ๕ แห่ง

๘.แหล่งท่องเที่ยวปราสาทสด๊กก๊อกธมเป็นโบราณสถานประกอบด้วยองค์ประสาธ ๓ หลังหันหน้าไปทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ มีคูน้ำล้อมรอบ มีกำแพง ๒ ชั้น ชั้นนอกทำด้วยศิลาแลงชั้นในทำด้วยหินทราย ตัวปราสาทก่อด้วยหินทรายมีโคปุระหรือซุ้มประตูเหลือเพียงด้านทิศตะวันออกและทิศตะวันตกเท่านั้น

๙.ข้อมูลประชากรและหลังคาเรือน

๑. จำนวนหลังคาเรือน ๘,๘๙๔ หลังคาเรือน
๒. จำนวนครอบครัว ๘,๘๓๓ ครอบครัว
๓. จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร ๒๗,๒๕๕ คน แบ่งเป็นชาย ๑๓,๕๕๓ คนหญิง ๑๓,๗๔๒ คน

๑๐.ข้อมูลการศึกษา

๑. โรงเรียนสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาพื้นฐานจำนวน ๑๕ แห่งประกอบด้วย

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

๒. ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็ก จำนวน ๗ แห่ง

ประชากรจากทะเบียนราษฎร ประจำปี ๒๕๖๕ ของอำเภอโคกสูง จำนวน ๒๗,๒๕๕ คน โดยมีประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุที่ต้องดูแลพิเศษ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือ กลุ่มอายุ ๐-๕ปี ร้อยละ ๖.๒๔ กลุ่มอายุ ๖-๑๔ปี ร้อยละ ๑๑.๒๕กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ 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	โนนหมากมุ่น	๖	๑,๑๓๐	๑,๑๙๗	-	๑	๓,๓๕๑
	รวม	๔๑	๘,๓๙๗	๘,๖๖๓	๑	๓	๒๗,๒๕๕

ข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

ตารางที่ ๒ แสดงข้อมูลประชากรจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุขของอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ลำดับ	สถานบริการ	ประชากรตามทะเบียนราษฎร์
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.หนองมั่ง	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		๒๗,๒๒๕

ข้อมูล ณ วันที่ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖

### ๑.๓ บุคลากร

#### ข้อมูลบุคลากร โรงพยาบาล

ที่	ตำแหน่ง	รพ.โคกสูง	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ
๑	แพทย์	๕	๑ : ๕,๔๔๕
๒	ทันตแพทย์	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๓	เภสัชกร	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๔	นักเทคนิคการแพทย์	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๕	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๖	นักวิชาการเงินและบัญชี	๕	๑ : ๕,๔๔๕
๗	นักวิชาการสาธารณสุข	๕	๑ : ๕,๔๔๕
๘	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๙	นักจัดการงานทั่วไป	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๑๐	นักวิชาการพัสดุ	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๑๑	นักกายภาพบำบัด	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๑๒	พยาบาลวิชาชีพ	๓๐	๑ : ๙๐๘
๑๓	แพทย์แผนไทย	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๑๔	พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย)	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๑๕	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕



ที่	ตำแหน่ง	รพ.โคกสูง	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ
ที่	ตำแหน่ง	รพ.โคกสูง	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ
๑๖	นวก./เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	๓	๑ : ๙,๐๗๕
๑๗	เจ้าพนักงานพัสดุ	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๑๘	เจ้าพนักงานธุรการ	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๑๙	เจ้าพนักงานเวชสถิติ	๒	๑ : ๑๓,๖๑๓
๒๐	เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	๓	๑ : ๙,๐๗๕
๒๑	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	๑๐	๑ : ๒,๗๒๓
๒๒	พนักงานบริการ(เจ้าหน้าที่อื่นๆ)	๑๒	๑ : ๒,๒๖๙
๒๒	พนักงานขับรถยนต์	๔	๑ : ๖,๘๐๖
๒๓	พนักงานบริการ (รปภ.)	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๒๔	พนักงานบริการ (คนสวน)	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๒๕	พนักงานบริการ (แม่บ้าน)	๓	๑ : ๙,๐๗๕
๒๖	พนักงานบริการ (ช่างซ่อมบำรุง)	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๒๗	พนักงานบริการ (ประชาสัมพันธ์)	๑	๑ : ๒๗,๒๒๕
๒๘	พนักงานแปล	๓	๑ : ๙,๐๗๕
รวมทั้งหมด		๑๐๘	

#### ๑.๔ ข้อมูลบุคลากร รพ.สต.

บุคลากร			จำนวน (คน)	อัตราส่วน: ประชากรที่รับผิดชอบ	หมายเหตุ
สายงาน	ประจำ	สนับสนุน			
แพทย์	๐	๑	๑	๑ : ๑๐,๘๔๓	
ทันตแพทย์	๐	๑	๑	๑ : ๑๐,๘๔๓	
เภสัชกร	๐	๑	๑	๑ : ๑๐,๘๔๓	
พยาบาล	๖	๐	๖	๑ : ๑๘๐๘	
นักวิชาการสาธารณสุข	๖	๐	๖	๑ : ๑๘๐๘	
จพ.สาธารณสุข	๑	๐	๑	๑ : ๑๐,๘๔๓	
แพทย์แผนไทย	๐	๑	๑	๑ : ๑๐,๘๔๓	
จพ.ทันตสาธารณสุข	๒	๐	๒	๑ : ๕๔๒๑	
เจ้าพนักงานเย็บผ้า	๐	๐	๐	๐	
นักกายภาพบำบัด	๐	๑	๐	๑ : ๑๐,๘๔๓	
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	๒	๐	๒	๑ : ๕๔๒๑	

## การวิเคราะห์ปัญหาเชิงกลยุทธ์

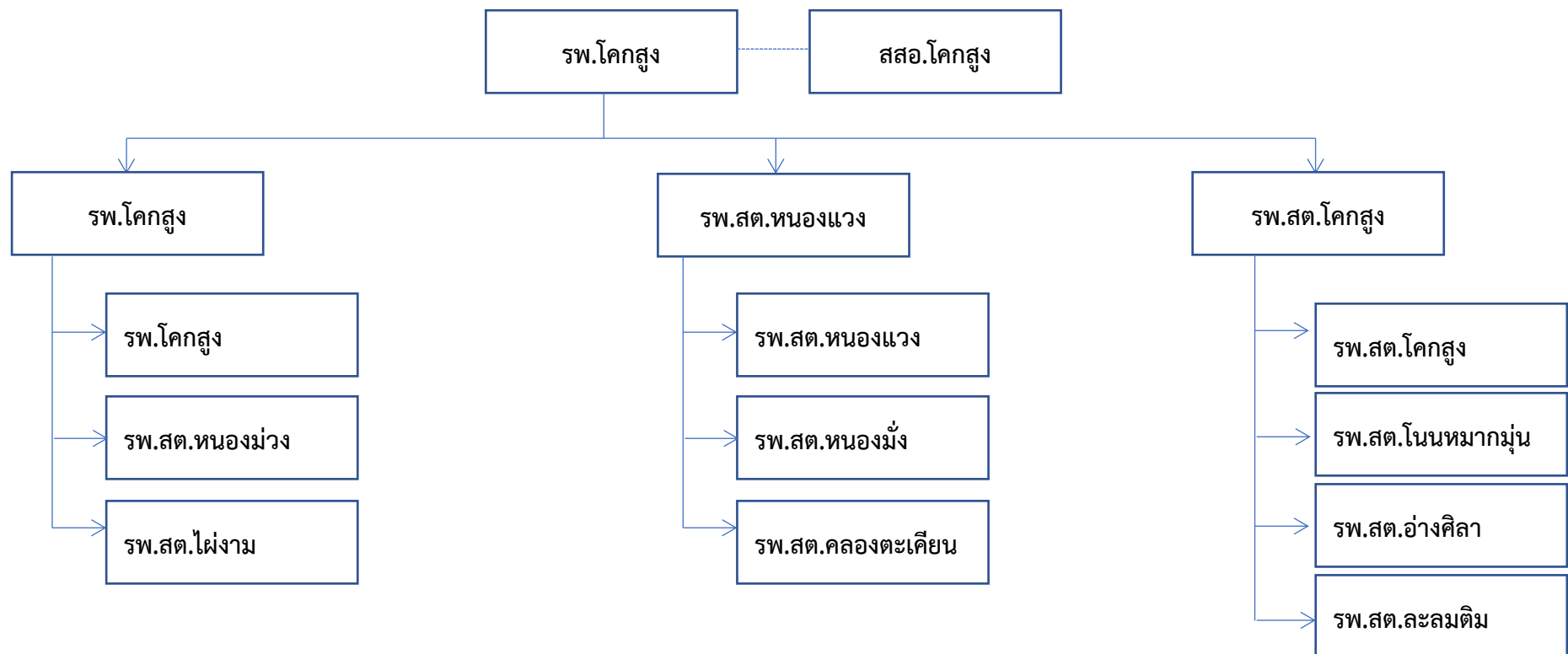
กระบวนการวิเคราะห์ปัญหา ๑๐ อันดับ

โรค / ปัญหาสาธารณสุข	องค์ประกอบ และน้ำหนัก					อันดับที่
	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	ความตระหนัก	คะแนนรวม	
	๕	๕	๕	๕	๒๐	
๑. มะเร็งทุกชนิด	๔	๔	๓	๒	๑๓	๗
๒. โรคความดันโลหิตสูง	๕	๕	๔	๔	๑๘	๒
๓. โรคเบาหวาน	๕	๕	๕	๔	๑๙	๑
๔. ใช้เลือดออก	๕	๔	๓	๓	๑๕	๕
๕. โรคผิวหนังโรค	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	๒	๑๔	๖

หลังจากที่ได้มีการวิเคราะห์ปัญหาภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพโคกสูงแล้ว พบว่า ปัญหาที่เป็นปัญหาอันดับ ๑ และเป็น ODOP/To Excellence ของอำเภอโคกสูง คือ โรคเบาหวาน อันดับ ๒ และ ๓ ซึ่งปัญหาที่เป็นปัญหาระดับปฐมภูมิคือ โรคความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง โดยในปี ๒๕๖๖ เครือข่ายบริการสุขภาพโคกสูงได้มีการจัดทำแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาตาม ODOP และมีการถ่ายทอดแผนโดยทีมงานและคณะกรรมการ คปสอ. และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานทุกเดือนโดยทีมยุทธศาสตร์ของคปสอ. นอกจากนี้ยังมีงานเชิงนโยบายระดับเขต และระดับจังหวัดที่ต้องดำเนินการคือโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus ๒,๕๐๐ วัน

## ส่วนที่ ๒ โครงสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ให้บริการในระดับพื้นที่จำนวน ๙ แห่ง มีการจัดเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิที่เป็นลักษณะNPCU จำนวน ๓ แห่ง ได้แก่ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูง มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองม่วงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไผ่งาม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิรพ.สต.หนองแวง มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองตะเคียนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมั่ง เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง มีลูกข่าย ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละลมติม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนหมากมุ่นและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา ภายใต้การสนับสนุน บุคลากร งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ดังแผนภูมิ



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

ที่	ชื่อ รพ.สต./หน่วยบริการ	ศักยภาพและการจัดบริการ	ผลการประเมิน ปี ๖๕ (ระดับ ดาว)	ประเมินNPCUปี ๖๖	OTOP ปี๒๕๖๖ จำนวน ๑ เรื่อง
				ผ่านเกณฑ์มากกว่า ≥๘๐%	
๑	รพ.สต.โคกสูง	NPCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรมWBC	๕ ดาว	ผ่านเกณฑ์	โรคเบาหวาน
๒	รพ.สต.หนองแวง	NPCU, NCD Clinic, Clinic ทันตกรรมWBC	๕ ดาว	อยู่ระหว่างการขอขึ้น ทะเบียนปี๖	โรคเบาหวาน
๓	รพ.สต.หนองม่วง	NCD Clinic, Clinic ทันตกรรมWBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๔	รพ.สต.อ่างศิลา	WBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๕	รพ.สต.ละลมติม	WBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๖	รพ.สต.หนองมั่ง	WBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๗	รพ.สต.คลองตะเคียน	WBC	๕ ดาว		โรคหลอดเลือดสมอง
๘	รพ.สต.โนนหมากมูน	NCD Clinic, Clinic ทันตกรรมWBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๙	รพ.สต.ไผ่งาม	WBC	๕ ดาว		โรคเบาหวาน
๑๐	รพ.โคกสูง	NPCU /ANC/WCC/DPAC/บำบัดยาเสพติด/ กระตุ้นพัฒนาการ/NCD		ผ่านเกณฑ์	โรคเบาหวาน
๑๑	CUPโคกสูง		๕ดาว		โรคเบาหวาน

การจัดคลินิกบริการสุขภาพที่สำคัญ

มีNodeNCD Clinic จำนวน๔ แห่ง และ๒ใน๔แห่งเป็นNPCU ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง และNCD Clinicอีก๒แห่งคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองม่วงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพโนนหมากมุ่น มีการจัดระบบการให้บริการและการสนับสนุนวัสดุและอุปกรณ์และบุคลากรเชิงคลินิกจากโรงพยาบาลโคกสูง ดังนี้

หน่วยบริการ	กำหนดวัน	เวลาบริการ	บุคลากรที่รับผิดชอบ	กิจกรรมการบริการ	
รพ.สต.หนองแวง/NPCU	วันอังคารที่ ๑ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางสุรัตน์ติกาณต์ กันประชุม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๑. คลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดัน ภาวะอ้วน ๒. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ที่มีภาวะเสี่ยง	
รพ.สต.โนนหมากมุ่น	วันอังคารที่ ๒ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางดารารัตน์ สีนวล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๓. ติดตามรักษาผู้ป่วย โรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันฯลฯ ๔. ให้ความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงผ่านคลินิก DPAC	
รพ.สต.หนองม่วง	วันอังคารที่ ๓ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางรติรัตน์ ชุมทองพิพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	๕.คลินิกNPCU ๖.เยี่ยมบ้านกับทีมCOCในช่วงบ่าย	
รพ.สต.โคกสูง/NPCU	วันอังคารที่ ๔ ของเดือน	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	นางรัชณี เกิดบุญศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
รพ.โคกสูง//NPCU	จันทร์-ศุกร์	๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐น.	น.สศศิวิวรรณ จันทร์ทีก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
๑.รพ.สต.โคกสูง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาวอันธิกา สระปัญญา เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	Unit ทันตกรรม	ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก บริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ให้คำแนะนำ
๒.รพ.สต.หนองแวง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาวธัญลักษณ์ กัณหารี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	Unit ทันตกรรม	ปรึกษาสุขภาพช่องปาก ชูด อุด ถอน ฟัน /ทำฟันเทียม ที่ รพ.แม่ข่าย
๓.รพ.สต.หนองม่วง	จันทร์ - ศุกร์	๐๘.๓๐น.- ๑๖.๓๐น.	นางสาคร 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 ๙ประการ (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 การประสานและควบคุมกำกับดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้หลักการบริหารงานแบบบูรณาการ มีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูง(คปสอ.โคกสูง) ทำหน้าที่เป็นการประสานการดำเนินงานในระดับ มีการบริหารจัดการตรวจสอบควบคุมกำกับ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายในเพื่อตรวจสอบระบบ

