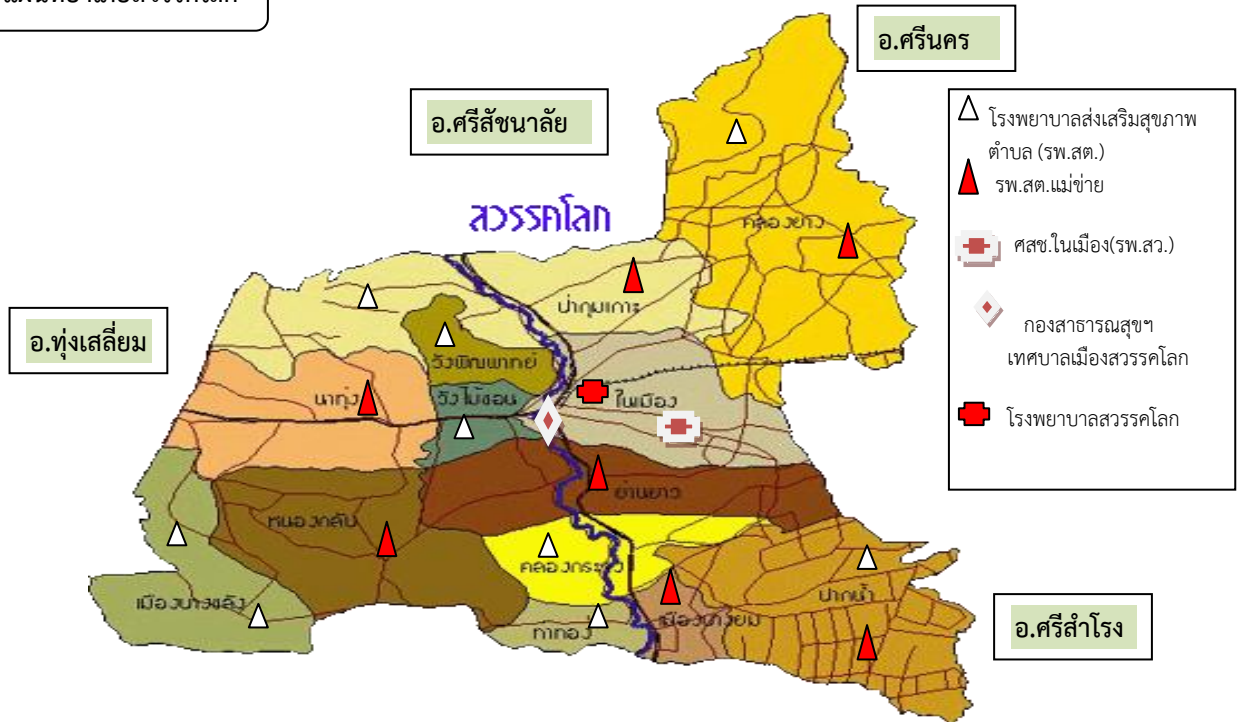


เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย เขต ๒ Sawankhaloke CUP

๑. ข้อมูลทั่วไป

อำเภอสวรรคโลก เป็นอำเภอขนาดใหญ่ เดิมเคยถูกแต่งตั้งให้เป็นจังหวัดมาก่อน จึงเป็นอำเภอที่มีศูนย์ราชการที่สำคัญ อาทิ เรือนจำสวรรคโลก ศาลจังหวัดสวรรคโลก สถานีรถไฟสวรรคโลก เป็นต้น

แผนที่อำเภอสวรรคโลก



พื้นที่การปกครองส่วนท้องถิ่น

สภาพการปกครอง อำเภอสวรรคโลกแบ่งการปกครองออกเป็น ๒ ฝ่าย

ฝ่ายบริหาร ได้แก่ - การบริหารส่วนภูมิภาค มี ๑๔ ตำบล, ๑๑๗ หมู่บ้าน, ๑๑ ชุมชน

- การปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น ๘ อบต., ๔ เทศบาลตำบล, ๑ เทศบาลเมือง

ฝ่ายตุลาการ ได้แก่ - ศาลสถิตยุติธรรม ๑ แห่ง ทันตสถาน ๒ แห่ง

จำนวนประชากรจากการสำรวจ ณ.วันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๕๗

ประชากรทั้งหมด ๗๘,๕๑๓ คน ชาย ๓๗,๕๔๒ คน หญิง ๔๐,๙๗๑ คน หลังคาเรือน ๒๓,๗๙๓ หลังคาเรือน

