



# MOPH PLUS +

## คปสอ.หนองหาน



นำเสนอโดย  
พญ.หทัย ราษฎร์ทำเล  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองหาน  
28 พฤษภาคม 2569



# 1. สุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยเครือข่ายปฐมภูมิ (Smart Life & Primary Care)





# 1.1 เกิดรอด สมวัย สูงวัยคุณภาพ ยกระดับอนามัยแม่และเด็ก ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบาง ด้วยนวัตกรรมและการฟื้นฟูสุขภาพ

1.อัตราการตาย  
ไม่เกิน 15 ต่อแสนประชากร

ปีงบประมาณ	จำนวน (คน)	ต่อแสนประชากร
2566	0/803	0.00
2567	0/760	0.00
2568	0/704	0.00
2569 (30เมย.69)	0/380	0.00

จุดแข็ง

- 1.บูรณาการ 3หมอ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน12 สัปดาห์ และติดตามมารดาฝากครรภ์ตามเกณฑ์
- 2.คัดกรองความเสี่ยงตาม UD model 2024 ใช้แนวทาง ROBER 2020 ต่อเนื่อง /การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงตามแนวทาง 7step



แผนพัฒนาต่อเนื่อง

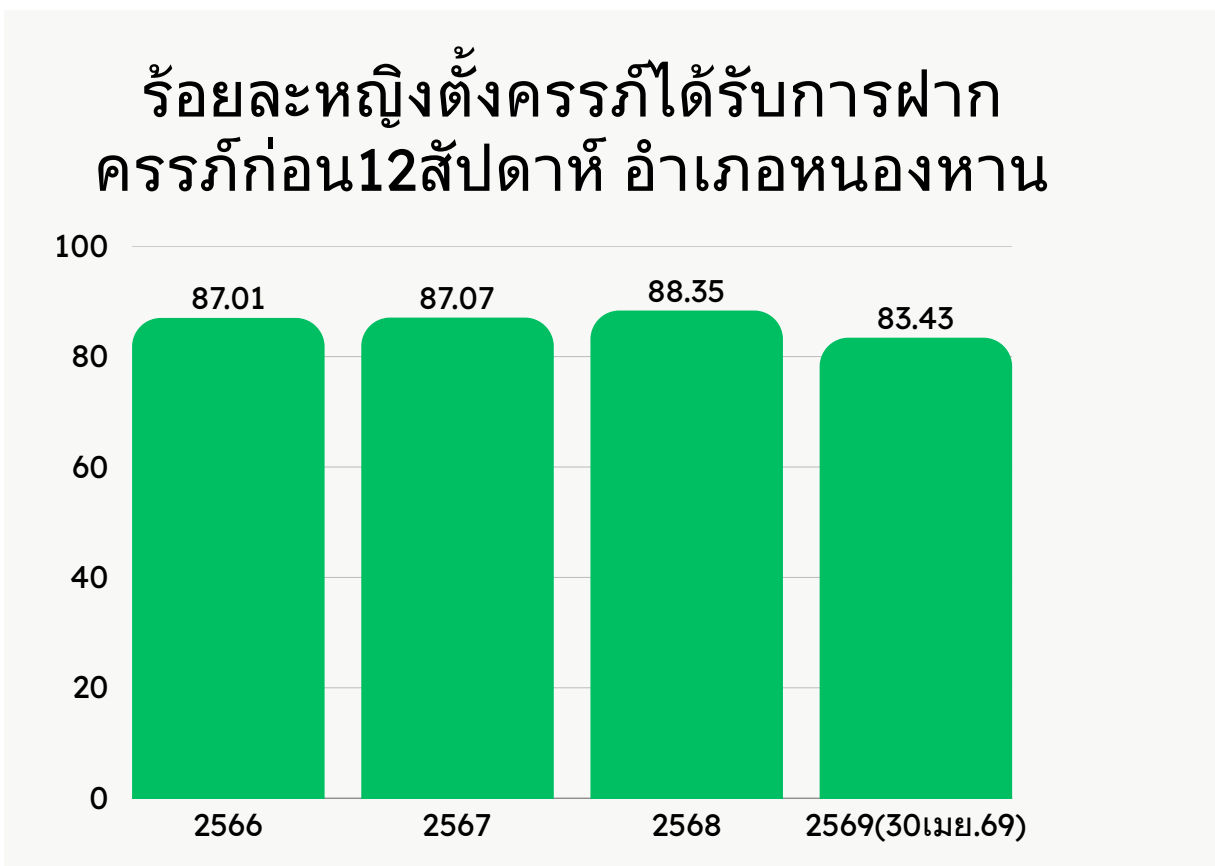
- 1.จัดทำแผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรปีละ2ครั้ง
- 2.พัฒนาระบบการคืนข้อมูล/การดูแลต่อเนื่อง
- 3.พัฒนาระบบการขอความช่วยเหลือ



# ตัวชี้วัดที่ติดตามคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก

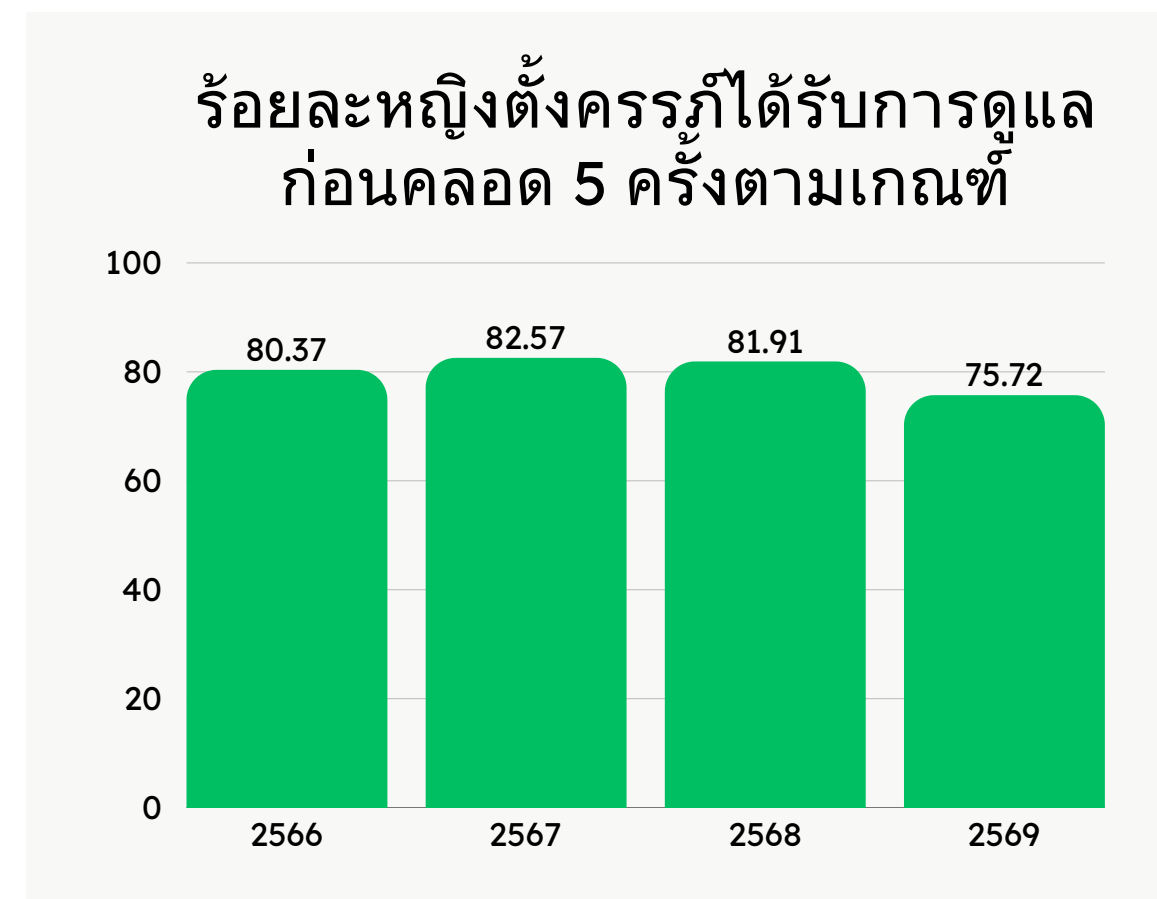
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