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

ที่ผ่านมาเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับความร่วมมือและดำเนินการแก้ไขปัญหาในปีงบประมาณพ.ศ ๒๕๖๕มีการขับเคลื่อนและแก้ไขปัญหสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ภายใต้๕โครงการยุทธศาสตร์หลักและกระบวนการพขอ. ได้แก่

๑.KhoksungSmartkidคือโครงการมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน เพื่อแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการในเด็ก และพัฒนาการเด็ก

๒.Smart hospital &Smart networkการบริหารจัดการองค์กร บุคลากร ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดของหน่วยบริการ

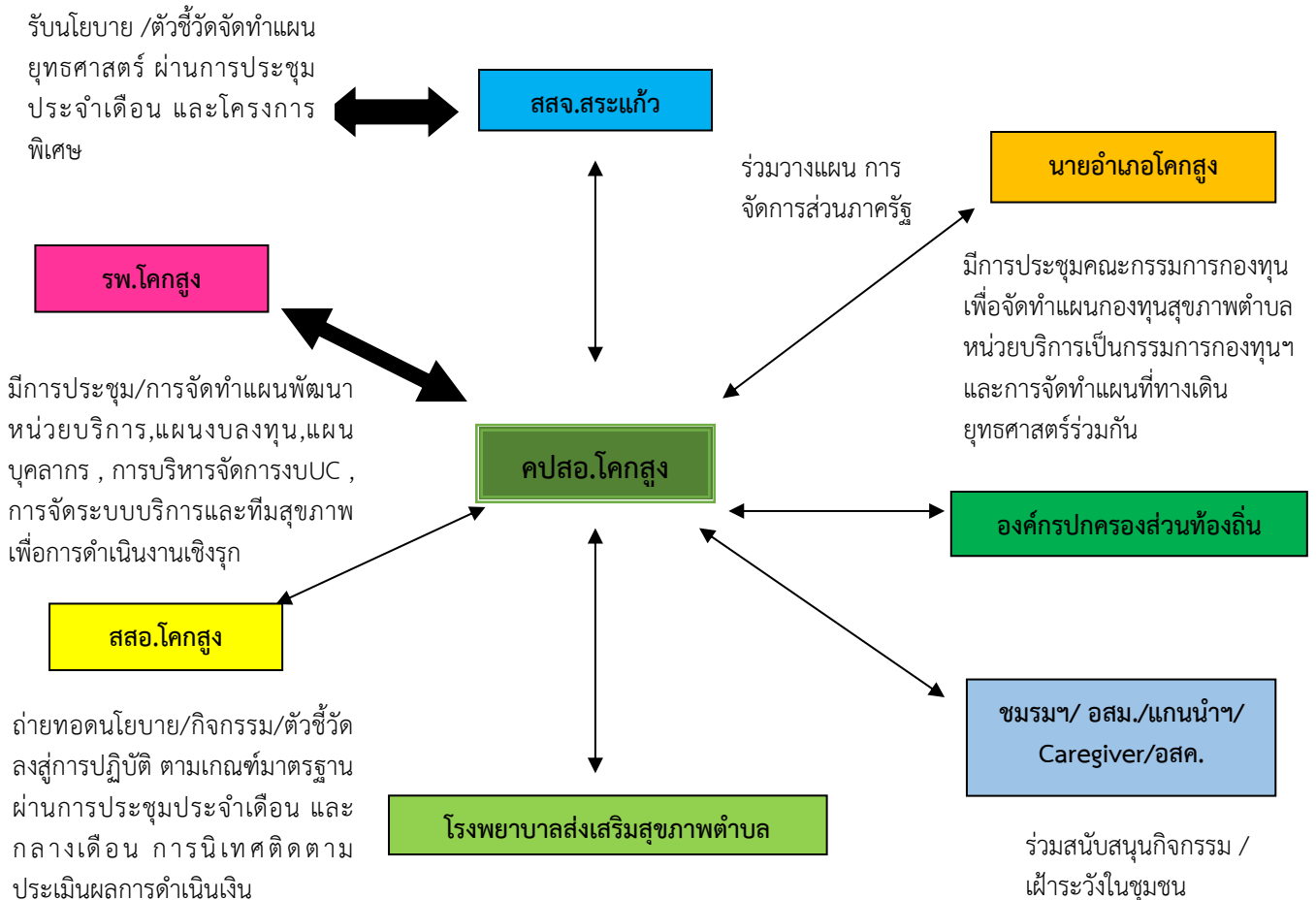
๓.Smart TB Khoksungคือ โครงการป้องกันแก้ไขปัญหาโรคโควิดในพื้นที่ยอำเภอโคกสูง

๔.KhoksungSmart Border คือ โครงการพัฒนาการจัดการระบบสาธารณสุขชายแดนโดยเน้นการส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินการและสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน

๕.KhoksungSmartEOCคือโครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

๖.พขอ.ได้แก่ ประเด็น โครงการมหัศจรรย์๑,๐๐๐วันPlus๒,๕๐๐วัน การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และการจัดการขยะ

**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 อำเภอโคกสูงเยี่ยมเคลื่อนที่และถนนสายบุญสู่ โคกสูงเมืองแห่งความสุข การออกหน่วยบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษา

**ด้านวิชาการ** มีการประกวดผลงานวิชาการประจำปีทั้งระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด และนวัตกรรมหน่วยบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อยู่เสมอ มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับหน่วยงานอื่น เมื่อได้แผนฯ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของพื้นที่ มีการรวบรวมแผนเพื่อเสนอผู้บังคับบัญชาพิจารณา 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 และแผนปฏิบัติราชการจากผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วและในเวที ShopandShare แล้ว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลโคกสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีการประชุมเพื่อทบทวนและแผนยุทธศาสตร์ ได้ถอดบทเรียนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในปี ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา เพื่อให้ได้กลยุทธ์ที่เชื่อมโยง กับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเชิงพื้นที่ การพัฒนาคุณภาพบริการ นำไปสู่การปฏิบัติและลงสู่ประชาชนในพื้นที่ โดย

**ขั้นที่ ๑ ขั้นเตรียมการ** ทีมนำ ได้นำผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า มีการขับเคลื่อนและดำเนินการตามแผนงานโครงการปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๗๙.๖๓(งบประมาณ ๒,๓๒๓,๔๕๑บาท)พร้อมทั้งได้นำ



นโยบายที่สำคัญของกระทรวง เขตสุขภาพ ตัวชี้วัดสำคัญของกระทรวง จาก HDC ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ (เหลืองแดง) ปัญหาสุขภาพสำคัญในเชิงพื้นที่ของอำเภอโคกสูง และความต้องการของผู้รับบริการ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก มากำหนดความท้าทายเชิงกลยุทธ์ตามบริบทของเครือข่าย

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

**ขั้นที่ ๓ ทำแผนปฏิบัติการ** มีการประชุมสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้กับทีมนำ ผู้รับผิดชอบงานหัวหน้ากลุ่มงาน /ฝ่าย/หัวหน้างาน ผอ.รพ.สต. และทีมงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นนำแผนมากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์และตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับปัญหาของเครือข่าย และสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ โดยในปี งบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ เครือข่ายมีกิจกรรมที่เน้นหนักและเป็นประเด็นยุทธศาสตร์จำนวน ๕ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ ๑) Khoksung SmartKids ๒) AlertTB Khoksung ๓) Smart hospital&Smartnetworknewnormalสู่องค์กร Digital Transformation และ ๔) Khoksung Smart Border๕)Khoksung Smart EOC โดยมีการกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบรายประเด็นยุทธศาสตร์อย่างชัดเจนและมีแผนงานประจำ จำนวน ๑ แผนงาน งบประมาณที่ใช้ในการจัดทำแผนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวนทั้งสิ้น ๓,๖๗๗,๕๙๑บาท แหล่งงบประมาณจาก งบส่งเสริมเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP),งบกองทุนหลักประกันตำบล, งบพัฒนาจังหวัด, งบสปสช., งบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพจังหวัดสระแก้ว,งบสป.สธ.,และจากเงินบำรุง

**ขั้นที่ ๔ นำแผนลงสู่การปฏิบัติ** ผู้รับผิดชอบประเด็นยุทธศาสตร์จัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของเครือข่าย และรพ.สต. ผู้รับผิดชอบแผนงานรวบรวมแผนนำเสนอขออนุมัตินายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และดำเนินโครงการให้เสร็จสิ้นภายใน เดือนสิงหาคม และเบิกจ่ายงบประมาณเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๖

**ขั้นที่ ๕ ควบคุมติดตามและประเมินผลแผนปฏิบัติการทุกเดือน** ซึ่งได้จัดทำเป็นแผนควบคุมกำกับและแผนรายงานความก้าวหน้าตามยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการของเครือข่ายและรพ.สต. โดยรายงานทีมนำ รายงานสสจ.ในเวทีการประชุม คปสจ. และมีการทบทวนและปรับแผนรอบ ๓ และ ๖ เดือน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประเมินผลแผนปฏิบัติการราชการทุกเดือน ประเมินแผนเงินบำรุงของ รพ.สต.แผนพัฒนาบุคลากร และแผน Plan fin ทุกเดือน และปรับเปลี่ยนแผนรอบ ๖ เดือน โดยเน้นการแก้ไขปัญหาในเชิงยุทธศาสตร์ ภายใต้เข็มมุ่ง ร่วมกันคือ “ระบบสุขภาพเข้มแข็ง การจัดการสาธารณสุขชายแดนมีประสิทธิภาพ ประชากรร่วมกันเป็นเจ้าของคู่มือแห่งความสุขแบบยั่งยืน ปี ๒๕๖๙”

### ๓. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ

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

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
<b>๑.กลุ่มผู้รับบริการมี ๕ กลุ่ม ได้แก่</b>		
๑.กลุ่มผู้รับบริการทั่วไป	ความรวดเร็ว และประทับใจ ได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้อง	พัฒนาระบบคุณภาพเครือข่าย ด้วย QLN ๖ ระบบงาน ลดการแออัดในโรงพยาบาล รอไม่นาน พัฒนาhealth literacy/๓๐.๒๕.๑พ.
๒.กลุ่ม Acute & Emergency	ความพร้อม (preparedness) มีความพร้อมในการรับผู้ป่วยฉุกเฉินรักษาหรือส่งต่อ ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน	แผนการพัฒนารายโรคตาม service plan ได้แก่ <b>กลุ่ม trauma</b> : HI, Multiple trauma, blunt trauma ,Traffic Accident <b>กลุ่ม acute</b> : STEME, Stroke, sepsis , DHF พัฒนาhealth literacy/๓๐.๒๕.๑พ.
๓.กลุ่ม Chronic (Good Control & Good habit)	ตรวจคัดกรอง เสริมสร้างพลังในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี	แผนพัฒนารายโรคได้แก่ DM HT COPD/Asthma มะเร็งตับ
๔.กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้	Safety ไม่แพร่กระจายเชื้อ	แผนพัฒนารายโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยHIV/TBยังไม่เปิดคลินิกให้บริการ แพลนเปิดให้บริการ ๑ มีนาคม ๒๕๖๖
๕.กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง	ได้รับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ได้รับการดูแลต่อเองที่บ้าน	อบรม care giver วางระบบ LTC ในเครือข่าย
<b>๒. กลุ่มผู้ป่วยโรคที่มีความสำคัญ</b>		
Chronic		
DM	๑.ผู้ป่วย DM สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและควบคุมโรคได้ (HbA๑C <๗) เพิ่มขึ้น ๒.ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM ๓.ลดการ Admit ด้วยภาวะ hypo-hyperglycemia	-พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่บ้าน เรื่องการใช้ยา อาหาร การออกกำลังกาย -ทำคลินิก DPAC สำหรับผู้ป่วยเบาหวาน
HT	๑.ผู้ป่วย HT สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น ๒.ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน	-ปรับระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด -วิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย -การจัดกิจกรรม โปรแกรมสนับสนุน

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
	ผู้ป่วย HT ๓.ลดการขาดนัด การขาดยา	การจัดการตนเองของผู้ป่วย HT ในคลินิก HT ในการแลกเปลี่ยนความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพจากเพื่อผู้ป่วยด้วยกัน
COPD/Asthma	๑.ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เรื่องการใช้ยา ๒.visit ที่ ER ลดลง	-การเสริมพลังผู้ป่วยกลุ่ม control ,Re-admit -จัดทำ CPG ทบทวนการใช้ CPG ให้ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบและส่งต่อ รพ. -เยี่ยมบ้าน ส่งต่อ COC ค้นหา risk factor ในกลุ่มผู้ป่วย Un-control( ที่มา visit > ๓ ครั้ง ใน ๓ เดือน)
Palliative care	๑.เพิ่มจำนวน Good Death ใน case end of life ๒.เพิ่มจำนวน Palliative ที่สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้	-การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างครอบคลุม -ส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรม Palliative care เพิ่มเติม -วางระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative ในการรับกลับจาก รพร. และส่งกลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง
กลุ่ม Acute		
STEME	-เพิ่มความแม่นยำและความรวดเร็วในการวินิจฉัยและส่งต่อภายใน ๓๐ นาที -ให้ความรู้ ความเข้าใจ และหาปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มสำคัญ	-พัฒนาระบบFast Tract ตั้งแต่รพ.สต. ถึงแม่ข่าย ,ทำแผนป้ายความรู้เกี่ยวกับ Alert signs พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถประเมินEKGเบื้องต้นได้ ถูกต้องทันเวลา พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง -อบรมอสม. จนท. เรื่อง ๓SACT
Stroke	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับการรักษาได้ทันเวลา มาถึง รพ.โคกสูงภายใน ๒ ชั่วโมง	การเข้าถึงบริการ การประเมินวินิจฉัย และการดูแลส่งต่อ วางระบบ Alert signs พัฒนาระบบFast Tract ตั้งแต่ รพ.สต. การฟื้นฟูผสมผสาน post stroke จัดทำแผนที่การเข้าถึงบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ร่วมกับ รพ. สต.เพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วยิ่งขึ้น ปรับปรุงระบบ Pre-hospital ผู้ป่วย Post-stroke เพื่อทำการฟื้นฟู

