

II-9 การทำงานกับชุมชน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ผู้รับบริการพึงพอใจ มีเครือข่ายบริการสุขภาพ ชุมชนเข้มแข็ง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการในชุมชน	85%	97.20	NA	89.45	NA	NA
จำนวนเครือข่ายชุมชน/ ชุมชนเข้มแข็งมี กระบวนการDHS	100%	22 แห่ง	22 แห่ง	22 แห่ง	22 แห่ง	22 แห่ง

บริบท:

ชุมชนที่รับผิดชอบ ความต้องการ ศักยภาพ กลุ่มเป้าหมายสำคัญ:

อำเภอกันตังมีพื้นที่ทั้งหมด 612.67 ตารางกิโลเมตร สภาพที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่ม ๆ ตอนภูเขาเตี้ย ทางทิศตะวันออกมีเทือกเขา ทางทิศตะวันตกมีแม่น้ำไหลผ่านใจกลางอำเภอมีความยาว 40กิโลเมตร ลักษณะดินส่วนใหญ่ดินร่วนปนทราย ป่าชายเลน และพื้นที่บางส่วนเป็นเกาะคือ เกาะมุกด์ เกาะลิบง ลักษณะอากาศเป็น 3 ฤดู ร้อน ฝน หนาว ประชาชนนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 70.46 ศาสนาอิสลามร้อยละ 28.64 อื่นๆ 0.90 อาชีพส่วนใหญ่สวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน ประมง มีแรงงานต่างชาติในสถานประกอบการต่างๆ อำเภอกันตังแบ่งการปกครองทั้งหมด 13 ตำบล 83 หมู่บ้าน อยู่ในเขตความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลและ12 ชุมชนอยู่ในเขตความรับผิดชอบของเทศบาลเมืองกันตัง ประชากรอำเภอกันตัง จำนวน 70,689 คนเพศชาย 35,069 คน เพศหญิง 35,620 คน 21,820หลังคาเรือน มีสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ที่มีอย่างทั่วถึงจำนวน รพ.สต.20 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และศูนย์สาธารณสุขเทศบาล 1แห่ง และคลินิกเอกชนในเขตเทศบาลอำเภอกันตัง แบ่งกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญต่างๆ ดังนี้ แรกเกิดถึงเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยรุ่นวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มโรคทางสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง และโรคหัวใจ แต่ละพื้นที่มีการทำประชาคมหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1ครั้ง มีการวิเคราะห์ชุมชน หาปัญหา หรือสิ่งที่ต้องการจะพัฒนาชุมชน จัดทำแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินงานการจัดการสุขภาพของคนอำเภอกันตัง ได้รับการบริการทางด้านสุขภาพที่มีความครอบคลุม ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ 14 กองทุนและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงานเพื่อให้คนกันตังมีสุขภาพที่ดี

กระบวนการ:

การจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชน:

- บริการที่มีในชุมชนจัดโดยรพ./เครือข่าย ตามแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	การให้บริการ
กลุ่มเด็กปฐมวัย	1.บริการฉีดวัคซีนแก่เด็กแรกเกิด-5ปี ตามเกณฑ์มาตรฐานEPI 2. ประเมินภาวะโภชนาการ พัฒนาการ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงให้แก่ผู้ปกครอง
กลุ่มวัยรุ่น	1.ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพจิตในโรงเรียน
กลุ่มวัยรุ่น	1.ให้ความรู้ เรื่องเพศศึกษาที่เหมาะสม ให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ 2.จัดตั้งคลินิกมิตรวัยรุ่น จัดกิจกรรม ชมรมต่าง ๆเช่นTo be number1,การสร้างเสริมการออกกำลังกาย,เศรษฐกิจพอเพียง 4.ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง 5. บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์
กลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59ปี	1.คัดกรองเบาหวาน ความดัน คัดกรองซึมเศร้า ปีละ 1 ครั้ง 2.คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกในเพศหญิง ปีละ 1 ครั้งในกลุ่มอายุ35ปีขึ้นไป ,บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์
กลุ่มผู้สูงอายุ อายุ60ปีขึ้นไป	1. คัดกรองสุขภาพตามกลุ่มเป้าหมายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ 2. ดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม 3. ส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง 4. อสม.อผส. แกนนำชุมชน องค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนร่วมกันสร้าง พัฒนาชมรมผู้สูงอายุและทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ยั่งยืน 5. บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์ 6.ประเมินภาวะสุขภาพด้วยเครื่องมือ ADL /คัดกรองตาต่อกระจกและส่งต่อรักษา ผ่าตัดตา คัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ 7. อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Giver) เพื่อดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ 8. เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในกลุ่มที่ 2 และ 3โดยทีมสหวิชาชีพ
กลุ่มผู้ด้อยโอกาส/ผู้พิการ	1.ประเมินภาวะสุขภาพและดำเนินการขึ้นทะเบียน 2.ดูแลสุขภาพโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ 3.หน่วยบริการ,อสม., แกนนำชุมชนองค์กรท้องถิ่นและภาคประชาชนร่วมกันดูแล ส่งเสริม พื้นฟูสภาพ 4.ดูแลติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย 5. บริการวัคซีนที่จำเป็นตามเกณฑ์

การจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชนโดยร่วมมือกับองค์กรและผู้ให้บริการอื่น ๆ:

- บริการที่มีในชุมชนจัดโดยมีองค์กรอื่นๆในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ได้แก่ลักษณะการดำเนินงาน การช่วยเหลือสนับสนุน การส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาทักษะสุขภาพ การช่วยสร้างเครือข่าย

การมีส่วนร่วมกับเครือข่ายภายนอกเช่น โครงการมองโลกสวยด้วยตาใส บริการใกล้บ้าน ใกล้ใจ(การคัดกรองตาและผ่าตัดต้อกระจก) มีการทำงานร่วมกับแกนนำชุมชนในแต่ละพื้นที่อำเภอ กันตัง เช่น อบต.ประชาสัมพันธ์โครงการเพื่อให้ประชาชนรับทราบ,อสม.ค้นหา คัดกรองตาเบื้องต้น และถ้ามีความผิดปกติ จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจซ้ำ และมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลบ้านแพ้ว ประเมินซ้ำ นัดทำหัตถการ โดยส่งตัวไปทำที่โรงพยาบาลนาโยง

การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการทำ War room หาแนวทางการควบคุมป้องกันไม่ให้เกิดโรคไข้เลือดออกที่เพิ่มขึ้น เพื่อให้หมู่บ้าน ชุมชน โรงเรียน โรงพยาบาล ปลอดภัยน้ำยุงลาย ชุมชนจัดทำแผนงาน โครงการ จัดตั้งงบประมาณในการดำเนินงานและมีการดำเนินการตั้งนี้รณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ปฏิบัติตาม5ป.1ข.,อสม. เจ้าหน้าที่สำรวจลูกน้ำยุงลาย ทุกสัปดาห์,รณรงค์ใหญ่ทั้งอำเภอในช่วงก่อนเดือนที่มักจะพบการระบาด อย่างเคร่งครัด ทำให้ชุมชนสามารถดูแลตนเองและเมื่อมีรายที่สงสัยสามารถแจ้งแกนนำให้รับทราบเพื่อดำเนินการควบคุม ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ทันเวลา ดำเนินงานความครบถ้วนของการรายงาน รง.506 ปี 2555-2559 ร้อยละ 97.55, 65.6, 96.8, 92.71, 91.01 ความทันเวลาในการรายงาน รง.506 ปี 2555-2559 ร้อยละ97.55, 97.71, 17.70, 61.41, 99.57 มีการปฏิบัติการป้องกันอย่างเคร่งครัดและมีการรณรงค์พร้อมๆกันในภาพรวมระดับจังหวัดและมีเจ้าหน้าที่จากกรมควบคุมโรคติดต่อมา ประเมินทุก 3 เดือนและรายงานผลต่อจังหวัด กรมควบคุมโรค

งานจิตเวชและสุขภาพจิต มีบทบาทหน้าที่สำคัญหลักในการให้บริการแก่ชุมชนทางด้านการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตในบุคคลทั่วไป ส่งเสริม ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชในบุคคลกลุ่มเสี่ยง รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ติดตามผู้ป่วยเพื่อให้เข้ารับบริการบริการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง เน้นการคุ้มครองผู้บริโภค ให้บริการครอบคลุม กลุ่มโรค คือ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคสมองเสื่อม โรคลมชัก เด็กและวัยรุ่นในชุมชน ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและสุขภาพจิต รวมทั้งดูแลติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว ผู้ประสบภาวะวิกฤติ ให้สามารถปรับตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสามารถอยู่กับครอบครัวและสังคมได้ โดยเน้นให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วม มีบทบาทในการดูแลคนไข้ในพื้นที่ร่วมกัน เสมือนเป็นเจ้าของงานการดูแลผู้ป่วยด้วยคนในชุมชนเอง มีเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชในชุมชน สมาชิกในเครือข่ายประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเวชญาติผู้ป่วยจิตเวช อสม. ผู้นำชุมชน ตำรวจบ้าน และอาสาสมัครผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในชุมชนที่มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีในชุมชน รวมตัวกันเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวังการเกิดปัญหา นำคนป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทั้งระดับ รพ.สต. รพช. และติดตาม

