

สรุปผลงานประจำปี 2567

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม



Cสรุปผลงานประจำปี 2567

01

ข้อมูลทั่วไป

02

งานบริการตรวจรักษา

03

งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก

04

คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี

05

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

06

กลุ่มวัยเรียน งานอนามัยโรงเรียน

07

วัยทำงาน

08

งานผู้สูงอายุ

09

งานควบคุมโรคติดต่อ

10

งานวัคซีนไขหวัดใหญ่

11

งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

12

งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

13

งานสุขาภิบาลอาหาร

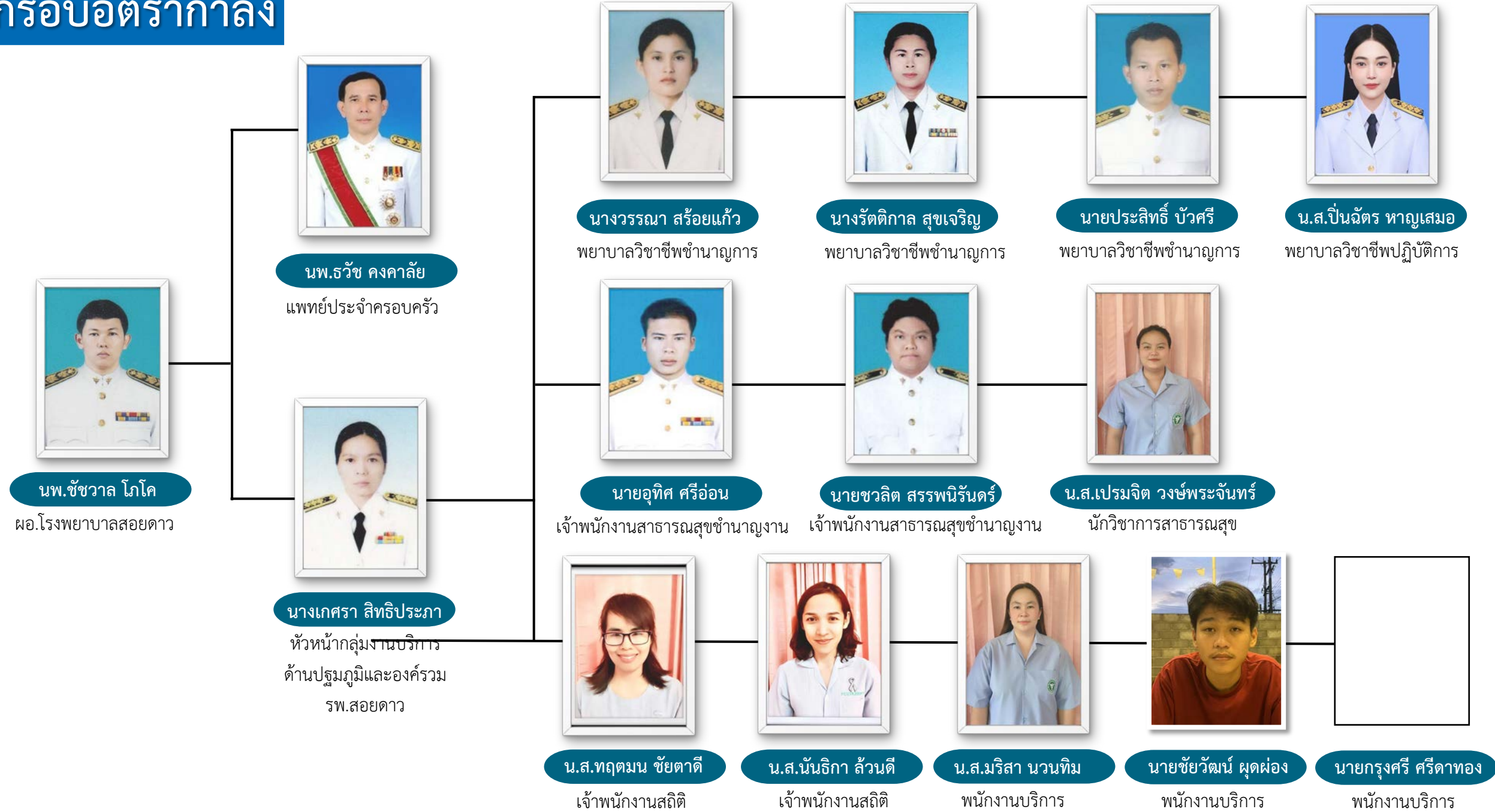
14

รวมภาพกิจกรรม

01

ข้อมูลทั่วไป

กรอบอัตรากำลัง



อัตรากำลังบุคลากรสาธารณสุข

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม มีบุคลากรประจำ จำนวน 13 คน ดังนี้



- | | |
|----------------------------|------------|
| ➤ พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว | จำนวน 4 คน |
| ➤ พยาบาลวิชาชีพ | จำนวน 1 คน |
| ➤ เจ้าพนักงานสาธารณสุข | จำนวน 2 คน |
| ➤ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข | จำนวน 3 คน |
| ➤ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน | จำนวน 3 คน |

วิสัยทัศน์ (Vision)

โรงพยาบาลสอยดาวคุณภาพสมรรถนะสูงระดับประเทศ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

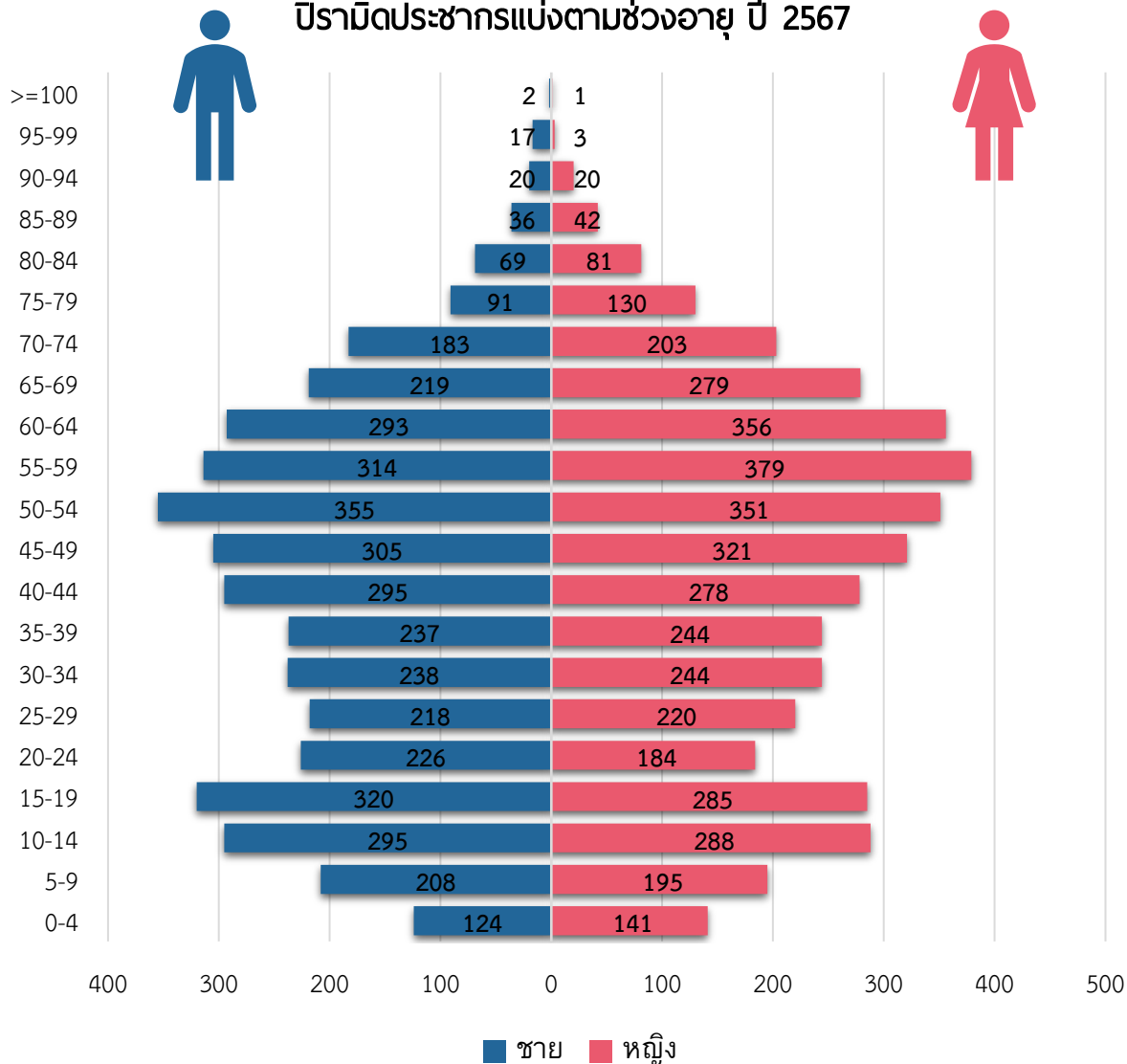


หน้าที่และเป้าหมาย (purpose)

ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ครอบคลุม ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้และมีสุขภาพดี

ข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบ ปี 2567

ปิรามิดประชากรแบ่งตามช่วงอายุ ปี 2567



ประชากร ปี 2567



4,065



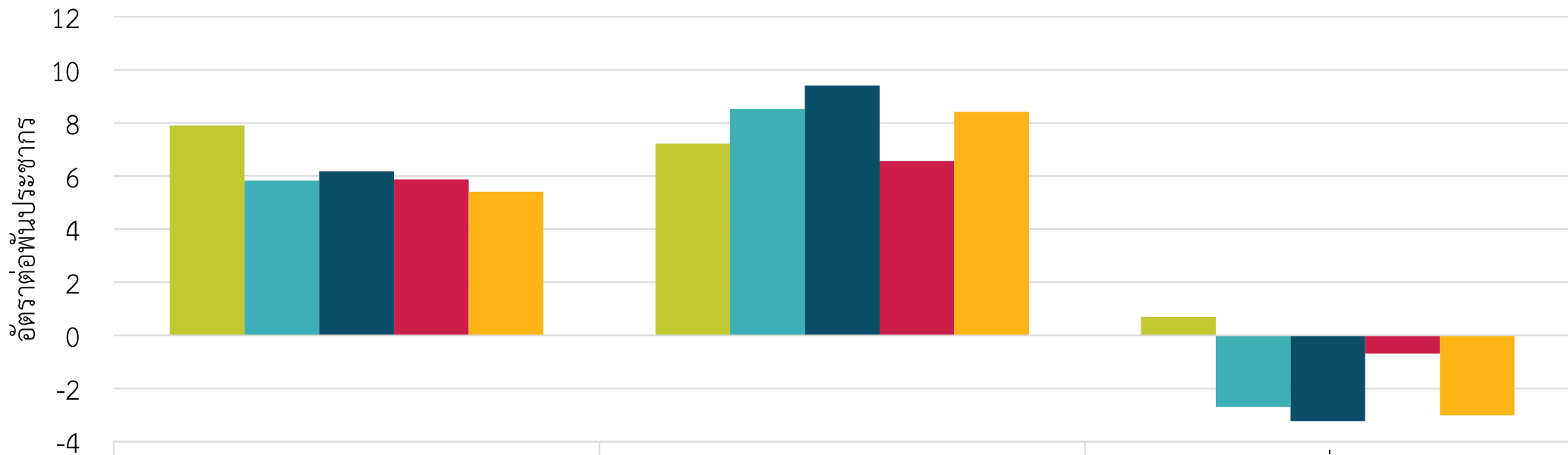
4,245



รวมทั้งหมด 8,310

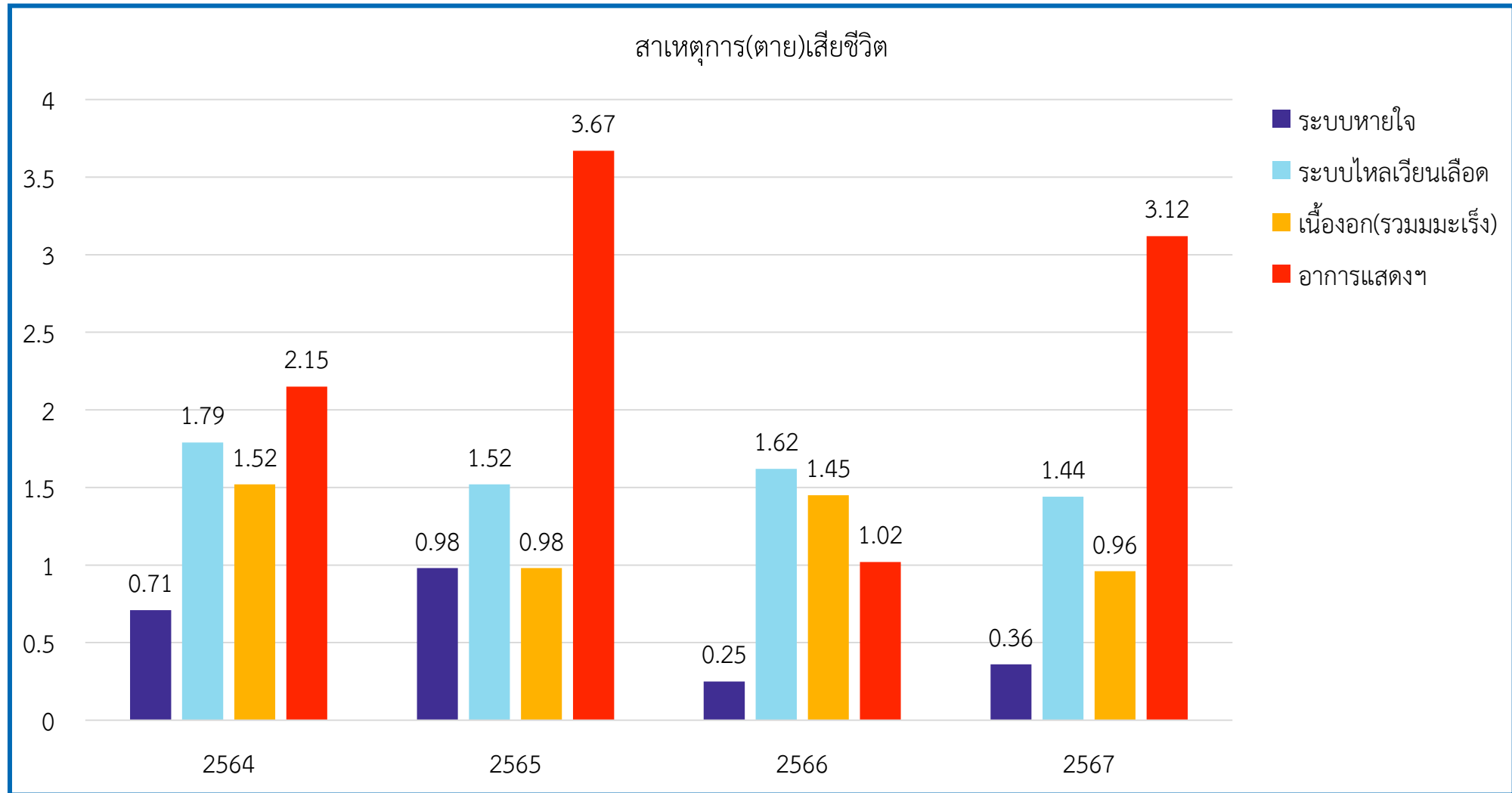
ข้อมูลประชากร

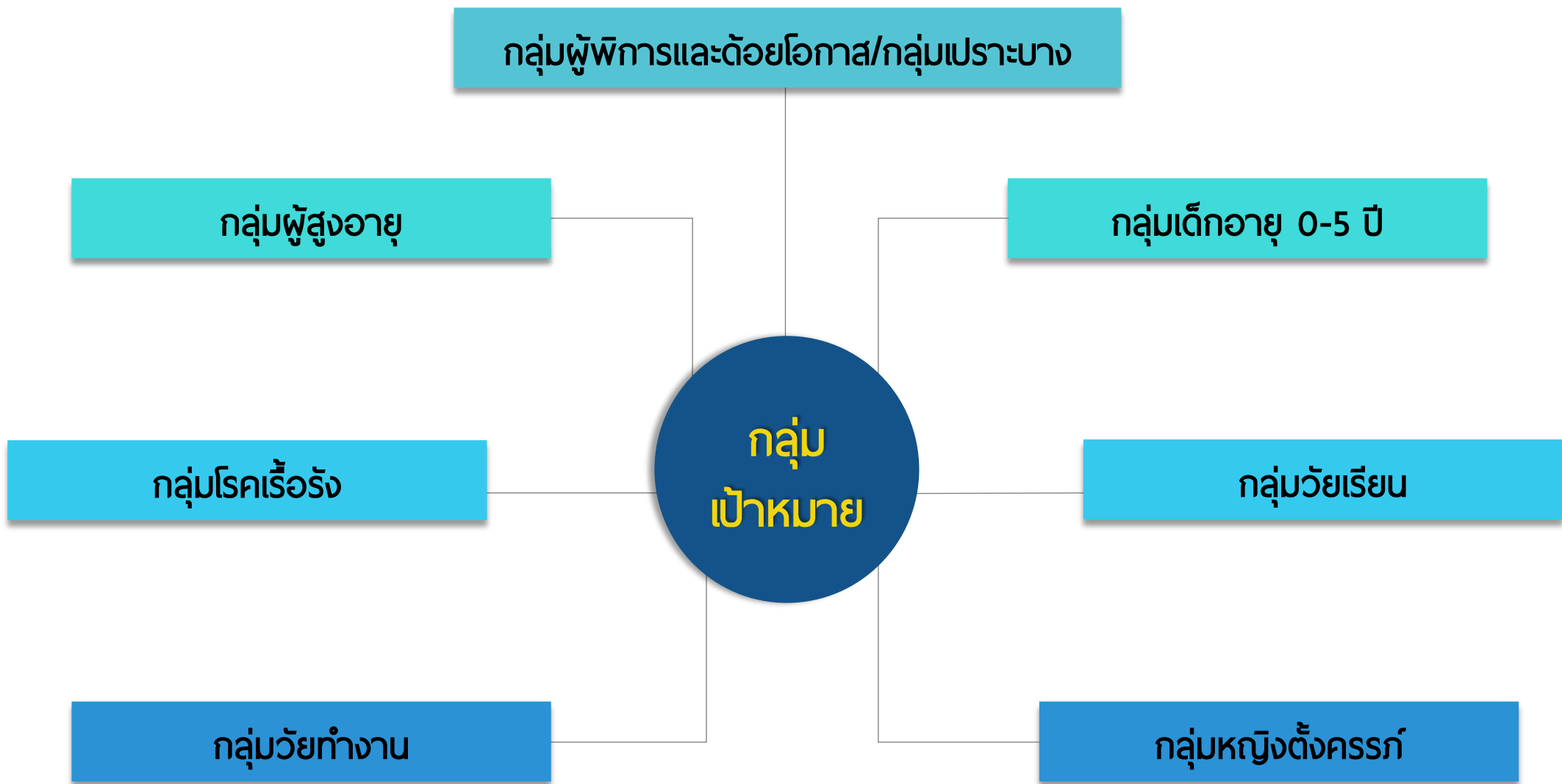
อัตราการเกิดมีชีพ การตายและเพิ่ม



	เกิดมีชีพ	ตาย	เพิ่ม
2563	7.91	7.22	0.69
2564	5.83	8.53	-2.7
2565	6.18	9.41	-3.23
2566	5.88	6.57	-0.69
2567	5.41	8.42	-3.01

สาเหตุการตายที่สำคัญ





การให้บริการ

1

ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น บริการแบบองค์รวม รวดเร็ว มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

2

ส่งเสริมสุขภาพ อนามัยแม่และเด็ก โภชนาการและพัฒนาการเด็ก อนามัยเด็กวัยเรียน/โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและเยาวชน วางแผนครอบครัว สุขภาพจิต สาธารณสุขมูลฐานชุมชน สร้างสุขภาพ สุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

3

ป้องกันโรคและควบคุมโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเรื้อรัง สุขาภิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อม

4

ฟื้นฟูสุขภาพผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ

5

งานเยี่ยมบ้าน

6

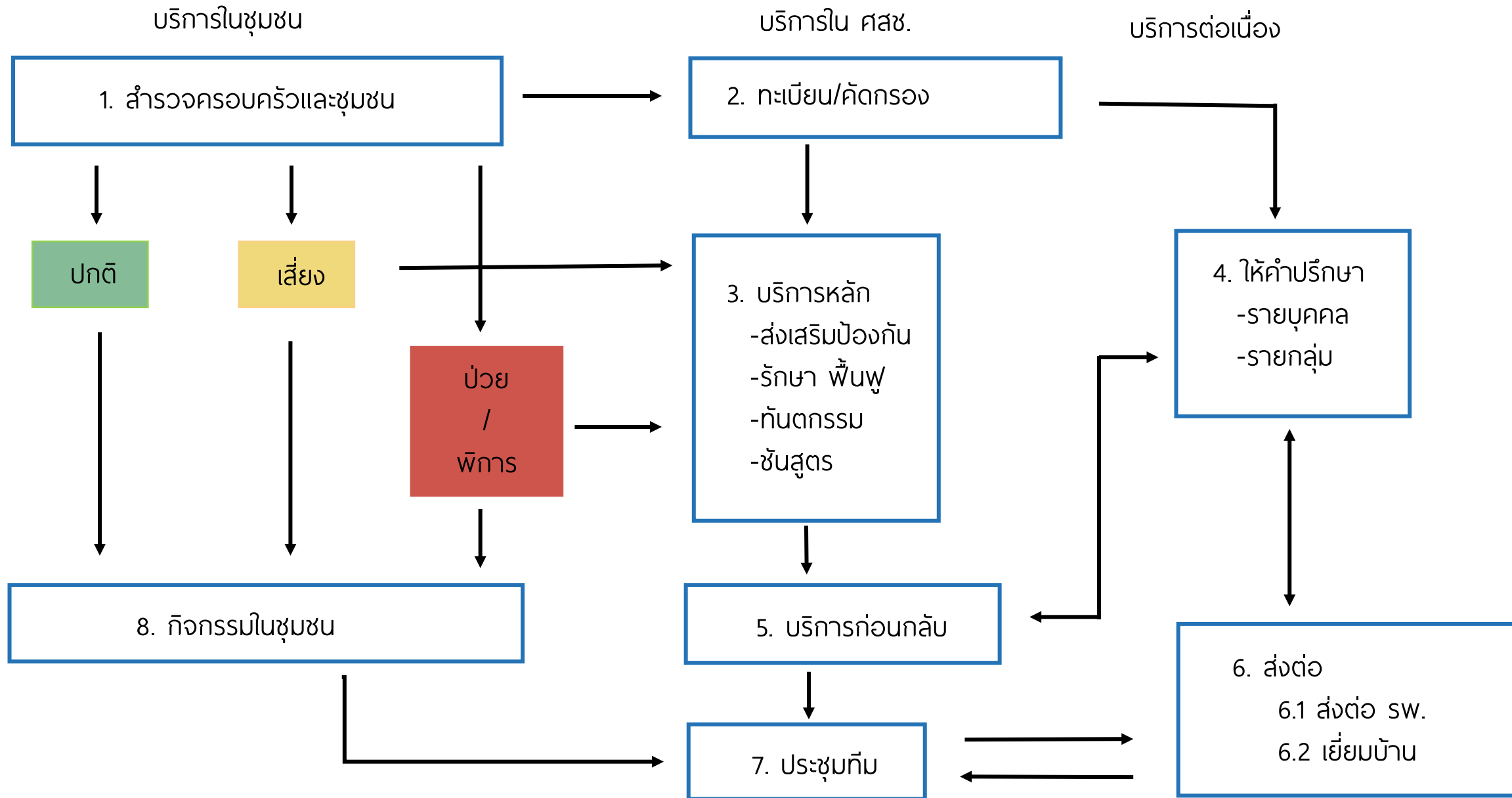
งานพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานให้ผ่านมาตรฐาน sw.สต.ติดดาว

ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

ให้บริการทั้งเชิงรับ (ในสถานบริการ) และเชิงรุก (ในชุมชน) แก่ประชาชนในพื้นที่เขตรับผิดชอบ 6 หมู่บ้าน