กลุ่มผู้รับบริการ/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	ความต้องการคาดหวัง	แผนการพัฒนา
		-อบรมอสม. จนท. เรื่อง ๓SACT
sepsis	ได้รับการประเมินตรวจวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็วได้รับการรักษาและส่งต่อ	-พัฒนาCPG การดูแลผู้ป่วยSepsis ตั้งแต่รพ.สต.และ แม่ข่าย --อบรมอสม. จนท. เรื่อง ๓SACT
DHF	วินิจฉัยรวดเร็วและถูกต้องผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนลดระบาศของโรค	Missed/Delayed Dx. , - การเกิดการระบาดจากการควบคุมโรคไม่ไวพอ , จัดทำเกณฑ์การ Refer ในผู้ป่วย DHF ร่วมกับจังหวัด , ประสานท้องถิ่นให้มีส่วนร่วมในการควบคุมโรค
กลุ่ม Trauma		
HI	ลดเสียชีวิตและพิการ	ปรับการประเมิน risk score, การดูแลที่บ้าน
Multiple trauma, blunt trauma	๑. เพิ่มประสิทธิภาพของทีม FR,ALS ๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple trauma ที่ RTS >๔ ๓. ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี	เพิ่มประสิทธิภาพทีม FR , พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการประเมินและช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ ณ จุดเกิดเหตุ การแก้ไขภาวะฉุกเฉินและการดูแลขณะรอทีม EMSพัฒนาทีม ALS โดยการส่งเข้าอบรมหลักสูตร ATLS/Pre Hospital Nurse/EMT-B และพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉินเพิ่มขึ้น
ภัยสุขภาพ		
มะเร็งท่อน้ำดี		
Traffic Accident	ขยายเครือข่ายระบบ EMS ให้ครอบคลุมพื้นที่และสร้างภาคีเครือข่ายร่วมสนับสนุนปฏิบัติการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ	ประสานงานกับเครือข่าย อปท. ในการพัฒนาระบบ EMS ให้ครอบคลุมพื้นที่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ,เพิ่มบริบทของพื้นที่ มีการกำหนดจุดเสี่ยง เช่นโค้งอันตราย บริเวณนี้เกิดอุบัติเหตุบ่อย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงมีการนำข้อมูลความต้องการ/ความคาดหวังมาใช้กำหนดคุณลักษณะของบริการ จากข้อมูลผู้ป่วยรอรับบริการนาน มีการปรับระบบการให้บริการให้เร็วยิ่งขึ้นโดยนำระบบการนัดล่วงหน้า คิวอัตโนมัติ และระบบ paper less มาใช้บริการผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการได้เร็วขึ้นจัดให้มีทีมหมอครอบครัวติดตามเยี่ยมบ้าน จัดทีมสหวิชาชีพลงตรวจผู้ป่วยที่ รพ.สต. ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔

เครือข่ายบริการสุขภาพมีการวัดความพึงพอใจของประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีคณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนและการเจรจาไกล่เกลี่ยระดับเครือข่าย และในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการปรับปรุงการรับฟัง สร้างความสัมพันธ์ ติดต่oprะเมินความพึงพอใจ ติดตามข้อมูลป้อนกลับ มีการรับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการหลากหลายช่องทาง ได้แก่ ผู้รับความคิดเห็น โดยมีการ เปิดตู้ทุกวันเพื่อความรวดเร็วในการรับรู้และแก้ไขปัญหา, การรับฟังจากผู้รับบริการโดยตรง , จากเสียงสะท้อนชุมชน ประชุมอสม. ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ จากการสำรวจความพึงพอใจ , รายงานเหตุการณ์สำคัญ , การรายงานอุบัติการณ์ การพูดคุยกันโดยตรงหรือจากคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยในการจัดบริการ คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและผู้รับบริการเช่น จัดให้มีห้องน้ำทางลาดชัน สำหรับ ผู้สูงอายุและผู้พิการ การรักษาความลับในเวชระเบียน การจัดการความเสี่ยง จากการรับบริการ มีการเปลี่ยนแปลง และนวัตกรรมที่แสดงว่าองค์กรมีการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงานมากขึ้นได้แก่

- ปรับระบบบริการผู้ป่วยนอก มีจุดคัดกรอง แผนกเวชระเบียนและตรวจสอบสิทธิ์ เป็นแบบ One Stop Service

-โรงพยาบาลและเครือข่ายติดป้ายประกาศและประชาสัมพันธ์การให้บริการทุกวัน

-ปรับระบบการคัดกรองผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจ

-ปรับปรุงจัดระบบ Work Flow ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและระบบงาน QLN โดยทีมพี่เลี้ยง (QLN) ของ คปสอ.ลงนิเทศ

-ดำเนินการสร้างที่พักขยะติดเชื้อในทุกรพ.สต.จำนวน ๙ แห่ง พร้อมทั้งทบทวนระบบจัดเก็บทั้งเครือข่าย

-ปรับปรุงระบบและพัฒนาผู้ดูแลระบบ LAN และ Internet ในระบบบริการ

-ปรับปรุงอาคาร ลดความแออัด และให้เข้าถึงได้สะดวก

-ปรับปรุงห้องน้ำสำหรับผู้ป่วยและผู้พิการเพิ่มขึ้น ปรับปรุงสวนหย่อม ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน เพื่อตอบสนองความคาดหวังและเพิ่มความผูกพัน: จัดจิตอาสาสมัครภาพบำบัดคอยดูแลในคลินิกเช่นคลินิกเบาหวาน คอยต้อนรับ สอบถามและให้ คำแนะนำ เป็นการสร้าง ความสัมพันธ์อันดีแรกเพื่อสร้างความรู้สึกที่ดี เกิดความรู้สึกที่เป็นกันเองระหว่างเจ้าหน้าที่ กับผู้รับบริการ,มีการจัดการสิ่งแวดล้อม เช่น มี น้ำดื่ม, มุมอ่านหนังสือ, การร่วมจัดกิจกรรมในสถานศึกษา เป็นต้น มีการสร้างความสัมพันธ์ร่วมกันทั้งในด้านสาธารณสุข เช่น การออกหน่วยแพทย์,การออกหน่วยอำเภอเยี่ยมประจำเดือน การตรวจและคัดกรองสุขภาพข้าราชการประจำปี หน่วยจังหวัดเคลื่อนที่ และด้านอื่นๆได้แก่ กิจกรรม สำคัญของทางราชการ งานจิตอาสาต่างๆ

#### ๔. การจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่สอดคล้อง เชื่อมโยง ไปในทิศทางเดียวกัน ตอบสนองเป้าหมาย มีการส่งเสริมด้านวิชาการ โดยการมอบหมายผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน พร้อมทั้งสนับสนุนให้บุคลากรทุกคนให้มีการจัดทำผลงานวิชาการตามงานที่ตนเองรับผิดชอบ โดยการจัดการความรู้ในภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ เพื่อตอบสนองพันธกิจของหน่วยบริการทุกระดับ

##### การจัดการความรู้

เครือข่ายบริการสุขภาพโคกสูง ซึ่งในส่วนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดสมอง จัดอยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทางเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีกระบวนการสร้างเสริมระดับบุคคล

กลุ่มปกติ โดยสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลปฏิบัติตัวเป็น”คนต้นแบบด้านสุขภาพ”มีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ส่งเสริมการใช้3อ.2ส.1พ. และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในกลุ่มเสี่ยง ใช้กิจกรรมOne Day Camp ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยหลัก3อ.2ส.1พ.และClinic Dpac มีการส่งเสริมสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีการติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทุก 6 เดือน มีการตรวจคัดกรองสุขภาพปีละ1ครั้ง

ในกลุ่มป่วย ในกลุ่มผู้เบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้(สีเขียว สีเหลือง)จะมีการให้ความรู้รายบุคคลโดยCase manager จะมีการนัดติดตามทุก3เดือน เจาะเลือดชุดใหญ่ปีละ1ครั้ง และจะมีการส่งกลับไปยังรพ.สต.ลูกข่ายในกรณีไม่มีโรคแทรกซ้อน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลและความดันได้ จะมีการนัดติดตาม1-2เดือน ตามการเห็นควรของแพทย์ ผู้ป่วย(สีส้ม สีแดง)จะมีการให้ความรู้รายบุคคลโดยCase manager และส่งเข้าคลินิกDPAC

ระดับชุมชน ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารทางอีสาน การเติมเครื่องปรุงต่างๆ อาหารปรุงสำเร็จเป็นอาหารหลัก การรับประทานยาแก้ปวดตามร้านขายยา กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มมากขึ้น ทางเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูงจึงได้มีการขับเคลื่อน การดำเนินงานตำบลลดโซเดียม ซึ่งตำบลหนองม่วงมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี2564 เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในชุมชนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และป้องกันกลุ่มปกติไม่ให้ป็นกลุ่มเสี่ยง ป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วย ป้องกันกลุ่มป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

และในชุมชนมีการดำเนินงานหมู่บ้าน CBI NCD (ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกลNCD) และชุมชนไร้พุง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชนในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ซึ่งมีหมู่บ้านต้นแบบที่บ้านโคกสว่าง ตำบลหนองม่วง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีการดำเนินงานขยายเครือข่ายขยายการดำเนินงานไปสู่หมู่บ้านอื่นๆคือม.๕บ้านโคกสว่าง บ้านถาวรสามัคคีและบ้านโคกสามัคคี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้คนในชุมชน ในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ผู้ป่วยสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ อัตราการเกิดโรครายใหม่ลดลง ชุมชนมีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นวิถีชีวิตที่ยั่งยืน

มีการจัดกิจกรรม๓SACTในการเฝ้าระวังโรคและการเข้าถึงบริการ Strok, Stemi, Sepsis, AED, CPRและTBครอบคลุมทุกหมู่บ้านในตำบลหนองม่วง และจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ติดตั้งในจุดที่สำคัญในชุมชน และที่สาธารณะในพื้นที่ มีการขับเคลื่อนหมู่บ้านต้นแบบ๓SACT นำร่องที่บ้านบ้านโคกสว่าง ตำบลหนองม่วง

ในส่วนของการดำเนินงานควบคุมป้องกันวัณโรค เมื่อพบผู้ป่วยAFB positive จะใช้มาตรการ๑-๒-๒ ซึ่ง-๑หมายถึงการแจ้งผลภายใน๑วันแรก -๒หมายถึงการติดตามแบบเข้มข้นภายใน๒สัปดาห์แรก และ-๒เป็นการติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่องภายใน๒เดือน ในปีงบประมาณ พ.ศ๒๕๖๖ เริ่มตั้งแต่การค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้รถ x-ray เคลื่อนที่เข้าถึงทุกหมู่บ้าน กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองโดยรถเอกซเรย์ จำนวน ๑,๓๙๑ ราย ผลปกติ ๑,๒๕๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๒๙ ผิดปกติ ๑๓๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๙.๗๐

ผลผลิตปกติแบ่งเป็น ผ้าที่ปอด จำนวน ๙๔ ราย สงสัยวัณโรค จำนวน ๔๑ ราย ยืนยัน ๔ ราย และได้มีการคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในผู้ที่เคยป่วยด้วย Covid-๑๙ โดยมีการX-ray จำนวน ๒๓๓ ราย ให้คำปรึกษา จำนวน ๒๓๒ ราย พบสงสัยวัณโรคเก็บเสมหะ จำนวน ๔๙ ราย และได้มือสว.เป็นอาสาสมัครติดตามการกินยาในผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาโดยการกินยาแบบระยะสั้น(DOT) มีการดำเนินงานตรวจคัดกรองสุขภาพเชิงรุกด้วยรถเอกซเรย์เคลื่อนที่ในประชากรสิทธิNon Uc และผู้ป่วยที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด-๑๙

โรคไข้เลือดออก มีระบบการเฝ้าระวังจากแผนกต่างๆ เช่น เมื่อมี Case ที่แผนก ERหรือ OPDและ IPDเจ้าหน้าที่ประจำตึกจะแจ้งในกลุ่มไลน์SRRT ของCUPโคกสูง จากนั้นเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลโคกสูงจะสอบสวนโรคและแจ้งรายละเอียดข้อมูลให้พื้นที่ และเจ้าหน้าที่ก็จะลงควบคุมโรคตามแนว ๓-๓-๑ โดยมีภาคีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น กรณีเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนและในโรงเรียน มีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน เทศบาล อบต. วัด ชุมชน เพื่อร่วมกันป้องกัน ควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรค ในปี ๒๕๖๕ มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก อัตราป่วยของอำเภอโคกสูงเท่ากับ ๗๐.๐๑ ต่อแสนประชากร โดยได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมรณรงค์ทั้งอำเภอ ภายใต้การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการควบคุมโรค เช่น อบต. เทศบาล วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม.มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยทีมSRRTทุกเดือน หรือในกรณีเร่งด่วน หรือหากตรวจสอบได้เพื่อการติดตามผลการดำเนินงานและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน มีการประชุมร่วมกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรค ให้ความรู้เรื่องโรค และขอความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

การดำเนินงานกิจกรรมมหัศจรรย์๑,๐๐๐วันPlus๒๕๐๐วัน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอโดยในระดับอำเภอและระดับตำบล โดยมีการดำเนินงานดังนี้