เยี่ยมดูแลหลังการรักษา จำหน่ายจากโรงพยาบาล ในเรื่องการกินยา การติดตามการนัด ทั้งนี้ยังมี การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ ทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และให้ เป็นที่ยอมรับในชุมชน อยู่ร่วมกับคนอื่นได้ มีอาชีพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่น ชื่น สติธิบัตรผู้พิการทางจิต นอกจากนี้มีการทำงานร่วมกับโรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง มีการคัดกรอง พัฒนาการเด็กวัยเรียน คำนวณนักเรียนที่มีปัญหา 4 กลุ่มโรคได้แก่ สมาธิสั้น ภาวะพร่องการเรียนรู้ ออทิสติก ภาวะสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ และความฉลาดทางอารมณ์ โดยให้คุณครูได้รับการอบรม การคัดกรอง และส่งนักเรียนที่มีปัญหาเข้ารับคำปรึกษา และช่วยเหลือติดตามเด็กนักเรียนที่มีปัญหา นอกจากนี้ยังส่งเสริมการคัดกรองผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชให้ได้เข้าสู่กระบวนการ ช่วยเหลือ โดยร่วมกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการ คัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่งเสริมให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วน ร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยร่วมกับองค์กรชุมชน ในการสะท้อนปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยจิตเวชรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดการรักษา และร่วมกับฝ่าย ความมั่นคงอำเภอกันตัง สถานีตำรวจภูธรอำเภอกันตัง องค์การบริหารส่วนตำบล ผลักดัน พรบ. สุขภาพจิต 2551 การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินให้ได้เข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือรักษาโดย การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ออกหน่วยอำเภอยิ้มเดือนละ 2 ครั้ง และพอสว. ปีละ 2 ครั้งร่วมกับเครือข่ายอื่นเช่นทีม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนเจ้าหน้าที่ขนส่ง,เจ้าหน้าที่ตำรวจ ,อื่นๆ ดูแลทั้ง ทางด้านสุขภาพและการให้บริการทางด้านสังคม(ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ)กลุ่มโรคที่พบมากคือโรค ระบบทางเดินหายใจ,ระบบกล้ามเนื้อและข้อ,ระบบทางเดินอาหาร มีการสรุปผลการดำเนินงานและ คืบหน้าข้อมูลกลับสู่ชุมชนผ่านเวทีการประชุมประจำเดือนของอำเภอรับทราบข้อมูล มีการร่วมประชุม จัดทำแผนและหาแนวทางการดำเนินงานในแต่ละปี

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล เป็นกลยุทธ์สำคัญในการปฏิรูป ระบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพ โดยเน้นการ ส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ ประชาชนในตำบล หมู่บ้าน ชุมชน และพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีคุณภาพมาตรฐานและมี ศักยภาพมากขึ้น การให้บริการสุขภาพเชิงรุก มุ่งให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่าง เท่า เทียมและเสมอภาค ประชาชนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้ด้วย การสร้างสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท ของพื้นที่ อย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง ประชาชนและชุมชน อย่างมีส่วนร่วมยึดชุมชนเป็นฐาน ใช้บ้าน เป็นเรือนส่งเสริมสุขภาพและเรือนดูแลรักษาเมื่อยามเจ็บป่วย (Home ward) ภายใต้การบริหาร จัดการแบบมีส่วนร่วม มีความยืดหยุ่น คล่องตัว ยั่งยืน เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ ระบบบริการ สุขภาพที่ชุมชนสนับสนุน กำกับดูแล และรู้สึกเป็นเจ้าของ มุ่งสู่การที่จะทำให้เกิดสุขภาพะกับการลด ปัญหาสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมนั้น ต้องผสมผสานทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริม สุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งการจัดการ ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ อย่างต่อเนื่องในทุกระดับ เริ่มตั้งแต่ก่อนป่วย ดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และ ดูแลต่อหลังเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นองค์รวม โดยสนับสนุนและ

การมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง ได้จัดบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการโดยมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพพร้อมออกให้บริการกับ รพ.สต.ในเครือข่ายทั้ง 20 แห่ง ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ รวมถึงส่งต่อในกรณีที่พบมี ปัญหา โดยการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

โรงพยาบาลกันตัง เป็นศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้ (Kantang Learning and Coordinating Center : Kantang LCC) ปีงบประมาณ 2559 มีเครือข่ายจำนวน 6 เครือข่าย เครือข่ายสุขภาพอำเภอกันตัง เครือข่ายอำเภอเมืองตรัง เครือข่ายอำเภอย่านตาขาว เครือข่ายอำเภอนาโยง เครือข่ายอำเภอวังวิเศษ และเครือข่ายอำเภอห้วยยอด ได้จัดทำโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning : DHML) เพื่อให้แต่ละเครือข่ายได้นำความรู้ที่เรียนไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่สู่ระบบอำเภอเข้มแข็ง อำเภอกันตังมีพื้นที่นำร่องเครือข่ายสุขภาพอำเภอ คือ รพสต.บ้านมดตะนอย รพสต.บ้านนาเกลือใต้ รพสต.บ้านนาเหนือ และ รพสต.บางเป้า

งานผู้สูงอายุ การดำเนินงานได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขตที่ 12 ในการจัดโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวในเขตพื้นที่ อำเภอกันตัง โดยจัดอบรมให้ความรู้และทักษะ ความมั่นใจ ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนให้เหมาะสม ตามบริบทภายใต้การมีสัดส่วน 1 คนต่อผู้สูงอายุในระยะพึ่งพิง 5-10 คน โดยอำเภอกันตังได้มีพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) 2 พื้นที่ ได้แก่ รพสต.ควนธานี ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกันตัง ส่วนรูปแบบการดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 10 วันโดยใช้หลัก 70 ชั่วโมง กรมอนามัย ได้แก่ การฝึกปฏิบัติงานของ (Care giver) ในสถานบริการ และในชุมชน แบ่งเป็น ทฤษฎี 50 ชั่วโมง และปฏิบัติในชุมชน 20 ชั่วโมง การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) โดยมี ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care manger) / ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ในการประเมิน/คัดกรอง ADL,จำแนกผู้สูงอายุระยะยาว (TAI) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสีแดง ลงเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ,กลุ่มสีเหลือง ลงเยี่ยมเดือนละ 2 ครั้ง , กลุ่มสีฟ้า ลงเยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแบ่งระดับความเร่งด่วนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan)

การดำเนินงานPCC (Primary Care cluster)ในเครือข่ายอำเภอกันตัง แบ่งการดูแลเป็น 4 โซน มีทีมสหสาขาอาชีพในการดูแล มีบริการใกล้บ้านใกล้ใจ สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก มีบริการนำโดยทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพในการเยี่ยมบ้าน การบริการเชิงรุกในการคัดกรอง สร้างเสริมสุขภาพ ให้สามารถดูแลและพึ่งตนเองให้ได้มากที่สุด สร้างเครือข่ายการดูแล ช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาส

ภาพรวมของการทำงานร่วมกับชุมชน: การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การสร้างเครือข่าย:

● ชุมชนมีส่วนร่วม และลักษณะการเข้าร่วม

ประเด็นที่ชุมชนมีส่วนร่วม	ลักษณะการเข้าร่วม
การทำประชาคม	- ภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้าร่วมการทำประชาคมปีละ 1 ครั้ง โดยมีการรับรู้ข้อมูล เสนอแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมเพื่อพัฒนาชุมชน
เครือข่ายป้องกันปัญหายาเสพติด	- มีการสมัครเข้าชมรม To be Number1 เป็นแกนนำสอดส่องดูแล ให้ชุมชน โรงเรียนปลอดภัยยาเสพติด
เครือข่ายสุขภาพจิต	- มีทีมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พี่พู่ทักษะทางสังคมมีเครือข่ายมอ.มามีส่วนร่วมด้วย
ตำบลเศรษฐกิจพอเพียง	- แกนนำชุมชนสร้างศูนย์การเรียนรู้ในการดำเนินการเศรษฐกิจพอเพียงในชุมชน การปลูกผักปลอดสารพิษ ปลูกผักต่างๆ วิถีชุมชนการอยู่อย่างพอเพียง
การพัฒนาศักยภาพแกนนำ	- องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพแกนนำในเรื่องต่างๆที่สามารถนำมาพัฒนาชุมชนได้ เช่นพัฒนาศักยภาพในการป้องกัน เฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก (SRRTตำบล), การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ, การดำเนินงานการจัดทำแผนงาน โครงการต่างๆ
ชุมชนต้นแบบ และรูปแบบการมีส่วนร่วมในการจัดบริการด้านต่าง ๆ	ทีมภาคีเครือข่ายร่วมดำเนินการในเรื่อง - การจัดระบบหรือบริหารระบบหลักประกันสุขภาพในท้องถิ่น - การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน - การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน - การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์พื้นบ้าน แผนไทย
การส่งเสริมสุขภาพ การจัดกิจกรรมหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค	- เป็นแกนนำในการส่งเสริมการออกกำลังกายในพื้นที่ - แกนนำณรงค์ ประชาสัมพันธ์เรื่องความรู้ สถานการณ์ต่างๆ เพื่อให้ชุมชนรับทราบข้อมูล - ร่วมคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นแก่กลุ่มเป้าหมาย
การดูแล พี่นฟูสุขภาพ	- ร่วมทีมหรือการช่วยติดตามเยี่ยม ดูแลกลุ่มเป้าหมายที่มีความจำเป็นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ:

- นโยบายสาธารณะที่ขับเคลื่อนเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม

อำเภอกันตังมีการดำเนินงานด้านสุขภาพโดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบเป็นเขตตำบลและเทศบาล โดยแต่ละพื้นที่มีการดำเนินงานภายใต้บริบทที่หลากหลาย เช่นสภาพพื้นที่ ชุมชน การได้รับการสนับสนุน ทัศนคติของเจ้าหน้าที่และความร่วมมือของภาคีเครือข่าย บริบทที่แตกต่างกันส่งผลให้การดำเนินงานด้านสุขภาพ สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ความคุ้มครอง การเข้าถึงบริการ ของประชาชนได้รับไม่ทั่วถึง และแตกต่างกัน แกนนำภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตังได้แก่ตัวแทนประชาชน ผู้สูงอายุ อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ครู ตำรวจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ความคิดร่วมกันว่า ทิศทางการดำเนินงานด้านการสุขภาพควรเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยกำหนดกรอบ และแนวทางการดำเนินงานซึ่งเป็นภาพรวมของการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์สุขภาพของแต่ละชุมชนทั่วทุกพื้นที่เพื่อนำไปสู่การปฏิรูประบบสุขภาพ จัดทำธรรมนูญสุขภาพอำเภอกันตังเพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพสู่จุดมุ่งหมายหลักคือ ชาวอำเภอกันตังมีสุขภาพที่ดี

กระบวนการมีส่วนร่วมของคนในอำเภอกันตัง จะมีการร่วมกำหนด แต่งตั้ง คณะกรรมการดำเนินงาน 3 ฝ่าย (ด้านความคิดเห็น, ยกร่าง, ประชาสัมพันธ์ สื่อสารและติดตาม), มี ค้นหา วิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์แบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเป็นฐานข้อมูลกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง มีช่องทางรับความคิดเห็นโดยการส่งแบบสอบถามไปยังครัวเรือน การจัดทำเวทีสมัชชาฯรับฟังปัญหาในทุกตำบล และนำเสนอเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้มีส่วนร่วมในการพิจารณา เติมเต็ม ยกร่างเป้าหมาย ทิศทาง มาตรการ จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชน สรุปเป็นนโยบายสาธารณะว่าด้วยระบบสุขภาพที่พึงปรารถนาของคนในพื้นที่ ประกาศใช้ โดยผ่านการจัดทำ MOU ระหว่างหัวหน้าส่วนราชการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับนายอำเภอกันตัง นโยบายสาธารณะที่ประชาชนอำเภอกันตัง ได้แก่ คนกันตังมีสุขภาพที่ดี

การส่งเสริมความสามารถของกลุ่มต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญของชุมชน:

- กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนที่องค์กรเข้าไปมีส่วนร่วมส่งเสริมความสามารถและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นที่เกิดจากการดำเนินงานดังกล่าว

กลุ่มผู้สูงอายุ มีการประชุมผู้สูงอายุ ร่วมทำกิจกรรมทุกเดือน เช่นการสวดมนต์ไหว้พระ การร้องเพลงอวยพรวันเกิด การทำกายบริหาร กิจกรรมสนทนา การแข่งขันกีฬาผู้สูงอายุ การทำกลุ่มสร้างรายได้เช่นการทำยาต้ม การทำไม้กวาด ตะกร้า มีกิจกรรมที่ได้ทำร่วมกันทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ ที่การเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้สูงอายุตนเอง

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมและสร้างเครือข่ายของชุมชน รวมทั้งการเป็นคู่พันธมิตรที่เข้มแข็งกับชุมชน โดยการส่งเสริมให้มีเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพในทุกตำบลและให้มีคณะกรรมการชมรมสร้างสุขภาพระดับอำเภอ โดยกรรมการจากตัวแทนของชมรมสร้างสุขภาพในตำบล พร้อมทั้งการให้ความรู้และทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องแก่แกนนำในแต่ละชุมชน โดยจัดอบรมเพื่อนำความรู้ไปถ่ายทอดแก่สมาชิกต่อไปและมีการออกประเมินชมรมสร้างสุขภาพเพื่อยกระดับชมรมให้ได้มาตรฐาน

พร้อมทั้งมีการจัดเวทีให้สมาชิกเครือข่ายชมรมสร้างสุขภาพพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการสร้าง เครือข่ายการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยการจัดอบรมให้ความรู้ในเรื่องการคัดกรองผู้ป่วยและผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนแก่ อสม. เพื่อสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของชุมชนในการปรับปรุงสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของชุมชน และให้องค์กรในชุมชนสามารถแสดงบทบาทสร้างชุมชนเข้มแข็ง

การส่งเสริมพฤติกรรมและทักษะสุขภาพส่วนบุคคล:

- กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและภาพรวมของความร่วมมือที่เกิดขึ้น
กิจกรรมในการดำเนินการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มต่างๆดังนี้

1. กลุ่มปกติ มีแกนนำภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ส่งเสริมให้ได้รับการคัดกรองสุขภาพได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง ภาวะซึมเศร้า มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม การคัดกรองวัณโรค ปีละ 1 ครั้ง ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่อง 3อ.2ส. การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การป้องกัน ฝ้าระวังการเกิดโรคต่างๆ และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีหน่วยงานสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกายทั้งในโรงพยาบาล รพ.สต. ชุมชน การรณรงค์การสวมใส่หมวกนิรภัยทุกครั้งที่ใช้รถหรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ การคาดเข็มขัดนิรภัย การล้างมือทั้งในสถานบริการและชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2. กลุ่มเสี่ยง จากข้อมูลประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งในเรื่องการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่มีรสหวานเค็มมัน และออกกำลังกายน้อย เครือข่ายจึงได้มีการจัดกิจกรรมสร้างความตระหนัก สร้างแรงจูงใจ ในบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ โดยการประกาศนโยบายให้มีการออกกำลังกายและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารร่วมกัน จัดรูปแบบหลากหลายในการออกกำลังกายแต่ละวันให้เลือกตามความถนัด เสริมสร้างสุขภาพด้วยกลยุทธ์ 3อ. 2ส. เปิดบริการ clinic ไฟฟ้า (ลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา) clinic DPAC ในทุกสถานบริการ และจัดโครงการลดเอเวลดฟุงให้บุคลากรและประชาชนกลุ่มเสี่ยง จัดอบรมแกนนำสูตรเด็ด 755 เข้าร่วมโครงการออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร มีการตรวจสุขภาพประเมินซ้ำทุก 3 เดือน โดยเจ้าหน้าที่ร่วมกับอสม. ประเมินผลและมอบรางวัลแก่บุคคลตัวอย่างทางด้านสุขภาพ(Role Model) เพื่อเป็นขวัญ กำลังใจ และแบบอย่างที่ดีของคนในชุมชน

3. กลุ่มป่วย มีบริการใกล้บ้านใกล้ใจ จัดเข้าคลินิกเฉพาะโรค ตรวจสุขภาพตามเกณฑ์ ให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติที่เหมาะสมกับโรค การป้องกัน ฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีทีมสหสาขาอาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านดู Life style ของผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและฝึกทักษะส่วนบุคคลให้เหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เป็นอยู่จริง