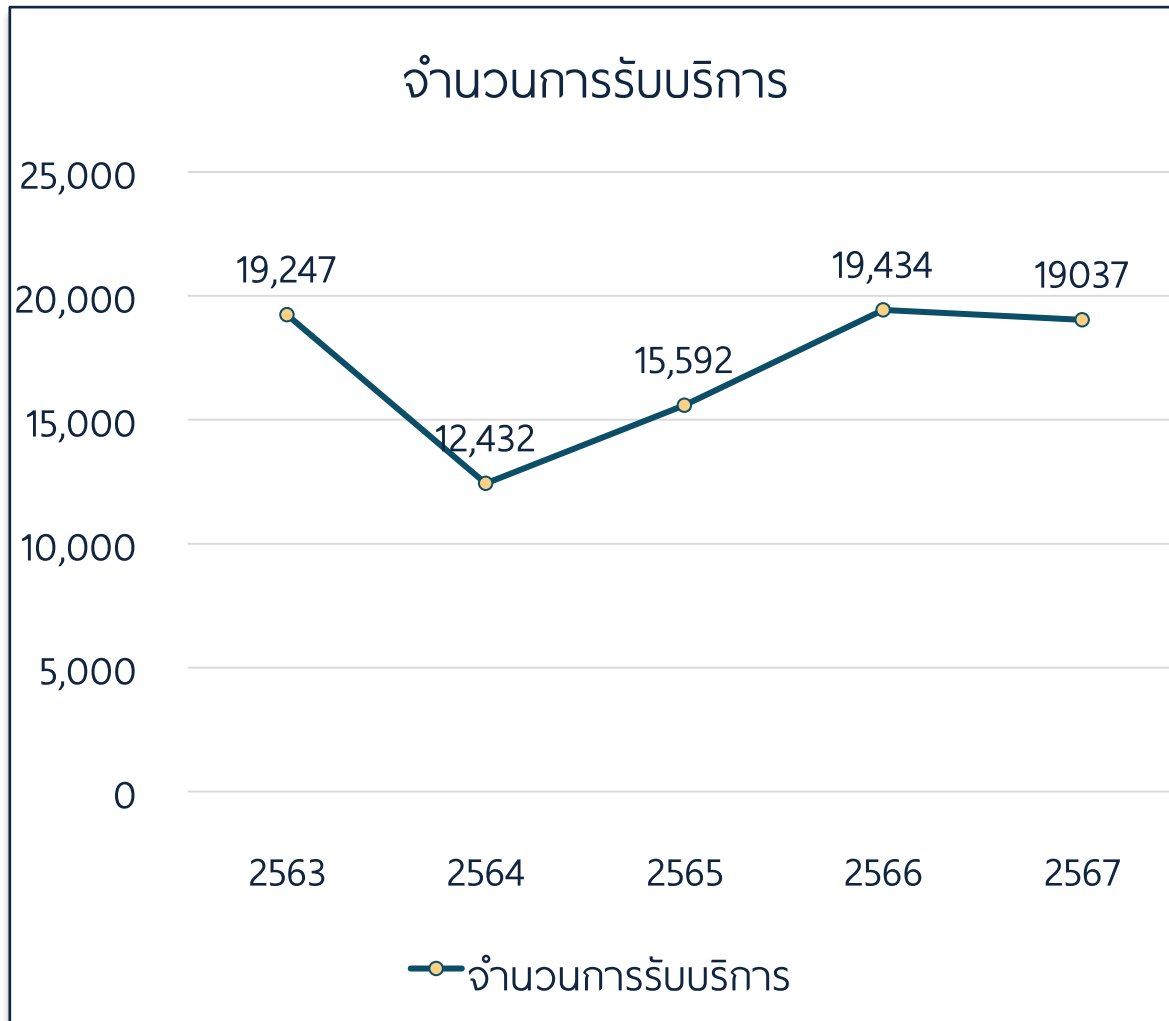
แผนภูมิโครงสร้างการทำงาน



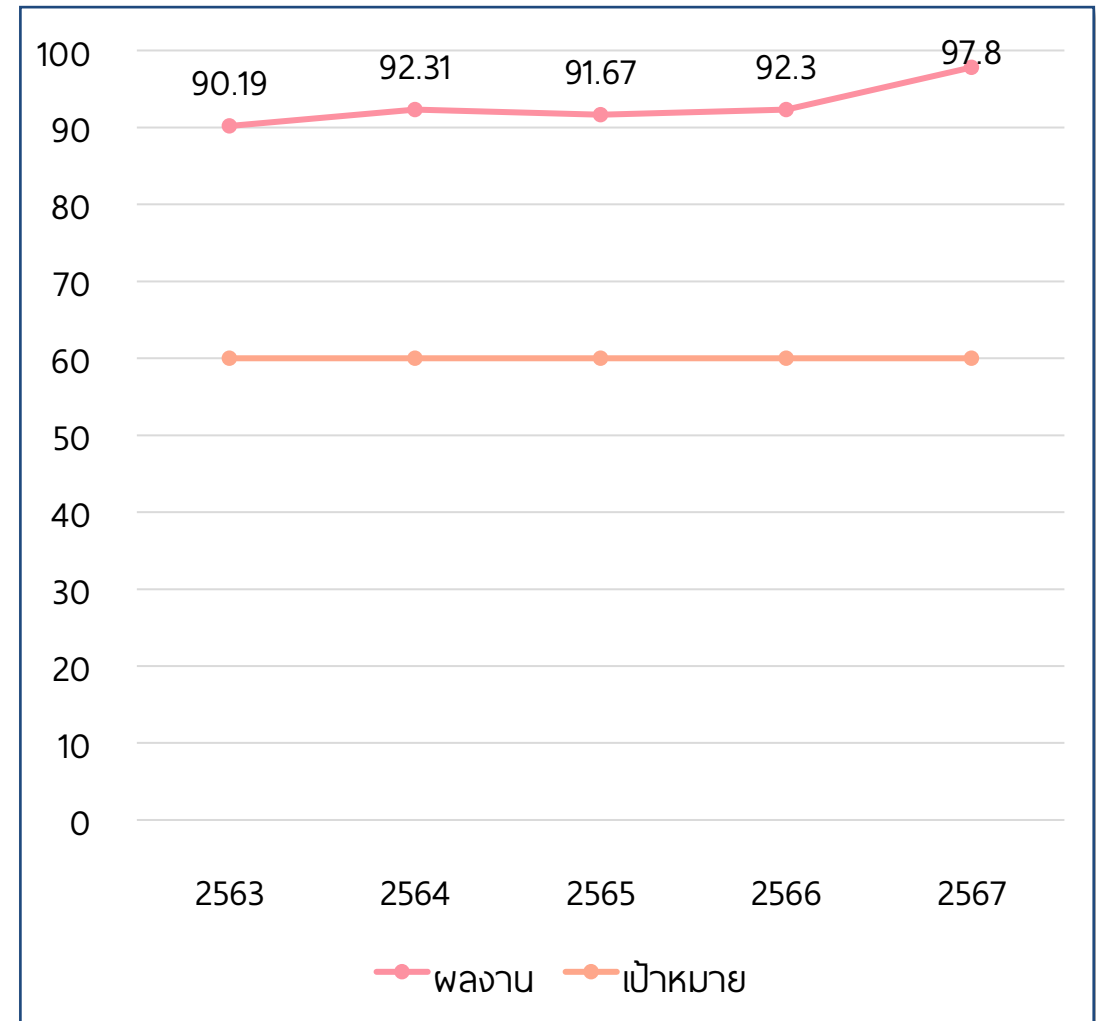
02

งานบริการตรวจรักษา

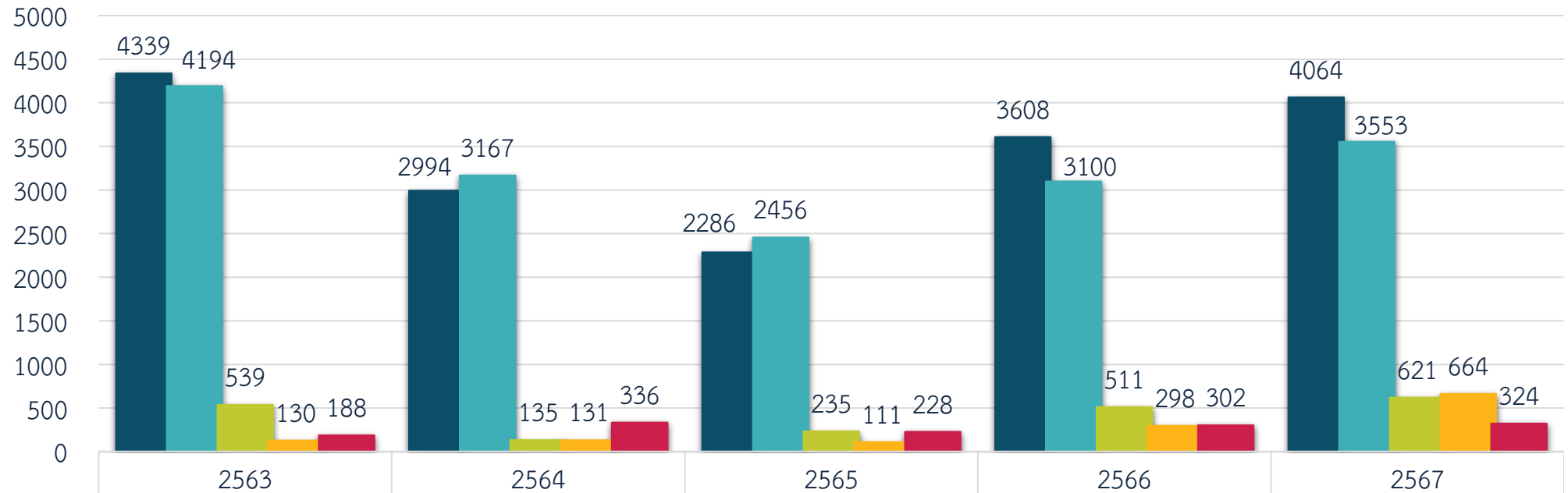
แสดงจำนวนการให้บริการทั้งหมด ปี 2563-2567



ความพึงพอใจผู้รับบริการในชุมชนต่อคุณภาพบริการปี 2563-2567



แสดงจำนวน 5 อันดับโรคที่ให้บริการทั้งหมด ปี 2563-2567



	2563	2564	2565	2566	2567
■ ระบบไหลเวียนเลือด	4339	2994	2286	3608	4064
■ ระบบต่อมไร้ท่อ	4194	3167	2456	3100	3553
■ ระบบทางเดินหายใจ	539	135	235	511	621
■ ระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง	130	131	111	298	664
■ ระบบย่อยอาหาร	188	336	228	302	324

จำนวน 5 อันดับโรคที่ให้บริการปี 2567 จำนวนการให้บริการมากที่สุด คือ ระบบไหลเวียนเลือด รองลงมา ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบกล้ามเนื้อโครงร่าง ระบบทางเดินหายใจ และระบบย่อยอาหาร ตามลำดับ

งานบริการเยี่ยมบ้านในชุมชน

สรุปรายงานกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของสถานบริการ 5 กลุ่มเป้าหมาย

สถานพยาบาล (รพ.สต.) : ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว ต. ปะตอง อ. สอยดาว จ. จันทบุรี

ระหว่างวันที่ 01 ต.ค. 2566 - 30 ก.ย. 2567

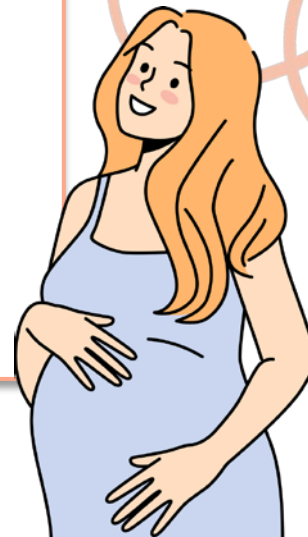
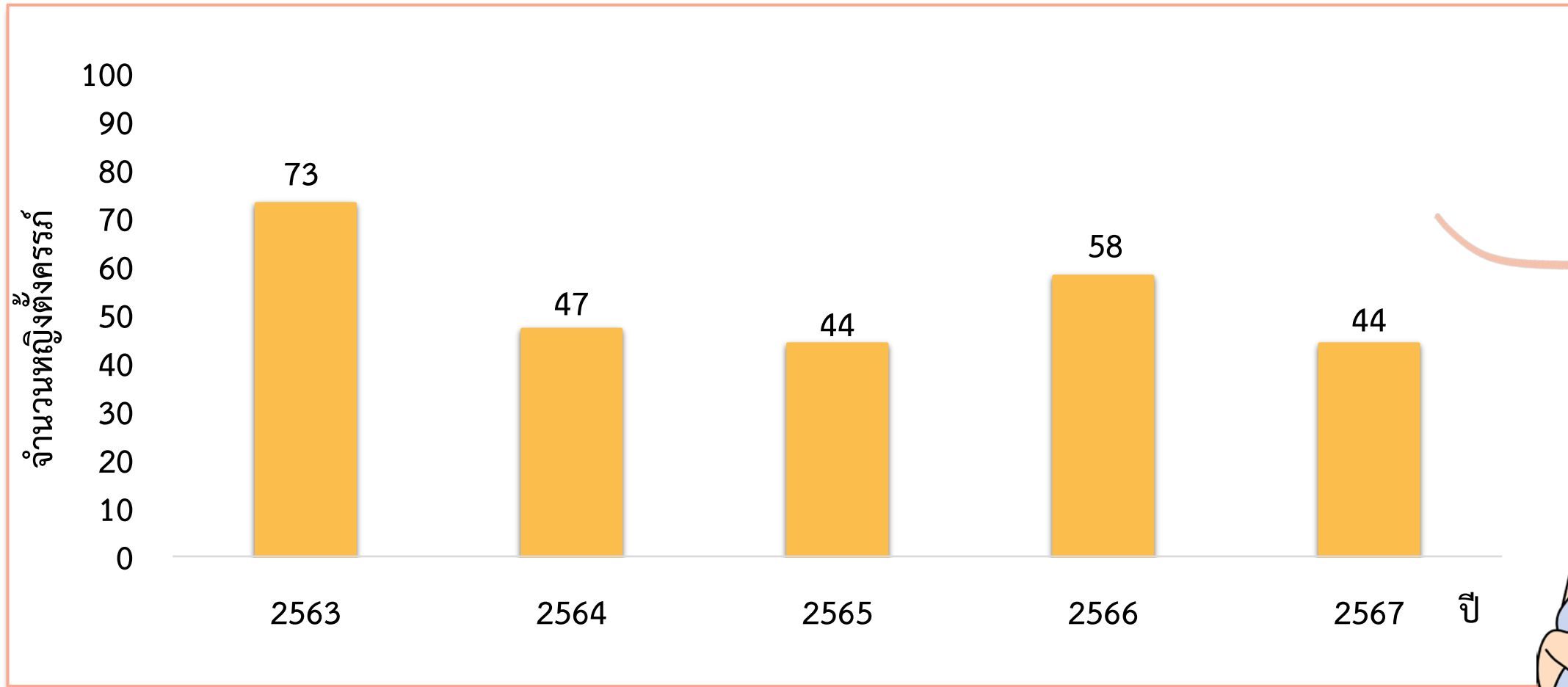
จำนวน 366 วัน

หมู่ที่	ชื่อหมู่บ้าน	ข้อมูลทั่วไป			กลุ่มเด็ก 0 - 5 ปี			กลุ่มผู้พิการ/ด้อยโอกาส			กลุ่มผู้สูงอายุ			กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			กลุ่มหญิงตั้งครรภ์/หญิงหลังคลอด			ความ					
		ประชากรในเขต (คน)			จำนวน	ผลงาน	ความ	จำนวน	ผลงาน	ความ	จำนวน	ผลงาน	ความ	จำนวน	ผลงาน	ความ	จำนวน	ผลงาน	ความ	ครอบคลุม					
		ทั้งหมด	ชาย	หญิง																	ทั้งหมด (คน)	(ครั้ง)	ครอบคลุม	ทั้งหมด (คน)	(ครั้ง)
1	ปะตง	4,768	2,300	2,468	145	129	134	88.97 %	21	19	22	90.48 %	1,227	1,068	1,081	87.04 %	667	655	1,040	98.20 %	21	21	22	100.00 %	90.92 %
5	ท่าใหม่	703	370	333	23	19	23	82.61 %	3	3	4	100.00 %	179	171	174	95.53 %	106	105	156	99.06 %	5	5	5	100.00 %	95.89 %
6	เขาแก้ว	1,344	653	691	49	42	55	85.71 %	11	11	14	100.00 %	285	278	288	97.54 %	157	154	208	98.09 %	6	5	5	83.33 %	96.46 %
8	พัฒนาร่วมใจ	739	346	393	30	27	28	90.00 %	9	9	13	100.00 %	185	177	184	95.68 %	142	141	210	99.30 %	2	2	2	100.00 %	96.74 %
9	ใหม่สันติสุข	354	187	167	7	7	10	100.00 %	2	2	3	100.00 %	80	75	76	93.75 %	55	55	75	100.00 %	0	0	0	0.00 %	96.53 %
11	พูลทองสามัคคี	391	201	190	9	7	9	77.78 %	1	1	1	100.00 %	83	77	78	92.77 %	55	51	85	92.73 %	5	4	4	80.00 %	91.50 %
รวมทั้งรวม		8,299	4,057	4,242	263	231	259	87.83 %	47	45	57	95.74 %	2,039	1,846	1,881	90.53 %	1,182	1,161	1,774	98.22 %	39	37	38	94.87 %	93.00 %

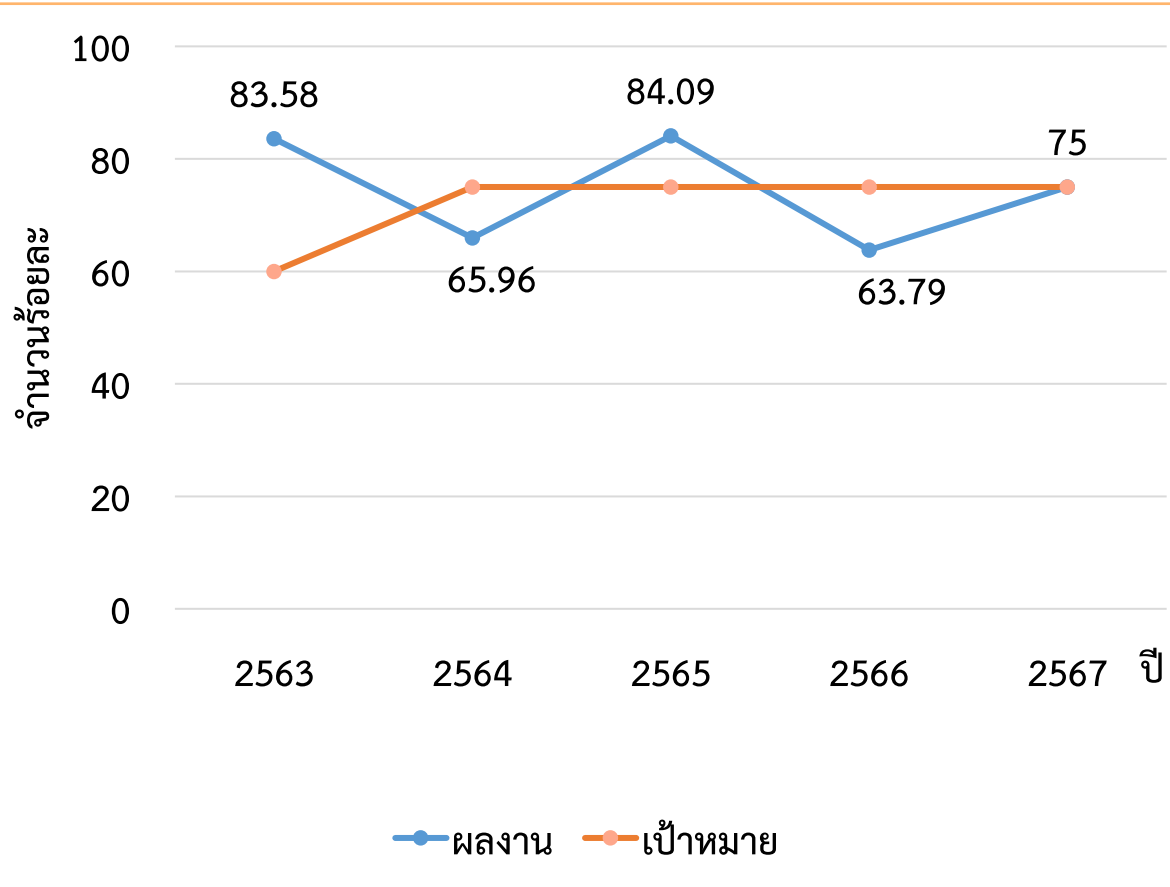
03

งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก

หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ



ฟากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ปี 2563-2567



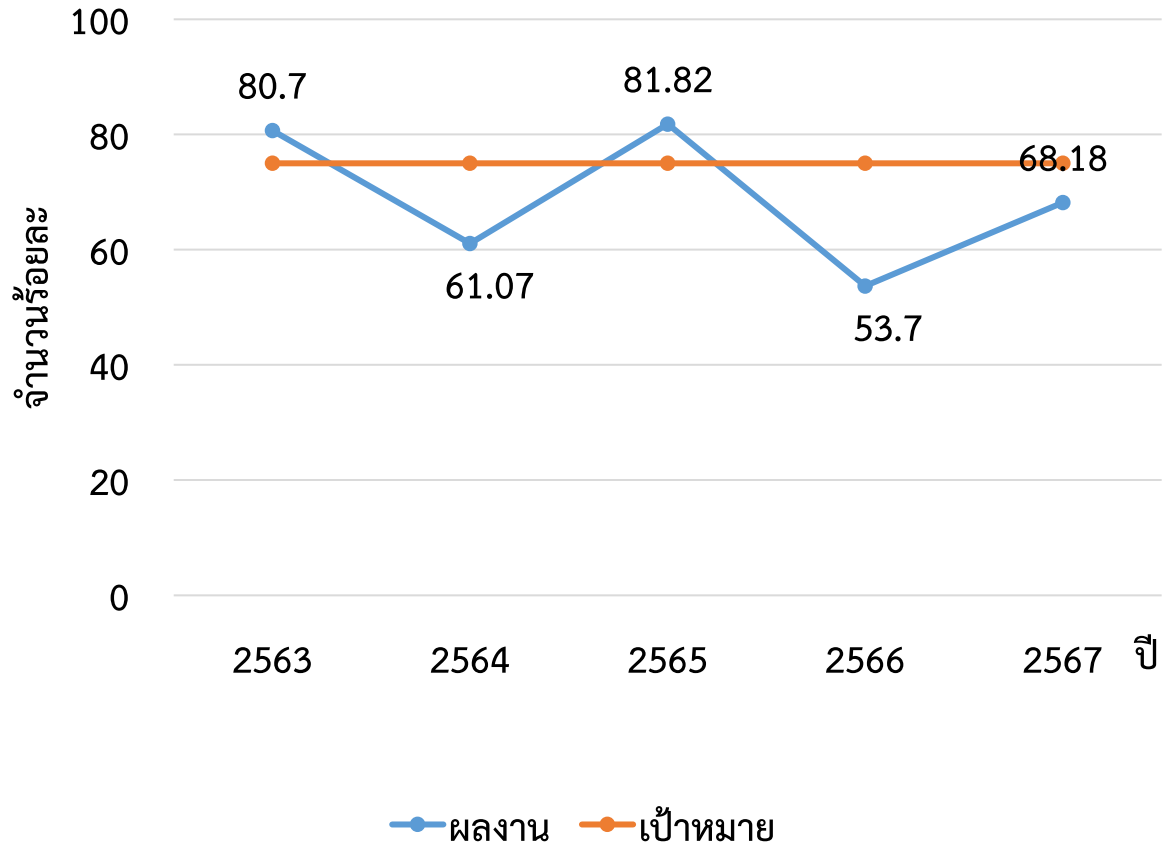
ปี 2563-2567 เป้าหมาย > ร้อยละ 75

□ ปี 2567 ได้ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

- อสม.มีการติดตามฟากครรภ์ สำนวญหญิงตั้งครรภ์ในเขตหมู่บ้านรับผิดชอบ ทุกเดือน โดยผ่าน App smart อสม. และ Line อสม. ทำให้ในปี 2567 มีร้อยละเพิ่มมากขึ้น จากปี 2566

หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ ปี 2563-2567



ปี 2563-2567 เป้าหมาย > ร้อยละ 75



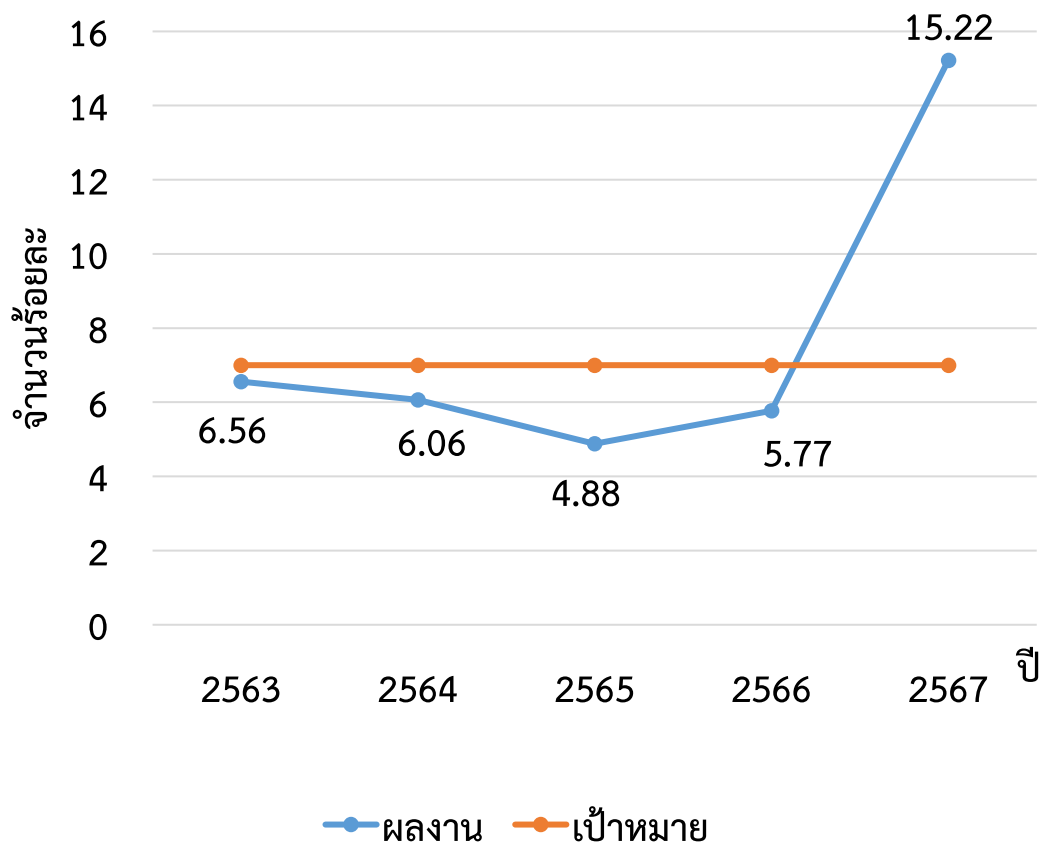
ปี 2566-2567 ได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด

ปี 2566 - 2567 จากร้อยละ 53.7 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 68.18

จากการทบทวนพบว่า

- เจ้าหน้าที่ตรวจครรภ์นัดตรงตามเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้ง
- หญิงตั้งครรภ์มีความตระหนักในการฝากครรภ์

การรแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ปี 2563-2567



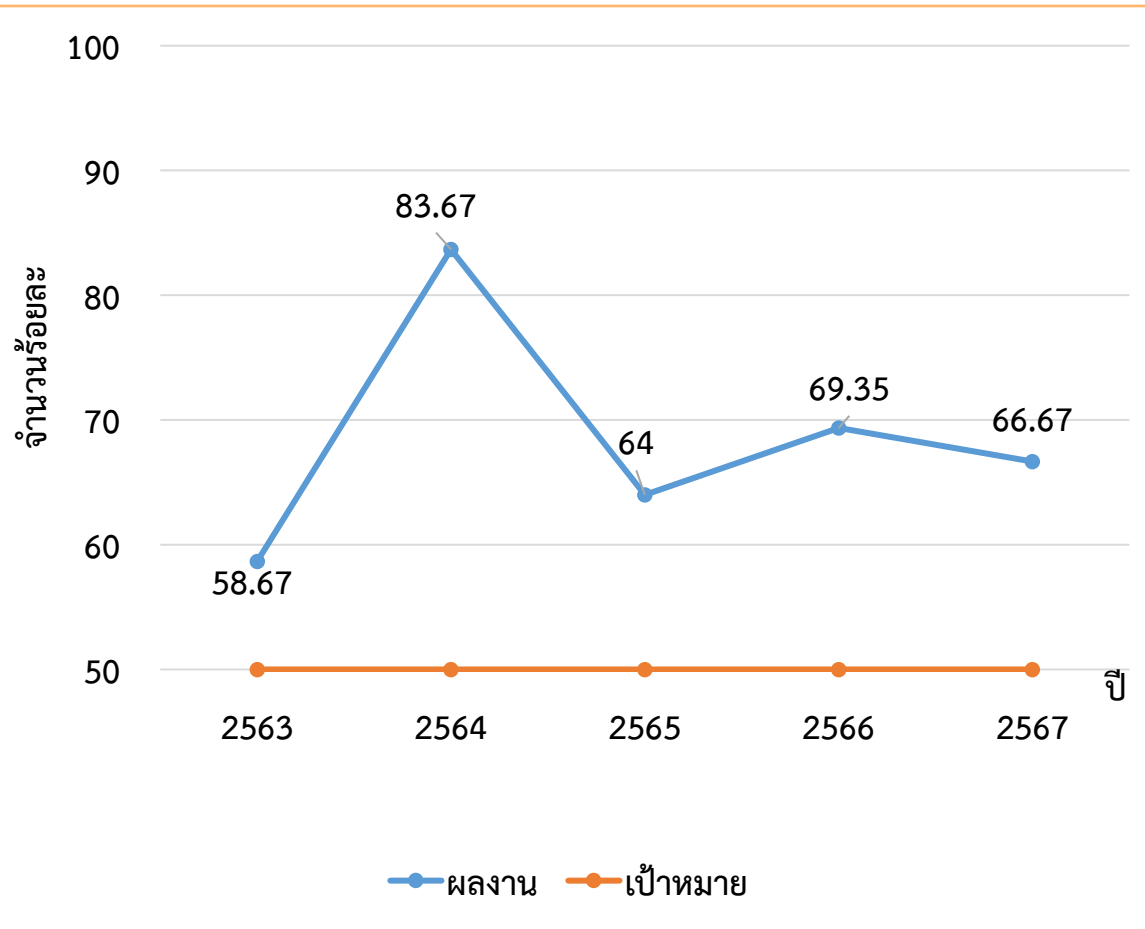
เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 7

❑ ในปี 2567 ผลการดำเนินงานเกินกว่าเป้าหมาย

จากการทบทวน พบว่า การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ของมารดาเหมาะสมเพื่อให้ลูกมีสุขภาพดี เช่น

- มารดาสามารถใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
- มารดาเล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเพื่อให้ลูกคลอดออกมามีน้ำหนักดี

เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2563-2567



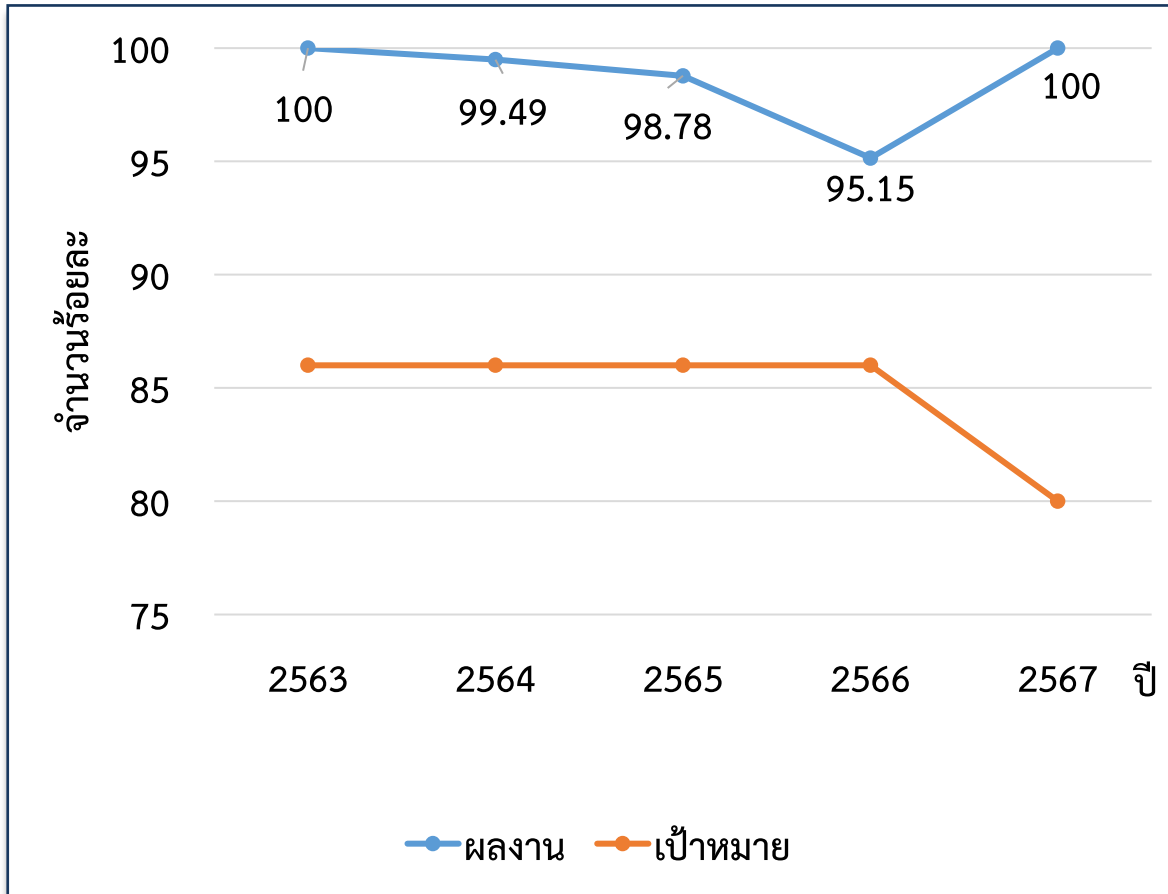
เป้าหมายร้อยละ 50

- ในปี 2563-2567 ผลการดำเนินงานเกินกว่าเป้าหมาย
- แนวทางการพัฒนาการ** ที่ทำให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มมากขึ้น ตามกิจกรรมดังนี้
- เน้นการมีส่วนร่วมของสามีและครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้สำเร็จ

04

คัดกรองพัฒนาการ เด็กอายุ 0-5 ปี

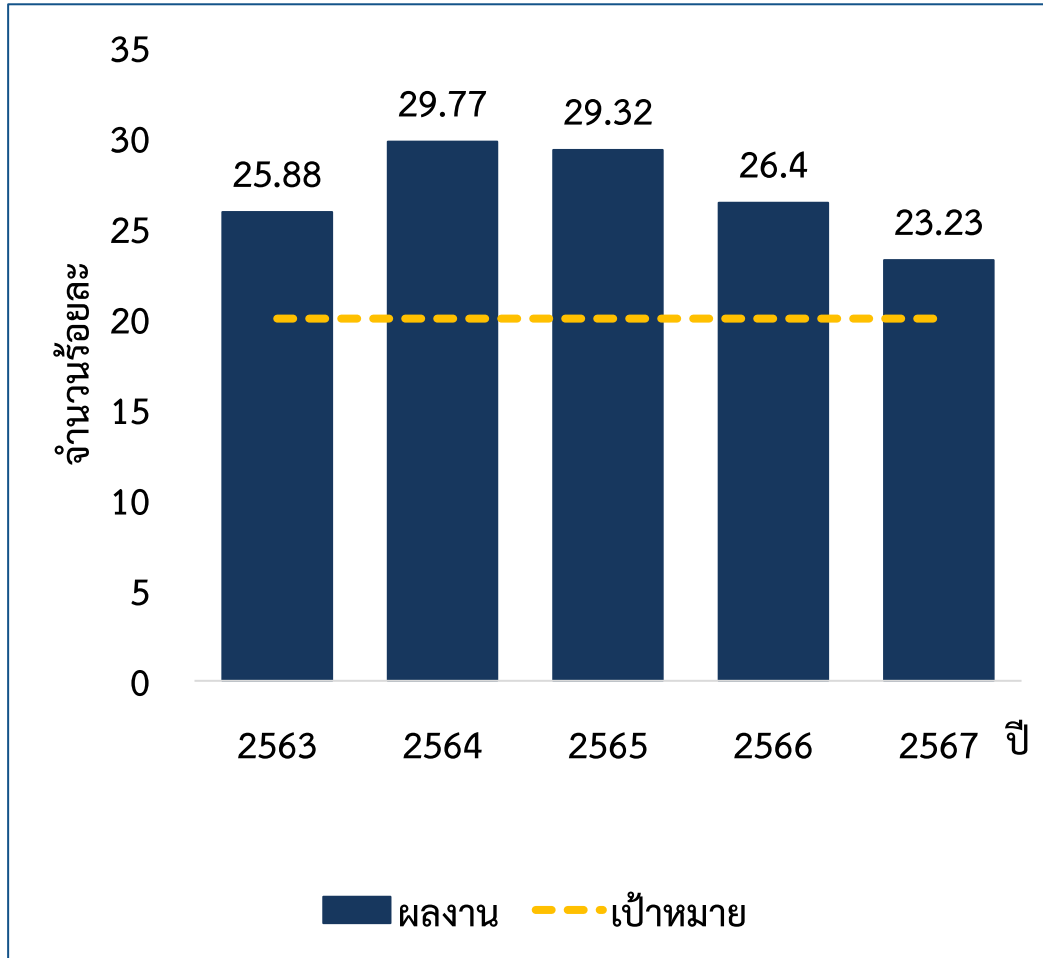
เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ปี 2563-2567



เป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86

- ปี 2563-2567 ได้ผลงานเกินเป้าหมาย
การดำเนินการ คือ
- โทรนัดติดตามรายบุคคล / ประสาน อสม.
ในเขตพื้นที่รับผิดชอบติดตาม
 - ตรวจคัดกรองโดยเครื่องมือ DSPM เด็กที่
พัฒนาการล่าช้าจะรับการกระตุ้นพัฒนาการ
โดยเจ้าหน้าที่

เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ปี 2563-2567



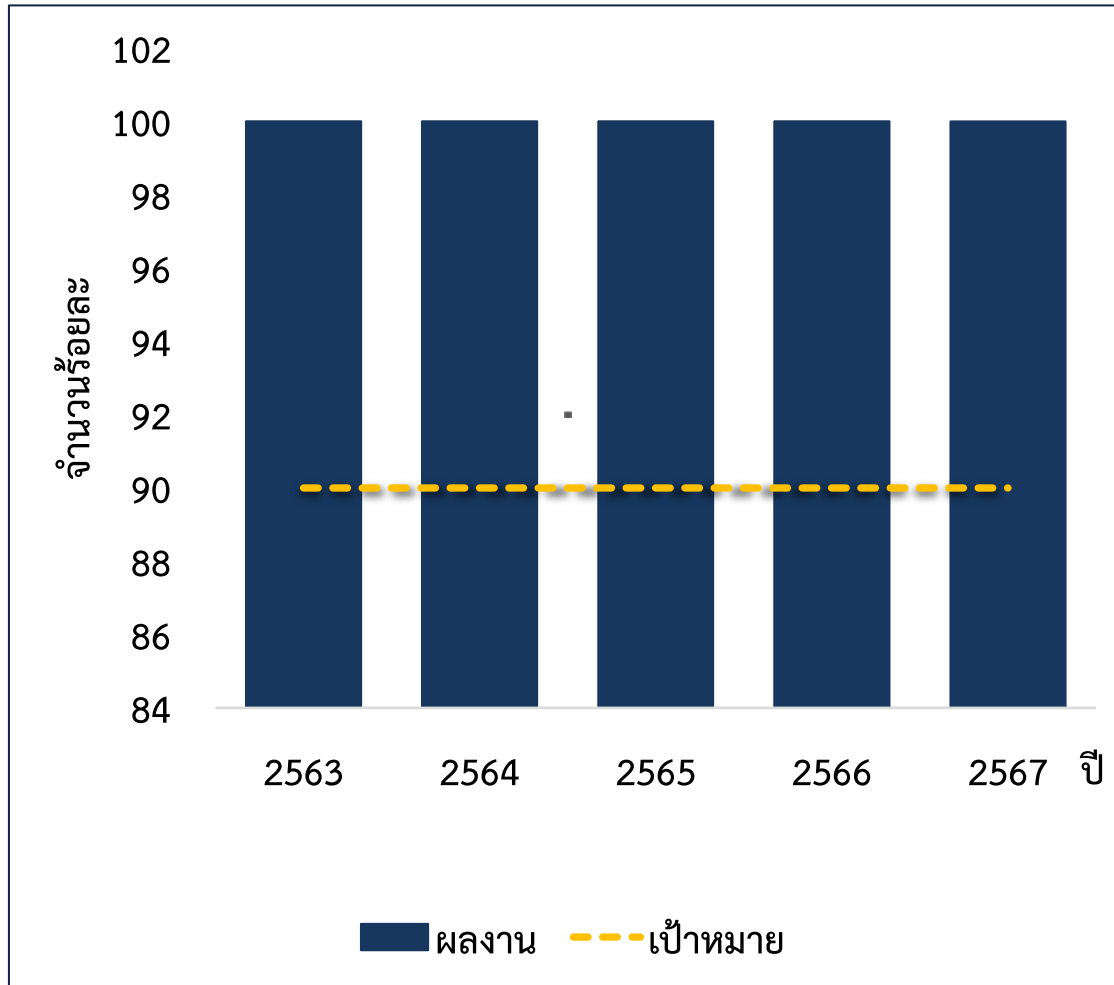
เป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20

☐ ปี 2562-2566 ได้ผ่านเป้าหมายที่กำหนด

แนวทางการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการ ตั้งแต่ครั้งแรก ซึ่งจะทำให้ผู้ปกครองสามารถส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนมาประเมินจริงตามช่วงวัย

เด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน ปี 2563-2567



เป้าหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90

- ปี 2563 – 2567 สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด
เนื่องจาก มีการติดตามพ่อแม่หรือผู้ปกครองให้มา
ตรวจตามนัดและช่วงที่มีนัดหมายติดตาม
แนะนำ ไม่ให้เคลื่อนย้ายเด็กออกนอกพื้นที่

เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ได้รับการเจาะตรวจเลือด Hct	-	61	-
เด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง	61	4	6.56
เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก	299	196	65.55

คัดกรอง พัฒนาการเด็ก



05

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG,HBV1,DTP-HBV3,OPV3,MMR1,IPV

เกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ยกเว้น MMR ร้อยละ 95



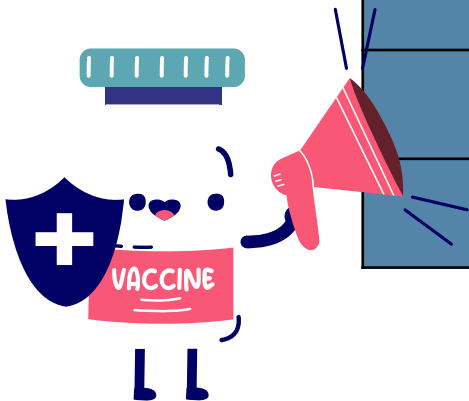
ปี	เป้าหมาย	BCG	HBV1	DTP-HBV3	OPV3	MMR1	IPV
2563	69	68	68	66	67	69	66
		98.55%	98.55%	95.65%	97.10%	100%	95.65%
2564	72	72	72	65	63	62	60
		100%	100%	90.28%	87.50%	86.11%	83.33%
2565	48	47	47	45	45	44	46
		97.92%	97.92%	93.75%	93.75%	91.67%	95.83%
2566	54	54	54	49	49	50	48
		100%	100%	90.74%	90.74%	92.59%	88.89%
2567	62	62	60	60	61	59	60
		100%	100%	96.77%	98.39%	95.16	96.77%

เด็กอายุครบ 2 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP4,OPV4,JE

เกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



ปี	เป้าหมาย	DTP4		OPV4		JE	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2563	98	91	92.86	91	92.86	98	100
2564	70	64	91.43	64	91.43	67	95.71
2565	69	55	79.71	55	79.71	57	82.61
2566	49	48	97.96	47	95.92	47	95.92
2567	57	51	89.47	51	89.47	52	91.23



เด็กอายุครบ 3 ปีที่ได้รับวัคซีน JE,MMR2

ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area = 1,3) ที่ได้รับวัคซีน JE,MMR2

เกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ยกเว้น MMR ร้อยละ 95



ปี	เป้าหมาย	JE		MMR2	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2563	83	80	96.39	74	89.16
2564	99	85	85.86	80	80.81
2565	63	56	88.89	56	88.89
2566	69	52	75.36	63	91.30
2567	55	53	96.36	53	96.36



เด็กอายุครบ 5 ปีที่ได้รับวัคซีน DTP5,OPV5

ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area = 1,3) ที่ได้รับวัคซีน DTP5,OPV5

เกณฑ์เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 90



ปี	เป้าหมาย	DTP5		OPV5	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2563	71	67	94.37	67	94.37
2564	78	63	80.77	63	80.77
2565	81	59	72.84	59	72.84
2566	91	63	69.23	63	69.23
2567	61	53	86.89	54	88.52



ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

การเคลื่อนย้ายที่อยู่อาศัยตามผู้ปกครองไปทำงานต่างจังหวัด

การไปรับบริการฉีดที่หน่วยบริการอื่นนอกเขตจังหวัด

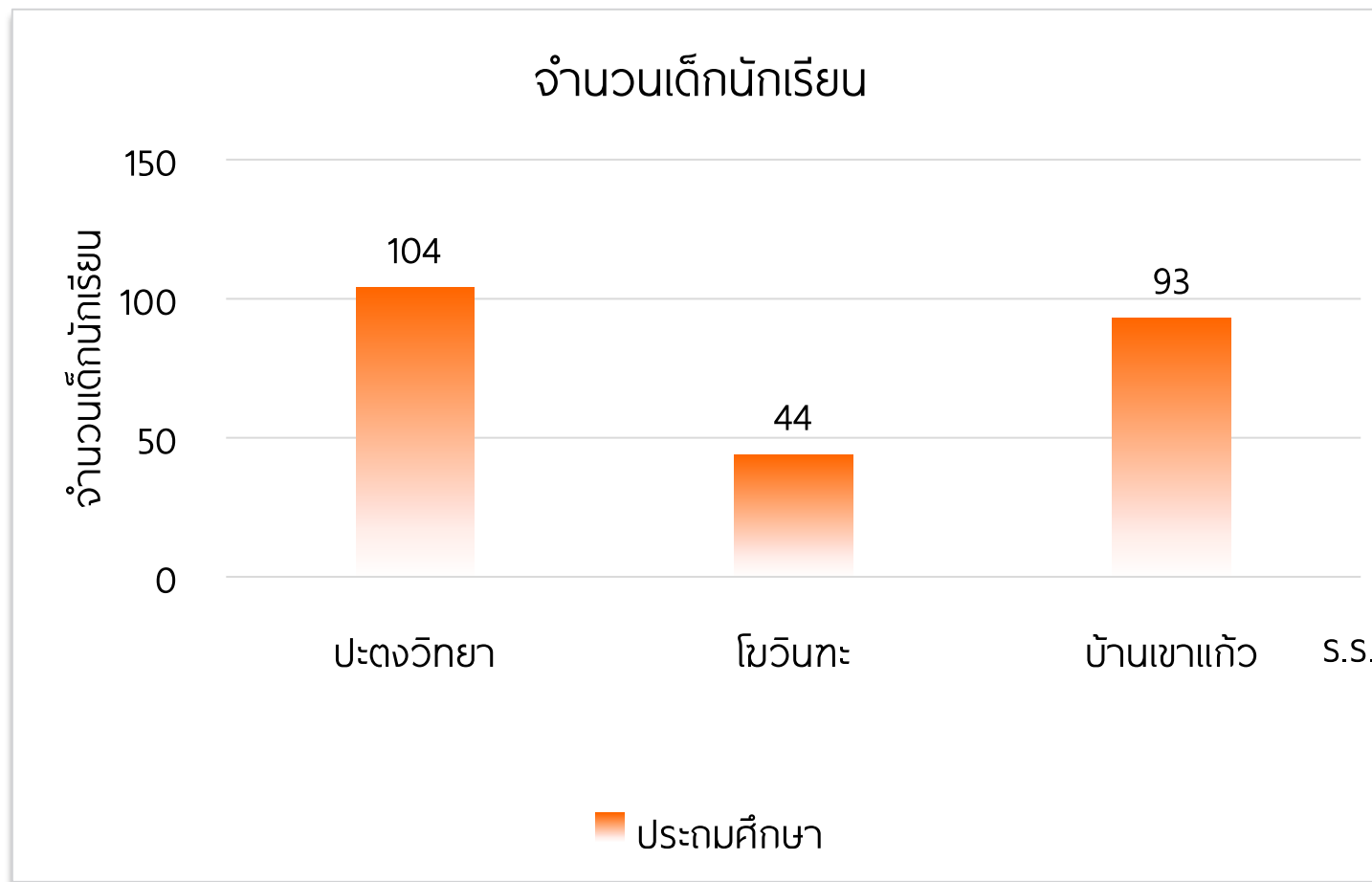
การดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค



06

กลุ่มวัยเรียน งานอนามัยโรงเรียน

ข้อมูลจำนวนเด็กนักเรียน ปีการศึกษา 2567



ข้อมูลการตรวจสุขภาพเด็กในโรงเรียน ปี 2567

ชื่อโรงเรียน	ผลการปฏิบัติงานตรวจสุขภาพ						โรคที่พบมากเรียงลำดับ 5 โรคเมื่อตรวจสุขภาพ									
	ตรวจโดยจนท.สส.		พบโรค(คน)		รักษา(คน)		(ระบุจำนวนที่ตรวจพบโรคในแต่ละช่อง)									
	ป.1-4	ป.5-6	ป.1-4	ป.5-6	ป.1-4	ป.5-6	ป. 1-4					ป. 5-6				
							1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
โรงเรียนปะตงวิทยา	66	38	39	22	39	22	7	0	0	32	0	6	0	0	16	0
โรงเรียนโพนวินทะ	27	17	29	13	29	13	7	0	0	22	0	7	0	0	6	0
โรงเรียนบ้านเขาแก้ว	59	34	53	20	53	20	19	0	0	28	6	12	0	0	7	1
รวม	152	89	121	55	121	55	33	0	0	82	6	25	0	0	29	1
ร้อยละ	100	58.55	79.61	61.8	100	100	27.3	0	0	67.77	4.96	45.45	0	0	52.73	1.81

หมายเหตุ

1 = ผสมและศีรษะ (เทา แผลหนังศีรษะ) 2 = ตา (ตาแดง กุ้งยิง ตาอักเสบ)

3 = จมูก (น้ำมูกไหล คัดจมูก) 4 = ช่องปาก (แผลมุมปาก แผลในปากหรือลิ้น ฟันเป็นจุดดำ ฟันผุ ปวดฟัน เหงือกบวมแดง มีหนอง เลือดออก คอแดง มีหนอง บวมโต)

5 = ผิวหนัง (ด่างขาว กลาก เกาต์ ผื่นแดง หิด)

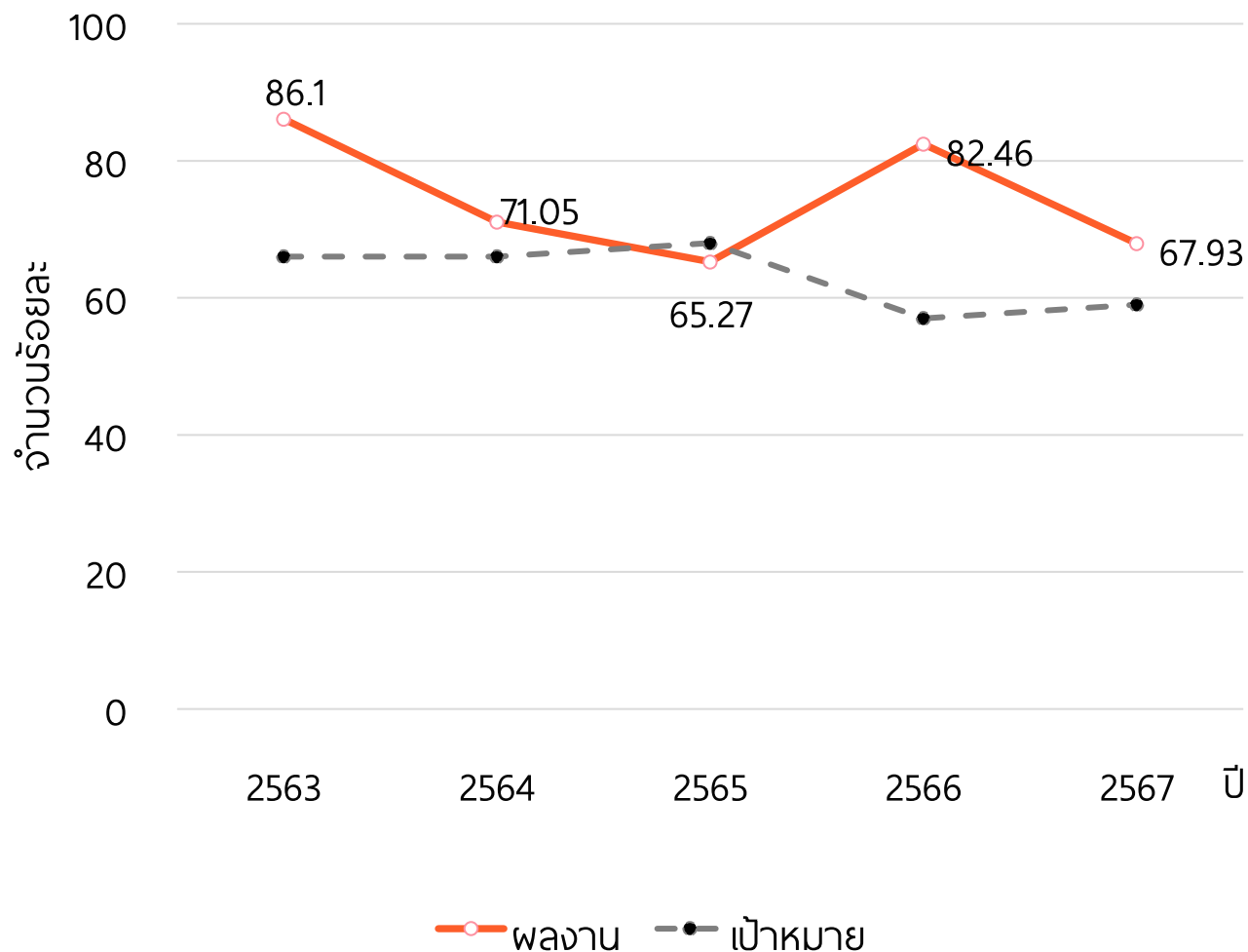
สรุปภาวะการขาดสารไอโอดีนของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา

ลำดับที่	โรงเรียน	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	นักเรียนที่ตรวจ		ผลการตรวจ	
			จำนวน (คน)	ร้อยละ	ปกติ (คน)	ร้อยละ
1	โรงเรียนปะตงวิทยา	104	104	100	104	100
2	โรงเรียนโฆวินทะ	44	44	100	44	100
3	โรงเรียนบ้านเขาแก้ว	93	93	100	93	100
รวม		241	241	100	241	100

การตรวจวัดสายตาและใส่ตลับในเด็กนักเรียน

ลำดับที่	โรงเรียน	จำนวนเด็กนักเรียน ทั้งหมด	ตรวจวัดสายตา		ตรวจหูและการได้ยิน	
			ตรวจทั้งหมด	ร้อยละ	ตรวจทั้งหมด	ร้อยละ
1	โรงเรียนปะตงวิทยา	104	104	100	104	100
2	โรงเรียนโฆวินทะ	44	44	100	44	100
3	โรงเรียนบ้านเขาแก้ว	93	93	100	93	100
รวม		241	241	100	241	100

เด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน



ในปี 2567 เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 59

- ปี 2567 ประชากรสูงดีสมส่วนร้อยละ 67.93 แนวทางการดำเนินงานในโรงเรียน
- ประเมินและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนในโรงเรียน
- ส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมให้โรงเรียนผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ



กิจกรรมงานอนามัยโรงเรียน

ดำเนินการให้บริการงานอนามัยโรงเรียน ในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ โรงเรียนโพนินทะ
โรงเรียนบ้านเขาแก้ว และ โรงเรียนปะตงวิทยา ตรวจสอบสุขภาพนักเรียนระดับชั้นป.1-ป.6
ปีละ 2 ครั้ง คือ ภาคเรียนที่1 (พ.ค.-ก.ย) และ ภาคเรียนที่2 (ต.ค.-มี.ค)

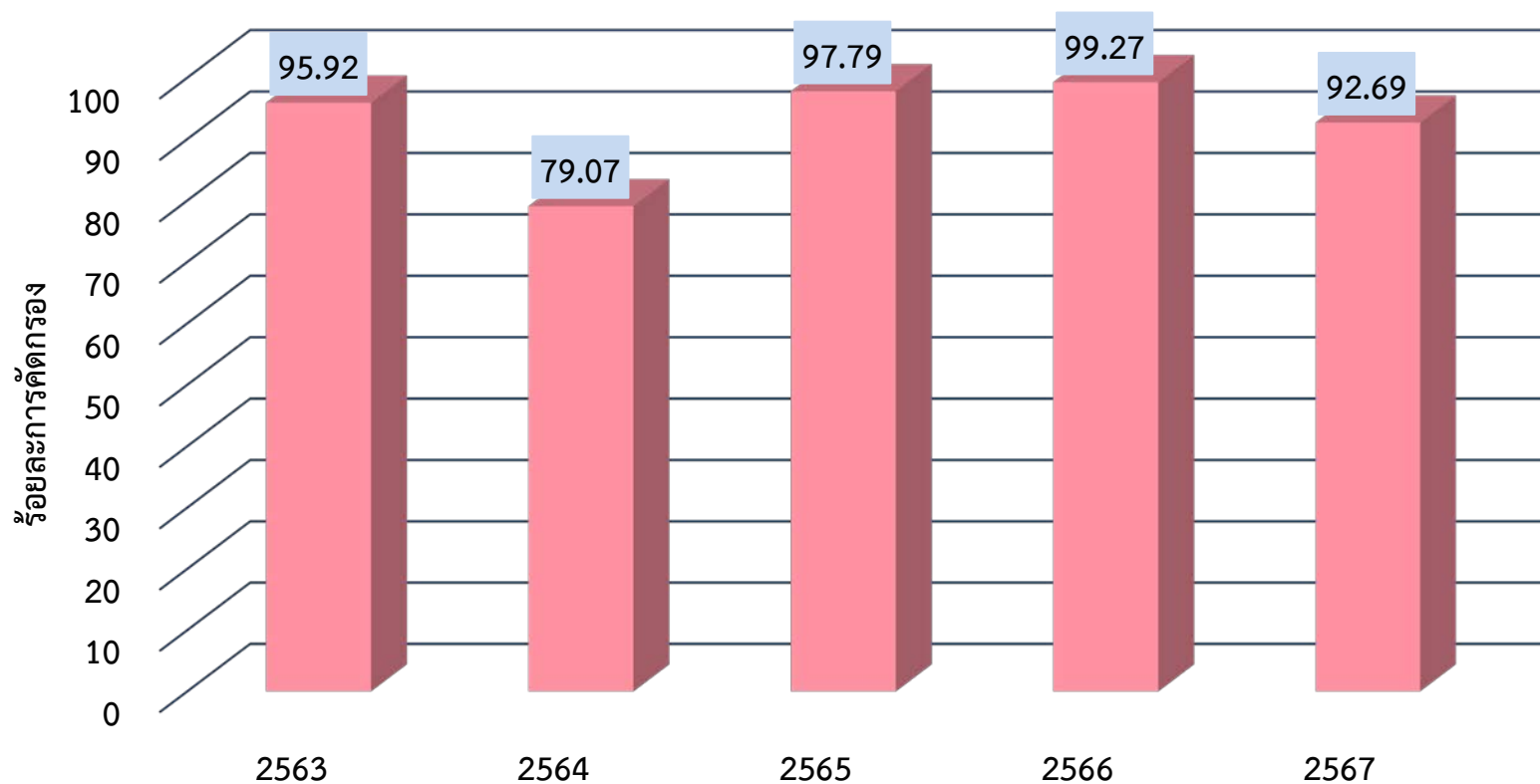
- ☐ ตรวจสอบสุขภาพเด็กนักเรียน
- ☐ ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในนักเรียนหญิงชั้นป.5 /
- ☐ ฉีดวัคซีนโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) ในนักเรียนชั้นป.6 ทุกคน
- ☐ การเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจระดับความเข้มข้นของเลือด
- ☐ ตรวจวัดสายตาและการได้ยิน
- ☐ ให้บริการยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กชั้นประถมศึกษา