- ๑.ประกาศนโยบาย กำหนดนโยบาย ผ่านการประชุม Cup Board
- ๒.Kick of พิธีเปิดลงนามทำความเข้าใจ (MOU) ระดับอำเภอ/ตำบล
- ๓.ประชุมทบทวนการดำเนินงาน ANC คุณภาพแก่ รพ.สต.
- ๔.จัดอบรม CFT ระดับอำเภอ/ตำบล
- ๕.จัดฝึกปฏิบัติงาน ANC คุณภาพ แก่ รพ.สต.
- ๖.จัดทำระบบกลไกการบริหารจัดการผ่านอนุกรรมการ พขอ.
- ๗.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน สาวไทยแถมแดง มีลูกเพื่อชาติ
- ๘.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน โดยใช้กลไกพขอ.พชต.และภาคีเครือข่าย
- ๙.กำหนดกลุ่มเป้าหมายมหัศจรรย์๑,๐๐๐วันplus๒,๕๐๐วันเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแล

แผนการดูแล

๑๐.ประเมิน กาย จิต สังคม/การจัดทำ Care Plan (แม่และเด็ก ที่มีปัญหาโภชนาการ/พัฒนาการ/สังคม)ดำเนินการในตำบลต้นแบบตำบลหนองม่วง

๑๑.เฝ้าระวังโภชนาการ(จัดหามา-ไป)สำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ๖ เดือน-๕ปีที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โดยเสนอเข้าแผนกองทุนตำบล และจัดกิจกรรมตักบาตรนมจืด ถนนสายบุญ เกื้อกูลเด็กไทย โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยอำเภอยืมเคลื่อนที่ทุกเดือน โดยนำนมที่ได้มาเก็บเป็นธนาคารนมจืดไว้สำหรับแจกหญิงตั้งครรภ์และเด็ก๐-๕ปีอีกหนึ่งทาง

๑๒.รพ.โคกสูงเปิดให้บริการคลินิก เตรียมพร้อมก่อนการแต่งงาน

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการตักบาตรนมจืด ถนนสายบุญเกื้อกูลเด็กไทย เพื่อนำไปจัดเก็บเป็น ธนาคารนมจืดไว้สำหรับสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในตำบลหนองม่วง และได้มี

การเสนอแผนงานโครงการในการขอรับการสนับสนุนझेไก้และนมจืดสำหรับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก๐-๕ปีทีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์กับทางองค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลโดยใช้งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลอีกทางหนึ่งด้วย

นอกจากนี้ยังมีการปรับระบบการเรียนรู้โดยใช้ระบบการเรียนรู้จากงาน การสอนของหัวหน้า พี่เลี้ยงวิชาชีพที่มีความชำนาญ การเรียนรู้ร่วมกันจากการทบทวนกิจกรรมร่วมกัน และการเรียนรู้ด้วยตนเอง หรือแม้แต่การจับอบรม ภายในโรงพยาบาลโคกสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูงแก่บุคลากร ในเครือข่าย จัดอบรม CPR, การจัดอบรมของ IC และนิเทศงานปีละ ๒ ครั้ง ตลอดจนการส่งอบรมหน่วยงานภายนอกทุกปีตามความเหมาะสมเพื่อนำมาพัฒนาระบบงานในเครือข่าย เครือข่ายมีการจัดอบรม การทำผลงานวิจัย นวัตกรรม CQI R๒R โดยเชิญวิทยากรผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงาน ทุก รพ. สด.นำข้อมูลปัญหาในงานระบบงานมาทำผลงาน จัดประกวดผลงานวิชาการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงเป็นประจำทุกปี โดยโรงพยาบาลโคกสูง มีการจัดประกวดแบ่งเป็น ๓ ประเภท ดังนี้ ประเภทวิจัย ประเภทนวัตกรรมและ CQI นวัตกรรมที่ส่งเข้าประกวดจะเน้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหน้างานเพื่อมาสร้างเป็นนวัตกรรมของแต่ละหน่วยงานโดยนวัตกรรมที่คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตัดสินจะได้ส่งเข้าประกวดในระดับจังหวัดต่อไป ปี ๒๕๖๓ได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวดวิจัยแบบโปสเตอร์ และได้รับรางวัลชมเชยการประกวดนวัตกรรมแบบบรรยาย ปี ๒๕๖๔ อยู่ระหว่างดำเนินการ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำ CPG ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ/ทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก หรือ PCT เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ เช่น Sepsisstroke, STEMI, HT, DM, COC ,Prirative Care เป็นต้น

#### การวัดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ,โรงพยาบาลโคกสูงและโรงพยาบาลในจังหวัดผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการบริการสุขภาพรวมถึงการมีและใช้โปรแกรมดังนี้

๑. การเก็บข้อมูลผู้รับบริการผ่านโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยJHCIS
๒. การเก็บข้อมูลผู้รับบริการผ่านโปรแกรมฐานข้อมูลโรงพยาบาลด้วยHosXp
๓. ระบบส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลจากโรงพยาบาลโคกสูงกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังใช้การเขียนใบส่งตัวเนื่องจากมีข้อจำกัดบางแห่ง ส่วนในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ จะใช้โปรแกรม Thai Refer
๔. ระบบส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลจากโรงพยาบาลโคกสูงกับโรงพยาบาลในจังหวัดโปรแกรม Thai Refer
๕. โปรแกรมเชื่อมโยงข้อมูลดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจากโรงพยาบาลโคกสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้โปรแกรม Thai COC
๖. มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ ในโปรแกรม Vision ๒๐๒๐
๗. มีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มหญิงอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี โดยใช้โปรแกรม CXS ๒๐๑๐
๘. โปรแกรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ Depression เพื่อการเฝ้าระวังในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเมื่อถูกค้นพบได้เร็ว จะได้รับการดูแลรักษาที่ทันเวลา
๙. โปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง (PPIS) ของ สปสข. โดยการบันทึกผ่าน WEB SITE ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงโรคกลุ่ม Metabolic และที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๑๐. โปรแกรมงานระบาดวิทยา (R ๕๐๖) ใช้บันทึกผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันโรคได้อย่างครบถ้วนทันเวลา



๑๑. โปรแกรมแพทย์แผนไทย Thai Traditional Medicine

๑๒.ระบบสารสนเทศอื่นๆที่สนับสนุน เช่นระบบ Internet เพื่อ 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. โรงพยาบาลโคกสูงใช้ระบบpaper less ทั้งระบบ ส่วน รพ.สต.ในเครือข่ายมีแผนเริ่มในปี ๒๕๖๔

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

๑๘.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรมHosofficeในการบริหารจัดการข้อมูลด้านบุคลากร การลา การใช้รถราชการ งานพัสดุ การใช้ห้องประชุม งานธุรการ งานอื่นๆ และขยายให้ สสอ.และรพ.สต.ใช้ร่วมกันในตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ ทุกแห่ง

๑๙.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรม HRMS ในการบริหารจัดการความเสี่ยงทุกประเภทในโรงพยาบาล

๒๐.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรม PEP ( Patient Experience Program)ในการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาลและส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต.ถ้ามีข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

๒๑.โรงพยาบาลโคกสูงใช้โปรแกรม HSCS ( Hospital Safety Culture Survey)ในการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาพัฒนาระบบบริการในโรงพยาบาล

#### การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

ด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อการบริการและการดูแลผู้ป่วย มีการนำโปรแกรมระบบงานมาใช้ ได้แก่โปรแกรม Hos-XP ในส่วนรพ.สต. ใช้ JHCIS ใช้ Thai COC และThai-Refer นำมาใช้เพื่อส่งต่อดูแลต่อเนื่อง

มีคณะกรรมการดำเนินงานวิเคราะห์และวางระบบด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ เพื่อแก้ไขปรับปรุงให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการดูแลและบริการผู้ป่วยและเพิ่มรายได้จากข้อมูลที่ส่งออกอย่างเป็นระบบ

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงได้ทำแผนจัดหาเครื่องเซิร์ฟเวอร์เป็นศูนย์กลางระบบการจัดการฐานข้อมูลด้วย MySQLและมีเครื่องเซิร์ฟเวอร์สำรอง และแยกที่จัดเก็บอย่างปลอดภัย มีการจัดหาเครื่องคอมพิวเตอร์แบบPC /Note book อย่างเพียงพอพร้อมใช้งานครอบคลุมทุกหน่วยบริการ

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

ด้านการบริหารจัดการ มีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถดูข้อมูลได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ด้านการพัฒนาคุณภาพ สังเคราะห์ข้อมูลให้แก่ทีมนำทางคลินิกต่างๆ และผู้บริหาร ศูนย์พัฒนาคุณภาพ

ด้านการวิจัย มีระบบสนับสนุนข้อมูลและโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่องานวิจัย

นโยบายการลดความแออัดและการรอคอยในการรับบริการในโรงพยาบาลได้ใช้โปรแกรมเรียกคิว เพื่อให้ผู้มารับบริการรับทราบข้อมูลในขณะรับบริการ การรับทราบข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่องทั้ง การส่งต่อจาก รพ.สต.มายัง รพ. จาก รพ.ไปยังหน่วยรับ Refer ที่มีศักยภาพที่สูงกว่า รวมทั้งการรับ Refer จาก รพ.ร.สระแก้ว ใช้ thai refer ,thai coclเพื่อรองรับการเข้าถึงข้อมูล ในส่วนโรงพยาบาลพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อความสะดวกในการจัดเก็บและค้นหาข้อมูล ลดการสิ้นเปลืองกระดาษ ไฟล์ทั้งหมด

## ๕. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการจัดระบบบริหารบุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามภาระหน้าที่ที่กำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ การจัดระบบประเมินและพัฒนาผลงานของบุคลากร การบริหารค่าตอบแทน และวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบุคลากร เกื้อหนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิมีผลงานที่ดี มีขวัญกำลังใจ เกิดการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง

### ความรู้ความสามารถและจำนวนของบุคลากร

เพื่อพัฒนาบุคลากรทุกระดับ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอจัดทำแผนพัฒนาบุคลากร โดยใช้ข้อมูลจากความเสียง ข้อร้องเรียน การทบทวนทางคลินิก การตามรอย และปัญหาการทำงานที่ผ่านการวิเคราะห์ร่วมกันมีการกำหนด leaning need / แผนพัฒนาบุคลากร ๓ ปี ( ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ ) ดังนี้

กลุ่มผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน ผอ.รพ.สต.มีการอบรมผู้บริหารระดับต้น ทีม/ระดับกลางHR อบรมด้านวิชาการสร้างสุขภาวะด้านบริหารจัดการ

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

กลุ่ม NCD Care team:ส่งอบรมหลักสูตร ๔ เดือน เช่น NCD Manager ๑ คน,การพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) ๒ คน

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

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

กลุ่มPCT TEAM มีการทบทวนเคสSepsis Stroke Stemi ทุกเดือนตั้งแต่ขั้นตอนการTriageไปจนถึงขั้นตอนการวินิจฉัยรักษา

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

สำหรับเจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะเข้ารับการอบรมตามการประเมินสมรรถนะว่ามีความต้องการอบรมในด้านใด หรือมีส่วนขาดด้านใด ก็จะขอเข้ารับการอบรมตามส่วนขาดนั้นๆ โดยใช้งบประมาณในภาพของ CUP

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

### การให้คุณค่ากับบุคลากรและการสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม

ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ แสดงถึงความมุ่งมั่น ในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลให้ผ่านการรับรองคุณภาพ HAชั้น๓ ในปี๒๕๖๕ (re-accreditation ครั้งที่ ๑ ภายในปี ๖๗)ส่วน รพ.สต.ทุกแห่งให้ผ่านติดดาวระดับ ๕ ดาวส่วนที่ผ่านแล้วให้รักษาระดับไว้ตลอดไป การสร้างบรรยากาศการทำงานแบบพี่น้อง ลงมือทำงานร่วมกัน ไม่มีการแบ่งกลุ่ม มีความสามัคคีในการทำงาน ให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ดีในองค์กร มีการสื่อสารให้บุคลากรทุกระดับ ทุกหน่วยงานได้รับทราบและเข้าใจ โดยเฉพาะการเลื่อนขั้นเงินเดือน มีการใช้การประเมินผลสัมฤทธิ์ ของงาน เพื่อพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน โดยถ่ายทอดจากตัวชี้วัด ของแผนกลยุทธ์เครือข่าย ตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ ( Job Description ) คือหน้าที่ตามแผนยุทธศาสตร์ หน้าที่ตามภารกิจ และหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้คะแนน ร้อยละ ๗๐ และอีกร้อยละ ๓๐ เป็นการประเมินสมรรถนะหลักที่องค์กรต้องการมีการจัดทำตัวชี้วัดระดับ บุคคลครอบคลุมทุกหน่วยงาน โดยกำหนดให้แต่ละคนมีตัวชี้วัด ๕ ตัวชี้วัด ครอบคลุมทุกหน่วยงาน สามารถนำไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคล ในองค์กร โดยมีการประเมินปีละ ๒ ครั้ง และกำหนดให้ทุกหน่วยงานมีผลงานวิชาการอย่างน้อย ๑ เรื่องในทุกปี

บุคลากรทุกคนในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงได้รับโอกาส ในการพัฒนาตนเองและเข้าร่วม ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆทั้งในทีมคุณภาพและทีมงานอื่นๆได้รับการสนับสนุนให้ก้าวหน้าในสายวิชาชีพ อย่างเต็มที่ทั้งจาก HR และหัวหน้างานในทุกระดับ ผู้บริหารและทีมงานมีการประชุมประเมินพัฒนากำลังคน เพื่อฝึกอบรม ให้โอกาสพัฒนาตนเองจากข้อเสนอการประเมินสมรรถนะ มอบหมายงานให้ปฏิบัติเพื่อให้มีความพร้อมและเตรียมตัวเพื่อการปฏิบัติงานที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