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทักษะสุขภาพ:

- ผลการประเมินการเปลี่ยนแปลง แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีทักษะสุขภาพเพิ่มขึ้น

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย(%)	2557	2558	2559
1.	การเกิดเบาหวานรายใหม่	5	3.66	4.96	5.98
2.	การเกิดความดันโลหิตสูงรายใหม่	10	1.86	6.09	4.23
3.	การเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่		15.49	19.21	8.29
4.	พฤติกรรมสูบบุหรี่		15.18	14.85	15.17
5.	พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์		13.15	7.60	8.39
6.	พฤติกรรมออกกำลังกาย >3 ครั้งต่อสัปดาห์		43.07	45.12	47.71
7.	พฤติกรรมรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน		25.22	25.05	22.22
8.	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	40	50.38	49.75	45.48
9.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดี	50	63.45	44.64	42.51
10.	ผู้ป่วย COPD ควบคุมอาการได้	60	54.39	48.86	53.26

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ มีแนวโน้มลดลง ได้มีการนำข้อมูล เมื่อปี 2559 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ ได้เพียงร้อยละ 45.48 พบว่า ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิก เบาหวาน ของรพ. ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้น้อย คือ กลุ่ม อายุน้อยกว่า 35 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี และกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มวัยทำงาน จากการเก็บข้อมูลรายบุคคล ในการจัดการรายการนี้ สาเหตุหลักคือ การรับประทานยา การฉีดยา ไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร จากความเข้าใจการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ไม่ตรงกับ Life style และ พฤติกรรมรับประทานอาหาร มักซื้ออาหารนอกบ้านมารับประทาน และพฤติกรรมดื่ม ชา กาแฟ รวมทั้งกิจกรรมออกกำลังกาย มีไม่เพียงพอ และไม่ได้ออกกำลังกายเลย จึงได้มีการจัดการ โดยเน้นการมีสุขภาพแบบพึ่งตนเอง โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา กายภาพบำบัด และโภชนาการ แพทย์แผนไทย จัดเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrol ขึ้นใน ปี งบประมาณ 2560 และ

มีการประสานความร่วมมือกับรพสต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ในเรื่องการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในพื้นที่รพสต. โดยให้รพสต. ติดตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วย uncontrol ได้เกิดความรู้ ความตระหนักต่อการดูแลตนเอง และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความดันอยู่ในเกณฑ์มีแนวโน้มลดลง พบว่า ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ไม่ดี อยู่ในกลุ่มอายุ 35 – 49 ปี เป็นกลุ่มคนในวัยทำงาน การทบทวนจึงต้องทบทวนร่วมกับรพสต. ในการดูแลผู้ป่วยความดัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับยา รพสต. และรพ. มีค่าร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ดี ใกล้เคียงกัน จึงได้มีการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งกลุ่มโซนช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม ในรพสต. ที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน และมีแพทย์ประจำแต่ละโซน เป็นหัวหน้าทีม ได้มีระบบการเตือนผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนนัด ในผู้ป่วยที่รับยา รพสต. โดยให้อสม. วัดความดัน หรือเจาะเลือด DTX จากที่บ้านผู้ป่วยก่อนวันนัด เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมารับยา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบจัดส่งยาให้ถึงบ้าน โดยมีอสม.มารับยาไปส่งให้ที่บ้าน และวัดความดันมาให้ด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดที่รพสต. มีการติดตามวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน (HMBP) ในผู้ป่วยที่มีความดันสูง ในปี 2560 มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม HMBP 24 คน พบว่า เป็นผู้ป่วย White coat Hypertension จำนวน 5 ราย และผู้ป่วยอีก 19 ราย สามารถควบคุมความดันได้ปกติ สำหรับการให้บริการในคลินิก มีกิจกรรม SKT ในผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ ที่ไม่ใช่ Severe HT