เป้าหมาย ร้อยละ 75



ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งคุณภาพ ตามเกณฑ์

เป้าหมาย ร้อยละ 75



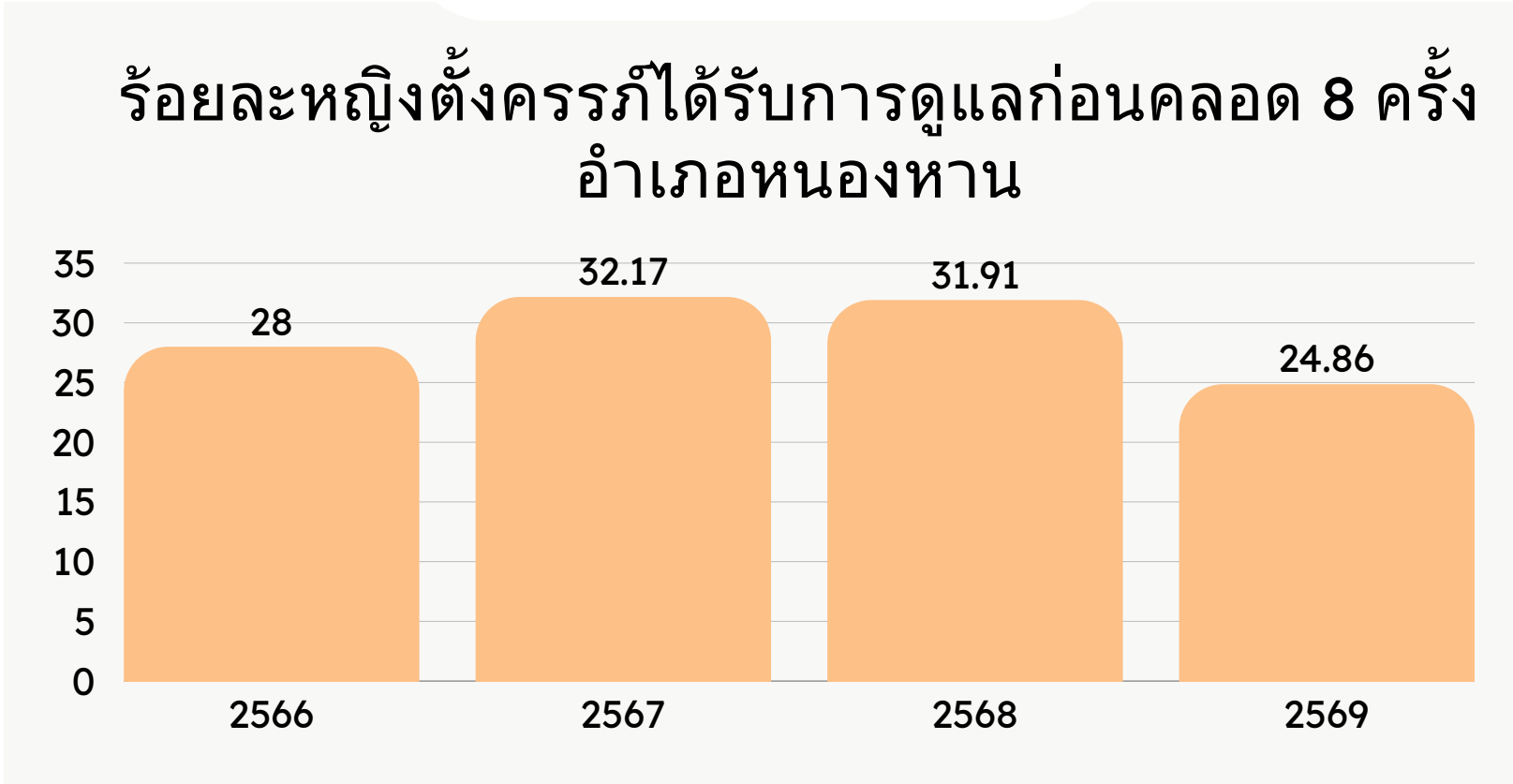
สาเหตุ ที่ผลงานยังไม่ผ่านตามค่าเป้าหมาย

- 1) การบันทึกข้อมูล ไม่ทันเวลาในการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์
- 2) ฝากครรภ์ที่อื่น ไม่มีข้อมูลในการบันทึกให้ครบ 5 ครั้งคุณภาพ



# ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 8 ครั้งคุณภาพ ตามเกณฑ์

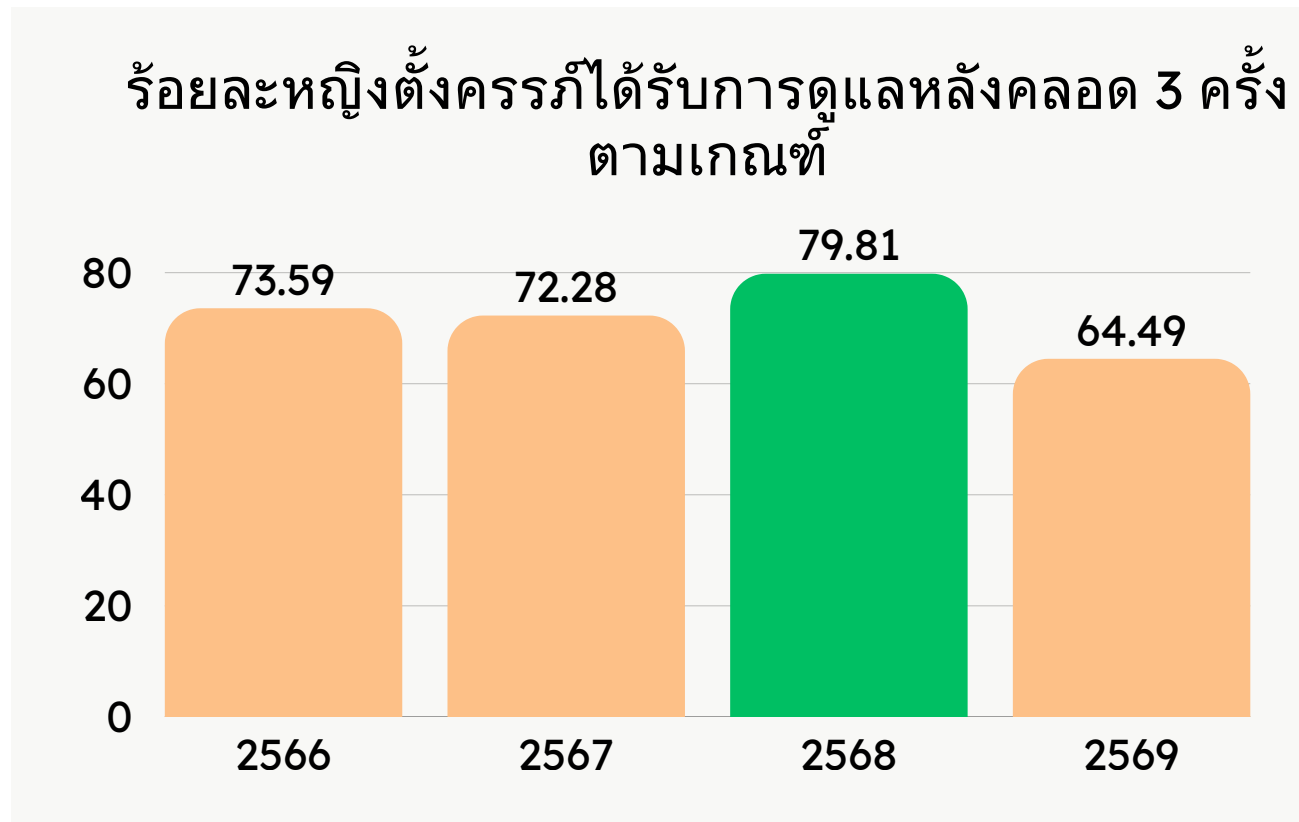
เป้าหมาย ร้อยละ 50



หมายเหตุ การดูแลก่อนคลอด 8 ครั้ง (1) ก่อน 12 Wks. (2) 20 Wks (3) 26 Wks (4) 32 Wks (5) 34 Wks (6) 36 Wks (7) 38 Wks (8) 40 Wks

# ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง

เป้าหมาย ร้อยละ 75



- สาเหตุ ที่ผลงานยังไม่ผ่านตามค่าเป้าหมาย
- 1) ในส่วนการดูแลก่อนคลอด 8 ครั้ง ปัญหาคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะทำการคลอดในช่วง 38 สัปดาห์ ทำให้ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในครั้งที่ 8 ได้
  - 2) การดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง การบันทึกข้อมูลไม่ทันเวลา

# นวัตกรรมและการฟื้นฟูสุขภาพ ในหญิงหลังคลอด โดยกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ฟื้นฟูมารดาหลังคลอดชั้ประวัติ ตรวจเต้านม นวด ประคบเต้านมผู้ป่วย IPD