07

วัยทำงาน

การคัดกรองมะเร็งเต้านม



การดำเนินงานในปี 2567 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 2,505 ราย คัดกรองได้ 2,322 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.69 ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากประชากรที่เป็นสุภาพสตรี และกลุ่ม อสม. ที่เป็นแกนนำในการสอนตรวจมะเร็งเต้านม

08

งานผู้สูงอายุ

ร้อยละของ Health Ageing

การดำเนินงานผู้สูงอายุ ในปี 2567 ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL เป้าหมายผู้สูงอายุ 1,923 คน ได้รับการคัดกรอง 1,826 คน ร้อยละ 94.96 พบว่ากลุ่ม ติดสังคม 1,800 คน ร้อยละ 98.58 ติดบ้าน 25 คน ร้อยละ 1.30 ติดเตียง 1 คน ร้อยละ 0.05

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	คัดกรอง		ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2563	1,704	1,645	96.54	1,615	98.18	20	1.22	10	0.61
2564	1,815	1,668	91.90	1,638	98.20	17	1.02	13	0.78
2565	1,835	946	51.55	933	98.63	7	0.74	6	0.63
2566	1,906	1,863	97.74	1,843	98.93	13	0.70	8	0.43
2567	1,923	1,826	94.96	1,800	98.58	25	1.30	1	0.05

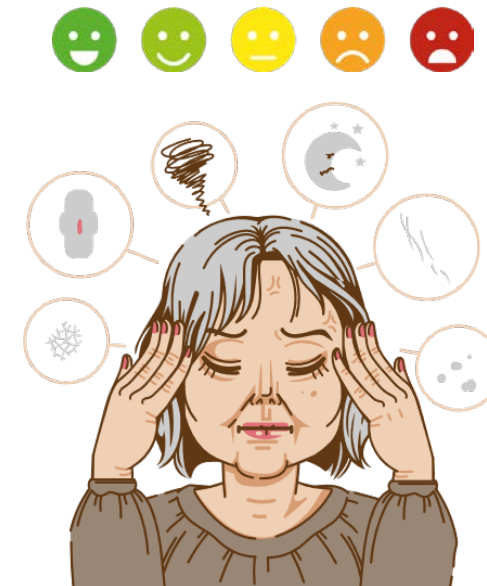


ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ปี 2567

ภาวะสุขภาพ		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสี่ยง	เสี่ยงสูง
1	HT	1,108	57.62	1,036	27	45
2	DM	1,402	72.91	580	820	2

ภาวะสุขภาพ		คัดกรอง	ร้อยละ	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
3	ADL	1,910	99.32	1,813	95	2

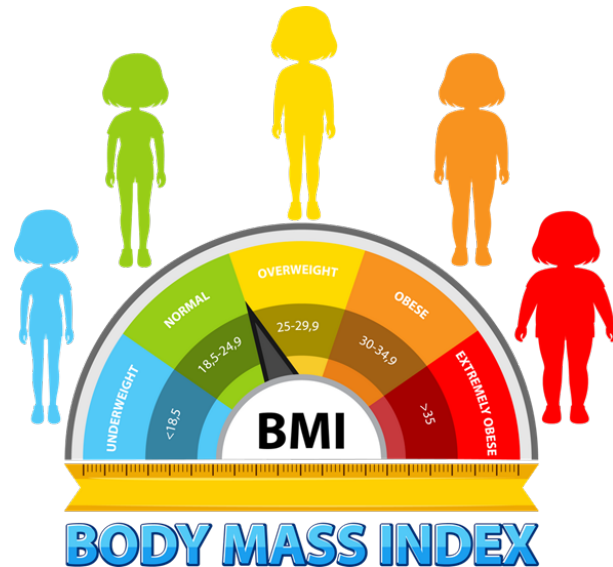
ภาวะสุขภาพ		คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ
4	สุขภาพช่องปาก	1,775	92.30	1,754	21
5	สมองเสื่อม AMT	1,915	99.58	1,885	30
6	ซึมเศร้า 2Q	1,916	99.64	1,913	3
7	ข้อเข่า	1,910	99.32	1,869	41
8	ภาวะหกล้ม	1,915	99.58	1,884	31



ผลการคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง ปี 2567

ภาวะสุขภาพ		คัดกรอง	ร้อยละ	ต่ำ	ปานกลาง	สูง	สูงมาก	สูงอันตราย
9	CVD	558	29.02	97	200	125	59	77

ภาวะสุขภาพ		คัดกรอง	ร้อยละ	ผอม	สมส่วน	เริ่มอ้วน	อ้วน	อ้วนอันตราย
10	BMI	1,884	97.97	130	1,161	461	127	5

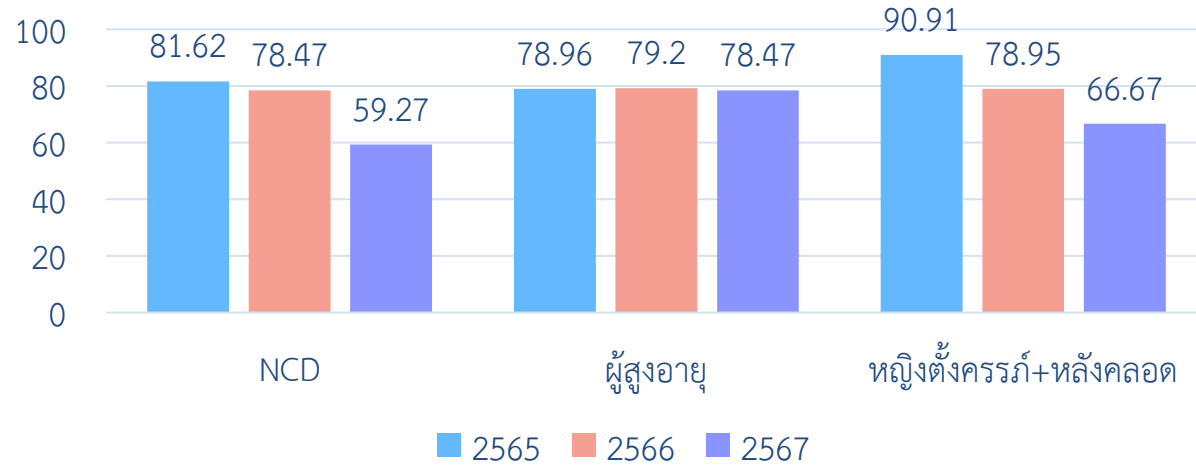


09

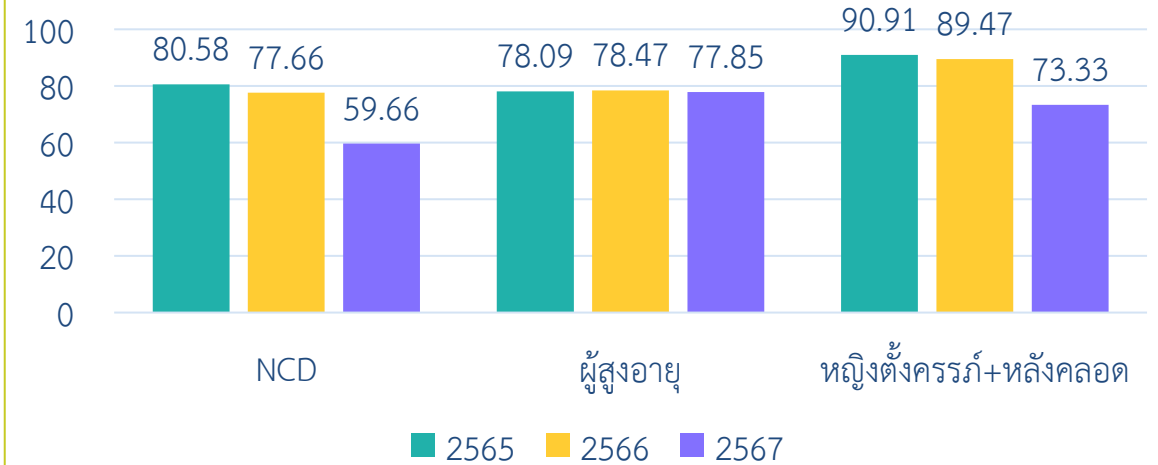
ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ผลการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ปี 2565-2567

ST-5



2Q



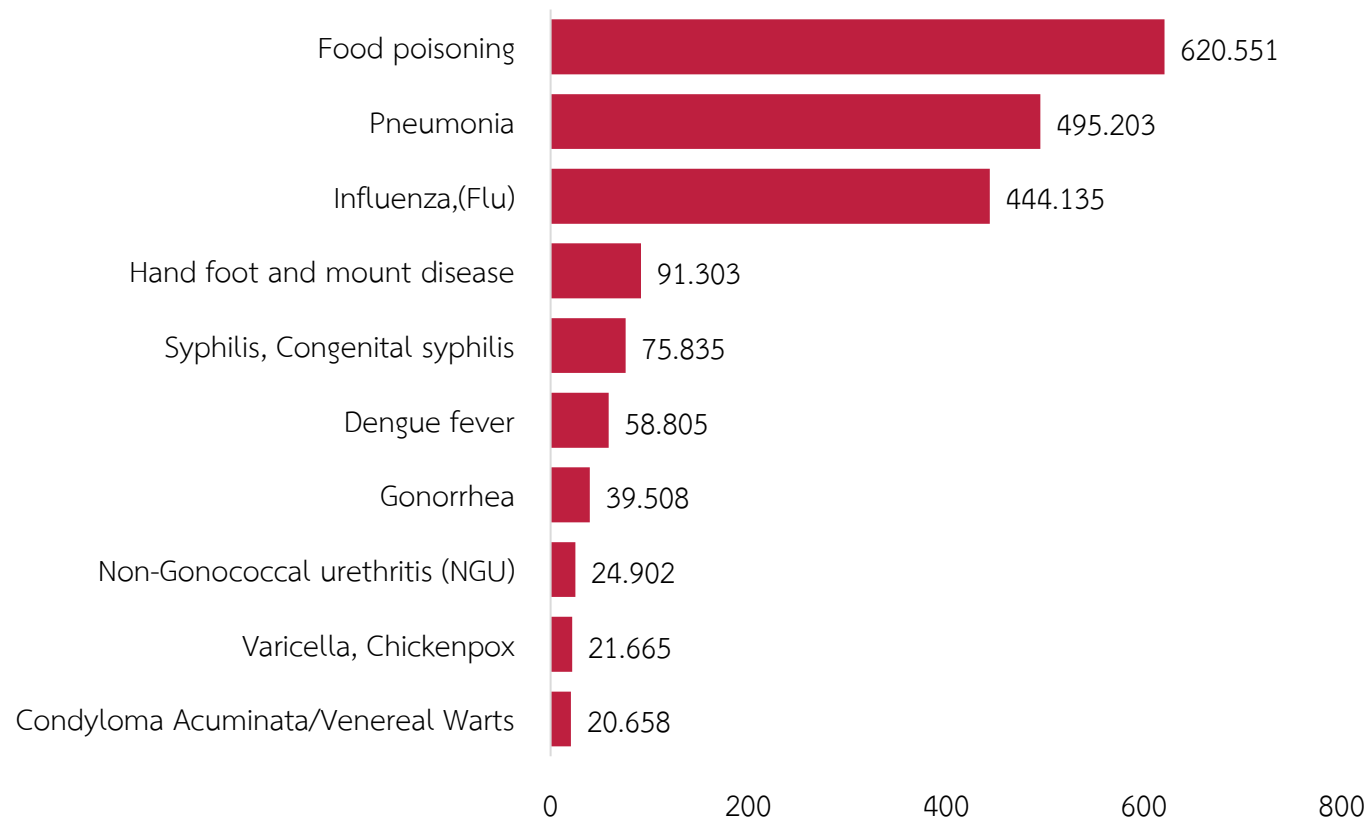
ปี	เป้า หมาย	NCD				เป้า หมาย	ผู้สูงอายุ				เป้า หมาย	หญิงตั้งครรภ์			
		ST-5		2Q			ST-5		2Q			ST-5		2Q	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
2565	1,632	1,332	81.62	1,315	80.58	1,835	1,449	78.96	1,433	78.09	44	40	90.91	40	90.91
2566	1,723	1,570	91.12	1,561	90.60	1,906	1,839	96.48	1,825	95.75	53	43	81.13	48	90.57
2567	1, 785	1,058	59.27	1,065	59.66	1,923	1,509	78.47	1,497	77.85	45	30	66.67	33	73.33

10

งานควบคุมโรคติดต่อ

สถานการณ์โรคติดต่อ 10 ลำดับแรก อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ณ วันที่ 1/1/2567 ถึง 28/9/2567

10 อันดับโรค



ลำดับที่	โรค	จำนวนผู้ป่วย	อัตราป่วย (ต่อประชากรแสนคน)
1	Food poisoning	401	620.551
2	Pneumonia	320	495.203
3	Influenza,(Flu)	287	444.135
4	Hand foot and mount disease	59	91.303
5	Syphilis, Congenital syphilis	46	75.835
6	Dengue fever	38	58.805
7	Gonorrhea	21	39.508
8	Non-Gonococcal urethritis (NGU)	15	24.902
9	Varicella, Chickenpox	14	21.665
10	Condyloma Acuminata/Venereal Warts	9	20.658

ความทันเวลา

กิจกรรม	เป้าหมาย	ปี 2653	ปี 2654	ปี 2655	ปี 2656	ปี 2657
การประเมินผลทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)	ผ่านพื้นฐาน/ ดี/ ดีเยี่ยม	ดี	ดี	ดี	ดี	ดี
ร้อยละของความครบถ้วนของการสอบสวนโรคเฉพาะราย	80 %	94	93	94	90	90
ร้อยละของความทันเวลาของการสอบสวนโรคเฉพาะรายภายใน 24 ชั่วโมง	80 %	94.5	93	94	90	90
ร้อยละของความทันเวลาของการรายงาน รง.506 ในกลุ่มผู้ป่วย เฝ้าระวัง 90 กลุ่มโรค	95 %	98.19	90.54	91.45	96.36	99.96

คัดกรองมาลาเรียร่วมกับภาคีเครือข่าย



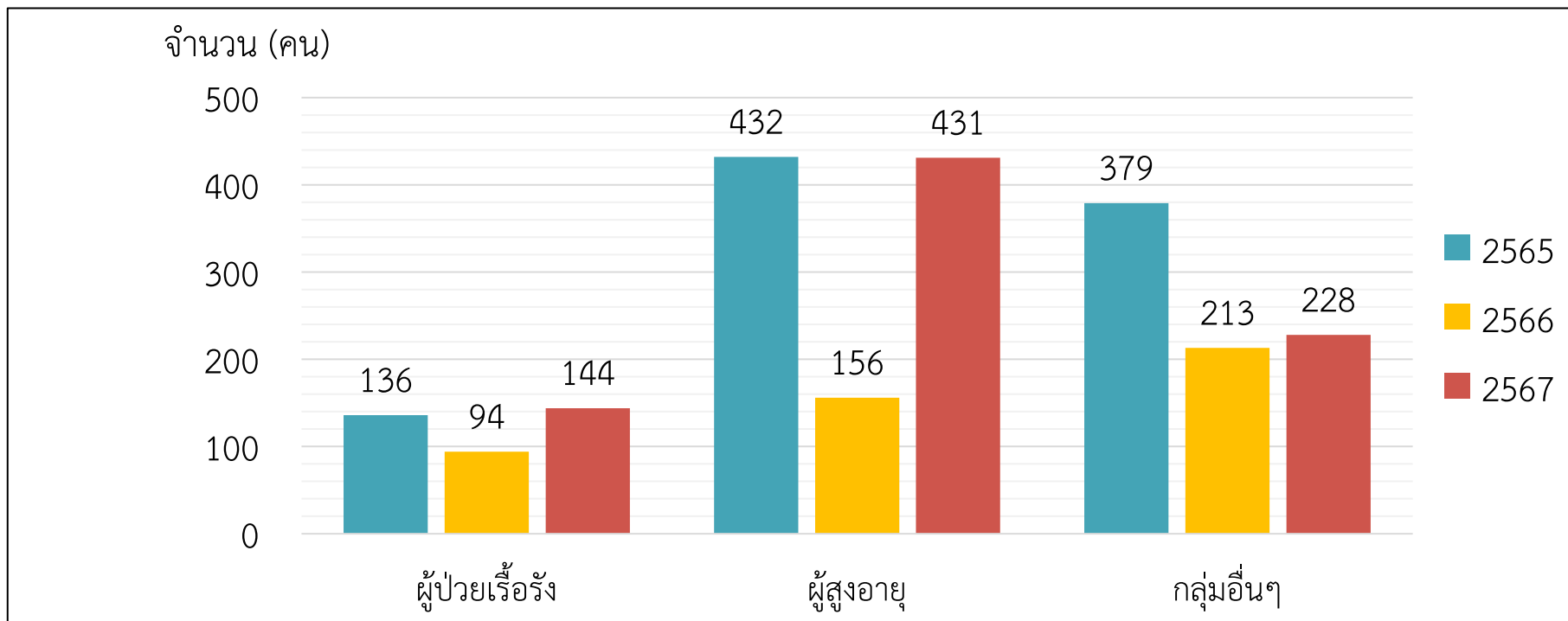
การควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน
ร่วมกับภาคีเครือข่าย



10

งานวัคซีนไขหวัดใหญ่

เป้าหมายที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่



โรงพยาบาลสอยดาวได้รับสนับสนุนวัคซีนไขหวัดใหญ่จำนวน 3000 Dose จาก สปสช. กลุ่มเป้าหมายโรคเรื้อรัง และกลุ่มอื่นๆ และได้รับการสนับสนุน 290 dose สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และได้รับการสนับสนุนวัคซีนสำหรับหญิงตั้งครรภ์ตลอดปีให้บริการทุกวันคลินิก ANC

วัคซีนไขหวัดใหญ่

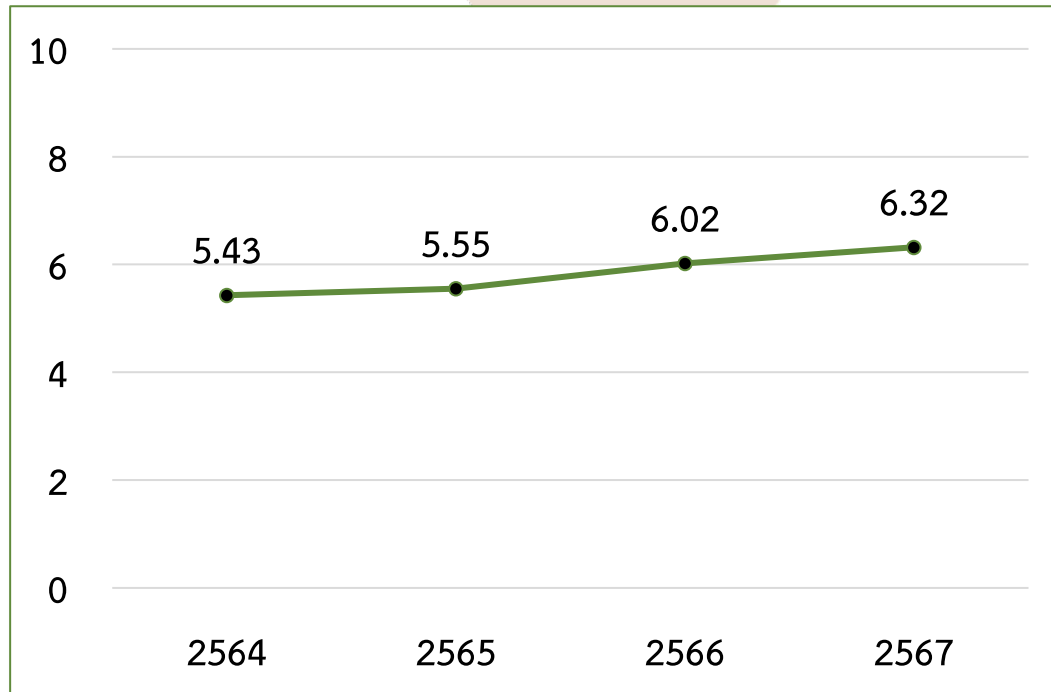


11

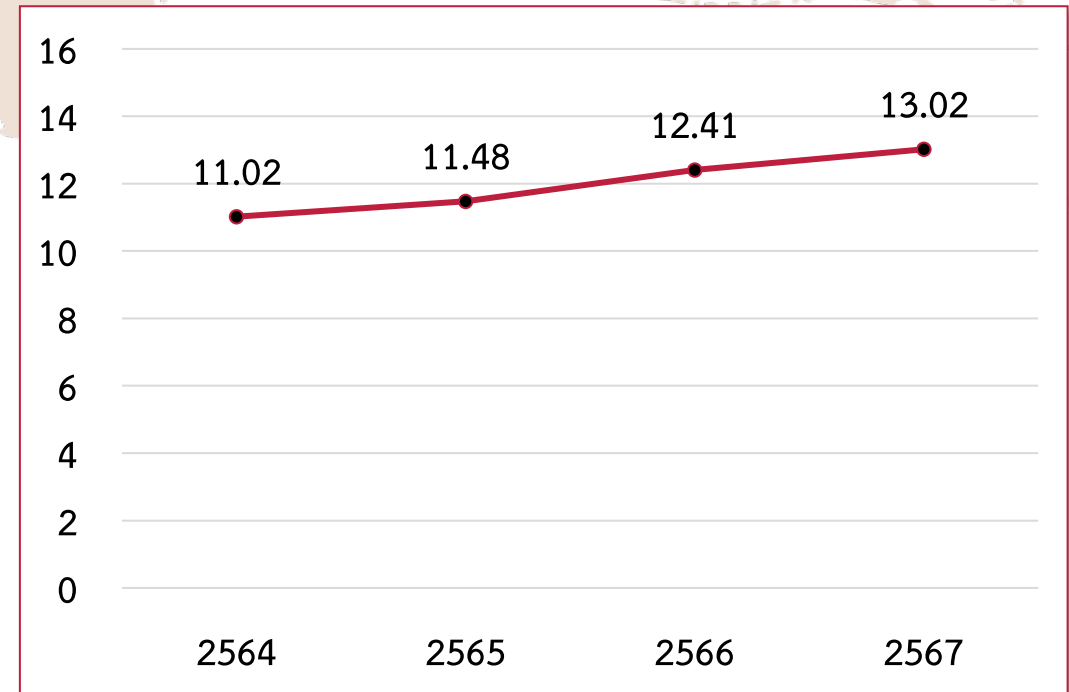
สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

เบาหวาน – ความดันโลหิตสูง อำเภอสอยดาวย้อนหลัง 3 ปี

อัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน จังหวัดจันทบุรี
อำเภอสอยดาว ปีงบประมาณ ย้อนหลัง 3 ปี



อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดจันทบุรี
อำเภอสอยดาว ปีงบประมาณ ย้อนหลัง 3 ปี



➤ วิเคราะห์

ยังมีการเกิด HT รายใหม่ ในปี 2567 จากการวิเคราะห์พบว่า เนื่องจากมีผู้สูงอายุมากขึ้น สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนไป พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ร้านสะดวกซื้อ มีความเจริญมากขึ้น ขาดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การคัดกรองความดันโลหิตสูงครอบคลุมมากขึ้น ส่งผลให้พบรายใหม่

➤ แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

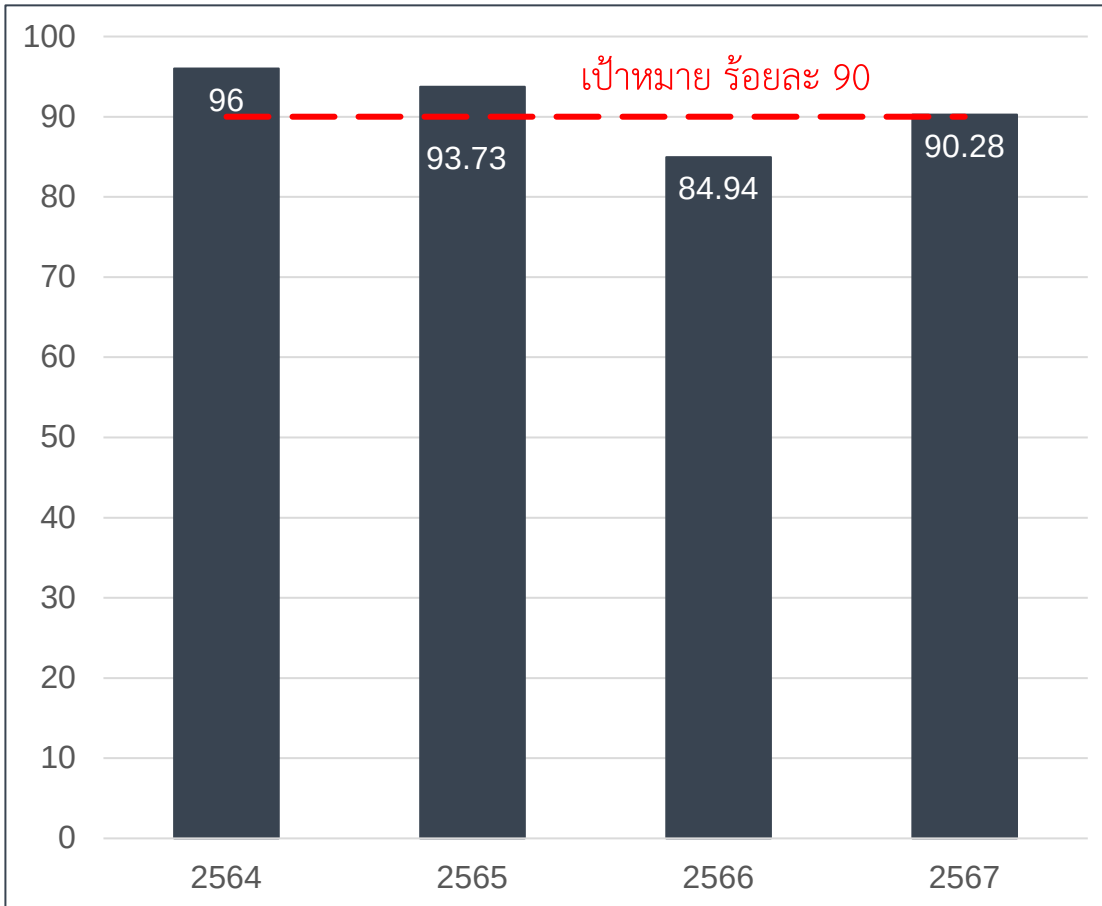
- เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยงอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่
- มีการจัดตั้ง Health station นำร่องในตำบลปะตง