สภาพเศรษฐกิจส่วนรวมของอำเภอ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรมเป็นหลัก ซึ่งทำรายได้ให้แก่อำเภอปีละหลายพันล้าน คือการปลูกพืชไร่ นาข้าว ไม้ผล/ไม้ยืนต้น และเลี้ยงสัตว์ การประกอบอาชีพการเกษตรกรรมของประชากรในอำเภอสวรรคโลก คิดเป็นร้อยละ ๗๒.๕๐ ของประชากรทั้งหมด รายได้เฉลี่ยของประชากร ๕๘,๑๑๑ บาท/คน/ปี

ลักษณะสำคัญทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และประชากร

ข้อมูลด้านการศึกษา : โรงเรียนสามัญศึกษา ๔ แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา จำนวน ๕๔ แห่ง โรงเรียนเอกชน จำนวน ๔ แห่ง โรงเรียนสังกัดเทศบาลฯ จำนวน ๕ แห่งและการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ๑ แห่ง

ข้อมูลด้านศาสนา : วัด ๕๑ แห่ง สำนักสงฆ์ ๔ แห่ง พระภิกษุ ๓๔๗ รูป เณร ๓๐ รูป

ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข : โรงพยาบาล ๑ แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน(รพ.)๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๕ แห่ง รพ.สต.ขนาดใหญ่ ๑ แห่ง กองสาธารณสุขสิ่งแวดล้อมเทศบาลเมือง ๑ แห่ง

ข้อมูลทรัพยากรในชุมชน :

๑.อาสาสมัครสาธารณสุข ๑,๖๒๔ คน หมอพื้นบ้าน ๑๕๒ คน

๒.กองทุนสุขภาพตำบล ๑๓ กองทุน กองทุนยา ๘ กองทุน ร้านขายยา ๔ แห่ง คลินิกแพทย์ ๙ แห่ง

๓.ชมรมต่างๆ : ชมรม To Be No 1 ๑ ชมรม ชมรม อสม.ระดับอำเภอ ๑ ชมรม ชมรมผู้สูงอายุ ระดับหมู่บ้าน / อำเภอ ๑๑๗/๑ ชมรม ชมรมสร้างสุขภาพ ระดับหมู่บ้าน / อำเภอ ๑๑๗/๑ ชมรม ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว ระดับตำบล/อำเภอ ๑๙/๑ ชมรม ชมรมแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ๑ ชมรม ชมรมเบาหวานความดัน ระดับตำบล ๑๘ ชมรม ชมรมจิตอาสาอำเภอ ๑ ชมรม

๔. หอกระจายข่าว ๑๓๔ แห่ง วิทยุชุมชนท้องถิ่น ๖ แห่ง

๕. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ๓๑ แห่ง

วิสัยทัศน์

ผู้นำเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีมาตรฐาน ประสานภาคีทุกภาคส่วน ร่วมสร้างพัฒนาประชาชนสุขภาพดี

ยุทธศาสตร์ของเครือข่ายฯ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ บริการสุขภาพองค์รวม

ที่มีมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ประสานภาคีสุขภาพในการ

สร้าง พัฒนาระบบสุขภาพชุมชน

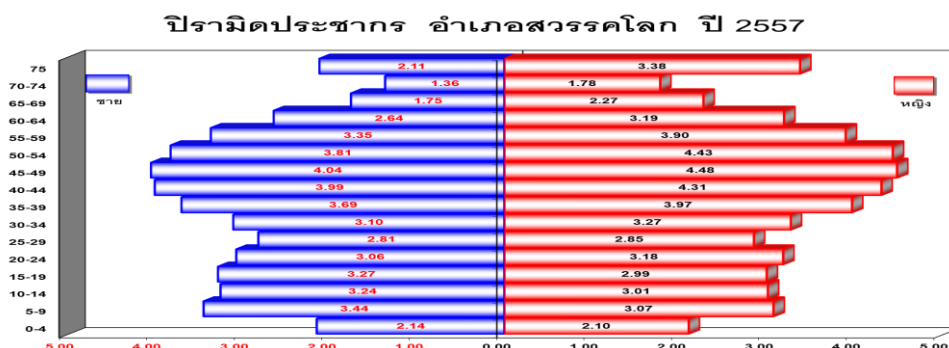
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ พัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ สร้างสรรค์ระบบบริการที่มีความสุข

เข็มมุ่งของเครือข่าย

การจัดการสุขภาพด้วยระบบสุขภาพอำเภอ(DHS) เพื่ออำเภอสุขภาวะ

๒. ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ

ปัญหาสุขภาพของพื้นที่



๑. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่

-โรคเรื้อรัง HT DM เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ

-โรคติดต่อ : ปอดบวม Sepsis TB โรคเฝ้าระวัง : อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่2009