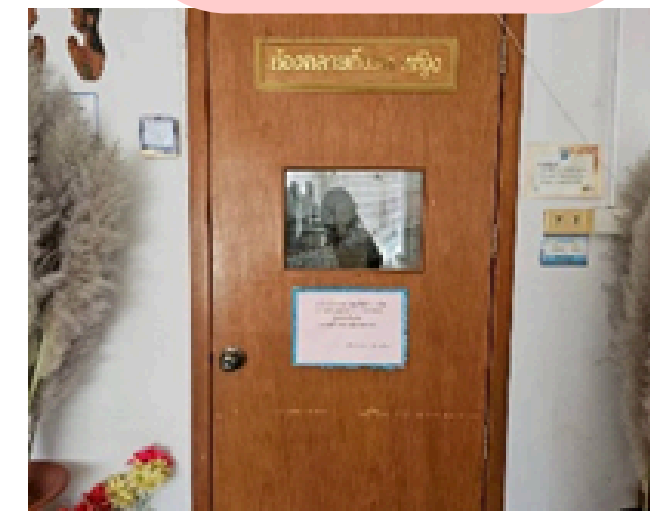
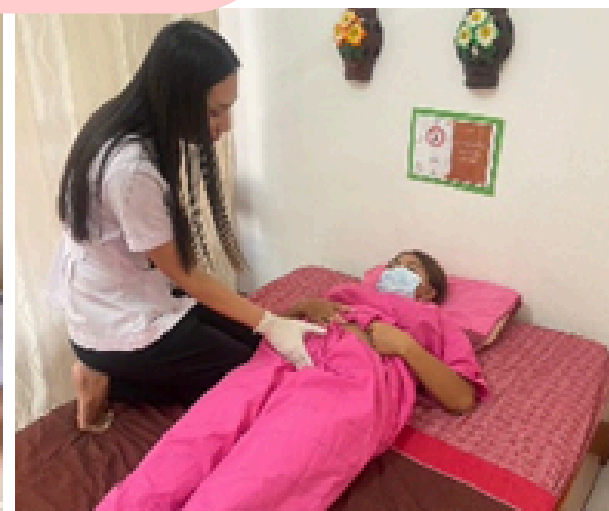


การฟื้นฟูมารดาหลังคลอดนัดทำการรักษาต่อเนื่อง ชั้ประวัติ ตรวจร่างกาย นวดรักษา ทับหม้อเกลือ อบสมุนไพร

นวดรักษา

ทับหม้อเกลือ

อบสมุนไพรหลังคลอด





## ปัญหาที่พบ ในหญิงตั้งครรภ์

## ปัจจัยความสำเร็จ

- 1 เนื่องจากการไปทำงานต่างถิ่นและไม่ได้ฝากครรภ์มาก่อน
- 2 ไปฝากครรภ์ที่คลินิกเอกชน
- 3 ปัญหาการย้ายที่อยู่ / กลับมาคลอดที่บ้าน
- 4 การใช้สารเสพติด
- 5 พบในกลุ่มที่เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์
- 6 การบันทึกข้อมูลไม่ทันเวลา

- 1 ประชาสัมพันธ์ในชุมชน ผ่านหอกระจายข่าว แนะนำหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ก่อน12 สัปดาห์
- 2 การติดตามโดย หมอคมที่1(อสม.) ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้าน
- 3 บูรณาการระบบ 3 หมอ เน้นการติดตามหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน12 สัปดาห์ และติดตามเยี่ยมครรภ์คุณภาพ ตามเกณฑ์
- 4 มีกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ที่เข้มแข็ง
- 5 มีระบบการดูแลต่อเนื่องร่วมกับทีมCOC ติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์
- 6 รพศ.อุดรธานี เป็นพี่เลี้ยง MCH BOARD ที่เข้มแข็งทำให้พัฒนางานต่อเนื่อง

## แผนพัฒนาต่อเนื่อง

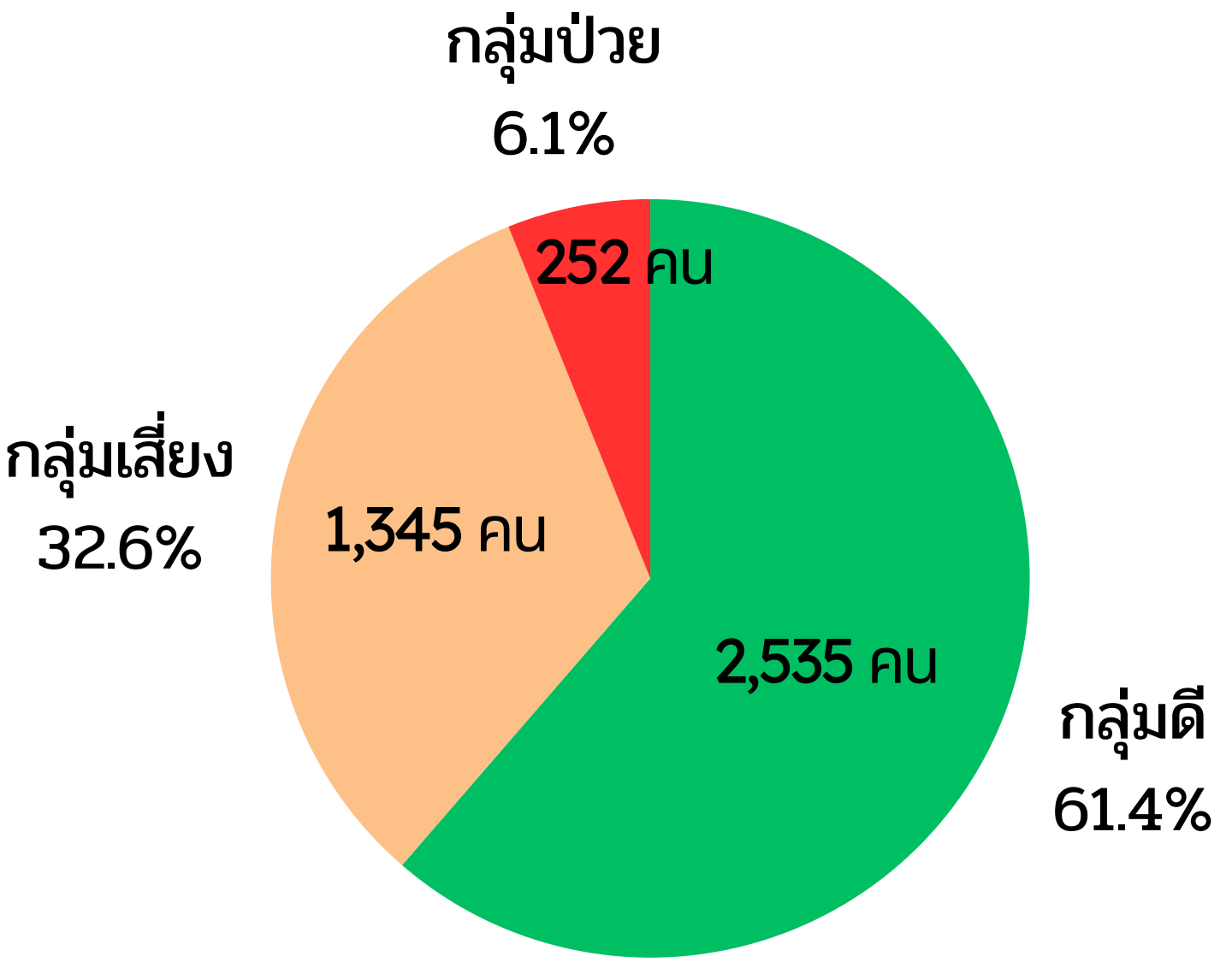
- จัดบริการเชิงรุก หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถฝากครรภ์ตามนัดได้
- บันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม ให้ครบถ้วนและส่งออกทันเวลา
- พัฒนาแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด /CPG/Training จนท.ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆ
- ใช้เครื่องมือUD model 2024
- ใช้แนวทางROBER 2020 ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ตามแนวทาง 7step



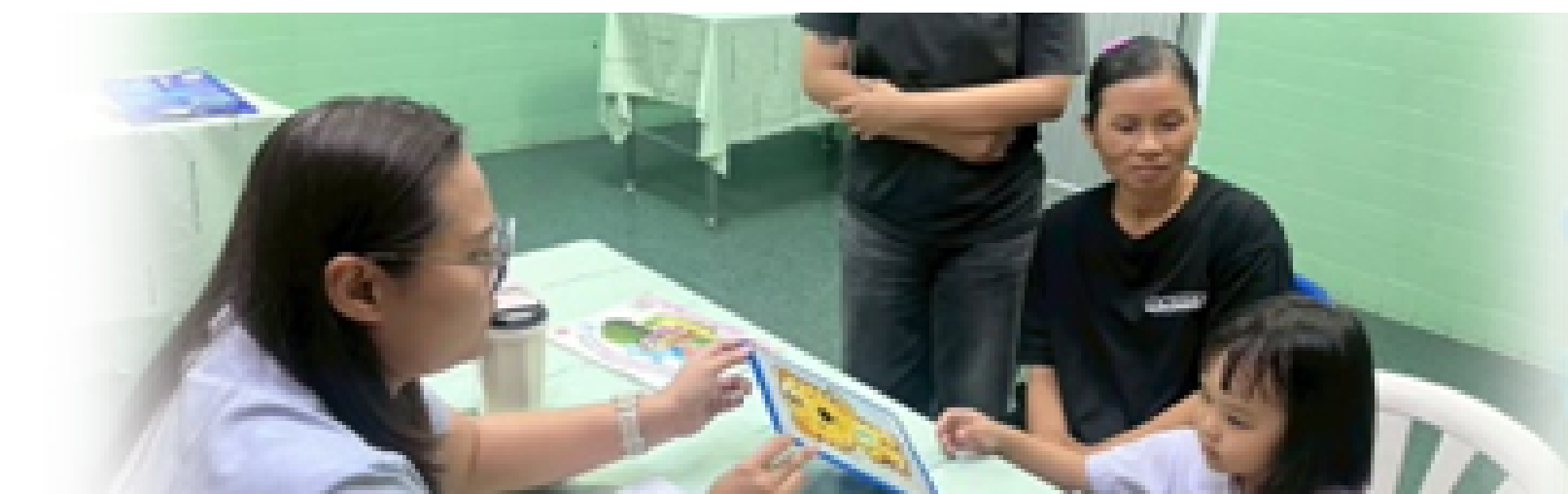
# กลุ่มเด็ก 0-5 ปี

กลุ่มเด็ก 0-5 ปี อำเภอหนองหาน  
จำนวน 4,132 คน

เป้าหมาย : เด็กอำเภอหนองหาน รูปร่างดี สมส่วน  
มีพัฒนาการสมวัย  
ได้รับวัคซีนครบถ้วน