➤ สิ่งที่จะพัฒนาต่อ

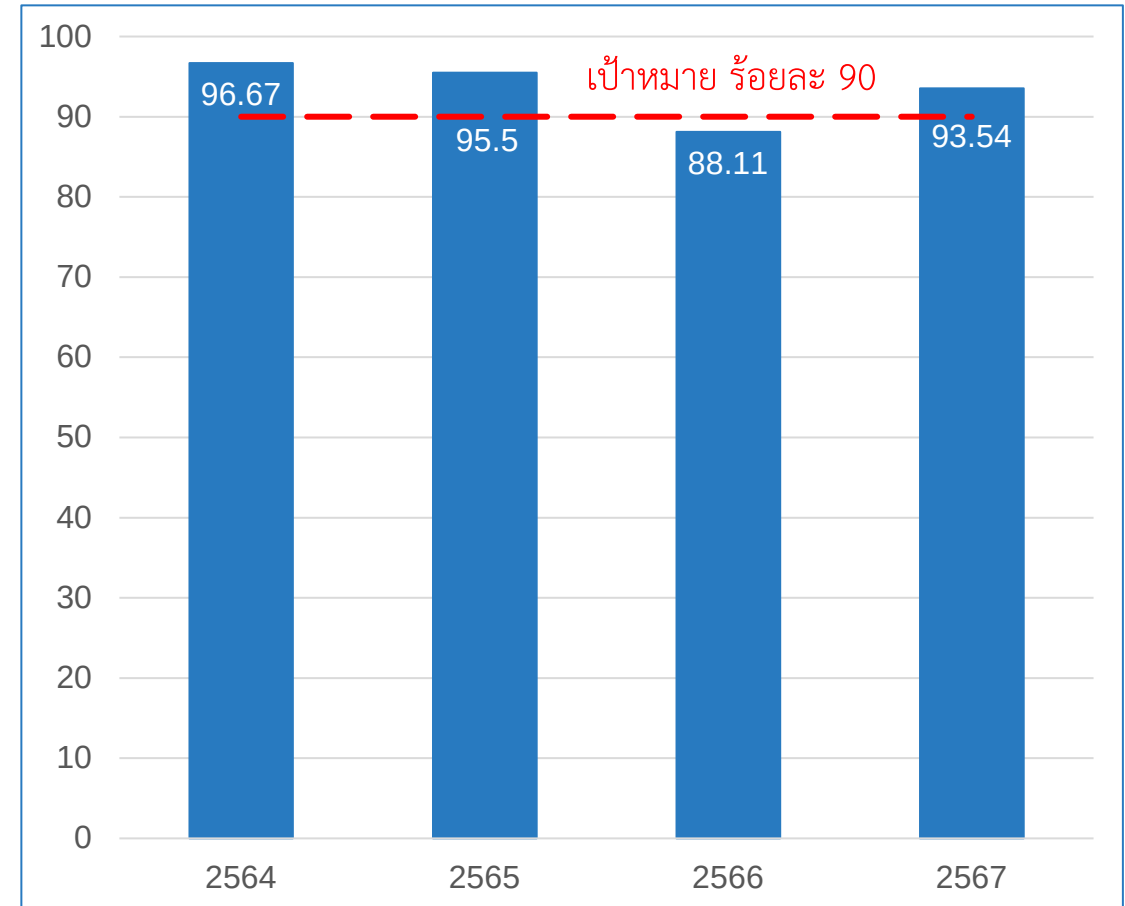
- จัดตั้ง Health station นำร่องเพิ่มอีก 1 แห่ง ในตำบลปะตง

อัตราการครอง DM,HT ในประชากรกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี

อัตราการครอง DM ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ย้อนหลัง 3 ปี



อัตราการครอง HT ในประชากรกลุ่มเสี่ยง ย้อนหลัง 3 ปี



ผลการคัดกรองแยกกลุ่มปกติ เสี่ยง สงสัยป่วย ป่วย



อำเภอ
สอยดาว

เป้าหมาย

3,867
คน

ผลงานคัดกรอง



3,699 คน



93.7

ปกติ



21,895 คน



92.61

เสี่ยง



1,011 คน



4.28

สงสัยป่วย



666 คน



2.82

พบแพทย์



34 คน



0.14

นอกเกณฑ์

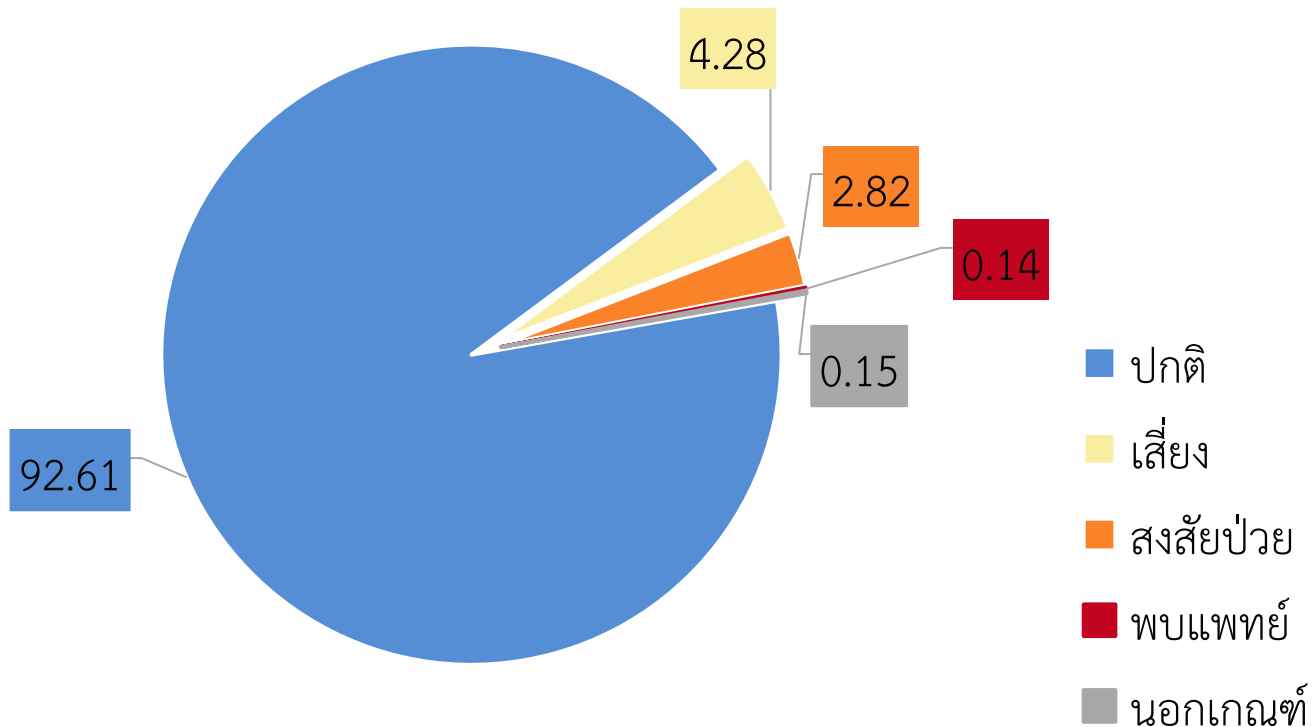


35 คน



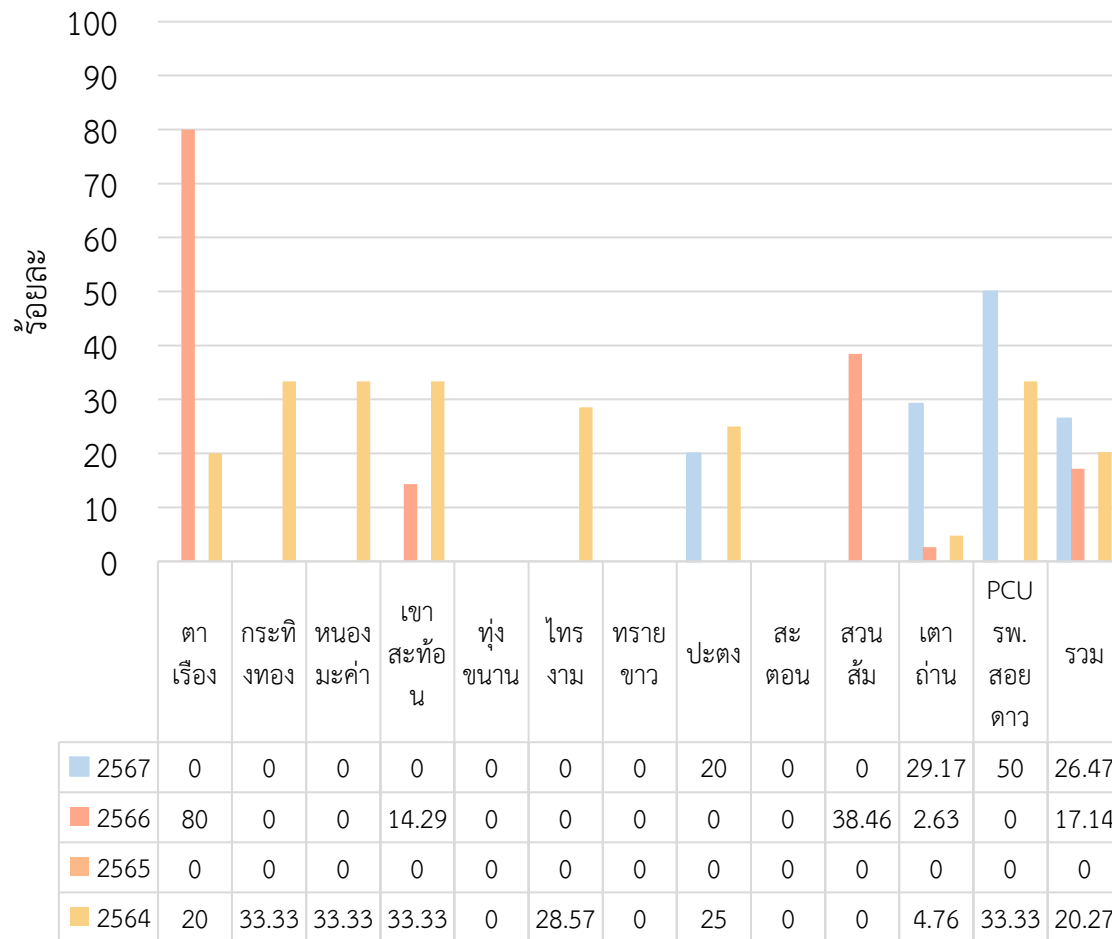
0.15

คัดกรอง

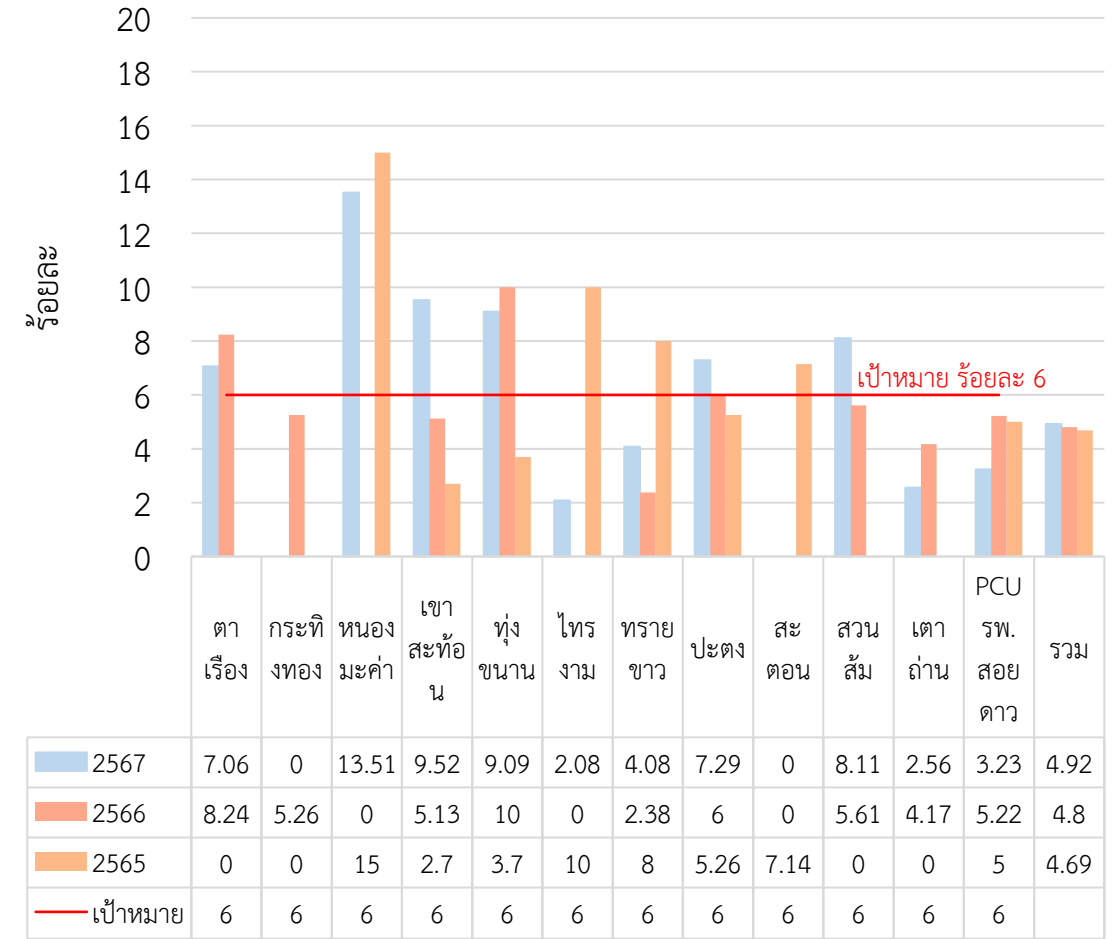


อัตราเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจยืนยัน

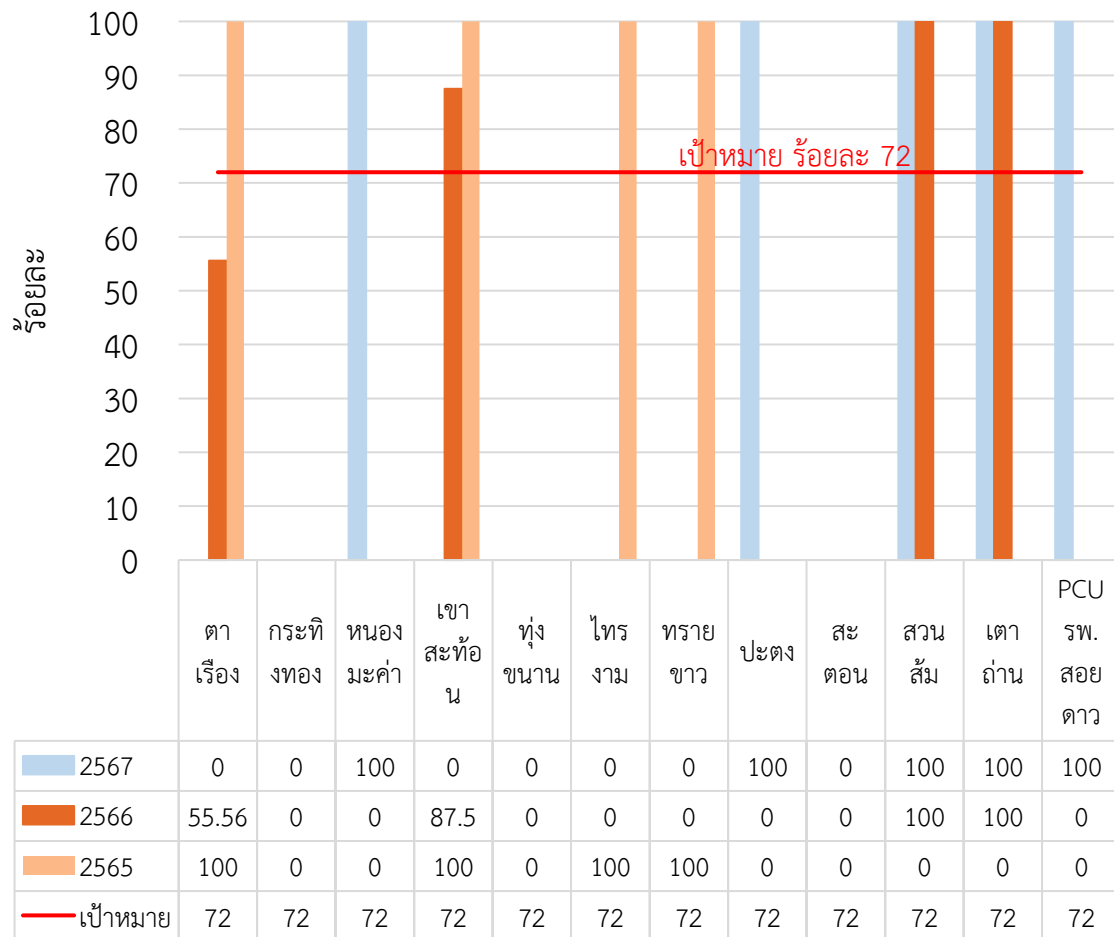


ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจติดตาม

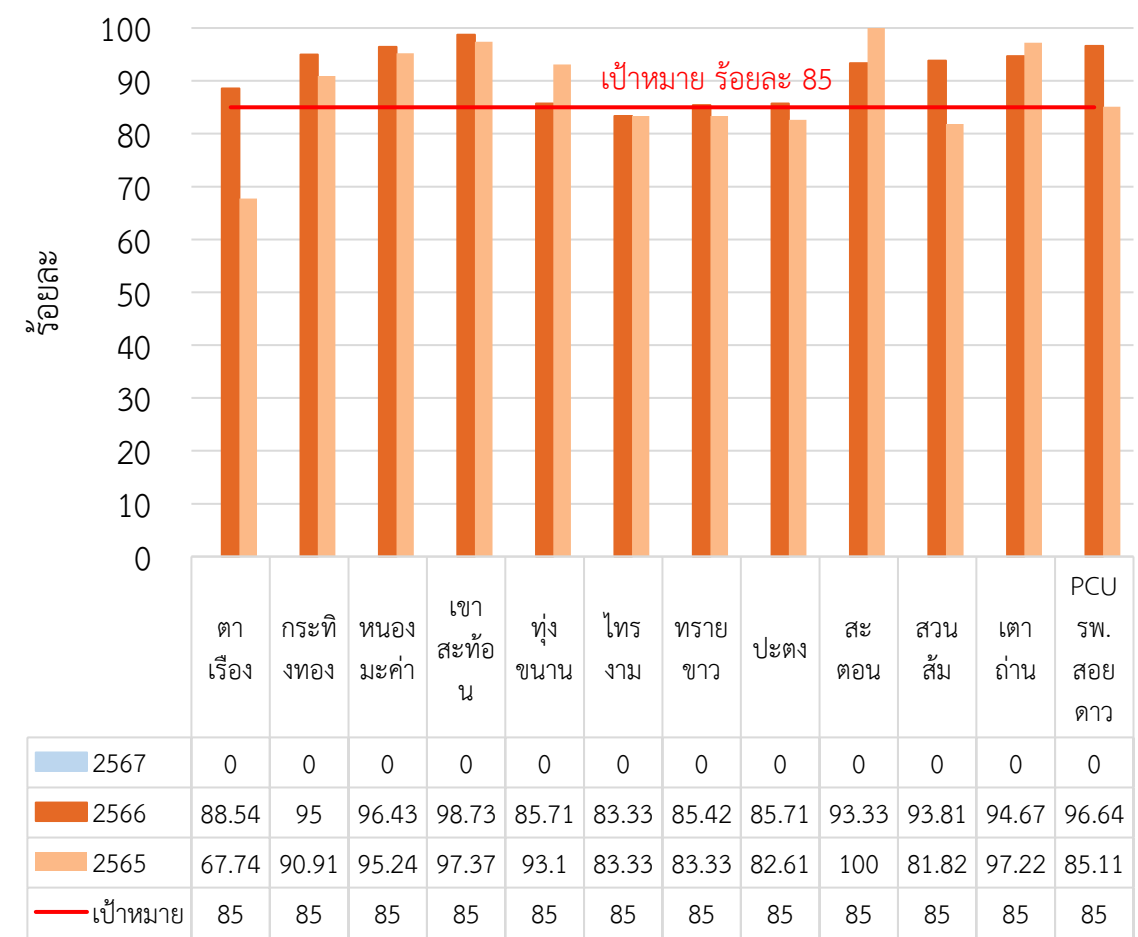


การตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2564-2567 แยกรายสถานบริการ

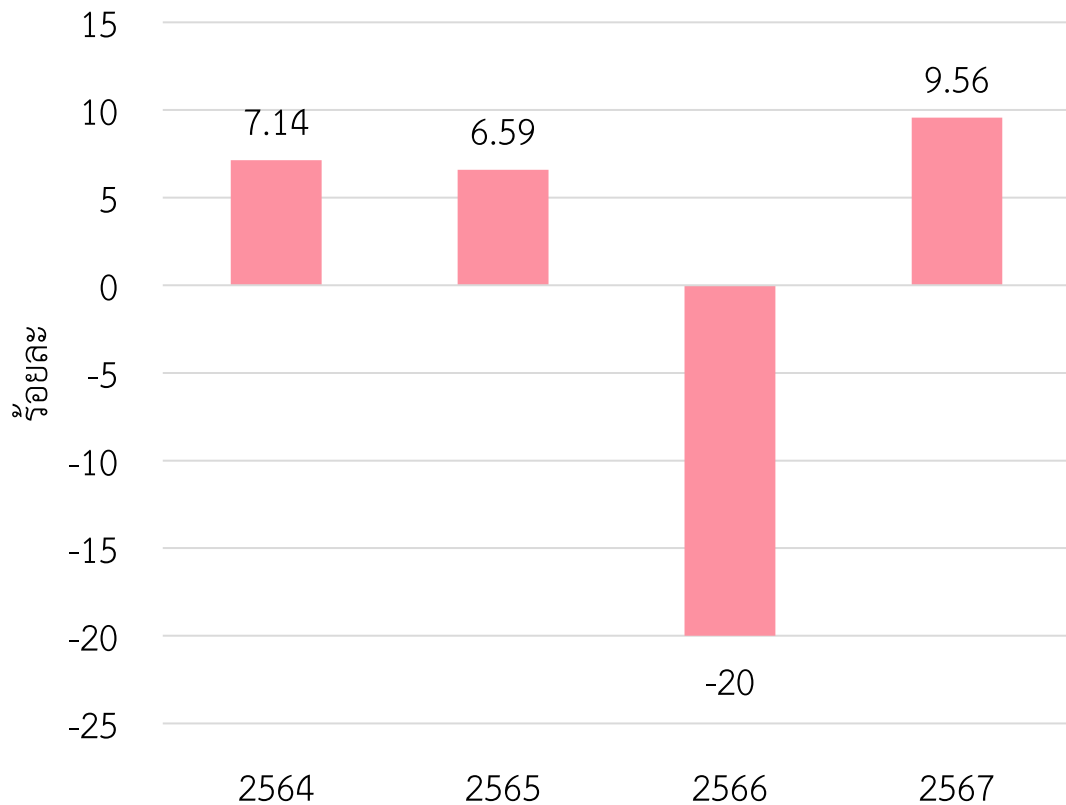


ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
จังหวัดจันทบุรี ปีงบประมาณ 2564 -2567 แยกรายสถานบริการ

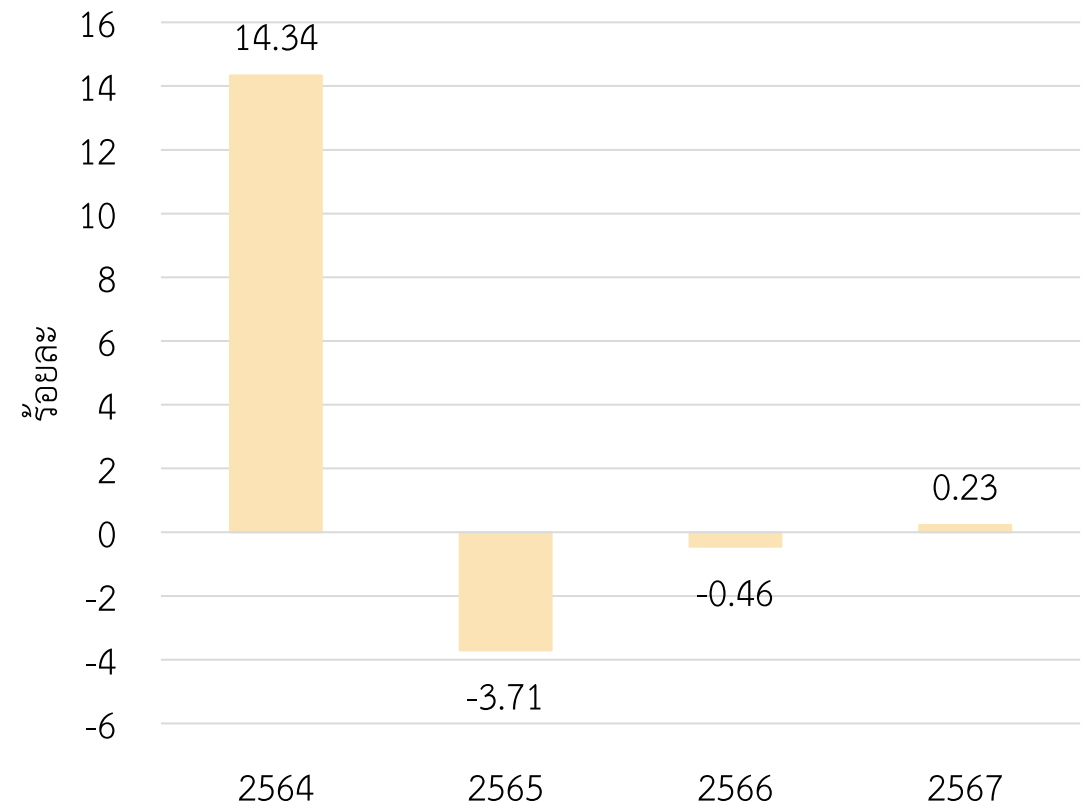


ผู้ป่วยโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ย้อนหลัง 3 ปี



ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ย้อนหลัง 3 ปี



สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอสอยดาวปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. อัตราคัดกรอง DM ในประชากรกลุ่มเสี่ยง	> 90%	95.52 26893/28154	96.20 27460/28542	95.19 27147/28519	85.69 15823/18466	90.42 25696/28417
2. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ2ส และลดเสี่ยง	> 90%	92.02 323/351	91.58 468/511	91.16 289/317	100 124/124	100 310/310
3. อัตรา DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	< 2%	3.99 14/351	3.33 17/511	3.47 11/317	0.73 1/137	3.23 10/310
4. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C $\leq$ 7%	> 40%	28.71 804/2800	21.84 661/3026	28.46 880/3091	24.0 749/3119	36.73 1276/3474
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	> 60%	68.75 1925/2800	65.00 1967/3026	69.55 2150/3091	34.27 1068/3119	42.11 1463/3474
6. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypoglycemia	< 2%	2.96 83/2800	2.77 84/3026	2.45 76/3091	1.89 59/3119	2.71 94/3474
7. อัตรา Admit ด้วย Hyperglycemia	< 15%	15.03 421/2800	15.46 468/3026	14.36 444/3091	0.41 13/3119	1.04 (36/3474)
8. อัตราการเกิด Strokeในกลุ่ม DM	< 0.8%	0.82 23/2800	0.69 21/3026	1.03 32/3091	0.06 2/3119	0.43 (15/3474)

สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอสอยดาวปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
9. อัตราการเกิด CKD $\geq$ Stage 3	<5%	2.39 67/2800	1.94 59/3026	2.32 72/3091	2.18 68/3119	3.85 (134/3474)
10. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตเรื้อรัง	>80%	81.89 2293/2800	78.12 2364/3026	84.69 2618/3091	62.08 3673/5917	76.20 4853/6382
11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	>80%	86.25 2415/2800	82.78 2505/3026	86.21 2665/3091	80.28 2504/3119	57.50 1549/2694
12. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.73 m ² /yr	>66%	67.70 218/322	66.43 192/289	66.66 200/300	60.98 186/305	67.18 (305/454)
13. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตา	>60%	75.72 2120/2800	64.14 1941/3026	48.04 1485/3091	1.83 57/3119	57.50 1785/3474
14. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า	>60%	75.72 2120/2800	64.14 1941/3026	48.04 1485/3091	3.24 101/3119	51.38 1785/3474
17. อัตรา re-admit hypoglycemia	0	8.43 7/83	3.57 3/84	1.31 1/76	2.36 4/59	3.19 (3/94)
18. อุบัติการณ์เกิด hypoglycemia ชั่วขณะนอนรพ.	0	4	0	4	7	6

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

➤ วิเคราะห์

อัตราการควบคุม HbA1C <7% ในปี 2564 - 2566 ไม่ได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารข้าว แป้งและน้ำตาลเกิน จำพวก ผลไม้ ลำไย เงาะ ทุเรียน และเครื่องดื่ม ชาดการออกกำลังกาย อาชีพ เช่น ตัดยาง ขยายของ ยาม รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา จึงปรับระบบให้เหมาะสม โดยการให้คำปรึกษารายบุคคลผ่านไลน์กลุ่มและให้ความรู้ผ่านสื่อ Social ผ่านไลน์กลุ่ม และนำ DM Remission มาเป็นแนวทางในการควบคุมให้ระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ และมีการติดตามผลหลังปรับพฤติกรรม 3 เดือน โดยเจาะระดับน้ำตาลสะสมซ้ำ บางรายสามารถทำ IF และสามารถลดยาเบาหวานได้ ใน รพ.สต/ PCU ในกลุ่มที่ควบคุมได้ มีการปรับส่งผลน้ำตาลผ่านไลน์กลุ่มเบาหวาน และปรับระบบการส่งต่อยาที่บ้านหรือนัดรับยา 2 ช่วงเวลา คือเวลา 14.00 น. และ 15.00 น. ในวันคลินิก มี Health station นำร่องในตำบลปะตง ส่งผลให้ในปี 2567 อัตราการควบคุม HbA1C <7% เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.73