- งานอนามัยแม่และเด็ก หญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี ANCเข้าและไม่ครบเกณฑ์ 5ครั้ง
- ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียดสูง แนวโน้มการฆ่าตัวตายสูงขึ้น จิตเภท

จากผลการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพดังกล่าว พบว่า ปัญหาสุขภาพในเรื่องโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเป็น ปัญหาตั้งต้นที่สะท้อนให้เกิดปัญหาโรคอื่นๆตามมา เชื่อมโยงไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิต ดังนั้นการดำเนินการเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จึงดำเนินการในรูปแบบของการบูรณาการแบบองค์รวม เพื่อตอบสนองปัญหาที่พบในชุมชน ประกอบกับพิจารณาการดำเนินงานตามเข็มมุ่งของเครือข่ายฯด้านการจัดการสุขภาพด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ส่วนในด้านโรคติดต่อ ได้มีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมกับอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง สะท้อนผลการดำเนินงานสู่เวทีคณะกรรมการอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งเพื่อให้เห็นการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ซึ่งสวรรคโลกมีเวทีที่สะท้อนข้อมูลให้กับคณะกรรมการทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับท้องถิ่น ระดับหัวหน้าส่วนราชการอย่างต่อเนื่องในเวทีต่างๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือ เห็นผลลัพธ์ที่ดีของการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมชัดเจน สวรรคโลกให้ความสำคัญในเรื่องของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ บริหารจัดการสุขภาพภายใต้ข้อมูลเป็นหลัก เป็นสิ่งที่สะท้อนให้คณะกรรมการระดับอำเภอเข้าใจ และเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อตอบสนองเรื่องโรค คุณภาพชีวิตและการมีสุขภาพที่ดีของคนสวรรคโลก ซึ่งที่ผ่านมาได้รับการตอบรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี อาทิ การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอย่างมีส่วนร่วม การระบาดของไข้หวัดใหญ่2009ในชุมชน การดูแลผู้พิการในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุ โครงการพระเยี่ยมโยม การดูแลสุขภาพจิตแบบบูรณาการ เป็นต้น

ด้านความพร้อมของทรัพยากรเครือข่ายฯ

เครือข่ายฯให้ความสำคัญกับทรัพยากรบุคคลเป็นหลัก สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขมีองค์ความรู้ด้านสุขภาพให้เพียงพอและสามารถตอบสนองความต้องการสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก เน้นเป้าหมายเรื่องความปลอดภัยของผู้รับบริการ(Patient Safety) ตอบสนองผู้รับบริการ(Customer Focus) ใช้ข้อมูลสุขภาพในแต่ละกลุ่มวางแผนในการจัดบริการที่ตอบสนอง ภายใต้การรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาประกอบการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนอง อาทิ การบริการการเข้าถึงตาต่อกระจกในผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการตอบสนองและให้ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นอย่างดี ส่วนด้านทรัพยากรและงบประมาณ ซึ่งก็เป็นสิ่งสำคัญในการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพ นอกจากจะได้รับการงบประมาณในส่วนราชการแล้ว ยังมีการสรรหางบประมาณจากด้านอื่นๆอย่างมีส่วนร่วม เช่น การออมบุญวันละบาท การทำบุญข้าวสารอาหารแห้งที่ได้ทั้งของ งบประมาณ ที่จะทำให้เห็นภาพของคนสวรรคโลกดูแลกันได้อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้บริหารเครือข่ายฯเน้นการตอบสนองภาวะสุขภาพเป็นหลัก และใช้หลักการดำเนินงานด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามเป้าหมายเข็มมุ่งของเครือข่าย ใช้ประโยชน์ของข้อมูลมาสู่การบริหารจัดการบุคลากร ของ งบประมาณ ให้ก่อเกิดประโยชน์สูงสุด สนับสนุนเครือข่ายให้มีความพร้อมในการบริการ เป็นไปตามเป้าหมายกลุ่มวัย สนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพบริการผ่านนวัตกรรม และงานวิจัยR2R ซึ่งเครือข่ายจะมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันทุกปี ซึ่งทำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี ๒๕๕๒ จนเกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กรและขับเคลื่อนเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ระบบงานด้านสุขภาพจะมีการออกแบบ ดำเนินการและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(CQI) เพื่อตอบปัญหาด้านสุขภาพที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ความท้าทายเชิงกลยุทธ์

เครือข่ายฯสามารถขยายผลการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนครอบคลุมในทุกกลุ่มสุขภาพในพื้นที่ เพื่อสานภาพของการดูแลสุขภาพร่วมกันในทุกภาคส่วนสู่เมืองสวรรคโลก เมืองแห่งสุขภาพ

๓.วิเคราะห์การจัดการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชนโดยใช้แนวคิดDHS PCA

๓.๑ ด้านการจัดบริการที่เชื่อมระบบจากแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้มุมมองUCCARE

เริ่มจากกำหนดเป้าหมายในการให้บริการ ใช้ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก มีคณะทำงานที่มีความเชื่อมต่องถึงชุมชน มีการสะท้อนข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายสู่การออกแบบบริการ พัฒนาองค์ความรู้ของผู้ดูแลด้านสุขภาพทุกระดับ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สะท้อนการให้คุณค่าซึ่งกันและกันทั้งในคณะทำงานและชุมชน เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจในการขับเคลื่อนการดูแลที่เป็นสุข

- เครือข่ายจะมีการสนับสนุนทรัพยากรทั้ง บุคลากร งบประมาณ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ให้กับหน่วยปฐมภูมิทั้ง ๑๘ เครือข่าย(รวมเทศบาลเมืองฯ) ให้มีการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างเพียงพอ เช่น บริการคลินิกทั่วไป คลินิกโรคเรื้อรัง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง รวมถึงสนับสนุนระบบที่เชื่อมต่อบริการ อาทิ ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ(IC) ระบบทำลายขยะติดเชื้อในชุมชน ระบบชั้นสูตร ระบบยาและเวชภัณฑ์ ระบบทันตกรรม กายภาพบำบัด การเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ เป็นต้น

๓.๒ ด้านการจัดบริการที่แก้ปัญหาสาธารณสุขที่เชื่อมกับชุมชน ก็จะมีการขับเคลื่อนด้วยระบบสุขภาพอำเภอในหลายประเด็น เช่น

- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)อย่างบูรณาการการมีส่วนร่วม
- การดำเนินงานขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพระดับอำเภอสวรรคโลกในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชน ปี ๒๕๕๖
- โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตชุมชนสู่การดูแลอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ปี ๒๕๕๗

๔. ประเมินผลการดำเนินงาน

ผลสำเร็จและการขยายงาน

๔.๑ ด้านการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยให้เกิดความตระหนัก และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนอย่างเหมาะสม รวมถึงลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงให้ผู้ป่วยสามารถอยู่กับโรคได้โดยไม่เกิดความเครียด ซึ่งการดูแลต้องเป็นการดูแลเป็นระยะ คือ ระยะก่อนเกิดโรค ระยะเกิดโรค และระยะหลังเกิดโรค ซึ่งจะมีการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายในแต่ละระยะ ซึ่งจะต้องเกิดความร่วมมือกันอย่างมีส่วนร่วมทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ที่ร่วมวางแผน ร่วมสร้างบรรยากาศในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต่อเนื่อง สร้างชุมชนลดเสี่ยงลดโรค สร้างบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ชุมชนร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในชุมชนให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มสุขภาพดี ที่ดำเนินพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนอย่างเหมาะสม

๔.๒ โรคระบาดที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ โรคปอดบวม, วัณโรค, อหิวาต์, ไข้เลือดออก ซึ่งถึงแม้จะมีการขับเคลื่อนอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งอย่างยั่งยืนมาอย่างต่อเนื่อง แต่การเกิดเหตุการณ์โรคระบาดยังคงมีอย่างต่อเนื่อง ความเข้มแข็งของชุมชนเป็นสิ่งที่ท้าทาย ความร่วมมือในการเฝ้าระวัง การสร้างระบบการดักจับ ความครอบคลุมของการดักจับในพื้นที่ที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งที่ท้าทาย

๔.๓ ผลการดำเนินงานของปัญหาสุขภาพจิตในทุกกลุ่มวัย พัฒนาการที่ล่าช้าส่งผลกระทบกับการเรียนรู้ ปัญหาจากปัจจัยต่างๆที่ส่งผลกับการเรียนรู้ของเด็ก ปัญหาซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นต้น อยู่ในระหว่างการดำเนิน