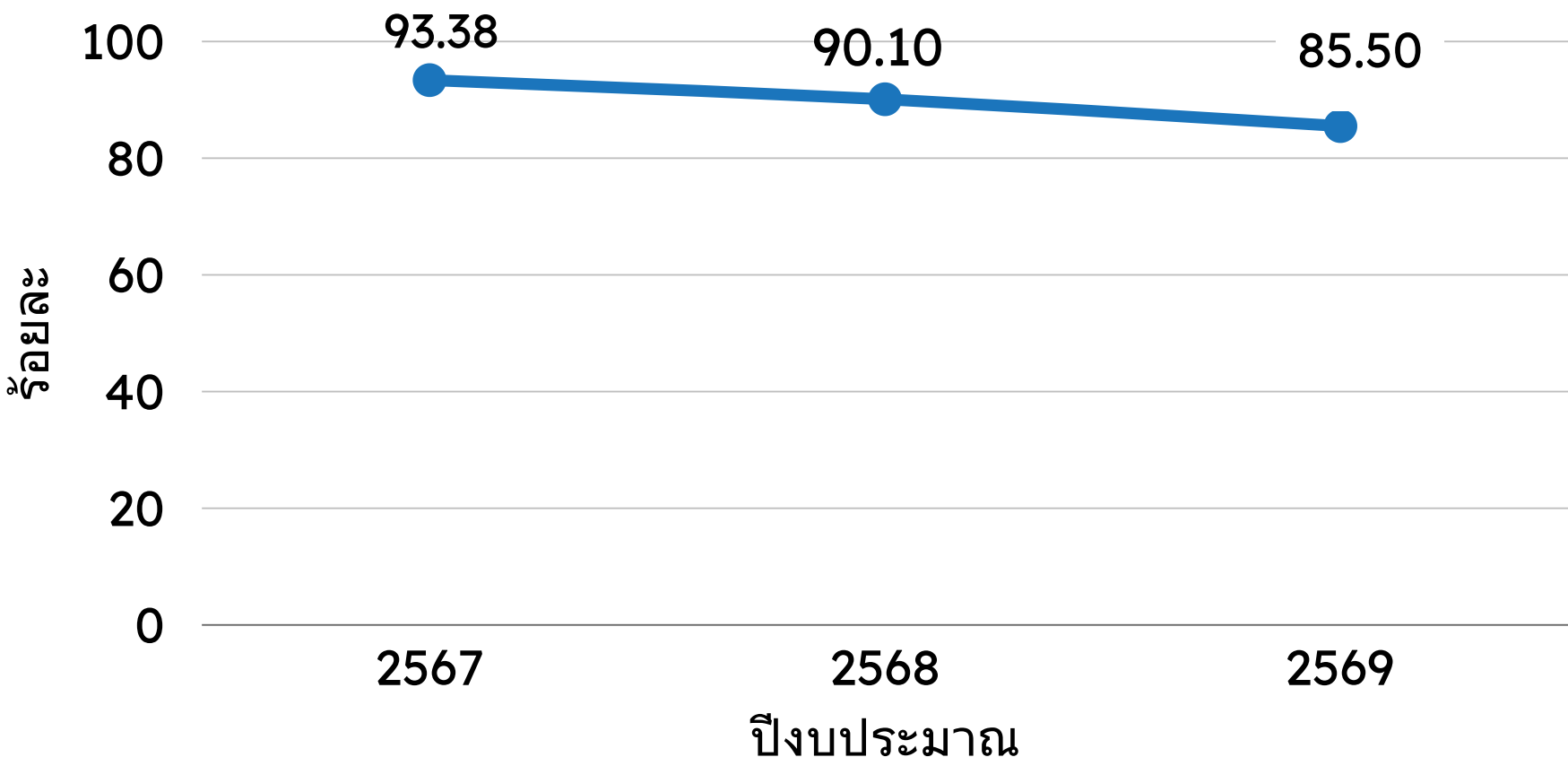
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
1.คัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	95.54	92.41	90.46
2.พัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 28	32.46	35.17	34.76
3.ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I	ร้อยละ 100	100	100	100





# ร้อยละเด็ก0-5ปี พัฒนาการสมวัย

เป้าหมาย ร้อยละ 86



**1** มีการส่งเสริมพัฒนาการโดยการใช้ **DSPM** ในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก เพื่อให้เด็กเข้าสู่ระบบการดูแลที่เร็วขึ้น

**2** มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ดังนี้ จัดคลินิกตรวจพัฒนาการในสถานบริการทุกแห่ง(เชิงรับ) และมีการคัดกรองเชิงรุกในชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดย อสม.ประจำหมู่บ้านและครูศูนย์เด็กเล็ก , โครงการพัฒนาศักยภาพครูศูนย์เด็กเล็ก/อสม.ประจำหมู่บ้าน/ผู้ปกครองเด็ก 0-5 ปี ,แต่งตั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ที่รับผิดชอบงานพัฒนาการเป็น **CM** ในการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

**3** มีและใช้แนวทาง(**CPG**) การดูแลเด็ก 0-5 ปี เช่น คัดกรองครั้งที่ 1 พบสงสัยพัฒนาการล่าช้า ให้ครู/ผู้ปกครอง / อสม.ติดตามการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 2 สัปดาห์ ถ้าพบว่ายังมีพัฒนาการล่าช้าส่งคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลพุมฤตแพทย์

**4** มีและใช้นวัตกรรมการดูแลเด็กเพื่อกระตุ้น ให้ผู้ปกครองพาเด็กมาคัดกรองพัฒนาการตามช่วงวัย เช่น บัตรเชิญใบใหญ่ นัดวันมารับการคัดกรอง และแจกของเล่นชิ้นแรก





# แผนงานโครงการดูแลเด็ก 0-5 ปีต่อเนื่อง

พัฒนารูปแบบการดูแลเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

1.โครงการพัฒนาศักยภาพครูอนุบาลและครูศูนย์เด็กเล็กและแกนนำอาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาพ คปสอ.หนองทาน ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ต่อเนื่องมา 4 รุ่นตั้งแตปี 2566-2569



ขอสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนระดับตำบล ทุก รพ.สต.ในการดูแลเด็ก 0-5 ปี