บุคลากรในเครือข่ายบริการสุขภาพทุกคนได้รับสิทธิประโยชน์พื้นฐานตามข้อกำหนดทางราชการและสวัสดิการที่เหนือกว่าเพิ่มเติมจากทางโรงพยาบาล ให้สวัสดิการเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งข้าราชการ ลูกจ้างชั่วคราว และลูกจ้างรายวันสามารถนอนห้องพิเศษได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายพร้อมของเยี่ยม บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพและได้รับการดูแลสุขภาพตามกลุ่มเสี่ยงจากทางโรงพยาบาลทุกปี มีการจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานด้วยกระบวนการ ๕ ส.พร้อมทั้งมีการประเมินและประกวดในองค์กร จัดกิจกรรมรับน้องใหม่เพื่อสร้างความสัมพันธ์ภาพ ความสามัคคีปีละ ๑ ครั้ง กิจกรรมสร้างสุขภาพและความสนุกสนาน ผ่อนคลาย ความเครียด จากการทำงานโดยการออกกำลังกายแอโรบิก เดิน วิ่งทุกวันพุธ(โครงการวิ่งสะสม/โครงการลดน้ำหนักโดยมีรางวัลจูงใจ ) การอวยพรวันเกิดการเลี้ยงข้าวกลางวันให้กับเจ้าหน้าที่ทุกวันประชุมประจำเดือน การเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจที่ดี และทำให้เจ้าหน้าที่สนิทสนมกันมากขึ้น สร้างสัมพันธ์ภาพและความสามัคคี โดยโรงพยาบาลโคกสูงและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโคกสูงจัดงานวันสำคัญปีใหม่ วันสงกรานต์เป็นภาพ CUP พร้อมมีการแจกและแลกของขวัญ รับประทานอาหารวันร่วมกัน กิจกรรมมอบรางวัล/ชื่นชมแก่ผู้ที่ดำเนิน กิจกรรมประสบความสำเร็จ “ คนติดดาว ”ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง

## ๖. การจัดการกระบวนการงาน

### การจัดบริการในสถานบริการ

OPD การจัดบริการผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินงานภายใต้เกณฑ์คุณภาพ QSC เพื่อให้ ผู้รับบริการพึงพอใจ ลดแออัดใน รพ. มีการกำหนดวันเวลาให้บริการผู้ป่วย มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นอย่าง เพียงพอ ในการบริการผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงการจำแนก คัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคติดต่อที่มีโอกาส แพร่กระจายเชื้อได้ จึงมีการจัดบริการตามหลัก IC ให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกรายต้องผ่านจุดคัดกรอง เตรียมMask และแอลกอฮอล์เจลไว้ที่จุดคัดกรองจัดตั้งคลินิก ARI สำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจผู้ป่วยที่สงสัย Covid ๑๙ จัดที่นั่งสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเช่น ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเดินหายใจเป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษาแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว การตรวจรักษาทั่วไปจัดเตรียมและมีอุปกรณ์เพียงพอ พร้อมใช้ ในรพ.สต.ที่มีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๙ แห่ง พยาบาลจะเป็นผู้ตรวจรักษาเป็นหลัก ใน กรณีติดประชุม-อบรม เจ้าหน้าที่อื่นจะเป็นผู้ตรวจรักษาแทนภายใต้การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ ทบทวนตรวจสอบการรักษาในเวชระเบียน ซ้ำทุกราย (การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า) ปี๒๕๖๕ พบการระบาดของโรค ใช้เลือดออกเครือช้ำดำเนินการจัดซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตพร้อม cup ขนาดต่าง ๆ ๒ แบบ ให้ รพ.สต.ทุกแห่ง ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน และจัดอบรมทำtourniquet test เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค ใช้เลือดออกในระยะเริ่มแรก แก่พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพถ่ายทอดให้แก่เพื่อนร่วมงานในสถานบริการ นอกจากนี้ยังมีการจัดทำCPG การดูแลผู้ป่วย DM HT Stroke STEMI DHF TB Sepsis Anaphylaxisเป็นต้น ลงไปใช้ใน รพ.สต. ด้วย โดยผ่านการคิดการตรวจสอบ การพิจารณา ในภาพ คปสอ.และอนุมัติการใช้โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอ

ER การจัดบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินในโรงพยาบาลแม่ข่าย ดำเนินงานโดยภายใต้เกณฑ์ ECS แม่ข่ายวางระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน แก่ทุกรพ.สต. ๙ แห่ง คัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ MOPH ED triage ทั้งเครือข่ายพัฒนาความรู้ทักษะแก่เจ้าหน้าที่โรคที่มีความเสี่ยงสูง ซักซ้อมระบบรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินหรือ 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 โรงพยาบาลกำหนดแผนการให้บริการในเครือข่ายบริการโดยแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติ ออกตรวจใน รพ.สต. ๔ แห่ง ๑ ครั้ง/เดือน ให้บริการโดยมีทีมสหวิชาชีพจาก รพช. และ รพ.สต. ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร Case Manager DM, พยาบาลวิชาชีพ, Lab, กายภาพ, แพทย์แผนไทย มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง FCT ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีระบบ Consult ผ่าน Line group, โทรศัพท์จาก FCT อำเภอ การพัฒนาผู้ปฏิบัติ งาน DM/ HT ระดับ รพ.สต.โดยพยาบาลจัดการรายการกรณีโรค (Case Manager) DM ระดับ CUP มีการจัดทำCPG ดูแล ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีการประชุม คณะกรรมการ NCD Board เดือนละ ๑ ครั้งให้ความรู้ทาง วิชาการใหม่โดยแพทย์ที่ปรึกษา ถ่ายทอดการใช้ งาน CPG ให้กับทุกวิชาชีพใน รพ.สต.แม่ข่ายสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ ในส่วนของภาคีเครือข่ายมีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีร่วมประชุมวางแผน จัดทำแผนสุขภาพเพื่อ

แก้ปัญหาเบาหวานของอปท. ได้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

### แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

๑. จัดแยกบริการคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากผู้ป่วยทั่วไป

๒. จัดอศ.ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่บ้าน

#### ทันตกรรม

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 CUPโดยมีการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อปรึกษาปัญหาในระหว่างดำเนินการ และมีการจัดประชุมร่วมกันของบุคลากรทางด้านทันตกรรมประจำอำเภอไม่ต่ำกว่าปีละ ๒ ครั้ง เพื่อถ่ายทอดแนวทางในการดำเนินงาน ตลอดจนปรึกษาปัญหาที่พบในระหว่างดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้สามารถดำเนินงานในปีนั้นๆได้ อย่างเป็นระบบ โดยพบว่าใน ปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ ที่ผ่านมา ปัญหาด้านสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และใน ๒๕๖๓ ทางด้านกลุ่มงานทันตกรรมมีแผนพัฒนาประสิทธิภาพในการให้บริการทางทันตกรรม มีการจัดสรรเครื่องมือให้มีความเพียงพอต่อการให้บริการที่มากขึ้น และมีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆให้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องเบื้องต้น เพื่อสามารถให้การดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

#### เภสัชกรรม

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

๑. จัดทำกล่องยาฉุกเฉินพร้อมทั้งคู่มือการใช้ยาให้กับ รพ.สต
๒. จัดทำบัญชียา รพ.สต. แนวทางการใช้ยาทุกรายการที่มีในบัญชียา รพ.สต. และผู้ที่สามารถจ่ายยาได้
๓. จัดทำคู่มือการบริหารยา ข้อบ่งใช้ ค่าเตือนตามบัญชียา รพ.สต.
๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
๕. จัดทำสื่อ คู่มือ แนวทางการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU
๖. จัดทำปฏิทินการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร ยาสำหรับผู้ป่วยแพ้ซัลฟา ยาผู้ป่วยที่เป็น GbPD
๗. จัดทำคู่มือยาที่ต้องกันแสง
๘. จัดทำสติ๊กเกอร์ยา กันแสง ยาในหญิงตั้งครรภ์ ให้นมบุตร
๙. จัดอบรม-ประชุมวิชาการอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
๑๐. ออกตรวจเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต. พร้อมทั้งประเมินและนำผลการประเมินมาทบทวนร่วมกับทีมรพ.สต. ปีละ ๒ ครั้ง
๑๑. เภสัชกรทุกคนเข้าร่วมอบรมวิชาการพัฒนาศักยภาพตนเองอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ละครึ่งปีละ ๑ ครั้ง

ต่อเนื่อง CPE

## การเก็บสำรองยา

อัตราสำรองยา  $\leq 2$  เดือน โดยมีแนวปฏิบัติในการเก็บรักษายาให้เหมาะสมและมีคุณภาพ พร้อมให้บริการ ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิและความชื้น การเตรียมการเมื่อไฟดับหรือตู้เย็นเสีย การตรวจสอบและรายงานยาที่ใกล้หมดอายุ การบริหารจัดการคลังยาใน รพ.สต.โดยใช้ JHCIS บริหารทั้งคลังนอกและคลังใน ใช้ Log Tag Thermometer recorder ในการบันทึกอุณหภูมิตู้วัคซีนตามจุดบริการและประเมินผลเป็นประจำทุกเดือน พัฒนาโปรแกรมเบิกยาประจำเดือนของ รพ.สต.ผ่าน Google Drive เพื่อให้สะดวกในการปฏิบัติงาน ทั้งผู้เบิกและจ่าย โดยข้อมูลที่จำเป็นในการเบิกยาคือ จำนวนยาที่จ่ายจริงใน ๑ เดือน และยอดคงคลัง ณ วันที่ลงข้อมูล โปรแกรมจะคำนวณจำนวนที่จะต้องจ่ายจริงตามอัตราการใช้เฉลี่ย ซึ่งจะทำให้อัตราการคลังยาใน รพ.สต. ไม่เกิน ๒ เดือน ลดการสต็อกยา ป้องกันยาหมดอายุได้และพัฒนาระบบขนส่งยา เวชภัณฑ์มีใช้ยา ทัน ตระการม จ่ายกลาง และแล็บ ไปยังหน่วยบริการเดือนละ ๑ ครั้ง เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

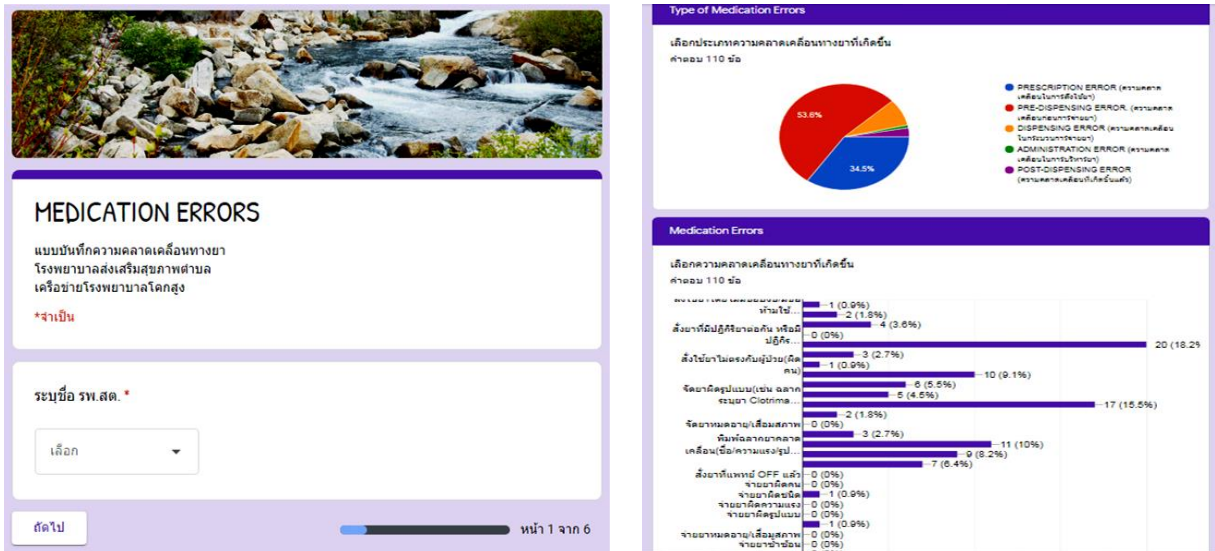
ที่	รายการ	ขนาดบรรจุ	ยอดคงคลังยกมาปี 2562	อัตราการใช้ปี 2562	ปริมาณยาที่จ่ายตาม JHCIS											ยอดคงเหลือ	รวม	จำนวนอัตราไม่เกิด		หมายเหตุ			
					ธ.ค.-๒๒	พ.ย.-๒๒	ต.ค.-๒๒	ก.ย.-๒๒	ส.ค.-๒๒	พ.ค.-๒๒	เม.ย.-๒๒	พ.ค.-๒๒	มิ.ย.-๒๒	ก.ค.-๒๒	ส.ค.-๒๒			ก.ย.-๒๒	คลังนอก		คลังใน	MIN	MAX
1	Amoxicillin 250 mg cap	500's	90	50	0	80	100									0	0	0	105	140	110	110	
2	Chlorpheniramine 4 mg tab	1000'	110	300	310	400	330									80	0	80	423	580	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(๑ 1000's	1000's	1,030	809	30	930	1,770									200	550	750	602	920	510	550	
10	Folic acid tab(๑๑๐๐'s	1000's	110	120	0	40	30									740	0	740	645	613	-650	0	
11	Glyceril Guaiacolate 100 mg ta 500's	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 หลังจากที่ใช้งานในกล่องฉุกเฉินแต่ละจุดที่สำรองต้องนำกล่องยามาเปลี่ยนทันที ห้องยาจะจัดยาให้เท่ากับจำนวนที่ใช้ไปพร้อมกับระบุวันที่หมดอายุของยาที่เร็วที่สุด เพื่อป้องกันยาหมดอายุ การปฏิบัติตามนโยบายเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

๑. จัดทำรายการซื้อพ้องมองคล้าย ซึ่งนำข้อมูลมาจากการเก็บความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อย ใช้ระบบคอมพิวเตอร์ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา จัดทำบอร์ดคู่ยา LASA ที่พบบ่อย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาไม่ถูกต้อง
๒. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยแพ้ยาในแต่ละเดือนส่งต่อให้ รพ.สต. เพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำ
๓. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย G๖PD ในแต่ละเดือนส่งต่อให้ รพ.สต. เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วย G๖PD
๔. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยแพ้ยาที่พบใน รพ.สต. และแบบฟอร์มส่งต่อข้อมูลมาที่ รพ.