➤ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มอัตราการควบคุม HbA1C <7% โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการจัดการเบาหวานระยะสงบ DM Remission
- เพิ่มความตระหนักโดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองผ่านช่องทางสุขภาพ Social media ระบบการให้คำปรึกษาผ่าน social media

➤ สิ่งที่จะพัฒนาต่อ

- จัดตั้ง Health station นำร่องเพิ่มอีก 1 แห่ง ในตำบลปะตง

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

➤ วิเคราะห์

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในปี 2564-2567 ไม่ได้ตามเป้าหมาย สาเหตุผู้ป่วยบางรายอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถเดินทางกลับมาได้ การติดตามผู้ป่วยเพื่อตรวจเลือดจึงทำได้ยากเนื่องจากบางรายลืม ไม่มีโทรศัพท์

➤ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- NCD มีแผนในการเพิ่มอัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต โดยให้บริการเจาะเลือดประจำปี ออกให้บริการที่หน่วย PCU หลัก 6 แห่ง และเพิ่มระยะการตรวจคัดกรองนานมากขึ้น มีการโทรศัพท์ติดตามให้มาตรวจเลือด
- สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วย ในการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต

➤ สิ่งที่จะพัฒนาต่อ

- เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย
- จัดระบบการให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตโดยกำหนดระยะเวลา 3 ไตรมาส

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

➤ วิเคราะห์

อัตราการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr}$ ไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมลงตามวัย มีอายุเพิ่มมากขึ้นและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รับประทานเค็ม มีการรับประทานสมุนไพรหลากหลาย การควบคุมโรคเดิมเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงไม่ได้ จำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น ระยะเวลาการนัดหมายผู้ป่วยนานขึ้นเพื่อลดความแออัด ทำให้ผู้ป่วย ขาดการกระตุ้นที่ต่อเนื่อง

➤ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

NCD มีแผนเพิ่มอัตราการชะลอความเสื่อมของไต โดยการคัดกรองจากผลการตรวจเลือดประจำปี นัดผู้ป่วยเข้ารับบริการใน CKD Clinic เพื่อให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

➤ สิ่งที่จะพัฒนาต่อ

ส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะความเสื่อมของไต โดยการให้ความรู้ควบคู่ไปกับการให้บริการผู้ป่วยก่อนเกิดภาวะไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ปรับรูปแบบการให้บริการ เรื่องการให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้มีความเหมาะสมรายบุคคลมากขึ้น โดยนำทีมสหวิชาชีพมาร่วมดูแล

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

➤ วิเคราะห์

อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้นสูงในปี 2567 จากการวิเคราะห์พบว่า สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความเจริญมากขึ้นส่งผลให้มีร้านค้า ร้านอาหาร ร้านสะดวกซื้อเพิ่มมากขึ้น มีระบบการส่งอาหารและเครื่องดื่มส่งถึงบ้าน ประชาชนมีความสะดวกมากขึ้น ทำให้ประชาชนรับประทานน้ำชงมากขึ้น รับประทานอาหารในร้านสะดวกซื้อมากขึ้น ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น พบผู้ป่วยเบาหวานมากขึ้น

➤ แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

เพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงตามระดับความเสี่ยงอย่างเข้มข้นเพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานรายใหม่ มีการจัดตั้ง Health station นำร่องในตำบลปะตง

➤ สิ่งพัฒนาต่อ

จัดตั้ง Health station นำร่องเพิ่มอีก 1 แห่ง ในตำบลปะตง

สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอสอยดาว ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	2567
1. ร้อยละคัดกรอง HT ในประชากรกลุ่มเสี่ยง	> 90%	95.52 26893/28154	96.20 27460/28542	95.19 27147/28519	85.69 15823/18466	90.42 25696/28417
2. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ 2ส และลดเสี่ยง	> 90%	100 345/345	100 397/397	100 366/366	100 487/487	100 960/960
3. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เกือบสูง(กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	< 2%	4.76 1/21	7.02 4/57	2.78 1/36	2.70 1/37	1.56 1/64
4. ร้อยละ HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี BP < 140/90mmHg	> 60%	60.27 3435/5699	60.34 3709/6147	53.32 3399/6375	48.89 3304/6758	48.91 3492/7139
5. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	> 85%	0/345	0/397	87.94 277/365	91.90 703/765	85.54 716/837
6. อัตราการเกิด Stroke ในกลุ่ม HT	< 2%	0.22 13/5699	0.01 3/6147	0.28 16/6375	0.23 16/6758	0.19 14/7139
7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	> 90%	86.25 2089/2422	82.76 2055/2483	67.18 1695/2523	59.42 1555/2617	57.52 1549/2693
8. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq$ 20% ในช่วงไตรมาส 1, 2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < 20% ในไตรมาส 3, 4		37.50 3/8	58.85 10/17	60.00 6/10	71.48 20/28	48.28 14/29

สรุปผลการดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอสอยดาว ปี 2567

➤ วิเคราะห์

อัตราการควบคุมความดันโลหิตในปี 2565 - 2567 ไม่ได้ตามเป้าหมาย วิเคราะห์สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม รับประทานอาหารเกลือโซเดียมมากเกินไป 2 กรัมต่อวัน ขาดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ยังมีการสูบบุหรี่ และมีการบริโภคแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ไม่เหมาะสม จากสาเหตุดังกล่าวจึงได้มีการวางแผนทางเพื่อปรับระบบการควบคุมความดันโลหิต ประกอบด้วย การให้คำปรึกษารายบุคคลผ่านไลน์กลุ่ม การให้ความรู้เรื่องโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เหมาะสม ผ่านสื่อ Social media มีการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกสุราและบุหรี่ผ่านคลินิกเลิกสุราและคลินิกเลิกบุหรี่ จากนั้นมีการติดตามผลหลังปรับพฤติกรรม 3 เดือน ในกลุ่มที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ มีการส่งต่อเพื่อรับยาที่ รพ.สต/ PCU และปรับระบบการส่งต่อยาที่บ้านหรือนัดรับยา 2 ช่วงเวลาคือเวลา 14.00น และ 15.00 น ในวันคลินิก และมี Health station นำร่องในตำบลปะตง

➤ แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- เพิ่มร้อยละการควบคุมความดันโลหิต ตามเกณฑ์ โดยร่วมกับทีมสหวิชาชีพปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแลและญาติ
- เพิ่มความตระหนักโดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงและรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองโดยผ่านช่องทางสุขภาพ Social media ระบบการให้คำปรึกษาผ่าน social media
- ปรับยาให้เหมาะสมเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์และมีการประสานงานส่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้กลับมาติดตามการรักษาต่อที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาล
- ตรวจและประเมินคนไข้ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงที่ต่อการรักษา(resistance hypertension) เพื่อหาสาเหตุและให้การรักษาอย่างเหมาะสม

➤ สิ่งพัฒนาต่อ

- เพิ่มความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ไม่ดีเพื่อให้มารับการรักษาอย่างทันที่และมีความตระหนักในการควบคุมความดันโลหิต
- จัดตั้ง Health station นำร่องเพิ่มอีก 1 แห่ง ในตำบลปะตง

สรุปผลคะแนนประเมินคุณภาพ NCD clinic Plus 2567 (รอบที่ 2)

สถานบริการสุขภาพ : โรงพยาบาลสอยดาว อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (40 คะแนน)	39.68	☐ ดีเด่น (85 - 100 คะแนน) ☒ ดีมาก (80 - 84 คะแนน)
ส่วนที่2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)	35.60	☐ ดี (75 - 79 คะแนน) ☐ พื้นฐาน (65 - 74 คะแนน)
ส่วนที่3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI (10 คะแนน)	8	☐ ต่ำกว่าพื้นฐาน (< 65 คะแนน)
คะแนนรวม (100 คะแนน)	83.28	

ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย			5	25	25
1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารกับภาคีเครือข่าย			1	5	5
	1. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยผู้บริหาร	1			
	2. มีการกำหนด และสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย เพื่อลดโรคและปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อโดยคณะกรรมการ NCD board โดยใช้ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงพยาบาลร่วมกับแหล่งฐานข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้	2			
	3. มีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมายเพื่อสร้างความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลได้รับรู้ทั่วถึงกัน	3			
	4. มีการวิเคราะห์ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายในการประชุมคณะกรรมการ NCD board ระดับอำเภอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4			
✓	5. มีการทบทวนทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย โดยการนำผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับให้ทันเหตุการณ์ และสอดคล้องกับสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	5			
1.2 วางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน			1	5	5
	1. มีการวางแผน, มีแผนปฏิบัติการ/กิจกรรม เพื่อป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง) ภายในองค์กร	1			
	2. มีแผนปฏิบัติการ กิจกรรมและงบประมาณที่ชัดเจนสอดคล้องกับการทบทวน วิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของ ทิศทาง นโยบาย เป้าหมายที่สอดคล้องกับแผนจังหวัด และ/หรือระดับกระทรวง	2			
	3. มีการกำหนดเป้าหมายของแผนปฏิบัติการและกิจกรรม และตัวชี้วัดความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	3			
	4. มีการนำผลลัพธ์การดำเนินงานของแผนปฏิบัติการมาทบทวน และปรับปรุง	4			
✓	5. มีแผนพัฒนาระดับการดำเนินงานในทุกคลินิกที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ	5			

1.3 การจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus			1	5	5
	1. มีการวิเคราะห์ความต้องการบุคลากร ความต้องการด้านทักษะและวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	1			
	2. มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อสนับสนุนความสำเร็จการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	2			
	3. บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ และ/หรือ ได้รับการรับรองผ่านการอบรม	3			
	4. มีแผนจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสม เพียงพอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	4			
✓	5. มีการจัดสรรบุคลากรทดแทนที่เหมาะสม เพียงพอ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน	5			
1.4 การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่ที่เหมาะสม เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus			1	5	5
	1. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาและทีมผู้ปฏิบัติงานที่ชัดเจน สำหรับการให้บริการโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ใน NCD Clinic	1			
	2. มีการกำหนดวัน และจัดตารางเวลาสำหรับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และ/หรือ การให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ชัดเจน	2			
	3. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ แต่ไม่เพียงพอ และ/หรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสมต่อการให้บริการ	3			
	4. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่เหมาะสมต่อการให้บริการ	4			
✓	5. มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่เพียงพอ และมีการจัดสถานที่เหมาะสมต่อการให้บริการ รวมถึงสามารถสนับสนุนให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพ	5			
1.5 ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus			1	5	5
	1. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน แต่ยังไม่เป็นระบบชัดเจน	1			
	2. มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	2			
	3. มีแผนและดำเนินการติดตามประเมินการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus	3			
	4. มีผลการกำกับ ติดตาม อย่างเป็นระบบ อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	4			
✓	5. มีการนำผลการกำกับติดตามประเมินผลมาพัฒนา ปรับปรุงการดำเนินงาน	5			

องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ			8	40	40
2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน ในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร			3	15	15
	1. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการรายบุคคลครบถ้วน - ทะเบียนการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ของเครือข่ายสถานบริการระดับปฐมภูมิ - ทะเบียนการให้บริการ (การวินิจฉัย ผลทางห้องปฏิบัติการ ยา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ประเมินปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนผลลัพธ์การดูแลรักษา (ภาวะแทรกซ้อน การควบคุมภาวะโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง) - ทะเบียนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	1			
	2. มีทะเบียนข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่มครบถ้วน - กลุ่ม Pre-DM, Pre-HT และกลุ่มสงสัยป่วย - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูง - กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนตา - กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเท้า (แยกตาม Stage) - กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง (Stage 1-5) - กลุ่มเสี่ยงสูง CVD Risk $\geq 20\%$ (แยกกลุ่มตามปัจจัยเสี่ยง)	2			
	3. มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากทะเบียน เพื่อใช้ประโยชน์ทางคลินิกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม	3			
	4. มีการนำผลการวิเคราะห์มาใช้สนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพ	4			
✓	5. มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5			
2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ (Data Exchange) ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center อำเภอ และ data center จังหวัด			2	10	10
	1. มีระบบข้อมูล และสารสนเทศระดับอำเภอ	1			
	2. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล และสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบในระดับอำเภอ และจังหวัด	2			
	3. มีการใช้และตรวจสอบข้อมูล และระบบสารสนเทศร่วมกันในระดับอำเภอและจังหวัด	3			
	4. มีการคืนข้อมูล และสะท้อนปัญหาที่พบ ให้หน่วยบริการปรับปรุงแก้ไข	4			
✓	5. มีการปรับปรุงระบบข้อมูล และสารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง	5			

2.3 มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ			3	15	15
	1. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน 1-2 ครั้ง/ปี	1			
	2. มีการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี	2			
	3. มีการรายงานผลการวิเคราะห์ให้กับเครือข่ายบริการ และผู้บริหาร	3			
	4. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ใช้เพื่อวัตถุประสงค์การปรับปรุงคุณภาพการดำเนินงานของ NCD Clinic Plus	4			
✓	5. ข้อมูลจากการวิเคราะห์เป็นข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายของผู้บริหาร	5			
องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ			11	55	55
3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ)			3	15	15
	1. มีการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางมาตรฐาน และลงทะเบียนแยกกลุ่มกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และวินิจฉัยกลุ่มป่วย	1			
	2. มีการค้นหาความเสี่ยง และประเมินโอกาสเสี่ยงให้แก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5) 2) ค้นหาปัจจัยกำหนดต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงของผู้รับบริการ (ถ้ามี) กลุ่มป่วย 1) ประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน, แบบแผนการออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่ (5A), ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT), แบบแผนการบริโภค, ความเครียด (ST5), โรคซึมเศร้า (2Q, 9Q), สุขภาพช่องปาก 2) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) 3) ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง 4) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5) ประเมิน Target Organ Damage (TOD) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	2			
	3. มีการค้นหาสาเหตุของปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และการสื่อสารความเสี่ยงแก่ผู้รับบริการ (Know your numbers & Know your risk)	3			
	4. มีการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน	4			
✓	5. มีการทบทวนและปรับปรุงทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง การวินิจฉัยผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่าให้เป็นปัจจุบัน ครบถ้วน	5			

3.2 การให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง			3	15	15
	1. มีการวิเคราะห์และคืนข้อมูลการเจ็บป่วยและปัจจัยเสี่ยงให้กับผู้รับบริการรายบุคคลและ/หรือ ผู้ดูแล	1			
	2. มีการวางแผนการให้บริการเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง เฝ้าระวังภาวะฉุกเฉินร่วมกับผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม และ/หรือ ผู้ดูแล	2			
	3. มีการปฏิบัติตามแผนเพื่อการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉิน โดยยึดตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการ และ/หรือ ส่งต่อคลินิกอื่น	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง การจัดการภาวะฉุกเฉินของผู้รับบริการรายบุคคลและรายกลุ่ม	4			
✓	5. มีการคืนข้อมูลการเจ็บป่วยให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพและกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการจัดการโรคและปัจจัยเสี่ยง	5			
3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย			2	10	10
	1. มีระบบการรับ-ส่งต่อระหว่างเครือข่าย และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) โดยมีเกณฑ์การดำเนินงานที่ชัดเจน	1			
	2. มีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรับ-ส่งต่อ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)	2			
	3. มีการวางแผนและดำเนินกิจกรรมตามแผนการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)	3			
	4. มีการติดตามและนำผลการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) มาทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย	4			
✓	5. มีแผนกิจกรรมการเยี่ยมบ้านที่บูรณาการกับแผนท้องถิ่น (อปท.) หรือแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.)	5			
3.4 ผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager/ Coordinator) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			1	5	5
	1. มีผู้ประสานงานที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นทางการ	1			
	2. มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager/ Coordinator และทีมสหวิชาชีพที่มีคำสั่งแต่งตั้ง พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน	2			
	3. ทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนและดำเนินงานในการให้บริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล	4			
✓	5. มีการประสานงานเชื่อมโยงการดำเนินงานทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน และภายนอกโรงพยาบาล	5			
3.5 เครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่เชื่อมโยงไปชุมชน ที่ได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง			2	10	10
	1. มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข	1			
	2. มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	2			
	3. มีการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรค โดยมีความเชื่อมโยงกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน	3			
	4. มีการติดตาม/ประเมินผลของผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบ (รวมถึงผู้ที่ไปรับบริการนอกกระทรวงสาธารณสุข)	4			
✓	5. มีการแจ้งผลการติดตาม และนำผลมาปรับปรุงการดำเนินงานของเครือข่ายผ่านเวที และ/หรือ ช่องทางที่เหมาะสม	5			

องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง			10	50	50
4.1 การจัดการบริการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยส่งเสริมความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อให้เกิดการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			3	15	15
	1. มีการกำหนด Core Content (เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา การดูแลเท้า) ที่บุคลากรจะให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	1			
	2. มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม	2			
	3. มีแผนและดำเนินการตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่สอดคล้องกับความต้องการ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	3			
	4. มีการประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	4			
✓	5. มีการติดตามและนำผลการดำเนินงานมาทบทวน เพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	5			
4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล			3	15	15
	1. มีการสื่อสารข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายกลุ่ม ด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม	1			
	2. มีการสื่อสารข้อมูลการรักษา ระยะของโรค ปัจจัยเสี่ยงและการจัดการตนเองของผู้ป่วยรายบุคคลด้วยช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น คู่มือ สมุดสุขภาพ Line Application เป็นต้น	2			
	3. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการจัดการตนเองมาใช้ในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ	3			
	4. มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่บ้าน ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ เช่น SMBG/SMBP และสามารถแจ้งอาการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพได้	4			
✓	5. นำผลการรักษา และการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่บ้านมาทบทวนเพื่อพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง	5			
4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง การหาหน้าที่ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสัมพันธภาพทางสังคม			2	10	10
	1. มีกลุ่ม/ชมรม เพื่อสร้างความสามารถในการจัดการตนเอง	1			
	2. มีแผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ชมรม เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สัมพันธภาพทางสังคมและการช่วยเหลือภายในกลุ่มเพื่อน	2			
	3. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดของกลุ่ม/ชมรม ทั้งการจัดกิจกรรมรูปแบบปกติ และ/หรือ ผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม/ชมรม	4			
✓	5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาวางแผนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องของกลุ่ม/ชมรม	5			
4.4 สื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย			2	10	10
	1. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	1			
	2. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ ที่หลากหลายรูปแบบ เหมาะสมกับผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่	2			
	3. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่ส่งผลต่อการจัดการตนเองของผู้มารับบริการ	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้สื่อ และ/หรือ เครื่องมือ ร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4			
✓	5. มีสื่อ และ/หรือ เครื่องมือซึ่งเป็นนวัตกรรมที่คิดค้นขึ้นมาใหม่ให้เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ	5			

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ			6	30	28
5.1 แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ			3	15	15
	1. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกกระบวนการ	1			
	2. มีแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐานของสถานบริการครอบคลุมทุกกระบวนการ (ตาม CPG นั้นๆ)	2			
	3. มีการชี้แจง สื่อสาร ให้แก่ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องทุกระดับในสถานบริการและเครือข่าย	3			
	4. มีการประเมินผลการใช้แนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline)	4			
✓	5. มีการทบทวน และปรับแนวเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) อิงหลักฐาน เป็นระยะ เพื่อให้มีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน	5			
5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข			2	10	8
	1. มีผู้ประสานงานเพื่อให้การปรึกษาเบื้องต้น แต่ไม่มีระบบที่ชัดเจน	1			
	2. มีการกำหนดเกณฑ์การให้คำปรึกษาโดยสหวิชาชีพหรือตัวแทนในโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้ง รวมทั้งกำหนดช่องทางของการให้คำปรึกษา	2			
	3. มีการดำเนินงานตามระบบการให้คำปรึกษา	3			
✓	4. มีการติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และทบทวนผลการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายสม่ำเสมอ	4			
	5. มีการวิเคราะห์ปัญหาในการให้คำปรึกษาเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพสถานบริการ และเครือข่ายทุกระดับ	5			
5.3 Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล และจัดการโรค			1	5	5
	1. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้	1			
	2. มีกิจกรรม Chronic Case Conference / KM และมีการสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	2			
	3. มีการนำผลจาก Chronic Case Conference / KM มาปรับปรุงกระบวนการงานจัดบริการ อย่างน้อยปีละ 1 เรื่อง	3			
	4. มีการนำผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มารวบรวมเป็นคลังความรู้	4			
✓	5. มีการกระจายความรู้ให้แก่ผู้ให้บริการ สามารถเข้าถึงได้สะดวก หลายช่องทางเช่น Social Media Website	5			

องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน			10	50	50
6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบาย และแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน			2	10	10
	1. มีการส่งคืนข้อมูลที่ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนหรือคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	1			
	2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ และชุมชน	2			
	3. มีจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคในชุมชน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ร่วมกัน	3			
	4. มีการดำเนินงานตามแผนและประเมินผลการดำเนินงานครบทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	4			
✓	5. มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			
6.2 การสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน			2	10	10
	1. มีการสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนการดำเนินงานในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน	1			
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ดำเนินกิจกรรม โครงการ ตามแผนงานที่วางไว้	2			
	3. มีการร่วมมือกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการดำเนินงาน เช่น ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดโรค	3			
	4. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตาม แผนงาน กิจกรรม ในการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค	4			
✓	5. มีการใช้ผลของการติดตามประเมินผล มาปรับปรุงแผนงานโครงการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	5			
6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน			2	10	10
	1. มีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อ และสามารถระบุปัญหา และรากเหง้าของปัญหาของชุมชนที่ต้องจัดการ เพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ	1			
	2. มีแผนงานโครงการหรือแผนกิจกรรม เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะในการจัดการปัจจัยเสี่ยงหลักโรคไม่ติดต่อ	2			
	3. มีการผลักดันให้เกิดการใช้นโยบายสาธารณะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การทำประชาคมในชุมชน, การทดลองใช้นโยบายในบางพื้นที่	3			
	4. มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ	4			
✓	5. มีการบูรณาการนโยบายสาธารณะร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.)	5			

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม และ/หรือ จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชนอย่างต่อเนื่อง			2	10	10
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน	1			
	2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนมีกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน ที่ดำเนินการเอง	2			
	3. มีกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพ และ/หรือ กลุ่มชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ	3			
	4. กลุ่มชมรม มีแผนงาน กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลตัวเอง และดำเนินกิจกรรมตามแผนโดยชุมชน	4			
✓	5. มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามกิจกรรมเพื่อสุขภาพ ร่วมกันระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และชมรม อย่างต่อเนื่อง	5			
6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วม ด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.			2	10	10
	1. เครือข่ายบริการสุขภาพมีแผนงานสนับสนุนให้ อสม.มีการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	1			
	2. อสม. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่ที่รับผิดชอบ	2			
	3. อสม. ดำเนินการตามแผนอย่างน้อยร้อยละ50	3			
	4. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของ อสม.	4			
✓	5. เครือข่ายบริการสุขภาพ มีการทบทวนกระบวนการดำเนินงานร่วมกับ อสม.	5			
รวม			50	250	248

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

[illegible]

ส่วนที่ 3 การประเมินการพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI

เกณฑ์	แนวทางการประเมิน	คะแนน A (1-5)	คะแนนที่ได้		
			น้ำหนัก (B)	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ได้ (C=AxB)
การพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง CQI			14	50	40
1.1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ			4	20	20
	1. ทบทวนสถานการณ์ (Current Situation) ปัญหาจากข้อมูลหลายแหล่งที่น่าเชื่อถือตามกระบวนการที่ปฏิบัติจริงเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนางาน	1			
	2. กำหนดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา (Problem Analysis) จากการทบทวนสถานการณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของปัญหา และผลที่ตามมา รวมถึงการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา	2			
	3. กำหนดเป้าหมายของทางเลือกที่จะพัฒนางานที่ชัดเจน วัดได้ รวมถึงการกำหนดเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน แรงเสริม แรงต้าน และผลลัพธ์ของเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้จริง	3			
	4. กำหนดกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพงานที่เลือก จัดทำแผนปฏิบัติการ และกำหนดกิจกรรมที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม พร้อมทำ (Action plan)	4			
✓	5. มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ และมีการติดตาม (monitor) ตามระยะเวลาที่กำหนด รวบรวมปัญหา ข้อเสนอแนะ รวมทั้งติดตามประเมินผลและจัดทำแผนงานในปีต่อไป(ตามรูปแบบ PDCA)	5			
1.2 ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพ			5	15	10
	1. ผลลัพธ์ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	1			
✓	2. ผลลัพธ์เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	2			
	3. ผลลัพธ์เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้	3			
1.3 การนำไปใช้ประโยชน์และความคุ้มค่า			5	15	10
	1. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ	1			
✓	2. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลาย ๆ หน่วยงาน	2			
	3. ผลงานมีความเหมาะสมสอดคล้องกับมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปรับใช้ได้กับหลาย ๆ หน่วยงาน มีการเผยแพร่ในเวทีภายนอกโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นต้นแบบให้กับสถานบริการอื่น	3			
รวม			14	50	40