2.แผนงานอบรมแกนนำ อสม.พัฒนาการเด็ก

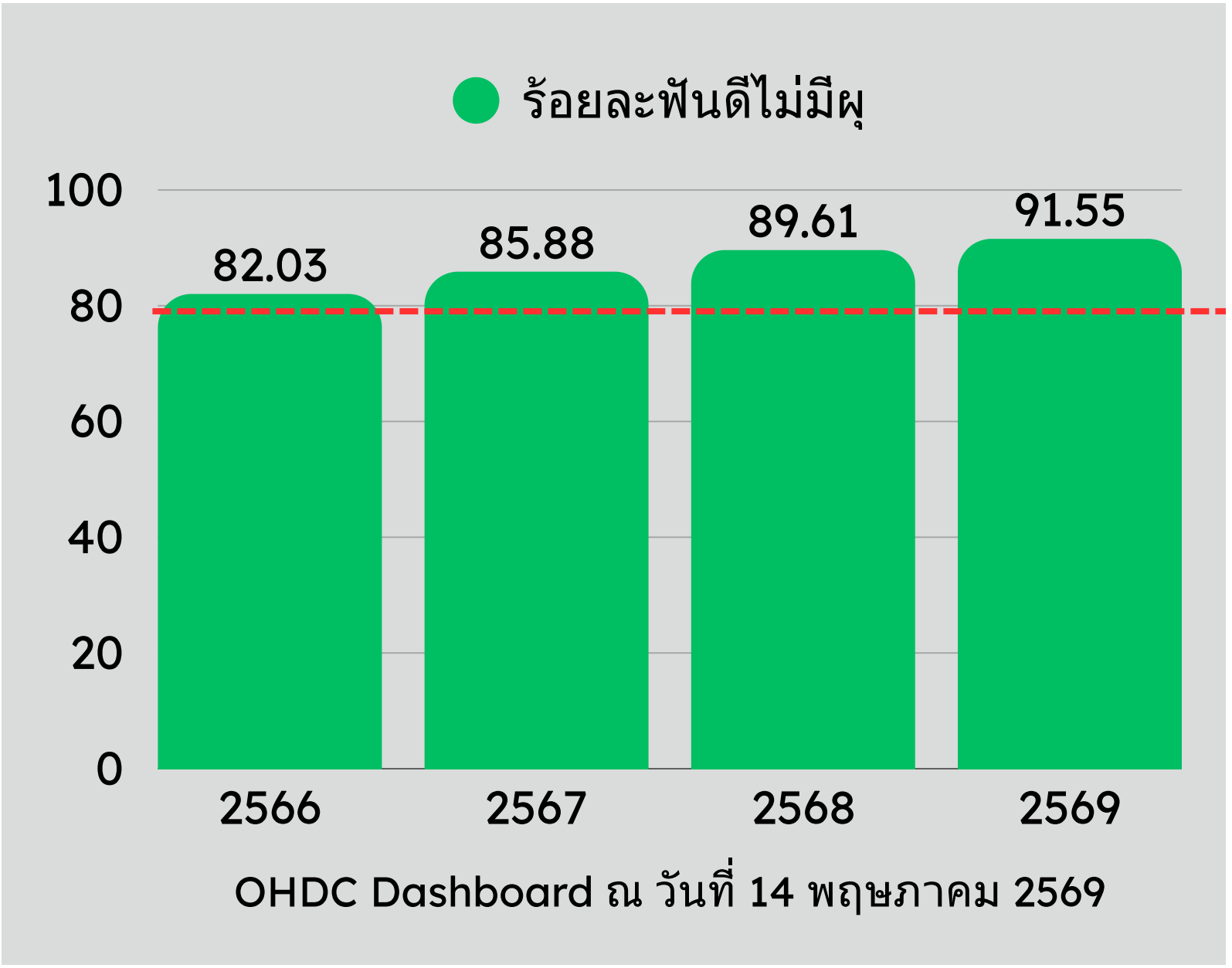
3.แผนงานส่งเสริมพัฒนาการโภชนาการ สนับสนุนนมกล่องไอโอดีนและของเล่นและนิทานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก





สุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยเครือข่ายปฐมภูมิ : สุขภาพช่องปาก  
 ตัวชี้วัด : ร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 0-5ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

ปีงบประมาณ	ทั้งหมด (คน)	ตรวจฟัน (คน)	ร้อยละ	ฟันดีไม่มีผุ (คน)	ร้อยละ
2566	5,943	4,362	73.40	3,578	82.03
2567	4,821	3,562	73.89	3,060	85.88
2568	3,691	2,771	75.07	2,484	89.61
2569 (14 พ.ค.69)	3,868	2,592	67.01	2,373	91.55





## ปัญหาที่พบ

1

ขาดกันตบุคลากรประจำในหน่วยบริการปฐมภูมิ/SW.สต. 7 แห่ง การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

2

การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยโดยผู้ปกครอง ในประเด็นการควบคุมการบริโภคอาหารว่าง/ขนม/ เครื่องดื่มรสหวาน ของเด็กยังดำเนินการได้ไม่ดีพอ

## ปัจจัยความสำเร็จ

1

กลุ่มเป้าหมายที่อยู่อาศัยจริงในพื้นที่ สามารถติดตาม ให้รับบริการได้อย่างต่อเนื่องทั้งในคลินิกสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันโรค(WCC) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชั้น อนุบาลในโรงเรียนประถมศึกษา

2

การติดตามโดย หมอคมที่1(อสม.) ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้าน

## แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อสามารถดำเนินงานให้ความรู้ /คำแนะนำ/ตรวจสอบสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ในกลุ่มเป้าหมายเด็กปฐมวัยในชุมชน ให้ครอบคลุมมากขึ้น

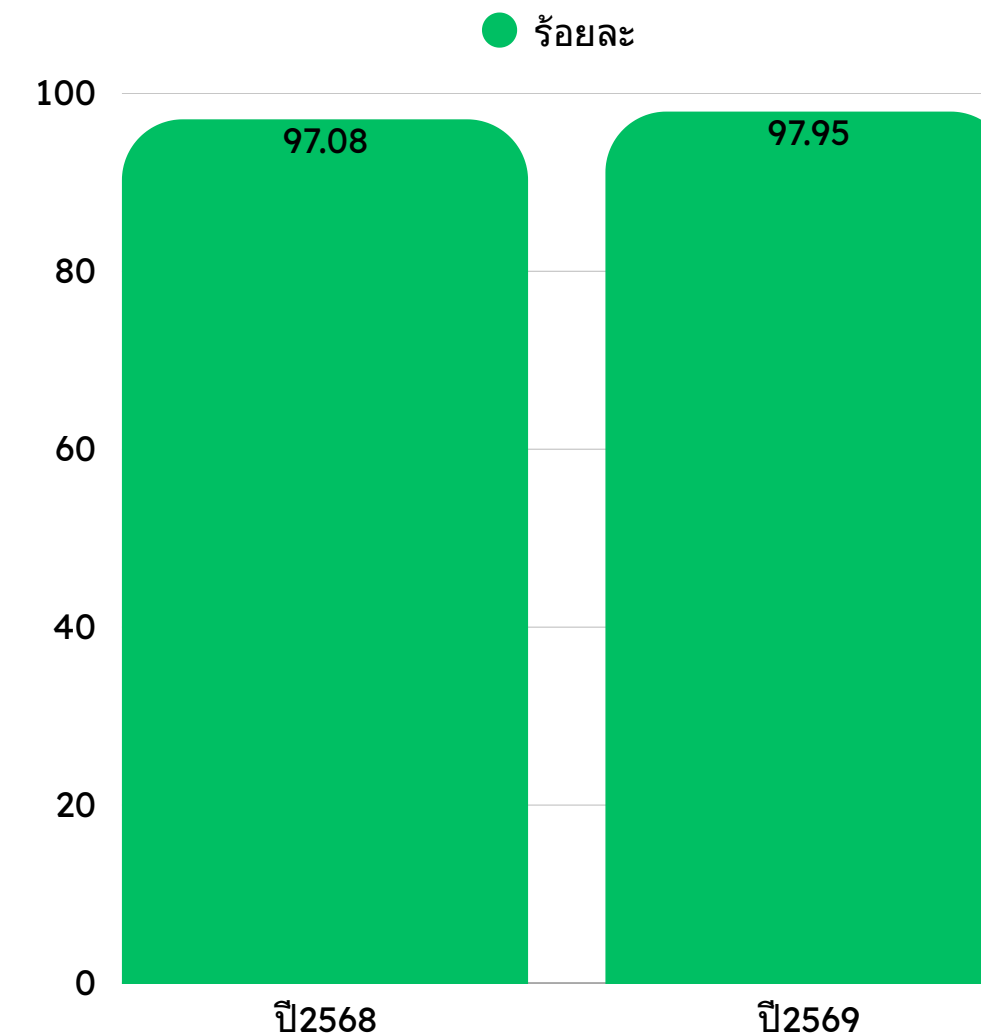
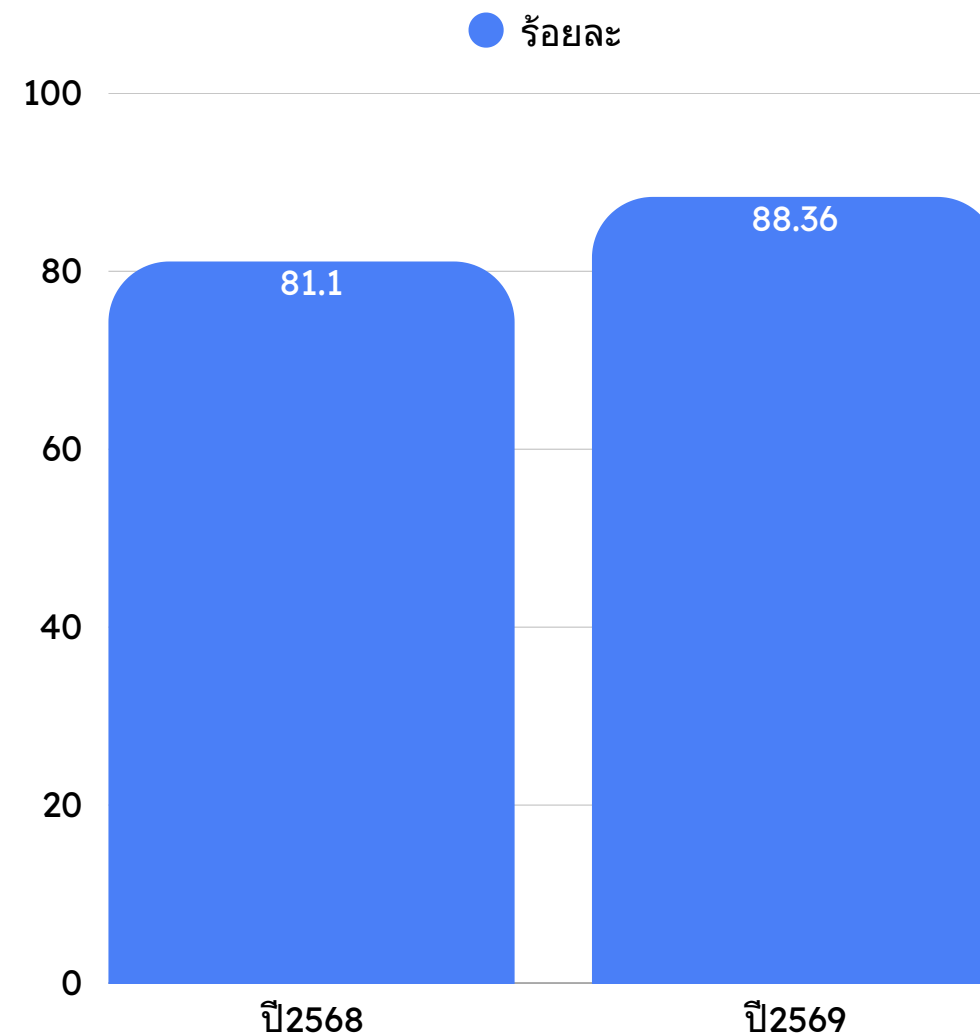
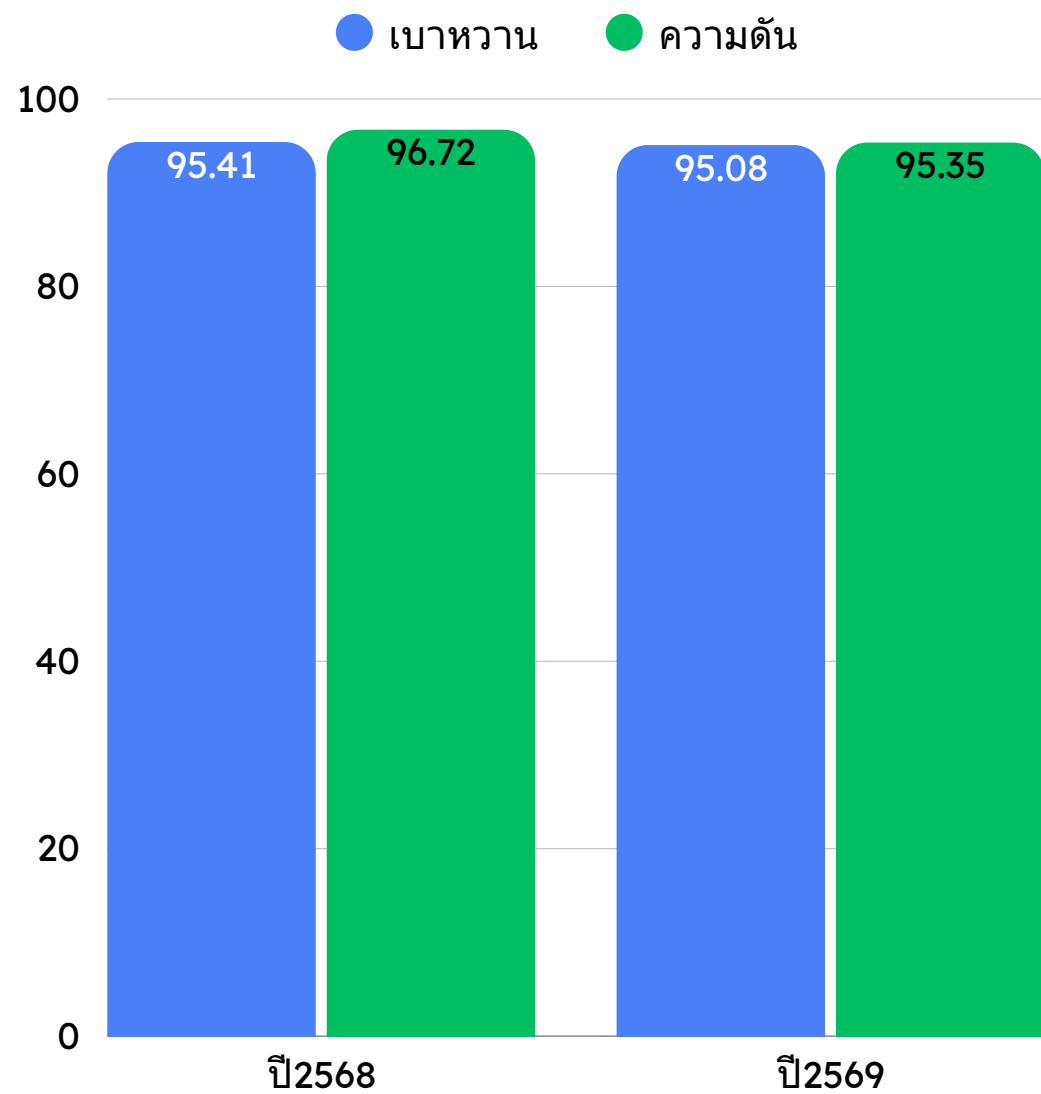