๕. พัฒนาแบบฟอร์มการลงข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา และการส่งต่อข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาแต่ละ รพ.สต. ให้ รพ. รับทราบข้อมูล เพื่อหาแนวทางป้องกัน โดยใช้การบันทึกข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาผ่าน Google Docs เพื่อลดการบันทึกด้วยมือ เมื่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ลงข้อมูล เกสซ์ครจะเห็นข้อมูลทันทีโดยไม่ต้องถ่ายเอกสารส่งรายงานมาให้ อีกทั้งทาง รพ.สต. สามารถดึงรายงาน ME ที่ลงเก็บใส่แฟ้มได้ทันที ข้อมูลไม่สูญหาย และ Google Docs จะวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้แก่ 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

การจัดบริการANC

เป็นการจัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ในส่วนของโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการให้บริการรายใหม่ในทุกวันจันทร์ และรายเก่าในวันอังคาร ส่วนรพ.สต.ลูกข่ายจะมีการดำเนินการเฉพาะการขึ้นทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ที่มาฝากครรภ์ครั้งที่ ๑ และติดตามการฝากครรภ์ครั้งที่ ๒-๘

การจัดบริการWCC

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูง มีนโยบายการจัดการบริการคลินิกสุขภาพเด็กที่ทั้งบริการเชิงรุกในชุมชนและการจัดบริการเชิงรับที่หน่วยบริการสถานบริการ โดยที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีระบบการดูแล

สุขภาพครอบคลุมประชาชนกลุ่มวัยตั้งแต่แรกเกิด-๕ปี มีการเตรียมความพร้อมในการจัดบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้ผู้มารับบริการได้รับบริการที่รวดเร็วปลอดภัย โดยมีการกำหนดวันให้บริการดังนี้

กำหนดจำนวนครั้งการให้บริการสำหรับโรงพยาบาลแม่ข่าย (อย่างน้อย ๒ ครั้ง/เดือน)ในรพ.สต.ลูกข่าย ๑ครั้งต่อเดือน โดยในโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการกำหนดให้บริการดังนี้

กลุ่มเด็กเล็ก อายุ ๒ , ๔ , ๖ , ๙ เดือน , ๑ ปี      นัดपुरที่ ๒ ของทุกเดือน

กลุ่มเด็กโต อายุ ๑.๖ , ๒.๖ , ๓.๖, ๔ ปี      นัดपुरที่ ๓ ของทุกเดือน

ในส่วนของรพ.สต.ลูกข่ายจะเป็นวันपुरที่ ๒ ของเดือน

### การจัดบริการCOC

#### วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องสอดคล้องปัญหาสุขภาพ และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้เหมาะสม และสามารถดูแลตนเองได้

๒. เพื่อให้ทีมสุขภาพทุกระดับ มีแนวทางปฏิบัติในการส่งต่อ - ส่งกลับผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกัน รวมทั้งการทำงานเป็นทีม

#### ขอบเขตการบริการ

การวางแผนการจำหน่าย การประสานการดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อ - ส่งกลับ การให้บริการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการตอบกลับข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ทั้งนอกเครือข่าย และในเครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูง

#### กำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

๑. ผู้ป่วยที่ Refer กลับจากโรงพยาบาลอื่นและมีใบประสานการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่อง
๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังประเภทเดียว ๓ ที่โรงพยาบาล และรพ.สต.เครือข่ายให้การดูแล มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตอยู่บ้าน เช่น ผู้ป่วย On Tracheostomy tube, On NG tube หรือสายต่างๆ ในร่างกาย
๓. ผู้ป่วยประเภทเดียว ๔ (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย : Terminal stage) ที่โรงพยาบาล และรพ.สต. เครือข่ายให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) : CA End Stage ทุกสาขา และผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
๔. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ติดบ้าน ติดเตียง
๕. ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต
๖. กลุ่ม MCH : ทารกแรกเกิด/หญิงหลังคลอด

### **๘. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ**

#### **นโยบาย และแผนกลยุทธ์**

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง มีการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพระดับอำเภอ มียุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ และแก้ไขปัญหาตามตัวชี้วัด เป็นภาพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสูง เป็น Project manager มีการจัดประชุมคปสอ. ทุก ๒ เดือน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ( พชอ.)Distric Health Board (DHB)ของอำเภอโคกสูง ช่วยในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ

#### **๑)โรคและภัยสุขภาพของพื้นที่**

นำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตาม ขนาด ความรุนแรง ความยากง่าย ความตระหนักได้ดังนี้



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

ปัญหา	ข้อมูลสนับสนุน	แหล่งข้อมูล
โรคไข้เลือดออก	ข้อมูล ปี ๒๕๖๕ -พบผู้ป่วย DF จำนวน ๑๘ ราย -พบผู้ป่วย DHF จำนวน ๑ ราย อัตราป่วย ๗๐.๐๑ ต่อแสนประชากร	งานระบาดวิทยา,สสอ./รพ.โคกสูง
โรคโควิด-๑๙	ข้อมูล ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔พบผู้ป่วย๑,๕๙๑ ราย อัตรา ป่วย ๕,๘๒๘.๘๙ต่อแสนประชากร ข้อมูล ปี ๒๕๖๕พบผู้ป่วย๓,๕๑๒ ราย (ATK) อัตราป่วย ๑๒,๘๖๖.๘๒ต่อแสนประชากร	งานระบาดวิทยา,สสอ./รพ.โคกสูง
โรคเบาหวาน	อัตราป่วย ๕๙๖.๙๘ ต่อแสนประชากร	กลุ่มงานปฐมภูมิรพ.โคกสูง
โรคความดันโลหิตสูง	อัตราป่วย ๑,๑๒๐.๗๑ ต่อแสนประชากร	กลุ่มงานปฐมภูมิรพ.โคกสูง
วันโรค	๓๕รายคิดเป็นร้อยละ ๘๘กลุ่มโรคติดต่อมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น	งานระบาดวิทยา สสอ./รพ.อรัญ
ฆ่าตัวตาย	ไม่มีผู้ป่วยฆ่าตัวตาย (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ๘ต่อแสนประชากร)	งานผู้ป่วยนอก/กลุ่มงานปฐมภูมิรพ. โคกสูง

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

### โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคสมองและหลอดเลือด

มีการตั้งเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ๔๐ และโรคความดันโลหิตสูง มีการตั้งเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันได้ดี

มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ โดยมีการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและนำเข้าสู่ระบบการนัดหมายเพื่อวินิจฉัยโรค สำหรับกลุ่มป่วยมีการติดตามรายบุคคล เพื่อประมวลผลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิตสูงได้ เข้าสู่คลินิก DPAC เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล และรายกลุ่มตามสภาพปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย นอกจากนี้ได้มีการติดตาม ดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยมี อาสาสมัครสาปประจำครอบครัว (อสค.) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรซึ่งในปี ๒๕๖๒ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ ๔๕.๑๑ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ ๖๐.๗๗

ได้มีการจัดทำนวัตกรรม วิจัย ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน ส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งมีกระบวนการสร้างเสริม สนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ประชาชนยังมีพฤติกรรมสุขภาพการบริโภคอาหารทางอีสาน การเติมเครื่องปรุงต่างๆ อาหารปรุงสำเร็จเป็นอาหารหลัก การรับประทานยาแก้ปวดตามร้านขายยา การควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตไม่ได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต เพิ่มมากขึ้น ทางเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูงจึงได้มีการขับเคลื่อน การดำเนินงานตำบลลดโซเดียมมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาในชุมชนให้ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ประชาชนทั่วไปตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และไตเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในอนาคต และป้องกันกลุ่มปกติไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง ป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้ป่วย ป้องกันกลุ่มป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

มีการดำเนินงานหมู่บ้าน CBI NCD เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชนในด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ ซึ่งมีหมู่บ้านต้นแบบที่บ้านโคกสว่าง ตำบลหนองม่วง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีการดำเนินงานเพิ่มเครือข่ายขยายการดำเนินงานไปสู่หมู่บ้านอื่นๆคือ ๕ บ้านโคกสว่าง บ้านถาวรสามัคคีและบ้านโคกสามัคคี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ความรู้คนในชุมชน ในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ผู้ป่วยสามารถลดภาวะแทรกซ้อนได้ อัตราการเกิดโรครายใหม่ลดลง

มีการจัดกิจกรรม ๓SACT ในการเฝ้าระวังโรค Strok Stemi Sepsis AED CPR และ TB ครอบคลุมทุกหมู่บ้านและจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ติดตั้งในจุดที่สำคัญในชุมชนและที่สาธารณะในพื้นที่

### วัยโรค

วัยโรค มีเป้าหมายการดำเนินงาน คือ ความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม การดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ คัดกรองทั้งหมดจำนวน ๑,๓๙๑ ราย พบผลผิดปกติ ๑๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๐ สงสัยวัยโรคปอด ๔๑ ราย (อยู่ระหว่างรอผลตรวจเสมหะ) พบฝ้าที่ปอด ๙๔ ราย

### โรคไข้เลือดออก

มีระบบการเฝ้าระวังจากแผนกต่างๆ เช่น เมื่อมี Case ที่แผนก ER หรือ OPD และ IPD เจ้าหน้าที่ประจำตึกจะแจ้งในกลุ่มไลน์ SRRT ของ CUP โคกสูง จากนั้นเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลโคกสูงจะสอบสวนโรคและแจ้งรายละเอียดข้อมูลให้พื้นที่ และเจ้าหน้าที่ก็จะลงควบคุมโรคตามแนว ๓-๓-๑ โดยมีภาคีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น กรณีเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชนและในโรงเรียน มีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน เทศบาล อบต. วัด ชุมชน เพื่อร่วมกันป้องกัน ควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรค ในปี ๒๕๖๕ มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก อัตราป่วย

ของอำเภอโคกสูงเท่ากับ ๗๐.๐๑ ต่อแสนประชากร โดยได้มีการวางแผนจัดกิจกรรมรณรงค์ทั้งอำเภอ ภายใต้การทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการควบคุมโรค เช่น อบต. เทศบาล วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม.

มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลโดยทีมSRRTทุกเดือน หรือในกรณีเร่งด่วน หรือหากตรวจสอบได้ เพื่อการติดตามผลการดำเนินงานและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน มีการประชุมร่วมกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประชาชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อสื่อสารข้อมูลสถานการณ์โรค ให้ความรู้ เรื่องโรค และขอความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

### การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย

#### **๑.ระบบการเฝ้าระวัง/คัดกรอง**

๑.๑ ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๑๐๐% โดยใช้แบบรง. ๒Q, ๙Qในกลุ่มเป้าหมาย(NCD,จิตเวช, ครอบครัวที่มีผู้ที่ฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตาย,ผู้ป่วยยาเสพติด,ผู้ที่ถูกดำเนินคดี)ส่งต่อกรณี ๙Q  $\geq$  ๗ คะแนน หรือถ้ามีความเสี่ยง ข้อที่ ๙ ทำแบบประเมิน ๘Q

๑.๒กิจกรรม ๓ส ๑ห ๑ช (สอดส่องมองหา,ใส่ใจรับฟัง,ส่งต่อเชื่อมโยง ,สายด่วน๑๓๒๓,ห่วงใยติดตาม,ช่วยเหลือ นำพา)

๑.๓ จัดตั้งเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันกาฆ่าตัวตาย

๑.๔ ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย ๘Q หากประเมินพบค่าคะแนน  $\geq$  ๗ คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลางถึงรุนแรง ให้ดำเนินการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเป็นเวลาอย่างน้อย ๒๔-๗๒ ชั่วโมง หรือส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญ

#### **๒.ระบบรักษา**

- พัฒนาระบบรักษา,ระบบส่งต่อ,พัฒนาระบบSinap ,พัฒนา CPG
- ฝึกอบรม อสม.เชี่ยวชาญสุขภาพจิต ให้สามารถใช้เครื่องมือ ๒Q ๙Q
- ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ How to/Good practice/KM

#### **๓.ระบบข้อมูล**

- การคืนข้อมูลสู่ชุมชน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- รง.๕๐๖ DS
- รง.การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า,ในรง.๔๓แฟ้ม,JHCIS และHoSXP
- พัฒนาข้อมูลระบบการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ(MCAT)

### โรคโควิด-๑๙

มีเป้าหมาย ลดผู้ป่วยรายใหม่และการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้นมาตรการป้องกัน D-M-H-T-Tใน ชุมชน วัด โรงเรียนการสื่อสารความเสี่ยง มุ่งเน้นมาตรการCovid free setting ในโรงเรียน สถานประกอบการ ส่วนราชการ การค้นหาเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยใช้กระบวนการเชิงรุกอสม.เคาะประตูบ้าน ,Active surveillance และActiveserwayการกักตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อสังเกตอาการแบบHomeQuarantineและ Local Quarantineมีการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปัจจุบันมีการดำเนินการโดยใช้ผลตรวจATK ดำเนินการรักษาแบบ HI และ SI

มีการซ้อมแผนเผชิญเหตุ และมีการเปิดEOCเพื่อการเตรียมความพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานทั้งเชิงรับและเชิงรุก รวมทั้งแนวทางการปฏิบัติงานในส่วนในพื้นที่ชายแดน การพัฒนาระบบส่งต่อ และการสร้างภูมิคุ้มกันหมู่โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

การรายงานเมื่อพบคนไข้โควิด-๑๙ จะรายงานเมื่อห้องแลปรพ.โคกสูง แจ้งผลคนไข้ RT-PCR หรือ ATK Positive ผ่านทางกลุ่มไลน์ จากนั้นเจ้าหน้าที่งานระบาดวิทยาโรงพยาบาลโคกสูง จะดำเนินการสอบสวนโรคและแจ้งข้อมูลเพิ่มเติมให้กับพื้นที่ และพื้นที่จะลงควบคุมโรคตามแนวทางต่อไป และจะมีการดำเนินการพ่นยาฆ่าเชื้อโดยมีท้องถิ่นร่วมดำเนินการ โดยมีภาคีเครือข่ายการประสานงานกับหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกองค์กร เช่น กรณีพบผู้ป่วยโรคโควิด-๑๙ ในชุมชนและในโรงเรียน จะมีการวางแผน ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงเรียน เทศบาล อบต. วัด ชุมชน เพื่อร่วมกันป้องกันควบคุม ไม่ให้เกิดการระบาดของโรคในวงกว้างร่วมทั้งมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

#### แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง

- (๑) การขับเคลื่อนให้มีทีมเฝ้าระวังสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ระดับตำบล ระดับอำเภอ
- (๒) มีแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการ ที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา และจัดลำดับความสำคัญสอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่
- (๓) กำหนดนโยบายชัดเจนในด้านบุคลากร องค์ความรู้เรื่องการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพงบประมาณ แผนงาน และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ
- (๔) มีการนำ IT มาใช้ในการบริหารจัดการระบบ เช่น บันทึก วิเคราะห์ ส่งรายงาน ดูการแจ้งเตือนโรคเชื่อมโยงข้อมูลกับเครือข่ายต่างๆ ในการวางแผนการดำเนินงาน
- (๕) มีการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพ จากแหล่งงบประมาณต่างๆ เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนการดำเนินควบคุม ป้องกันโรคโควิด-๑๙ นำยาฆ่าเชื้อ เจลแอลกอฮอล์ล้างมือ เครื่องวัดอุณหภูมิ หน้ากากอนามัย การดำเนินงานควบคุมป้องกันไข้เลือดออก อบต.สนับสนุนทรายอะเบทหน้ายาฆ่าเชื้อเครื่องพ่นหมอกควัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว สนับสนุนวิทยากรในการขับเคลื่อนให้มีทีม SRRT และสุขภาพหนึ่งเดียว (One health)
- (๖) สร้างภาคีเครือข่ายการดำเนินงาน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน มีการสะท้อนข้อมูลการเกิดโรค ให้กับพื้นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ เวทีประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน การประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล โดยโรงพยาบาลมีบทบาทหลักในการสนับสนุนองค์ความรู้
- (๗) จัดตั้งศูนย์ข้อมูลด้านระบาดวิทยาระดับอำเภอ/ศูนย์ประสานงานโควิด-๑๙ เป็นศูนย์กลางการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างประชาชน หน่วยงานภายใน และภายนอก เพื่อการควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ
- (๘) จัดตั้ง War room เฉพาะกิจ เมื่อพบการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุ การเกิดโรคการระบาด และสถานการณ์โรคในช่วงระยะเวลานั้น ๆ เผยแพร่ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อหาแนวทางและกำหนดนโยบาย การทำแผนงาน/โครงการ
- (๙) ชุมชนและภาคีเครือข่าย ร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการทบทวนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการ มีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ บุคลากรร่วมประชุมกับชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลที่เป็นปัญหาของพื้นที่ และเป็นตัวแทนในการให้คำปรึกษาในโครงการที่เป็นปัญหาของชุมชน
- (๑๐) มีการส่งบุคลากรอบรมเพิ่มพัฒนาศักยภาพทีม SRRT อย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์คือ ทีม SRRT อำเภอ ระดับตำบล
- (๑๑) คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพและสุขภาพหนึ่งเดียว (One health) ระดับอำเภอ มีการจัดประชุมอย่างต่อเนื่องทุก ๓ เดือน หรือเข้าในวาระการประชุมต่างๆ การดำเนินงานหนึ่งเดียว

(One health)ระดับตำบล รับการประเมินรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วเป็นประจำทุกปี ผลการประเมิน ผ่านทุกตำบล

#### ระบบการรายงานและเฝ้าระวังโรคการบันทึกและจัดเก็บข้อมูล

๑.การบันทึกรหัสโรคติดต่อตามที่สำนักระบาดวิทยากำหนดให้รายงานลงในโปรแกรม Hosxp แล้วส่งออกไปยังโปรแกรมR๕๐๖

๒.โรงพยาบาลรวบรวมข้อมูล ติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อจากข้อมูลที่ผู้ป่วยมารับการรักษา จากระบบรายงานหลัก (HOSXPXE) ทุกวัน เมื่อพบผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวังจะรายงานโรคทันที

๓.ออกสอบสวนโรคเฉพาะรายภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังได้รับแจ้งจากแผนกที่เกี่ยวข้อง

๔.บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคมีการรายงานผ่านโปรแกรม NTIP Online ทุกเดือน

๕.การบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ารายงานผ่านโปรแกรมR๓๖ ระบบรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

๖.การบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าผ่านรายงานโปรแกรม R๓๖

#### การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ แปลความหมาย ค้นหาการเพิ่มผิดปกติหรือการระบาด

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

ซึ่งจากการที่ได้มีการปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้ผลลัพธ์การดำเนินงานดังนี้

๑.การควบคุมป้องกันโรควัณโรค

-การคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคในประชากรเป้าหมาย ร้อยละ๘๒.๔๕

-มีการดูแลขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ร้อยละ๑๐๐

-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ๘๔.๔๔

#### แผนพัฒนา

๑.พัฒนาคุณภาพการสอบสวนโรคเฉพาะรายและการดำเนินงานด้านการจัดทำและส่งรายงานทางระบาดวิทยา

๒.พัฒนาด้านการบันทึกผล วิเคราะห์ข้อมูล และการเฝ้าระวัง การวินิจฉัยของแพทย์

#### **๙.การทำงานกับชุมชน**

อำเภอโคกสูง เป็นอำเภอขนาดเล็ก เป็นสังคมกึ่งชนบท กลุ่มของสังคมหรือสถาบันมีขนาดเล็กมีความสัมพันธ์กันแบบระบบเครือญาติประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 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 จากทะเบียนราษฎร จำนวน ๒๗,๒๒๕ คน และจากการสำรวจ จำนวน ๒๗,๐๙๕ คน (ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม ๒๕๖๕)

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

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

\* มี อบต. จำนวน ๓ แห่ง เทศบาล จำนวน ๑ แห่ง ทุกแห่งเข้าร่วมดำเนินการกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล สนับสนุนงบประมาณด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณในการจัดบริการหน่วยงานสาธารณสุขและชุมชน

\* โรคติดต่อในพื้นที่ที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ โรคโควิด-๑๙ โรคฉี่หนู และไข้เลือดออก

\* โรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ยาเสพติด ผู้สูงอายุ

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

## **๒.กระบวนการ**

๑)ประเมินความต้องการและศักยภาพ วางแผน ออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน

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

กลุ่มแม่และเด็ก กลุ่มปกติ จัดบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก พัฒนาระบบเชื่อมโยงการให้บริการการดูแลจากปฐมภูมิสู่โรงพยาบาล ตลอดจนส่งกลับสู่ชุมชน กลุ่มเสี่ยง เช่น case high risk pregnancy,GDM,กลุ่มภาวะซีด,กลุ่มตั้งครรภ์อายุมากกว่า ๓๕ ปี คัดกรองโรคและประเมินภาวะเสี่ยงกำหนดแนวทางการดูแลและส่งต่อ

กลุ่มเด็กวัยก่อนเรียน พัฒนาศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ประเมิน IQ/EQ ส่งเสริมพัฒนาการ/โภชนาการ

กลุ่มเด็กวัยเรียน วัยรุ่น ตรวจสอบสุขภาพ ประเมิน IQ/EQ ส่งเสริมโภชนาการ ส่งเสริมสุขภาพจิต การดูแลเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษามีการจัดบริการคลินิกเป็นมิตรกับวัยรุ่น

กลุ่มผู้พิการ/ผู้สูงอายุ/ผู้ด้อยโอกาส

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูงร่วมกับชุมชนและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สสำรวจค้นหาผู้พิการทุกประเภทเพื่อขึ้นทะเบียนรับรองความพิการเพื่อให้การช่วยเหลือ มีการจัดบริการOne Stop Service ในการจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่และต่ออายุรายเก่าที่ครบหมดอายุทุกปี ,มีการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อเตรียมการจัดระบบการติดตามดูแลแบบประคับประคอง และการเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลระยะยาว (Long Term Care)ในผู้สูงอายุ

### ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(มะเร็ง)

การคัดกรองเพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งตับอย่างต่อเนื่องทุกปี

กลุ่มสุขภาพดี จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก๓๒๒ส. การส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองสุขภาพ เพื่อคงการมีสุขภาพดี

กลุ่มเสี่ยง กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยหลัก๓๒๒ส. การสร้างความตระหนักเพื่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ให้ความรู้ฝึกทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อใช้ข้อมูล ประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

กลุ่มป่วย วางแผนการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินสภาพแวดล้อม ความรู้และทักษะการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้ความรู้ฝึกทักษะรายกลุ่ม/รายบุคคล การติดตามหลังการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ เพื่อใช้ข้อมูล ประกอบการปรับรูปแบบกิจกรรมที่เหมาะสม

### 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(CFT)

การส่งเสริมพัฒนาการดูแลผู้พิการ และร่วมกับทีมPCTทั้งขณะผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลและส่งกลับไปดูแล ต่อเนื่อง มีการจัดบริการOne Stop Service ในการจดทะเบียนผู้พิการรายใหม่และต่ออายุรายเก่าที่บัตรหมดอายุทุกปี ร่วมกับอปท. และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ในปี๒๕๖๕พบว่าผู้พิการ รายใหม่ได้รับการจดทะเบียน จำนวน ๑๘ราย และต่ออายุรายเก่า จำนวน ๑๕ ราย

ผลลัพธ์: ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเนื่องจากสะดวกรวดเร็ว สามารถลดค่าใช้จ่ายในกาเดินทาง ได้อีกด้วย

### ผู้สูงอายุ

มีการคัดกรอง/ค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เพื่อเตรียมการจัดระบบการติดตามดูแลแบบ ประคับประคอง และการเสริมพลังให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการจัดบริการสาธารณสุขเพื่อการดูแลระยะยาว (Long Term 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 โดยมีญาติและผู้นำ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล

ผลลัพธ์: ความครอบคลุมการรับยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจเนื่องจากสะดวก ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

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

ผลลัพธ์ : ผู้ป่วยประเภทเตียง๑-๔ได้รับการเยี่ยมบ้านเชิงคุณภาพครอบคลุมร้อยละ๘๐ขึ้นไปทุกประเภท เกิดความสุขในทีมผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ

### ๓.การประเมินและปรับปรุง

๑) มีการค้นหาและกำหนดกลุ่มต่างๆในการจัดบริการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคในชุมชน

-กลุ่มปกติ กำหนดโปรแกรมในการคัดกรองในแต่ละกลุ่มอายุเพื่อเฝ้าระวัง ค้นหา เพื่อการเข้าถึงบริการการรักษาได้อย่างรวดเร็ว

-กลุ่มเสี่ยง,กำหนดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, กลุ่มหญิงตั้งครรภ์(ภาวะพิการแต่กำเนิด ภาวะเบาหวานแต่ตั้งครรภ์), เด็กแรกเกิด(พัฒนาการล่าช้า, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CVD Risk) ผู้สูงอายุ (คัดกรอง ๑๐ ด้าน) คัดกรองโรคและประเมินภาวะเสี่ยงให้ผู้ดูแลสุขภาพตัวเองได้เร็ว

-กลุ่มป่วย จัดระบบรักษาพยาบาลและเสริมพลังการดูแลตนเองจากทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องโดย Care giverในชุมชน

๒)ติดตาม วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของชุมชน ค้นหาข้อมูลให้แก่ชุมชน

๓)ร่วมกับชุมชนและภาคีเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### การเสริมพลังชุมชน

๑.ส่งเสริมสนับสนุนการขับเคลื่อนบทบาทกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลครบทุกตำบล(๔ตำบล) ให้มีความรู้ความเข้าใจหลักเกณฑ์การบริหารจัดการกองทุนฯ ดำเนินการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วน



เสียในพื้นที่ 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) เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินและข้อมูลที่สำคัญในการสื่อสาร ผลการประเมินการเข้าถึงบริการหลังให้ข้อมูล เฉพาะกลุ่ม พบว่ากลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ๑๖๖๙ จากปี๒๕๖๔ จำนวน ๒๙๗ ครั้ง ปี๒๕๖๕ จำนวน ๓๕๓ ครั้ง

๔.สนับสนุนอสม.ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นคนต้นแบบด้านสุขภาพโดยใช้หลัก ๓อ.๒ส.ในรูปแบบโปรแกรม One Day Came พบว่าอสม. จำนวน๑๗คนที่มีรอบเอวเกินสามารถลดรอบเอวได้ร้อยละ ๕.๐๐จากรอบเอวระยะเริ่มต้น

๕.อบรม อสม.ให้เป็นหมอบริการบ้าน จำนวน ๔๑ คน เพื่อเป็นที่ เลี้ยง อสค. ให้คำปรึกษาเยี่ยมบ้าน แนวทางต่างๆ นำสู่การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดูแลสมาชิกในครอบครัว

๖.อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(Care giver)

\*อบรมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ตั้งแต่ปี๒๕๕๙-๒๕๖๔ จำนวน ๕๐ คนทั้งในพื้นที่ของโรงพยาบาลและรพ.สต

๗.อบรมแกนนำนักเรียนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก ๓อ.๒ส.

๘.ส่งเสริมสนับสนุนการสร้างและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับบุคคล องค์กรและชุมชน ผ่านคนต้นแบบสุขภาพดี องค์กรไร้พุง และหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมสนับสนุนภาคีเครือข่ายการดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม ตามโครงการ “คนโคกสูงไม่ทอดทิ้งกัน” โดยมีการจัดกิจกรรมเดือนละ๑ครั้งพร้อมกับหน่วยอำเภอเยี่ยมเคลื่อนที่ โดยการนำข้าวสารอาหารแห้ง ของใช้ที่จำเป็นไปเยี่ยมบ้านผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุในพื้นที่ นำโดยท่านนายอำเภอโคกสูง พบว่าผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ครอบครัว/ญาติมีความพึงพอใจและมีความสุข

๙.ส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมไม่ลืมน้ำไม่ลืมไม่ลืมเซรั้า กินข้าวอร่อย(๔Smart)ในชมรมผู้สูงอายุ และส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพ

๑๐.ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนอำเภอลดโซเดียม,ตำบลลดโซเดียม

๑๑.ส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งชมรมTO BE NUMBER ONE ในชุมชนและสถานศึกษาตามโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจากการดำเนินงานพบว่า ชมรมTO BE NUMBER ONE หลายชมรมได้รับรางวัลระดับประเทศ หลายปีติดต่อกัน และมีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง กลุ่มเยาวชนสมัครเข้ามาเป็นสมาชิกร้อยละ๘๐

#### การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล

๑.จัดตั้งคลินิกDPACเพื่อเพิ่มช่องทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย(ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้),และบุคคลทั่วไปที่อยากลดน้ำหนัก โดยมีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนและผู้ที่มีมารับบริการตรวจโรคทั่วไปในรพ.สตครอบคลุมทุกแห่ง (๙แห่ง)

๒.ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งคลินิกที่โรงพยาบาลและnodeทั้ง ๔ แห่ง

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

๔. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพในวันประชุมประจำเดือนของอสม.และประชุมประจำเดือนเจ้าหน้าที่

๕. จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายด้วยการวิ่งในกลุ่มเจ้าหน้าที่และอสม. ภายใต้งิจกรรม “๒๐๐ โล ๑๒๐ วัน Khoksung virtual run

การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ

๑. เทศบาลโคกสูง มีการสร้างสนามกีฬาหญ้าเทียมที่บริเวณเทศบาล และอบต. มีการสร้างลานเอนกประสงค์ของอบต. ใช้สำหรับเป็นสนามการแข่งขันกีฬา การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายของคนในชุมชน

๒. เทศบาลโคกสูงจัดทำลานออกกำลังกายริมสระน้ำกลางหมู่บ้านละลมติม เพื่อให้ประชาชนได้พักผ่อน และจัดหาเครื่องออกกำลังกายให้ประชาชนในหมู่บ้านและหมู่บ้านใกล้เคียงได้มาออกกำลังกาย

๓. ส่งเสริมชุมชนให้มีการดำเนินงานการจัดการขยะในชุมชนโดยการสนับสนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การชี้แนะและสนับสนุนนโยบายสาธารณะ

-สนับสนุนนโยบายโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้แก่โรงเรียนในพื้นที่เครือข่ายสุขภาพอำเภอโคกสูง จำนวน ๑๕ โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ระดับทองทั้ง๑๕ โรงเรียน

-เทศบาลและอบต.มีบทบาทในการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

-รณรงค์การสวมหมวกนิรภัยและเขตปลอดบุหรี่ในชุมชนและส่วนราชการในพื้นที่

-สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำครอบคลุมทั้ง๔ตำบล

-สนับสนุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพ พบว่าพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้ง๖แห่งผ่านเกณฑ์พัฒนาในระดับดีและระดับดีมาก

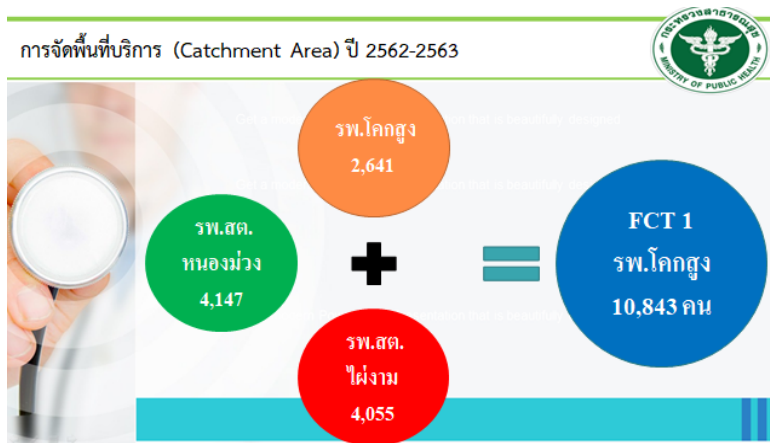
-จากการประเมินพบว่า ชุมชนในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอโคกสูง ยังขาดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกิดจากชุมชนและนำไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผลอย่างจริงจัง

## ๑๐. ผลสัมฤทธิ์ของงานดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

### ๑. ผลสัมฤทธิ์ในการพัฒนาโครงสร้างบริหารจัดการภายในเครือข่าย

๑. มีการจัดระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพของประชาชน ด้วยการให้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า โดยมีการจัด Catchment Area ตามลักษณะประชากรและสภาพภูมิศาสตร์ของพื้นที่ โดยมีการจัดบริการระบบบริการเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

#### ทีมที่๑



### ทีมที่ ๒

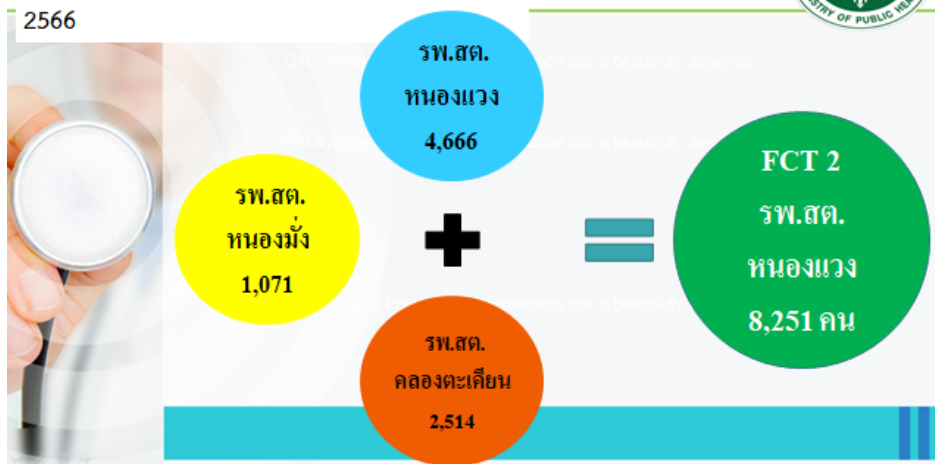
แนวทางการจัดพื้นที่บริการ (Catchment Area) ปี 2564



### ทีมที่ ๓

แนวทางการจัดพื้นที่บริการ (Catchment Area) ปี

2566



๒.หน่วยบริการประจำ (แม่ข่าย) มีศักยภาพและมีการจัดระบบสนับสนุนการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ (ลูกข่าย) ทั้ง ๙ แห่ง ให้ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการและผ่านเกณฑ์การประเมินรพ.สต.ติดดาว (ระดับ ๕ ดาว)

๓. มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๓ ท่าน (หมอคนที่ ๓) เป็นหัวหน้าทีม และมีทีมสหวิชาชีพและอสม.(หมอ คนที่ ๑) ที่มีศักยภาพและความพร้อมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างครอบคลุม

๔. มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานประจำและมีพยาบาลวิชาชีพ (หมอคนที่ ๒) ที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติครอบครัวแห่งละ ๑ คน ดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และเชื่อมประสานการทำงานกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

## **๒. ผลสัมฤทธิ์ในการจัดบริการสุขภาพ**

๑. การลดระยะเวลารอคอย ปี ๒๕๖๔ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของ OPD(ผู้ป่วยทั่วไป) ๕๕ นาที จะเห็นว่าเป็นไปตามเป้าหมาย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยที่มารพ. ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยทั่วไปจึงได้จัดทำการนัดหลัอมเวลา จัดคิวเร่งด่วนสำหรับตรวจสุขภาพและขอใบรับรองแพทย์ เปิดบริการคลินิกเฉพาะโรคทุกวันเฉลี่ยผู้ป่วยมารับบริการตามนัดวันละ ๘๐ คน เฉพาะนัดเจาะเลือดผู้ป่วย DM, HT ประจำปีไตรมาสแรก ออกเจาะที่รพสต. ฟังผลเลือดที่รพสต. แพทย์สั่งยาในสมุดและลงในระบบหลังจากเจาะเลือดประจำปีทุกราย ผู้ป่วยคลินิกได้รับการจัดยาส่งให้ถึงบ้านเพื่อลดการมารพ. และ๒ปีที่ผ่านมา มีสถานการณ์โควิด-๑๙ ทำให้มีนโยบายจัดยาส่งถึงบ้านเพื่อลดลดการมารพ. ของผู้ป่วยในปี ๒๕๖๕ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของ OPD จึงลดลงเหลือเพียง ๕๐ นาที

๒. การจัดบริการคัดกรองค้นหาวัดโรคปอด โดยมีเป้าหมาย ๑. ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย > ๙๐% พบว่าปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๗๕.๘๖, ๑๐๐ และ ๘๕.๗๒ ตามลำดับจากการทบทวนขาดการวางแผนการจัดบริการการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยง

### **กระบวนการ**

๑. การค้นหาเชิงรุก ได้ทำการคัดกรองทั่วทั้งอำเภอ มีมาตรการ ๑-๒-๒ โดยทำงานเป็นทีมทั้งโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และสร้างมีสเตอร์ TB, อสม.

๒. ใช้รถ X-ray เข้าให้บริการถึงชุมชน

**ผลลัพธ์** ปี ๒๕๖๖ ความครอบคลุมการคัดกรองวัณโรคใน ๗ กลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๙๙.๓๕ เป็นไปตามเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ๑, ๓๙๑ ราย พบผิดปกติ ๑๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๐ สงสัยวัณโรคปอด ๔๑ ราย ฝ้าที่ปอด ๙๔ ราย

## **๓. ผลสัมฤทธิ์ในการดูแลผู้ป่วยรายโรค**

๑. การดูแลผู้ป่วย Stroke โดยมีเป้าหมาย ๑. อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Stroke น้อยกว่าร้อยละ ๗ ๐ % จากการทบทวนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Stroke ร้อยละ ๒.๑๓, ๙.๐๔, และ ๒.๕ ตามลำดับ พบว่ามีการเข้าถึงล่าช้าและพบในผู้สูงอายุ

### **กระบวนการ**

๑. จัดระบบ Fast tract โดยการซ่อมทีมรับผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่แรกรับถึงส่งต่อ

๒. จัดทำโครงการเชิงรุก ๓ SACT

๓. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ๓S ในทุกหมู่บ้าน

**ผลลัพธ์** ปี ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-ธ.ค.๖๕) ยังไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Stroke

๒. การดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยมีเป้าหมาย ๑. อัตราผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต เป้าหมาย ๐% จากการทบทวนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตร้อยละ ๑.๓๕, ๖.๙๔ และ ๐ 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 ส่งผลให้ลดการ

นอน รพ. ลดการต้อยาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต

**ผลลัพธ์** ปี ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-ธ.ค.๖๕) พบผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Sepsis ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๕๕ จาก การ ทบทวนพบว่าผู้ป่วยเข้าถึงการบริการล่าช้า (สาเหตุ ไม่ทราบอาการ Sepsis) แผนปี ๒๕๖๖ ได้จัดทำโครงการ ๓ SACT และการประชาสัมพันธ์อาการติดเชื้อในกระแสเลือดผ่านป้ายประชาสัมพันธ์ในทุกหมู่บ้าน

๓. การดูแลผู้ป่วย STEMI โดยมีเป้าหมาย ๑. อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย STEMI น้อยกว่าร้อยละ ๙ จาก การทบทวนในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ มีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย STEMI ร้อยละ ๑๖.๖๖,๐ และ ๐ ตามลำดับ พบว่าส่งต่อ ล่าช้า

### กระบวนการ

๑. ดำเนินการให้ SK ในโรงพยาบาล
๒. เน้นประชาสัมพันธ์เชิงรุก จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ๓S ในทุกหมู่บ้าน
๓. จัดทำโครงการเชิงรุก ๓ SACT

**ผลลัพธ์** ปี ๒๕๖๖ (ต.ค.๖๕-ธ.ค.๖๕) ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย STEMI

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 พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามลำดับ เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากมีการพัฒนาระบบการคัดกรองตั้งแต่การวางแผนการคัดกรองเชิงรุกแบบ เคาะประตูบ้านตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ การถอดบทเรียนการดำเนินงาน การกำหนดแผนการดำเนินงานตั้งแต่ ต้นปี การบริหารจัดการระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ผลงานการคัดกรองลดลงจากเดิม เล็กน้อยแต่ก็คงยังอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเนื่องจากสถานการณ์โควิด-๑๙ และปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ผลงาน การคัดกรองเพิ่มขึ้นมากกว่าเกณฑ์เป้าหมายโดยได้จัดทำแผนพัฒนาต่อเนื่อง ดังนี้

๑. พัฒนาระบบการคัดกรองที่เป็นเชิงระบบอย่างต่อเนื่อง
๒. พัฒนาการจัดการข้อมูลประชากรตาม Type ให้ถูกต้องครบถ้วน

๓. อสม. สสำรวจข้อมูลและขึ้นทะเบียนกลุ่มเป้าหมายในคัมของตัวเอง และติดตามตรวจรายบุคคลให้ถึงบ้าน และพบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ในปี ๒๕๖๓ ปี ๒๕๖๔ ปี ๒๕๖๕ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เป้าหมาย คือไม่เกินร้อยละ ๕ (ผลงานร้อยละ ๑๓.๖, ร้อยละ ๒๘.๗ และร้อยละ ๑๐) และจากจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีทั้งที่มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานทุกปี ผลงานการคัดกรองผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกปี แต่ขาดความต่อเนื่องของกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน สามารถดูแลตนเองเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ไปเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ซึ่งผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย แต่ ทางเครือข่ายบริการสุขภาพก็มีแผนที่จะจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่ให้ป่วย

เป็นเบาหวานมีการจัดกิจกรรม ONE DAY CLAMP และจัดบริการคลินิก Dpac ที่โรงพยาบาลและรพ.สต.ลูกข่าย  
ครอบคลุมทั้ง ๒ แห่ง

ส่วนโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ในปี ๒๕๖๒ ได้ตาม  
เป้าหมายลดลงร้อยละ ๒๙.๖๙ ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ ไม่ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่  
เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓.๖๔ และร้อยละ ๓๔.๗๗ ตามลำดับ ปี ๒๕๖๕ ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
รายใหม่ ลดลงร้อยละ ๒๖.๙๖ มีการคัดกรองความเสี่ยงความดันโลหิตสูงทุกปี ผลงานคัดกรองได้ตาม  
เป้าหมายทุกปี แต่ไม่มีกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในชุมชน สามารถดูแลตนเองเพื่อ  
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เกิดเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี ๒๕๖๕ มีกิจกรรม “อำเภอลดเค็ม”  
ส่งเสริมให้ประชาชนในอำเภอโคกสูงรับประทานอาหารลดเค็ม ประกอบกับมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมที่หลากหลายเช่นชุมชนไร่พุง ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกลNCD ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง  
ปี ๒๕๖๕ ได้ตามเป้าหมายยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ ๒๖.๙๖

นอกจากนี้การเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูลในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลโคกสูง มีการใช้  
โปรแกรม Thai COC สำหรับส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการใช้  
ApplicationLine ในการส่งข้อมูลคนไข้ระหว่างหน่วยบริการเพื่อความรวดเร็วในการให้บริการและการ  
ปฏิบัติงานต่างๆ เช่น Line SRRT และมีการใช้โปรแกรมR๕๐๖เพื่อจัดเก็บข้อมูลทางด้านระบาดวิทยา มีการ  
ใช้ ระบบ Telehealth} Telemedicine ในการให้บริการผู้ป่วยผ่าน Line Add สำหรับให้คำปรึกษาและ  
ติดตามอาการผู้ป่วย