ผู้ป่วย COPD ที่เข้ารับบริการใน Easy COPD Clinic มีแนวโน้มควบคุมอาการได้มากขึ้นเนื่องจากมีการเข้าถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐาน จากข้อมูลในปี 2558 ร้อยละของการควบคุมอาการลดลง จึงมีการทบทวน พบว่า ผู้ป่วย COPD ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่ถูกต้อง ร้อยละ 38.72 การใช้ยาพ่น Controller ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 24.11 จึงมีการทบทวนในทีมการดูแลผู้ป่วย COPD โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้ เรื่องการจัดการกับอาการจับหอบให้เหมาะสม และให้ผู้ป่วย รับประทานควบคุมอาการ ได้รับการสอนและประเมินการพ่นยาถูกต้อง โดยทีมเภสัชกร และได้รับการสอน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการประเมินด้วย 6MWT ในปี 2558 ผลการประเมิน 6MWT จำนวน 83 คน ผลการประเมินหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดคิดเป็นร้อยละ 97.59 สำหรับผู้ป่วย very severe COPD รับประทาน home oxygen จำนวน 8 ราย ทำให้การ admitted ในผู้ป่วย 8 คนนี้ลดลง จากร้อยละ 8.26 ในปี 2558 เหลือ ในปี 2559 ร้อยละ 5.89

การณรงค์และจัดอุปกรณ์ล้างมือ ให้กับเจ้าหน้าที่และผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาล มีการณรงค์ประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย ติดป้าย จัดหาอุปกรณ์เจลล้างมือไว้ที่จุดหรือหน่วยงานที่มีการให้บริการ ผู้รับบริการสามารถกดใช้ได้ตลอดเวลา

รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจให้กับประชาชน เรื่อง 3อ. 2ส. เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การส่งเสริมบริการช่วยเหลือทางสังคมและการส่งเสริม สร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี:

- ภาพรวมการส่งเสริมให้มีบริการช่วยเหลือทางสังคมและการส่งเสริม สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

1. ออกหน่วยอำเภอยิ้ม พอสว.ร่วมกับเครือข่ายอื่นเช่นทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน เจ้าหน้าที่ตำรวจ วิทยาลัยการอาชีพ ดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและการให้บริการทางด้านสังคม(ให้บริการใกล้บ้านใกล้ใจ)

2. มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้พิการโดยชุมชน 1 ศูนย์เพื่อการเรียนรู้ มีความร่วมมือจากสถานศึกษาในการจัดหาอุปกรณ์ โดยใช้วัสดุที่มีอยู่ในชุมชนมาประยุกต์ใช้ ทำให้ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว พื้นตัวได้ดียิ่งขึ้น และจัดทำอุปกรณ์ดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของแต่ละบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามสภาพและจะขยายผลให้มีครอบคลุมทุกกลุ่มโซนภายในปี2560

3. ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ประชาชนและ อสม.ในการเพิ่มพื้นที่สีเขียวให้กับชุมชน โดยมีการรณรงค์ปลูกต้นไม้ในชุมชนให้เพิ่มมากขึ้นในวันสำคัญต่าง ๆ

4. จัดสถานที่ในการออกกำลังกายปรับภูมิทัศน์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพในแต่ละหมู่บ้าน โรงเรียน โรงพยาบาล โดยมีการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่นลานตะกร้อ ,สนามฟุตบอล,สวนออกกำลังกาย มีแกนนำในการออกกำลังกายเพื่อเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ

5. ให้ความรู้เรื่องส้วมทุกสถานบริการทั้งในโรงพยาบาล โรงเรียน สถานประกอบการทั้งหลายให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

6. ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจพอเพียง ได้แก่การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ การรักษ้ำป่า เพื่อให้สามารถเข้าใจถึงการอยู่อย่างพอเพียงให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- การพัฒนาที่เป็น CQI,นวัตกรรม หรือ ผลงาน/วิธีการต่างๆ เกี่ยวกับการทำงานในชุมชน

1. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวมในทุกสถานบริการ
2. ส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
3. ตำบลเศรษฐกิจพอเพียง
4. การพัฒนาคลินิกบริการโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. การลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา1-2ปีข้างหน้า
69.การจัดการบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับชุมชน		<ul style="list-style-type: none"> - ขยายระบบการสร้างเสริมสุขภาพเต็มพื้นที่ที่รับผิดชอบ - การประเมินและปรับปรุงการจัดบริการสำหรับชุมชนอย่างเป็นระบบ เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการในชุมชน
70.การเสริมพลังชุมชน		<ul style="list-style-type: none"> - เพิ่มชุมชนต้นแบบเป็นแบบอย่างของการพึ่งตนเองในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่