# NCD เชิงรุก

ร้อยละการคัดกรอง DM HTในประชากร อายุ35 ปีขึ้นไป เป้าหมายร้อยละ 90

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมายร้อยละ 70

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมายร้อยละ 80



# แผนงานโครงการที่ดำเนินการต่อเนื่อง

ผลงาน คปสอ.หนองหาน	ปี 2568	ปี 2569
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ในพื้นที่รับผิดชอบ	7/2976 (0.24%)	359/3169 (11.33%)

1. จัดโครงการเยี่ยมเสริมพลัง เพื่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวาน 50 ราย (27กพ2569)
2. อบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs Coach 50 ราย (21เมย2569)
3. อบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 50 ราย (22เมย2569)
4. อบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 50 ราย (23เมย2569)
5. อบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน DM remission สัจจร ที่ sw.สต. โพนงาม กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 50 ราย (ผู้ป่วย sw.สต.บ้านโคก sw.สต.ผักตบ sw.สต.โพนงาม)
6. อบรมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคไม่ติดต่อ NCDs “ต้นกล้าสุขภาพดี วิถีชีวิตดี ลดหวาน มัน เค็ม” เพื่อตอบสนองนโยบายการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือ และโซเดียม ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กลุ่มเยาวชนน้อย ลูกหลานของผู้ป่วยเบาหวาน นักเรียน ชั้น ป.6 จำนวน 50 ราย (จะจัดในวันที่ 27 พ.ค.2569)

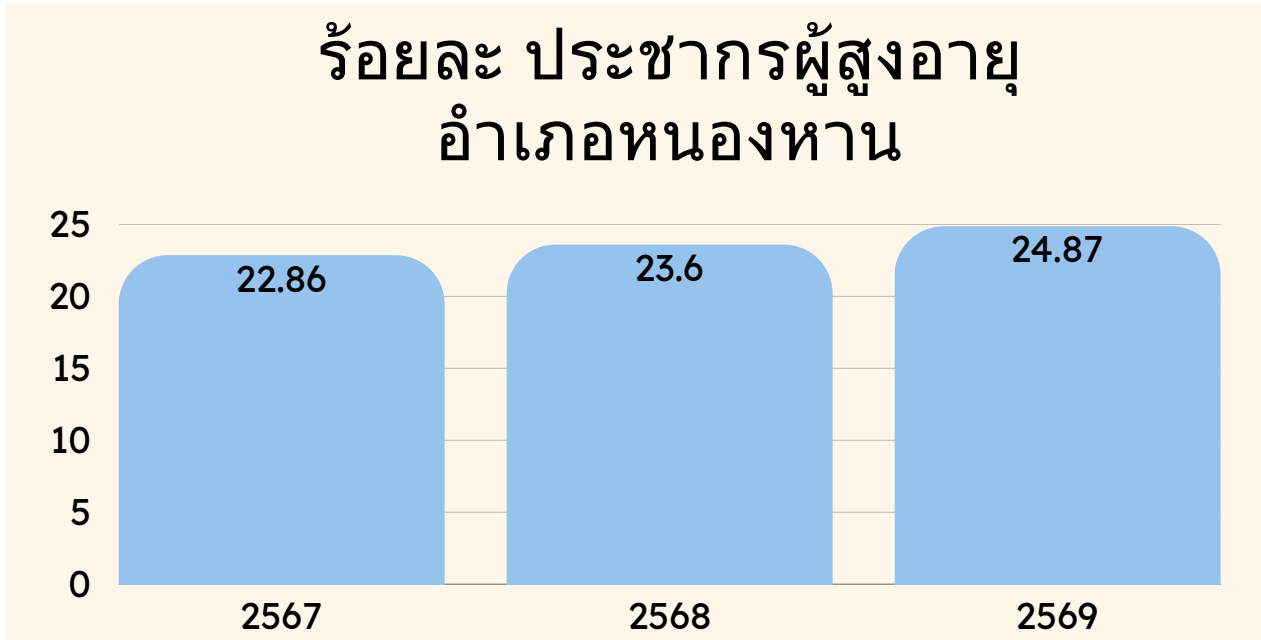
**ข้อเสนอแนะ/ปัญหา/อุปสรรค**

- 1) ผู้ป่วยบางราย ติดภารกิจ ไม่สามารถมาร่วมเข้าโครงการได้
- 2) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถ ปฏิบัติตัวตามแบบแผนของโครงการ

**ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ได้**



# ผู้สูงอายุ



ปี 2569 จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ



9,024 คน  
ร้อยละ 44.27



11,346 คน  
ร้อยละ 55.66

ช่วงอายุ	60-69 ปี	70-79 ปี	80ปีขึ้นไป
จำนวน	11,863	6,481	2,041
ร้อยละ	58.19	31.79	10.01

ปี 2569 (ต.ค.68-พ.ค.69) ผู้สูงอายุทั้งหมด 20,385 คน

คัดกรอง ADL- Activities of Daily Living

หรือการดำเนินกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุ จำนวน 17,232 คน คิดเป็นร้อยละ 84.53

อำเภอหนองหาน	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ประชากร ผู้สูงอายุ (คน)	18,787	19,507	20,385
ประชากร รวม (คน)	82,179	82,670	81,972



กลุ่ม1 ติดสังคม 16,321 คน  
คิดเป็นร้อยละ 94.71



กลุ่ม2 ติดบ้าน 772 คน  
คิดเป็นร้อยละ 4.48



กลุ่ม3 ติดเตียง 139 คน  
คิดเป็นร้อยละ 0.81

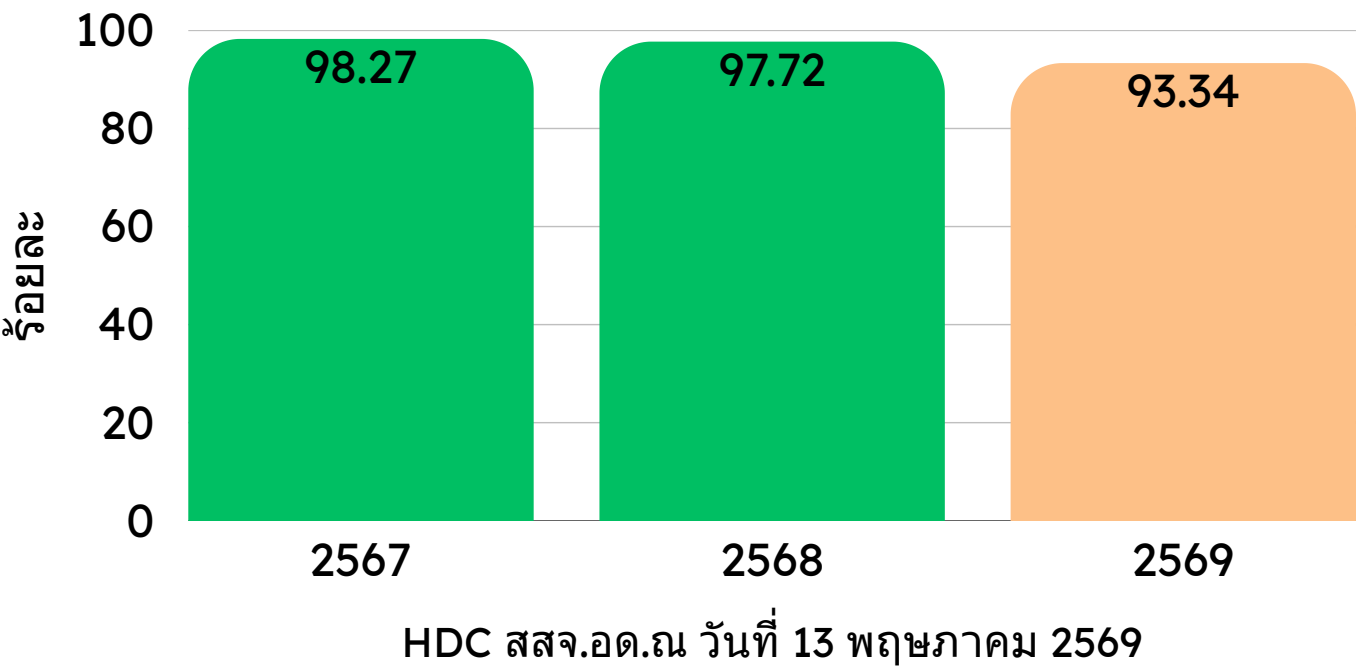


•ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 911 คน  
•คิดเป็นร้อยละ 5.29

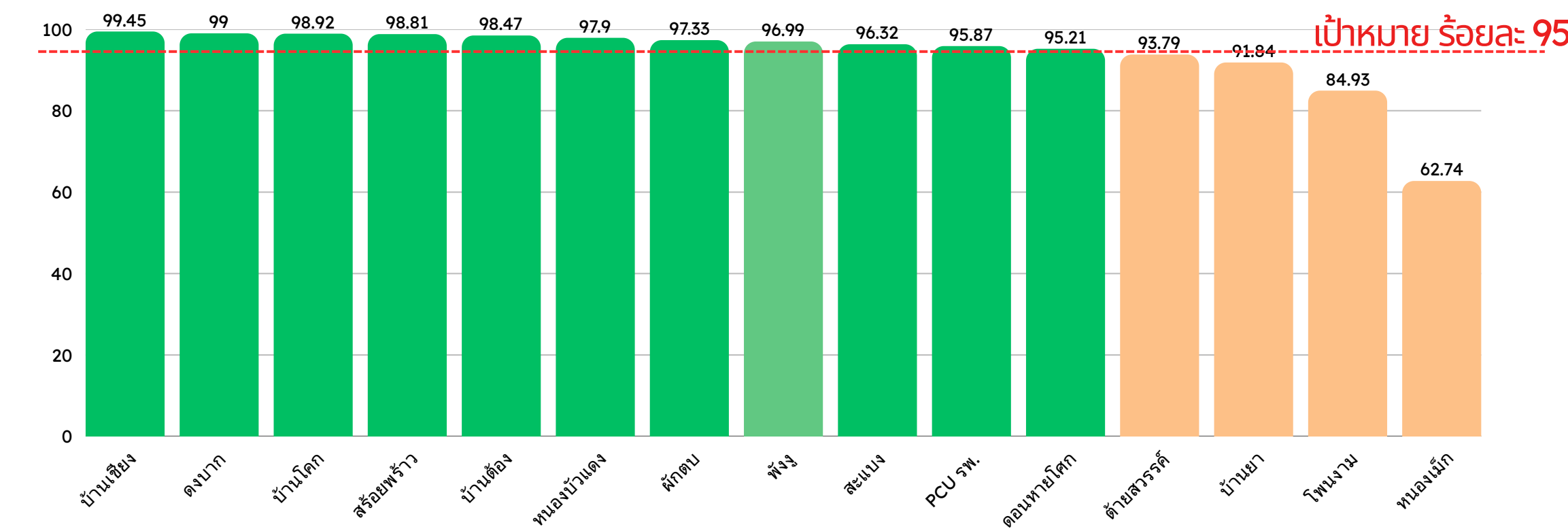


# ผลงานคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

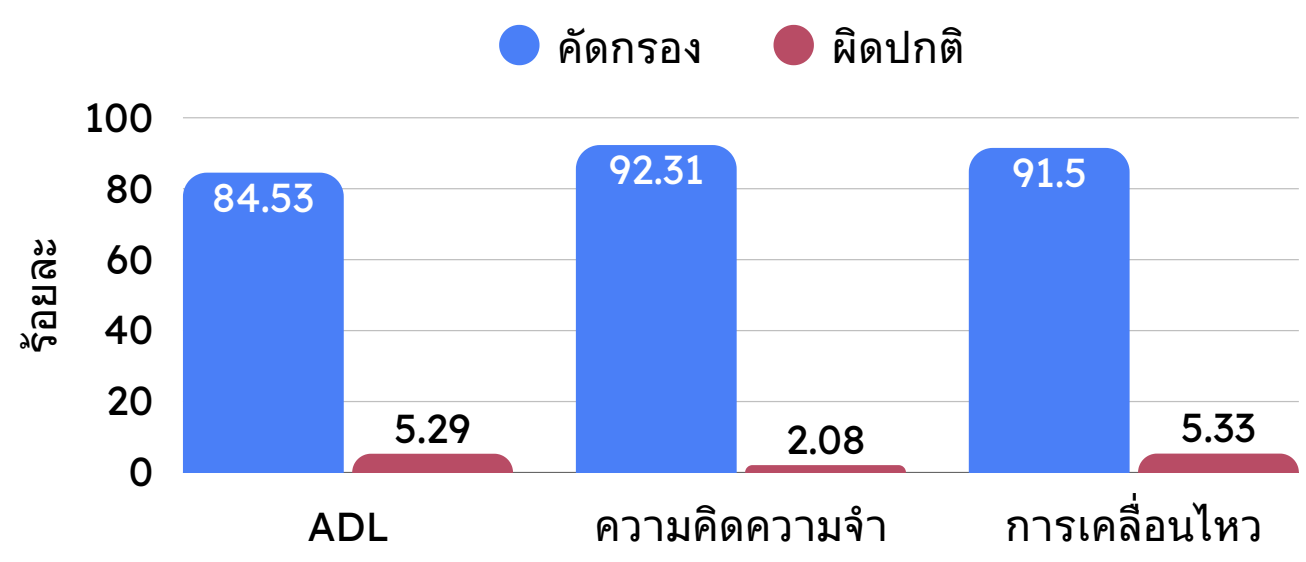
## ร้อยละการคัดกรอง ความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ครบ 9 ด้าน