ODOPสุขภาพจิต แต่การประเมินผลการดำเนินงานเป็นไตรมาสพบว่า การเข้าถึงบริการคัดกรองจากการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตมีมากขึ้น ชุมชนเห็นความสำคัญและทำให้ค้นพบผู้ป่วยรายกรณีที่มีการแก้ปัญหาาร่วมกัน ด้วยระบบสุขภาพตำบลชัดเจนขึ้น เช่น ในเด็กพิเศษที่พบปัญหากระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน ก็มีการแก้ปัญหาาร่วมกัน การสร้างเครือข่ายในโรงเรียนและชุมชน เพื่อการดักจับและเข้าถึงบริการของกลุ่มเด็กในโครงการหนึ่งโรงเรียนหนึ่งโรงพยาบาล(OHOS) ซึ่งอยู่ระหว่างดำเนินการนำร่อง ๕ โรงเรียนในเขต รวมถึงการให้ความร่วมมือของชุมชนในการกำเริบตาสืบประรดด้านสุขภาพจิตชุมชน จากการลงพื้นที่สะท้อนข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตในทุกตำบล จนได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาองค์ความรู้ของแกนนำสุขภาพครอบครัว เพื่อเป็นตาสืบประรดในพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในทุกครอบครัว

ปัจจัยความสำเร็จ

- ๑.บุคลากรสาธารณสุขในทุกระดับมีความมุ่งมั่น มองเป้าหมายเดียวกัน
- ๒.ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับการดูแลร่วมกัน
- ๓.ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและร่วมขับเคลื่อน
- ๔.ใช้ช่องทางในการสื่อสาร เป็นการสะท้อนข้อมูลให้กับชุมชน ภายใต DHS Line

โอกาสพัฒนา

๑. ขยายผลการดูแลสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยแนวคิดระบบสุขภาพอำเภอในทุกกลุ่มวัย

๕. สิ่งที่น่าสนใจ

- | | |
|--|---------|
| * รับคัดเลือกเป็นอันดับที่ 2 การดำเนินงานควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด | ปี ๒๕๕๔ |
| *โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ได้รับคัดเลือกผลการดำเนินงานดีเด่นระดับโรงพยาบาลชุมชนในเขต 17และรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ระดับภาคเหนือ | ปี ๒๕๕๔ |
| *ทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke นำเสนอผลงาน ประกวดการพัฒนาคุณภาพด้านการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รับรางวัลด้านการพัฒนาคุณภาพ 1 แสบบาทของ สปสช.เขต 2 | ปี ๒๕๕๔ |
| *สาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิ รับรางวัลชนะเลิศ โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ได้รับคัดเลือกผลการดำเนินงานดีเด่นระดับสาธารณสุขอำเภอระดับภาคเหนือ | ปี ๒๕๕๕ |
| *ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนเขตบริการสุขภาพที่ ๒ ในการนำเสนอระดับประเทศเกี่ยวกับผลการดำเนินงานNCD ระดับโรงพยาบาลชุมชน | ปี ๒๕๕๖ |
| * ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดสุโขทัยนำร่องในการดำเนินงานสุขภาพด้วยระบบสุขภาพอำเภอ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ | |
| * ได้รับคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดสุโขทัยในการประเมิน DHS PCA ปี ๒๕๕๖ | |
| * ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนเขต ๒ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนด้วยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอในปี ๒๕๕๗ จากศูนย์สุขภาพจิตที่ ๙ นครสวรรค์ | |

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- เครือข่ายบริการปฐมภูมิเข้มแข็ง สามารถจัดการการดูแลได้โดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นพี่เลี้ยง สนับสนุนการบริการ วิชาการ องค์ความรู้และเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มีปฏิบัติทุกปี
- เครือข่ายบริการปฐมภูมิเกิดการเรียนรู้และปรับปรุงผ่านกระบวนการ PDCA สามารถดึงศักยภาพของรพ.สต. ชุมชน มาสู่การคิดค้นนวัตกรรมสุขภาพ งานวิจัยR2Rอย่างต่อเนื่องทุกปี
- เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่ และสามารถนำมาสู่การวางแผนการดูแลตามบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม รวมถึงนำมาวิเคราะห์และสะท้อนข้อมูลให้ชุมชนเกิดความตระหนักและร่วมดูแลได้ในระดับหนึ่ง
- ชุมชนและภาคีสุขภาพในชุมชนเกิดความตื่นตัวและเห็นว่าเป็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ เข้าร่วมจัดการสุขภาพกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

ชื่อประธานเครือข่าย : นายแพทย์วิชัย วรรัตน์วิจิตร เบอร์โทร ๐๘๑-๓๓๗๔๔๘๘๔

e mail : wichaiwanarut@gmail.com

ชื่อผู้ประสานงานเครือข่าย : นางศศิธร อุตสาหกิจ เบอร์โทร ๐๘๙-๘๐๘๑๙๐๙

e mail : sasi_tui@hotmail.com