งานควบคุมโรค

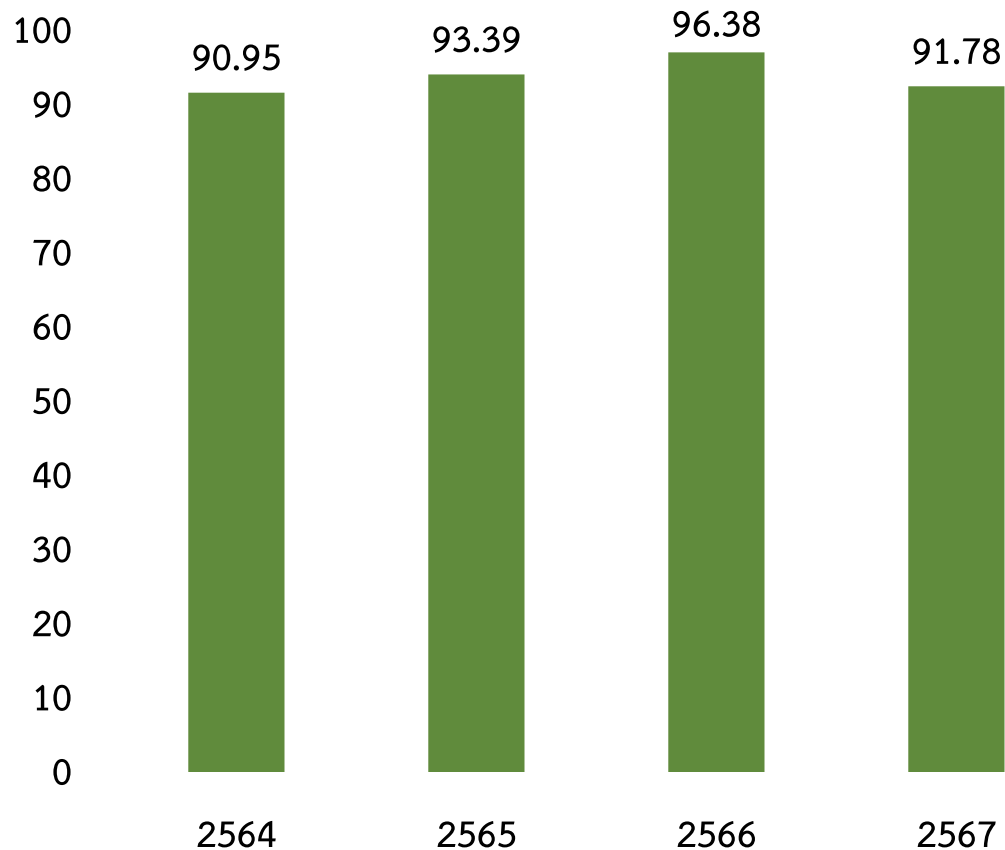
NCDs

ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน
โรงพยาบาลสอยดาว

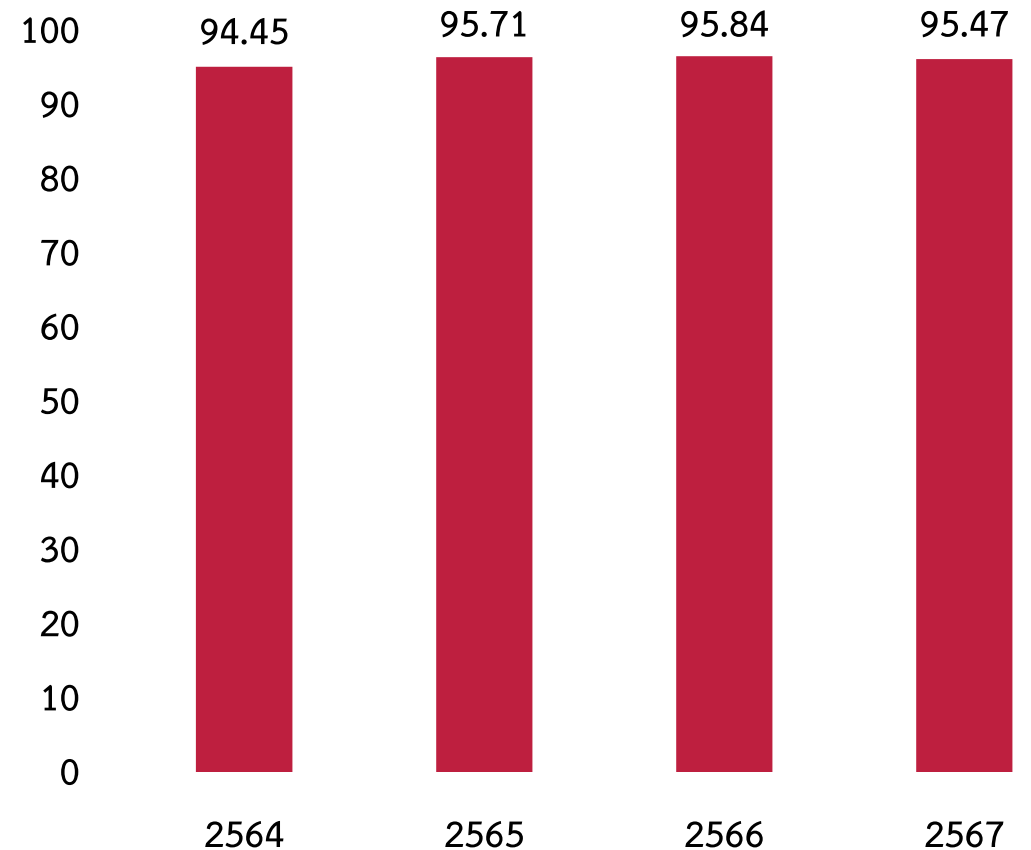


เบาหวาน - ความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว ย้อนหลัง 3 ปี

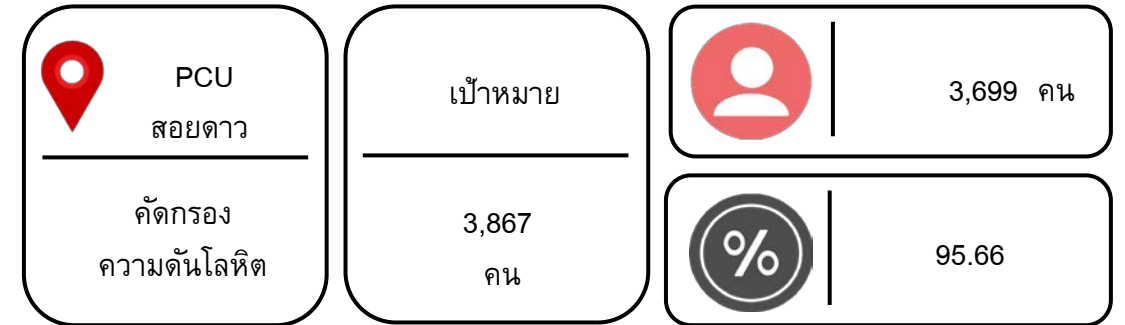
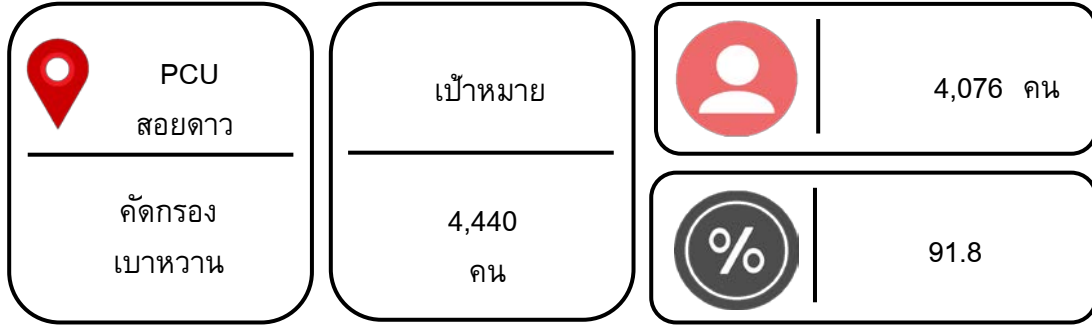
ผลงานการคัดกรองเบาหวานเปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี



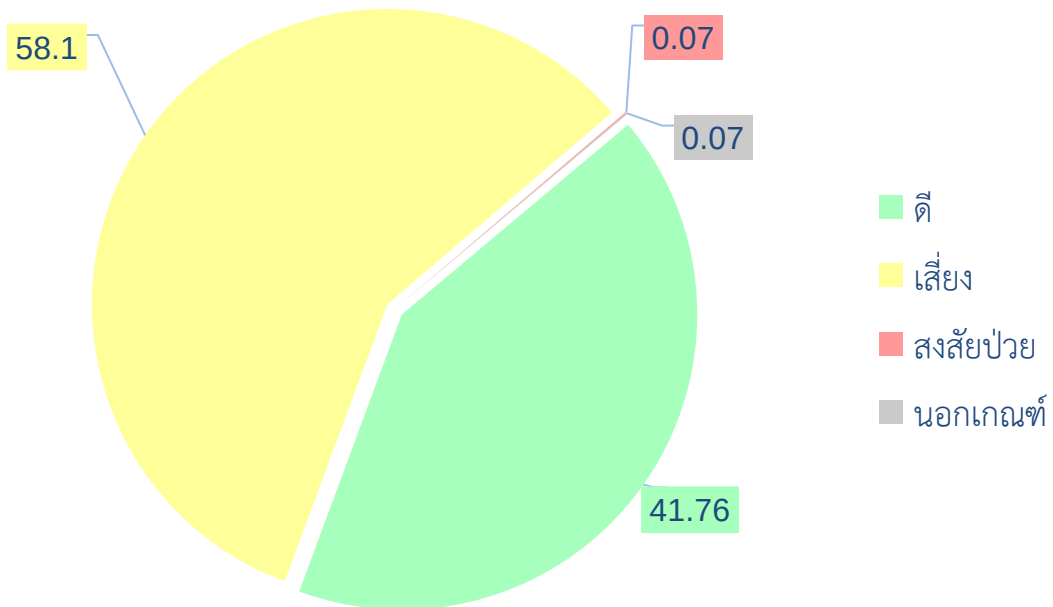
ผลงานการคัดกรองความดันโลหิตสูงเปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี



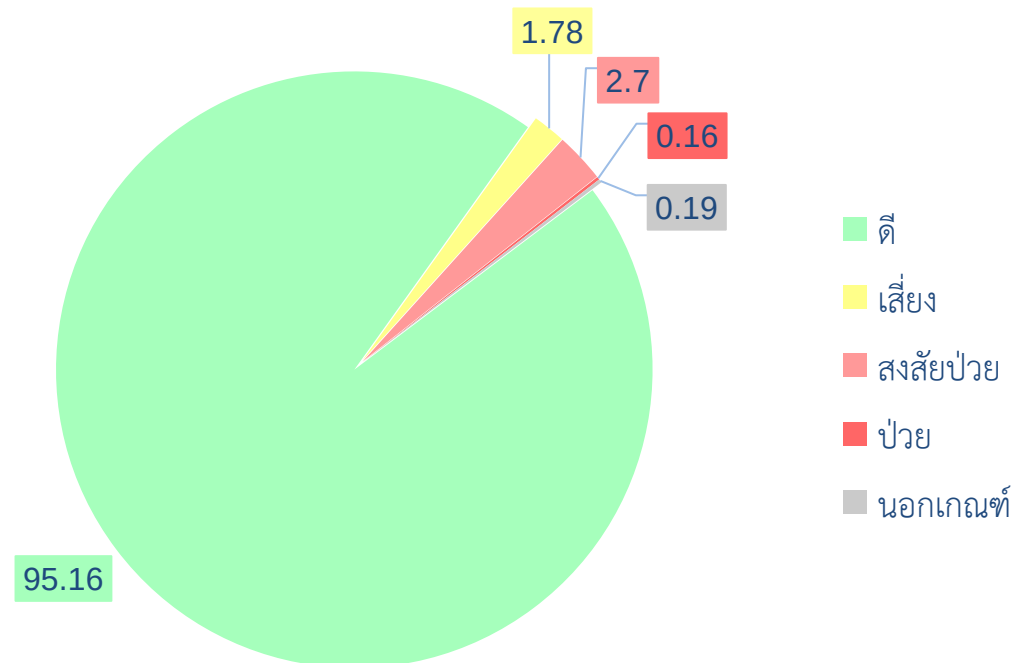
ผลงานการคัดกรองโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง ปี 2567



2567

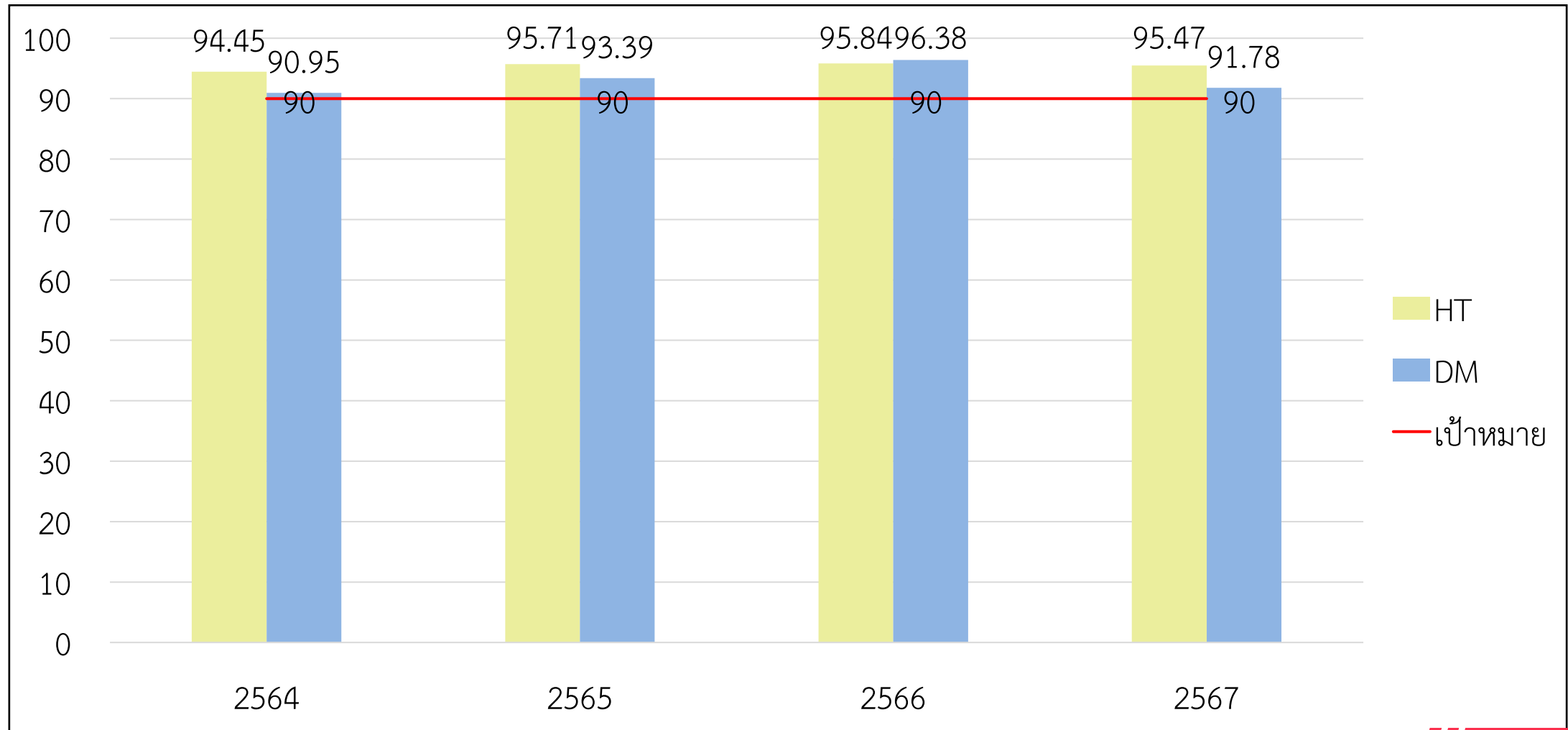


2567



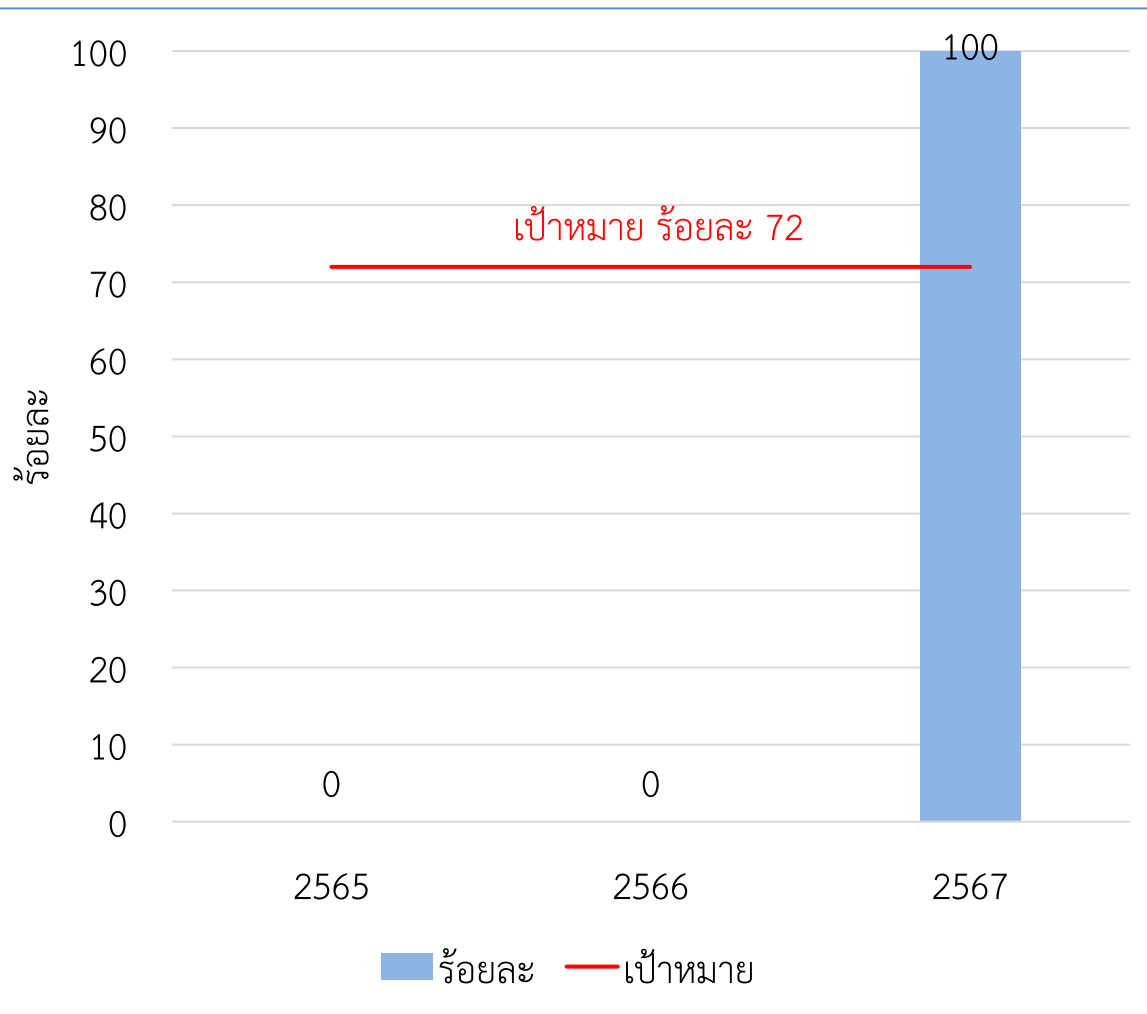
การคัดกรอง ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

การคัดกรอง ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน

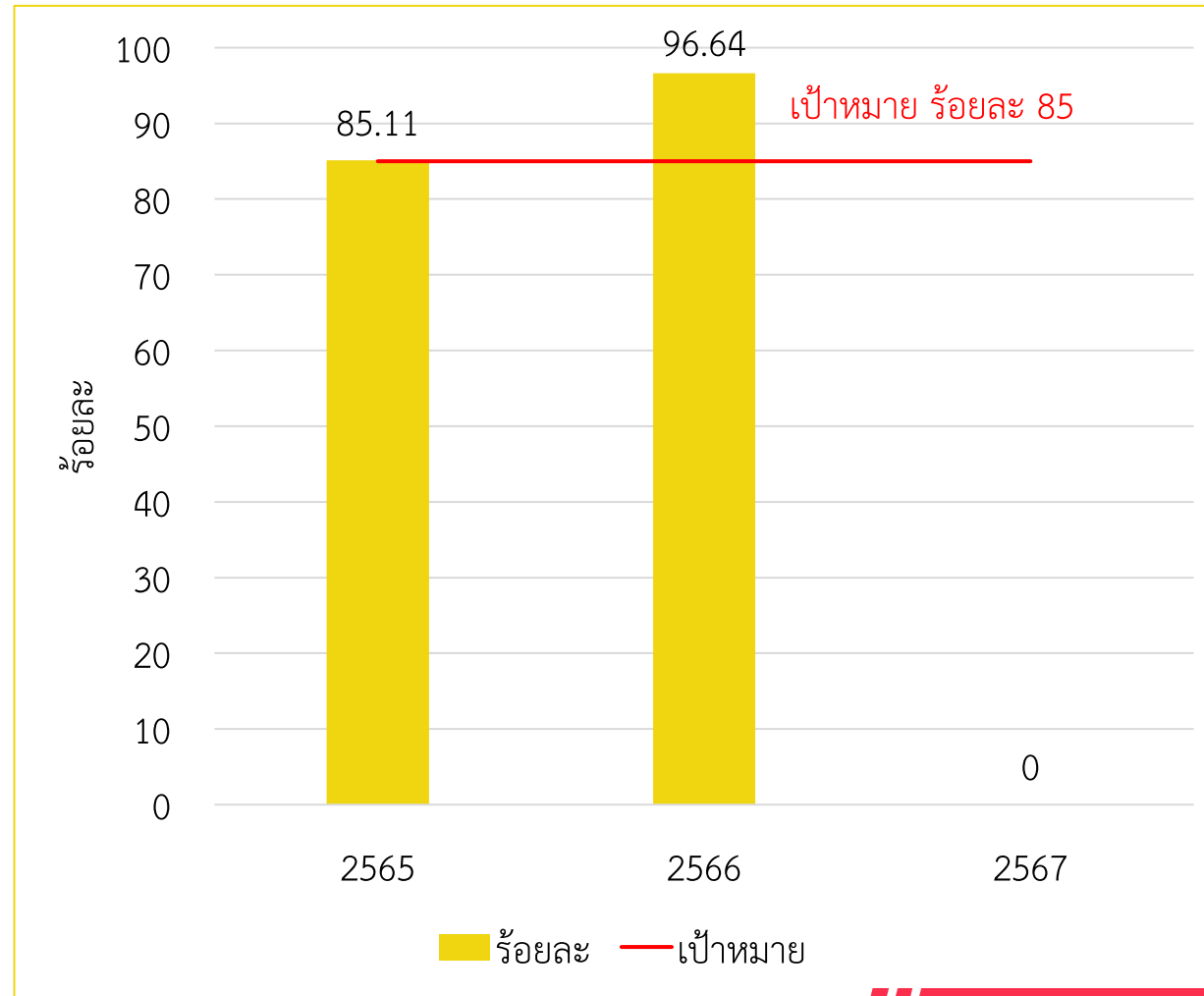


การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน-โรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน



ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



ภาพกิจกรรม/โครงการ



12

งานอนามัยสิ่งแวดล้อม



นำเสนอผลงาน + + ปี 2568 งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม + ระบบบำบัดน้ำเสีย ระบบประปา การจัดการขยะทุกประเภท

นำเสนอโดย

นายอุทิศ ศรีอ่อน
เจ้าพนักงานสาธารณสุข
ชำนาญงาน

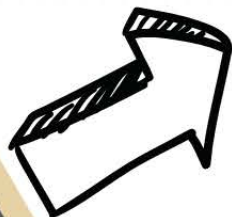
ระบบบำบัดน้ำเสีย

- เป็นระบบแบบ SBR
- บำบัดน้ำเสียได้สูงสุด 60 ลบ.ม./วัน
- พื้นที่ 120 ตารางวา
- มีรั้วรอบขอบชิด เฉพาะเจ้าหน้าที่ บุคคลภายนอกห้ามเข้า
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำประจำวัน PH คลอรีน อุณหภูมิ SV30
- ตรวจสอบแบคทีเรียในน้ำหลังผ่านการบำบัดด้วย อ.11 ทุกสองอาทิตย์
- ส่งน้ำตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้งทุก 3 เดือน 4 รอบ/ปี
- มีเจ้าหน้าที่ดูแลเฉพาะช่วงเวลา 8.30-16.30 น.



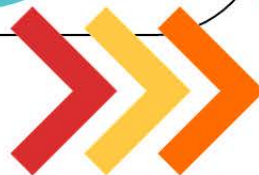
ติดตั้งระบบเติมอากาศเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการกำจัดตะกอนของแบคทีเรียในระบบ





ปรับปรุงเทพื้นคอนกรีตใหม่เพื่อความ
สะอาดสวยงามและการใช้งานที่สะดวก

ติดตั้งกันสาดป้องกันฝนและแสงแดด บริเวณอ่างล้างมือ

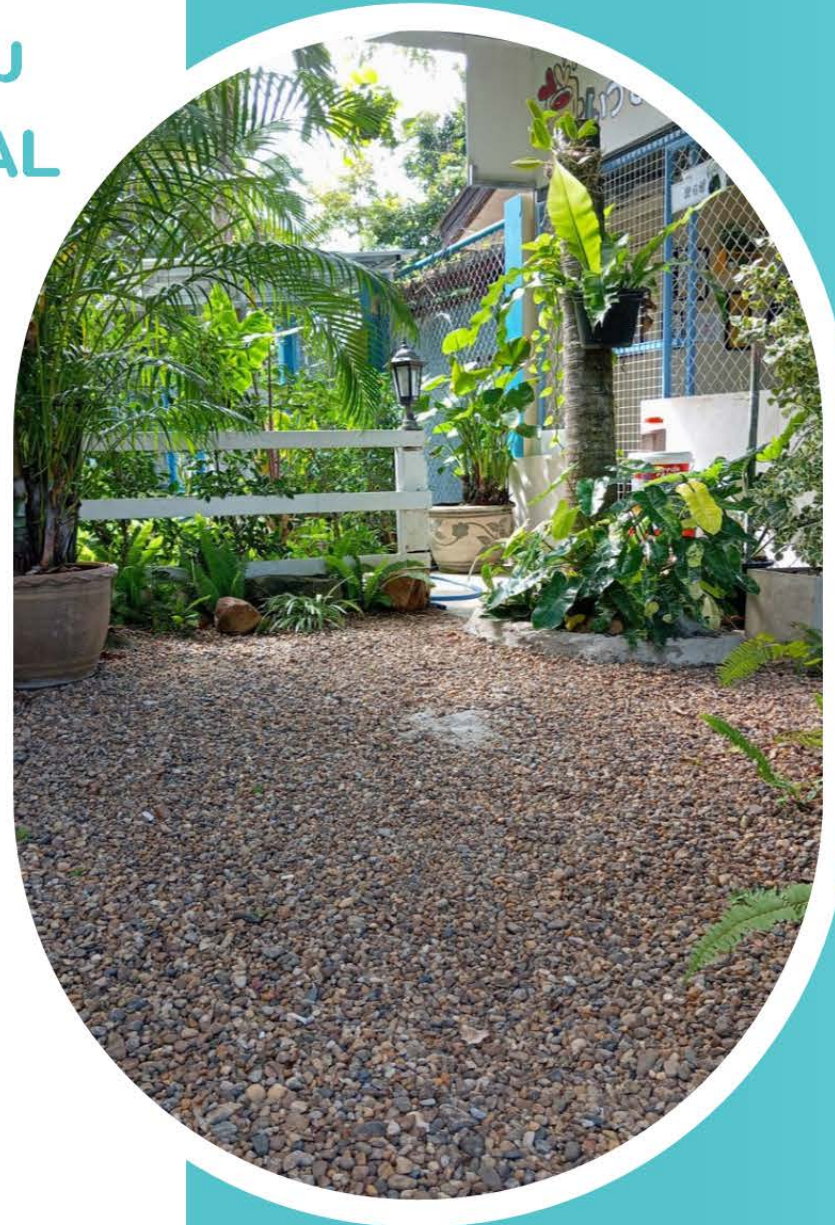


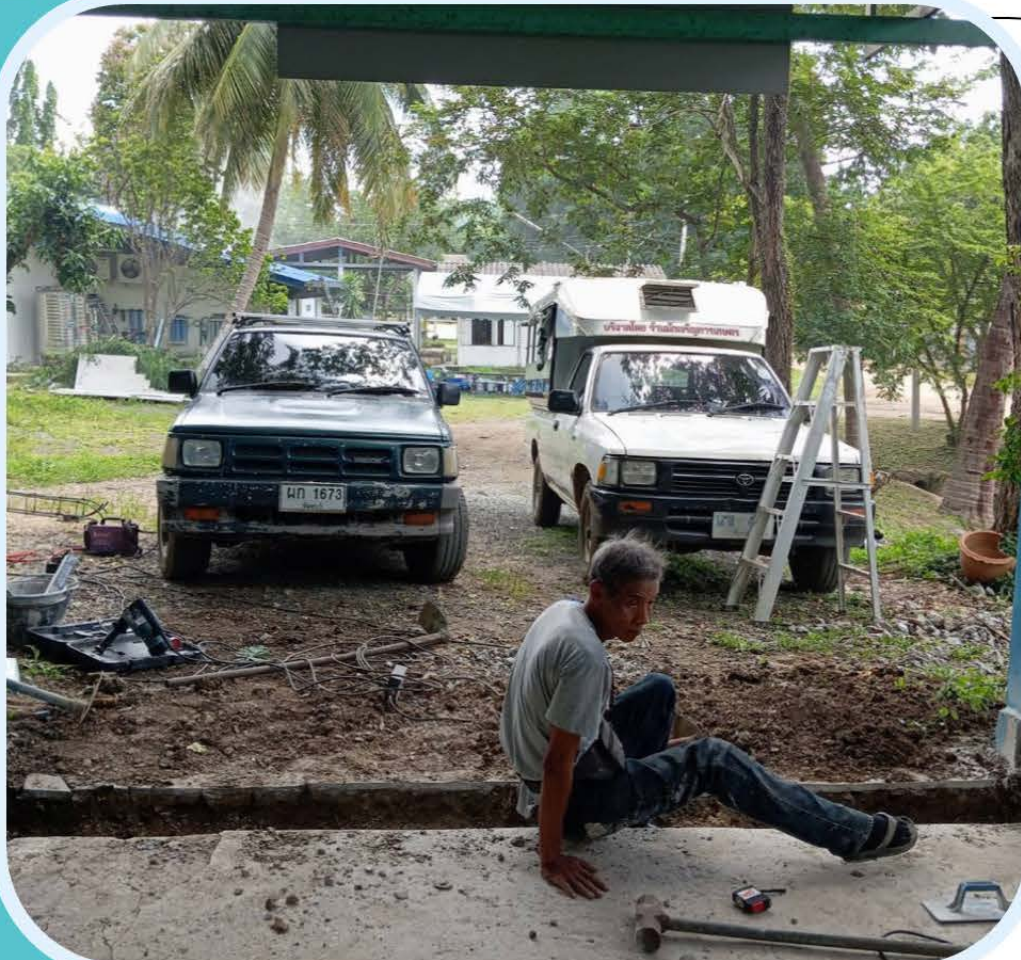


ติดตั้งกันสาดป้องกันแสงแดด เพื่อ
เพิ่มประสิทธิภาพปั้มคลอรีนและ
คลอรีนน้ำ



เพิ่มพื้นที่สีเขียวรอบบำบัด ให้เป็นไปตาม มาตรฐาน GREEN&CLEAN HOSPITAL





ปรับปรุงประตูทางเข้าระบบบำบัดน้ำใหม่





ส่งน้ำทิ้งตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ กอง ห้องปฏิบัติการสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- ส่งตรวจทุก 3 เดือน 4 รอบ/ปี
- ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทิ้งทุกรอบ
การจัดส่ง
- ผลตรวจคุณภาพน้ำรอบที่ 4 ล่าสุด 21 สิงหาคม 2567

+

ผลการตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทิ้ง				
สถานประกอบการ: HW				
สถานที่ตรวจ: HW				
วันที่ตรวจ: 21/8/2567 - 4/9/2567				
วันที่ออกใบรายงาน: 6/9/2567				
รายการที่ทดสอบ	ผลการทดสอบ	หน่วย	MDL	วิธีใช้ทดสอบ
ความเป็นกรด-ด่าง (pH)	7.5	-	-	In-house Method TM-CM-01 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 4500-H ⁺
สารที่ละลายได้ทั้งหมด (Total Dissolved Solids)	348	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 2540 C.
สารแขวนลอย (Suspended Solids)	<1	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 2540 D.
ตะกอนหนัก (Settleable Solids)	<0.1	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 2540 F.
น้ำมันและไขมัน (Oil & Grease)	1.4	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 5520 D.
ปริมาณไนโตรเจน (TKN)	ND	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 4500-N _{org} B.
ซัลไฟด์ (Sulfide)	0.05	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 4500-S ₂₋ F.
BOD (COD)	14	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 5220 B.
DO	2	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23rd Edition, 2017. Part 5210 B.