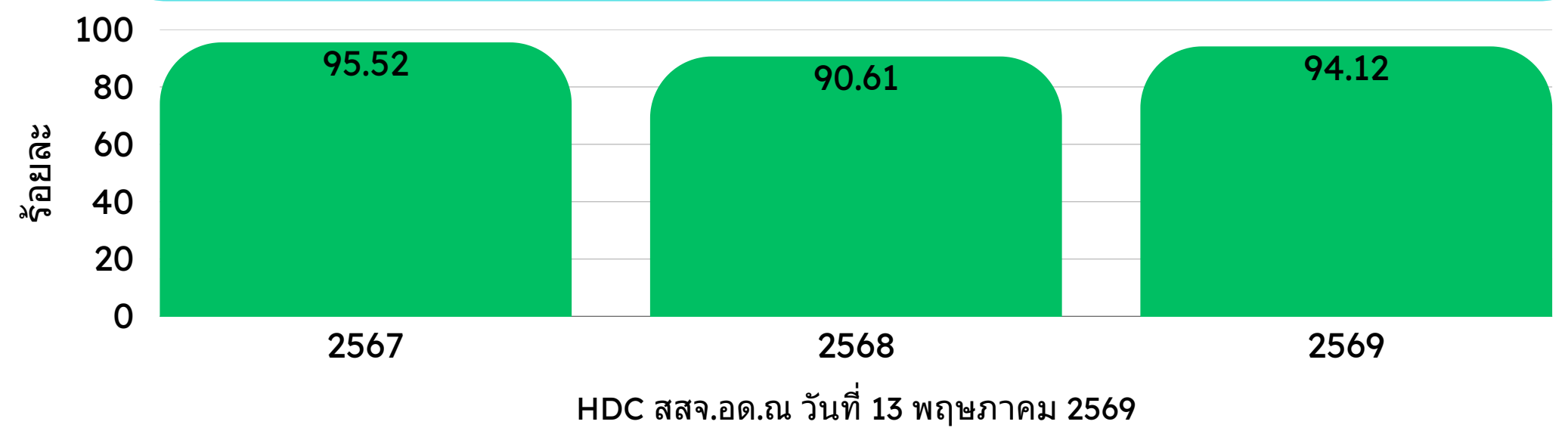
## ร้อยละการคัดกรอง ความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ครบ 9 ด้าน หน่วยงานบริการ



## ร้อยละการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นสำคัญ ปี 2569



## ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการดูแลและการจัดทำ Care Plan ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care เป้าหมาย ร้อยละ 90



โครงการการศึกษารูปแบบการดูแลภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุไทย  
(Study of frailty care models in Thai elderly)  
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์  
วันที่ 18-19 พฤษภาคม 2569  
ณ โรงพยาบาลหนองหาน





# ผลการดำเนินงาน โครงการผู้สูงอายุแข็งแรงดี สมดุลดี ลดผลิตภัณฑ์กลุ่ม ปีงบประมาณ 2569 วันที่ 27 , 30 มีนาคม 2569



- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้กลุ่มผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวและได้รับการประเมินสมรรถภาพทางกาย
  2. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้และฝึกทักษะในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม
  3. เพื่อให้ผู้สูงอายุมีร่างกายแข็งแรงและลดความเสี่ยงจากการหกล้ม
  4. เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมการออกกำลังกายได้อย่างถูกต้อง
- กลุ่มเป้าหมาย คือ**
- ผู้สูงอายุในอำเภอหนองหานอายุระหว่าง 60-68ปี ที่เป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 250 คน
- กิจกรรมโครงการ**
- ให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
  - ให้ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการหกล้ม

# แผนจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ อำเภอหนองหาน จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2569

ทำทุก รพ.สต. 14 แห่ง ต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2568

- ดำเนินการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุในชุมชน
- ให้คำแนะนำ วางแผนการดูแลที่เหมาะสม
- ส่งต่อในรายที่ผิดปกติ เพื่อดูแลต่อเรื่องที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล



## ข้อเสนอแนะ/ปัญหา/อุปสรรค ในการดำเนินงาน

- การบันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ มีความหลากหลายของ Program ทั้ง โปรแกรม LTC สปสช / LTC กรมอนามัย / /HOSxP / Blue Book เพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน





หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562  
อำเภอหนองหาน ทั้งหมด 12 หน่วย  
ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ครบ 100%

PCU 12 แห่ง

- 1) หนองเม็ก
- 2) พังงู
- 3) สะแบง
- 4) บ้านต้อง
- 5) ดอนหายโศก
- 6) ผักตบ
- 7) บ้านเชียง
- 8) โพนงาม
- 9) ศสช.รพ.หนองหาน ทีม1
- 10) ศสช.รพ.หนองหาน ทีม2
- 11) ดงบาก
- 12) หนองบัวแดง

NPCU 4 แห่ง

- 1) บ้านโคก
- 2) บ้านยา
- 3) ต่ายสวรรค์
- 4) สร้อยพราว



# 1.4ดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก มีศูนย์บำบัดยาเสพติดทุกอำเภอ คืบคนดีสู่สังคม

1.4 มิธีรณัฐรักษ์หนองหาน เปิดให้บริการผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด เมื่อ 2 ต.ค.67 จำนวน 21 เตียง  
 •รับบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดระยะ(Acute /Subacute care ( สีแดงและสีส้ม )  
 •เปิดรับบำบัดผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดในเครือข่าย ได้แก่ พิบูลย์รักษ์ กู่แก้ว ไชยวาน ท่งฝน และบ้านดุง

มิธีรณัฐรักษ์	ปี 2568	ปี 2569 ( 30 เม.ย. 69)
จำนวนผู้ป่วย	561 ราย	406 ราย



บ้านดุง	92	40
กู่แก้ว	22	19
พิบูลย์รักษ์	19	4
ไชยวาน	3	3
ท่งฝน	2	0
อื่นๆ	8	8
รวม	146	74

วันที่เริ่ม: 10/01/2025 | วันที่สิ้นสุด: 04/30/2026 | พื้นที่ค้นหา: ทั้งหมด | ระดับตอน Admit: ทั้งหมด | สถานะ: รวมทุกสถานะ | สถานที่ Admit: ทั้งหมด

[ล้างตัวกรอง](#)

จำนวนทั้งหมด  
**406**

จิตเวช  
**18**

ยาเสพติด  
**388**

ฝึกจิตเวช  
**355**

ฝึกช่าง  
**29**

ฝึกหญิง  
**18**

อื่นๆ  
**1**

รักษาอยู่  
**0**

D/C (ทุกคน)  
**406**

สีเขียว  
**14**

สีเหลือง  
**134**

สีส้ม  
**231**

สีแดง  
**27**



## การดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด

ประชุมการบูรณาการร่วมกับปกครอง ตำรวจ และสาธารณสุข ในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสภาพทางสังคม และคัดกรองผู้ป่วย ทุกวันศุกร์ ณ ที่ว่าการอำเภอหนองหาน



มีระบบการติดตามผู้ป่วยประกอบด้วย 1.) การเยี่ยมบ้าน 2.) ติดตามทางโทรศัพท์ 3.) โดยเครือข่าย รพสต.



## ผลการดำเนินงาน

รายการ	ปี 2568	ปี2569 (30เม.ย.69)
อัตราการครองเตียง	96.56	95.66
Active Bed	20.27	20.08
Re-Admit ภายใน 28 วัน	8.3 %	4.18 %
Retention Rate	82.07 %	92.39 %
อัตราการหยุดเสฟใน 3 เดือน	26.24 %	37.04 %
Early remission rate		

## ข้อเสนอแนะ/ปัญหา/อุปสรรค

ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามครบ 4 ครั้งใน 1 ปีเนื่องจาก

1. ผู้ป่วยไปทำงาน ผู้ป่วยไม่อยู่ในพื้นที่
2. ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด
3. ผู้ป่วยไม่เห็นประโยชน์ของการบำบัด
4. ผู้ป่วยไม่สะดวกในการรับบริการ/ถูกจับซ้ำ

แนวทางการ  
แก้ไข

ประสานความร่วมมือกับ  
ฝ่ายปกครองในการ  
ติดตาม ส่งพบปลัดก่อน  
กลับบ้าน

## กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย





... Thank you ...