ระบบประปา

- เป็นระบบกรองน้ำบาดาล
- ผลิตประปาใช้เอง มีสระผิวดิน 2 สระ บาดาล 2 จุด
- ผลิตประปาใช้วันละเฉลี่ย 80-100 ลบ.ม./วัน
- พื้นที่ 70 ตารางวา ไม่มีรั้วรอบขอบชิด
บุคคลภายนอกสามารถเข้าออกได้
- ตรวจสอบคุณภาพน้ำประจำวัน PH คลอรีน
อุณหภูมิ 3 จุด ต้น กลาง ปลาย
- ส่งน้ำตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำทุก 3 เดือน 4
รอบ/ปี
- ตรวจสอบการปนเปื้อนแบคทีเรียในน้ำประปาด้วย จ.11
ทุกสองอาทิตย์



ติดตั้งระบบสูบน้ำประปาแบบ Manual เป็นแบบautomatic



+

ปรับปรุงเพิ่มหลังคาและเทพื้นคอนกรีต คลุมตู้ควบคุมการสูบน้ำผลิตประปา อัตโนมัติ



+

+



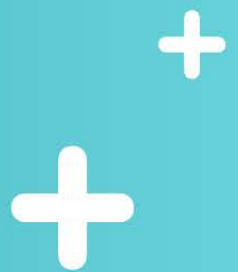
ส่งน้ำประปาตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำ กอง ห้องปฏิบัติการสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

- ส่งตรวจทุก 3 เดือน 4 รอบ/ปี
- ผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านเกณฑ์คุณภาพน้ำทั้งทุกรอบ
การจัดส่ง
- ผลตรวจคุณภาพน้ำรอบที่ 4 ล่าสุด 21 สิงหาคม 2567



รายงานผล 02354-001-007				
สัญญาฉบับนี้คล้าย P				
สภาพตัวอย่าง เหนียวใส				
สถานที่ตรวจวัด				
อำเภอ สอยดาว				
จังหวัด จันทบุรี				
วันที่วิเคราะห์ 21/8/2567 - 4/9/2567				
วันที่ออกใบรายงาน - 6 ก				
รายการที่ทดสอบ	ผลการทดสอบ	หน่วย	MDL	วิธีใช้ทดสอบ
สี (Apparent Color) *	16	(แพลตตินัมโคบอลต์)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023. Part 2120 B.
ความขุ่น (Turbidity) *	1.72	(เนฟทึ)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023. Part 2130 B.
ความเป็นกรดแล่ดว (pH)	8.6	-	-	In-house Method TM-CH-01 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 23 rd Edition, 2017, Part 4500-H ⁺ B.
ของแข็งละลายน้ำทั้งหมด (Total dissolved solids) *	265	(มก./ล.)	3.5	In-house Method TM-CH-03 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 2540 C.
ความกระด้าง (Hardness as CaCO ₃) *	179.8	(มก./ล.)	0.8	In-house Method TM-CH-02 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 2340 C.
ซัลเฟต (Sulfate) *	10	(มก./ล.)	0.38	In-house Method TM-CH-04 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 4110 B.
คลอไรด์ (Chloride) *	15	(มก./ล.)	0.10	In-house Method TM-CH-04 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 4110 B.
ไนเตรต (Nitrate as NO ₃ ⁻) *	<1.0	(มก./ล.)	0.07	In-house Method TM-CH-04 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 4110 B.
ฟลูออไรด์ (Fluoride) *	0.48	(มก./ล.)	0.01	In-house Method TM-CH-04 based on Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 4110 B.
ไนไตรต์ (Nitrite as NO ₂ ⁻) *	<0.02	(มก./ล.)	-	Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater, APHA, AWWA, WEF, 24 th Edition, 2023 Part 4500-NO ₂ B.
ได้รับการรับรองความสามารถตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025				
ห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน ISO/IEC 17025				
ชื่อ (ผู้ทำทวน)				

ตรวจหาการปนเปื้อนแบคทีเรียด้วยน้ำยา อ.11 ทั้งในน้ำประปาและน้ำบริโภค



การจัดการขยะทุกประเภท

- ขยะทั่วไป
- ขยะเปียก
- ขยะรีไซเคิล
- ขยะติดเชื้อ
- ขยะอันตราย





ขยะทั่วไป

- พัฒนาโครงสร้างที่จำเป็นเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN HOSPITAL





จัดสร้างโรงพักขยะทั่วไปเพื่อรองรับ
ปริมาณขยะทั่วไปที่เพิ่มขึ้นและรองรับ
การขยายตัวของโรงพยาบาล



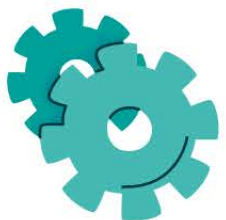
ปรับปรุงโรงพักขยะเพิ่มเติมหลังคา และเทพื้น เพื่อความเป็นระเบียบ สวยงาม



ติดตั้งกรงขยะมีหลังคาคลุมป้องกัน แสงแดดและฝนพร้อมเทพื้น ให้เป็นไปตาม มาตรฐานGREEN&CLEAN HOSPITAL

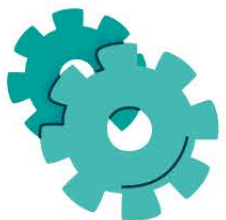


ขยะอันตราย



ติดตั้งประตูและป้ายให้ถูกต้องตาม
มาตรฐาน GREEN&CLEAN HOSPITAL

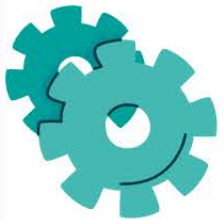
ขยะอันตราย



ติดตั้งประตูและป้ายให้ถูกต้องตาม
มาตรฐาน GREEN&CLEAN HOSPITAL

+ สร้างโรงจอดรถเก็บขยะ
+ ติดเชื้อไฟฟ้าป้องกันแดด
และฝน

+
+

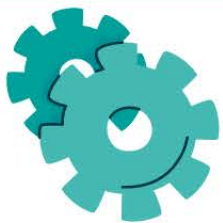


ลดความเสียหายที่อาจเกิดจากแสงแดดและฝน
ที่มีต่อรถเก็บขยะไฟฟ้า ยืดอายุการใช้งานที่
นานขึ้น



+ + ติดตั้งป้ายตามจุดเพื่อ บ่งบอกจุดปฏิบัติงาน

+



งานอาชีวอนามัย และความปลอดภัย



จัดบริการคลินิก
อาชีวอนามัย



ตรวจสอบสารเคมี
ตกค้างใน
กระแสเลือด



ตรวจวัดหา
ความเสี่ยงจาก
การทำงาน

www.soidao.go.th

โรงพยาบาลชุมชน ระดับดีเด่น



ได้รับรางวัลดีเด่นการจั้ดบริการอา
ชีวอนามัยและความปลอดภัยระดับ
รพช. กับอธิบดีกรมอนามัย

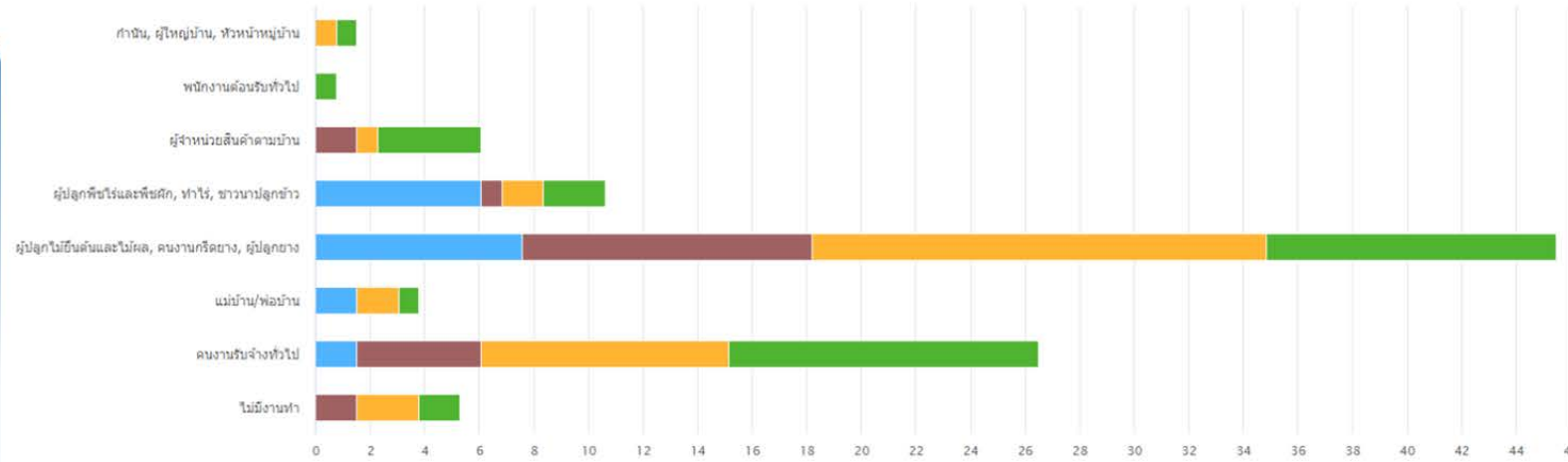
◀ ออกคัดกรองตรวจหา สารเคมีตกค้างในกระแส เลือดร่วมกับ อบต. ปะตัง



ผลตรวจสารเคมีตกค้างในกระแสเลือด

รายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายอาชีพ

รายงานการตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายอาชีพ เขตสุขภาพที่ 6 จังหวัดจันทบุรี อำเภอสอยดาว
ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลสอยดาว ปี 2567



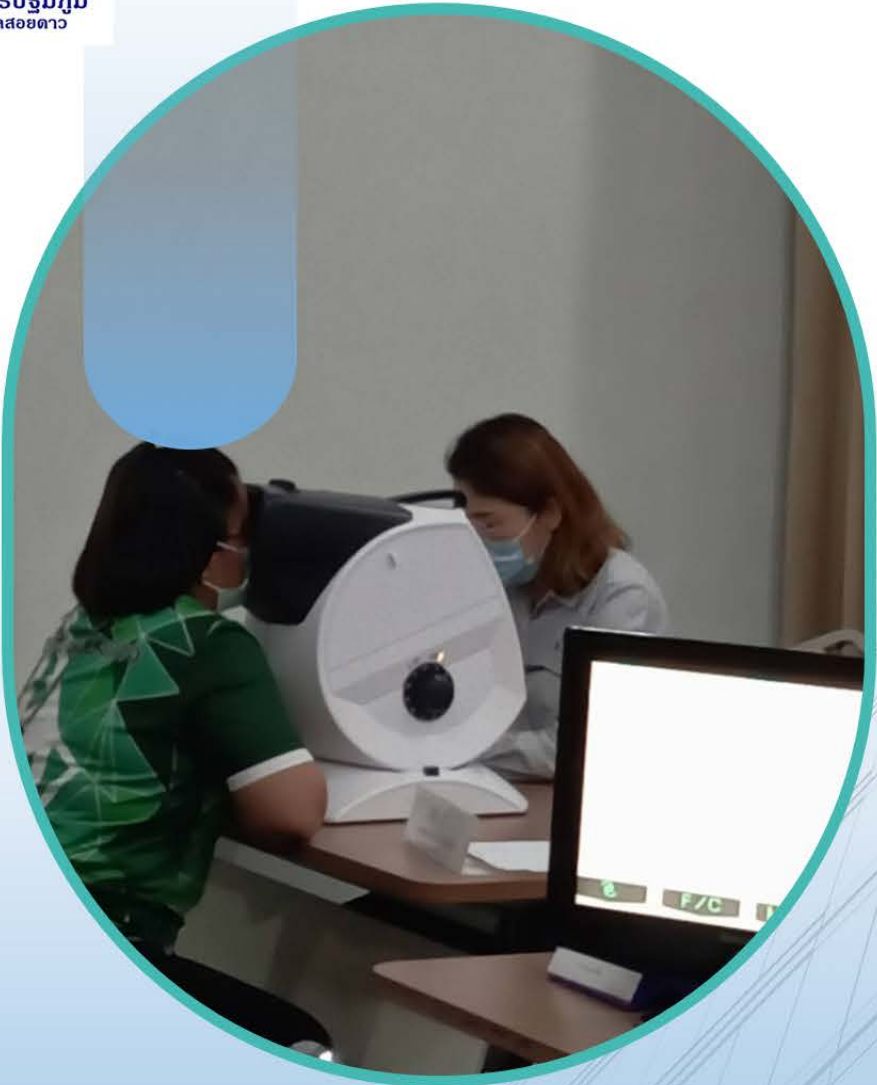
อาชีพ	ผู้ได้รับการคัดกรอง(คน)	ร้อยละ	ผลการคัดกรองฯ									
			ผลปกติ	ร้อยละ	ผลผิดปกติ	ร้อยละ	ผลมีความเสี่ยง	ร้อยละ	ผลไม่ปลอดภัย	ร้อยละ	ไม่ระบุรายละเอียด	
การเกษตร, ป่าไม้, ประมง	2	1.52	1	0.76	1	0.76	0	0.00	0	0.00		
พนักงานต้อนรับทั่วไป	1	0.76	1	0.76	0	0.00	0	0.00	0	0.00		
ผู้จำหน่ายสินค้าตามบ้าน	8	6.06	5	3.79	1	0.76	2	1.52	0	0.00		
ผู้ปลูกพืชไร่และพืชผัก, ทำไร่, ชาวนาปลูกข้าว	14	10.61	3	2.27	2	1.52	1	0.76	8	6.06		
ผู้ปลูกไม้ยืนต้นและไม้ผล, คนงานกรีดยาง, ผู้ปลูกยาง	60	45.45	14	10.61	22	16.67	14	10.61	10	7.58		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	5	3.79	1	0.76	2	1.52	0	0.00	2	1.52		
คนงานรับจ้างทั่วไป	35	26.52	15	11.36	12	9.09	6	4.55	2	1.52		
ไม่มีงานทำ	7	5.30	2	1.52	3	2.27	2	1.52	0	0.00		
รวม	132	100.00	42	31.82	43	32.58	25	18.94	22	16.67		

หมายเหตุ :: - ประเมินจากการบันทึกข้อมูลแบบ SPECIALPP สืบความเข้าใจด้วย รหัสสถานพยาบาลและเลขบัตรประชาชน - เฉพาะประชาชนสัญชาติไทยเท่านั้น - จากผลการคัดกรองครั้งสุดท้ายในปีที่ประเมินเท่านั้น รหัส SPECIALPP ที่ใช้ในการคัดกรอง คือ - 1B1170 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปกติ - 1B1171 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลปลอดภัย - 1B1172 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลมีความเสี่ยง - 1B1173 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ผลไม่ปลอดภัย - 1B1179 การตรวจคัดกรองเพื่อหาความเสี่ยงจากสารกำจัดศัตรูพืช ไม่ระบุรายละเอียด

วันที่ประมวลผล :: 3 ธันวาคม 2567



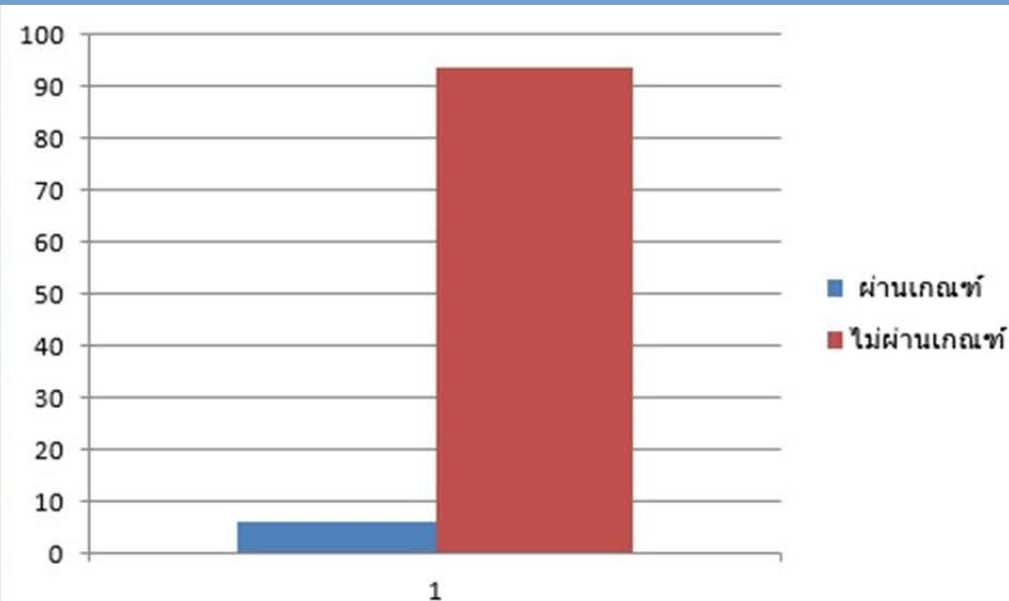
ให้บริการตรวจวัดความ เสี่ยงจากการทำงานของ จนท.รพ.สอยดาว





ผลการตรวจตา

ผลการตรวจ	จำนวน	%
ผ่านเกณฑ์	10	6.2
ไม่ผ่านเกณฑ์	52	93.8
ผลสรุป	62	100%





ตรวจวัดความเสี่ยงด้วย เครื่องมือทางอาชีวสุขศาสตร์ จาก รพศ.พระปกเกล้า จันทบุรี

เพื่อเป็นการทำให้สภาพแวดล้อมภายใน
โรงพยาบาลมีความปลอดภัยป้องกัน
อันตรายที่อาจเกิดกับเจ้าหน้าที่ของ รพ.
และผู้มารับบริการ



รายงานผลการตรวจวัด สภาพแวดล้อมในการทำงาน โรงพยาบาลสอยดาว วันที่ 2 ตุลาคม 2567



วิธีวิเคราะห์ : ระดับความร้อน

เครื่องมือ : Heat Stress Monitor QUESTemp °34 Serial Number : TET050005

วันที่ตรวจวัด : 2 ตุลาคม 2567

ตารางผลการตรวจวัดความร้อน

จุดที่ตรวจวัด	เวลาตรวจวัด	ระดับภาระงาน	WBGT เฉลี่ย (° C)	ค่ามาตรฐาน (° C)	ผลการ ประเมิน
เครื่องอบผ้า	09.25 – 09.51 น.	งานเบา	25.4	≤ 34	ผ่าน
เตาประกอบอาหาร (ช่วงเวลาที่ยืนตัวอย่างสงบ)	13.46 – 14.05 น.	งานปานกลาง	26.4	≤ 32	ผ่าน
ซัฟฟลาย(เครื่องนึ่ง)	09.55 – 10.20 น.	งานเบา	26.3	≤ 34	ผ่าน

หมายเหตุ *ค่ามาตรฐานอ้างอิงตามกฎหมายกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง 2559

**ผลการตรวจอ้างอิง ณ วันที่ทำการตรวจวัดเท่านั้น



ผลตรวจระดับ ความร้อน

ผลการตรวจระดับ แสงสว่าง



วิธีวิเคราะห์ : แสงสว่าง

เครื่องมือ : Lux Meter S748940

วันที่ตรวจวัด : 2 ตุลาคม 2567

ตารางผลการตรวจวัดแสงสว่างในที่ทำงาน

จุดที่ตรวจวัด	ลักษณะงาน	ค่าที่วัดได้ (ลักซ์)	*ค่าความเข้ม ของแสงสว่าง (ลักซ์)	เปรียบเทียบ	หมายเหตุ
คลินิกพิเศษ					
โต๊ะซักประวัติ คลินิกพิเศษจุดที่ 1	งานเขียนและงานบันทึก	381	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะซักประวัติ คลินิกพิเศษจุดที่ 2	งานเขียนและงานบันทึก	271	400 - 500	ไม่ผ่าน	
ห้องตรวจแพทย์คลินิกพิเศษ	งานเขียนและงานบันทึก	253	400 - 500	ไม่ผ่าน	
ห้องทำงานอำนวยการ	งานเขียนและงานบันทึก	358	400 - 500	ไม่ผ่าน	
ห้องทำงานจิตเวช	งานเขียนและงานบันทึก	191	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานจุดสกรีนคลินิก	งานเขียนและงานบันทึก	251	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณธีระพร	งานเขียนและงานบันทึก	104.9	400 - 500	ไม่ผ่าน	
ห้องทำงานคลินิกพิเศษ	งานเขียนและงานบันทึก	178.4	400 - 500	ไม่ผ่าน	
OR					
ห้องผ่าตัด(ตึกเก่า)	เตียงผ่าตัด	5500	≥2400	ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณนุ้ย	งานเขียนและงานบันทึก	134.9	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณเปิ้ล	งานเขียนและงานบันทึก	304	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะแพทย์น้ำหนึ่ง	งานเขียนและงานบันทึก	190	400 - 500	ไม่ผ่าน	
ANC					
โต๊ะคุณศุภาพิชญ์	งานเขียนและงานบันทึก	140.7	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะคุณทรงสมร	งานเขียนและงานบันทึก	147.1	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานห้องคลอด	งานเขียนและงานบันทึก	126.5	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณนัชสิมา	งานเขียนและงานบันทึก	70.4	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณทิพย์วิทย์ เกษตร	งานเขียนและงานบันทึก	162.6	400 - 500	ไม่ผ่าน	
PCU					
โต๊ะทำงานคุณอุทิศ	งานเขียนและงานบันทึก	252	400 - 500	ไม่ผ่าน	
โต๊ะทำงานคุณรัตติกาล	งานเขียนและงานบันทึก	277	400 - 500	ไม่ผ่าน	

หมายเหตุ *ค่ามาตรฐานอ้างอิงตามกฎหมายกำหนดมาตรฐานในการบริหาร จัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง 2559 แก้ไขปรับปรุงค่ามาตรฐาน ความเข้มของแสงสว่างตามประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2561

****ผลการตรวจอ้างอิง ณ วันที่ทำการตรวจวัดเท่านั้น**

ผลการตรวจวัดปริมาณ คาร์บอนไดออกไซด์



วิธีวิเคราะห์ : CO₂ (ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์)

เครื่องมือ : Air velocity & IAQ measuring instruments testo 440 dP

วันที่ตรวจวัด 2 ตุลาคม 2567

ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศ

จุดที่ตรวจวัด	ผลการตรวจวัด (ppm)	ค่ามาตรฐาน* (ppm)	เปรียบเทียบ	หมายเหตุ
ห้องผ่าตัดใหญ่(ตึกเก่า)	555	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องคลอด(ห้องทำงาน)	586	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องทำคลอด	553	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องฝากครรภ์	812	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องกายภาพ	795	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องแพทย์แผนไทย	575	≤ 1000	ผ่าน	
ตึกผู้ป่วยชาย	1166	≤ 1000	ไม่ผ่าน	
ตึกผู้ป่วยหญิง	677	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องจัดเตรียมอุปกรณ์สะอาด	754	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องพับน้ำ	773	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องผ่าตัดเล็ก(ER) ณ วันที่ตรวจวัดไม่มีการใช้งาน	592	≤ 1000	ผ่าน	แอร์เสีย
ห้องตรวจอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	780	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องบริหาร	818	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องประชุมคงคาสัย	449	≤ 1000	ผ่าน	
ศูนย์ประกัน	722	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องยา	994	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องทันตกรรม	746	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องชันสูตร	725	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องตรวจต่างตัว	1298	≤ 1000	ไม่ผ่าน	
ห้อง IT	1055	≤ 1000	ไม่ผ่าน	
ห้อง X-ray	539	≤ 1000	ผ่าน	
ห้องทำงาน X-ray	582	≤ 1000	ผ่าน	
ห้อง CT	506	≤ 1000	ผ่าน	

หมายเหตุ *อ้างอิงค่ามาตรฐานตามประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังคุณภาพอากาศภายในอาคารสาธารณะ พ.ศ.2565

13

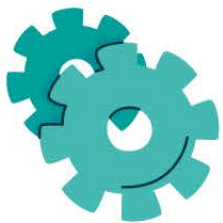
งานสุขาภิบาลอาหาร

งานสุขาภิบาลอาหาร

- ตรวจมาตรฐานโรงครัวตามมาตรฐานของกรมอนามัย
- ตรวจหาสารปนเปื้อนในอาหาร



ตรวจทางกายภาพ มาตรฐานโรงครัวใน โรงพยาบาล



ตรวจมาตรฐานโรงครัวตามมาตรฐานของกรมอนามัย
ทางกายภาพ เพื่อให้สถานที่ปรุงอาหารสำหรับผู้มารับ
บริการมีความปลอดภัย อาหารสะอาด รสชาติอร่อย





ตรวจหาการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียใน
 อาหารและภาชนะด้วยน้ำยา SI2 ทุก 3 เดือน

- ผลการตรวจปี 2567 ไม่พบเชื้อการ
 ปนเปื้อนแบคทีเรีย ทั้งในอาหารและ
 ภาชนะ





ตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร 4 ชนิด ตลาดนัดและตลาดขายของสด

1. สารฟอกขาว
2. สารบอแรกซ์
3. ฟอร์มาลิน
4. สารกันรา



14

รวมภาพกิจกรรม

CQI / นวัตกรรม

ผลการใช้แนวทางการดำเนินงานการจัดการ
โรคเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบของผู้ป่วยเบา

หวาน

ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลสอยดาว
ตำบลปะตง อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี

นำเสนอโดย

นางรังทิศา สุขเจริญ

นายอุทิศ ศรีอ่อน

นางสาวเปรมจิต วงษ์พระจันทร์

CQI

PLATFORM ONLINE
2Q9Q

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรร่วม

CQI
ชื่อเรื่อง
หาหมอ...รอไม่นาน

CQI

การพัฒนาระบบการ
ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน
ศูนย์สุขภาพชุมชน
รพ.สอยดาว



CQI / นวัตกรรม

