

กลุ่มงานควบคุม
รับเลขที่ ๓๒๓๖
วันที่ ๑๐.๐๐ น
ที่ ๓๐ ๐๒๓๐/ว ๑๑๑๒



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
พระนครศรีอยุธยา
รับเลขที่ ๑๒๕๖
วันที่ ๑๕ พ.ค. ๒๕๕๘
๑๕.๐๐

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๑ มีนาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

- | | | |
|------------------|-----------------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. โครงการและตารางการประชุม | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. แบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๓. แบบฟอร์มการจองห้องพัก | จำนวน ๑ ฉบับ |

ตามที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติให้สำนักการพยาบาลร่วมกับมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "Family Care : ผู้ป่วย NCD" ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘ ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี นั้น

ในการนี้ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงขอเชิญ พยาบาลวิชาชีพและบุคลากร สุขภาพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) และผู้สนใจ สมัครเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการดังกล่าว โดยไม่ถือเป็นวันลา และสามารถเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าที่พัก ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าลงทะเบียน จากงบประมาณต้นสังกัด ส่งแบบฟอร์มการสมัครเข้าร่วมประชุมไปยังสำนักการพยาบาล ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตและประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดของท่านสมัครเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวด้วย จะเป็นพระคุณ

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน.....^{ned}
ดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจรัส เฟื่องจันทร์)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(นายดาวร พลเดช)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านส่งเสริมสุขภาพ)
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
๑๕ พ.ค. ๒๕๕๘

สำนักการพยาบาล

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๖๔

โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๖๒๕๕, ๐ ๒๕๕๑ ๘๒๖๘

แบบฟอร์มการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง “Family Care : ผู้ป่วย NCD”
ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ กรกฎาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

กรุณารอกข้อมูลด้วยตัวบรรจบหรือพิมพ์ (Downloadแบบฟอร์มการเข้าร่วมอบรมได้ที่ www.nursing.go.th)

๑. สถานที่ปฏิบัติงาน.....จังหวัด.....
ชื่อผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....

๒. ผู้เข้าร่วมประชุม

๒.๑ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....

โปรตรระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา

การจองห้องพัก จองแล้ว ยังไม่ได้จอง

๒.๒ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....

โปรตรระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา

การจองห้องพัก จองแล้ว ยังไม่ได้จอง

๒.๓ ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

เลขที่ใบอนุญาต (๑๐ หลัก) E-mail.....

โปรตรระบุประเภทอาหาร อิสลาม มังสวิรัต ธรรมดา

การจองห้องพัก จองแล้ว ยังไม่ได้จอง

๓. ผู้เข้าร่วมประชุมได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนท่านละ ๒,๑๐๐ บาท จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท

โดยโอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย สาขาย่อยกระทรวงสาธารณสุข - ดิوانนท์

ชื่อบัญชี Family Care : ผู้ป่วย NCD หมายเลขบัญชี ๑๔๒-๐-๑๙๙๑๒-๙

หมายเหตุ ๑. โปรดส่งแบบฟอร์มการเข้าร่วมประชุม พร้อมหลักฐานการโอนเงิน มาที่ สำนักงานพยาบาล สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๕๙๐๖๒๙๕, ๐๒-๕๙๑๘๒๖๘ หรือ
e-mail : kanokon_ao@hotmail.com

๒. กรณีมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามเรื่องการลงทะเบียนได้ที่ นางกนกอร บุญมาก
หมายเลข ๐๒-๕๙๐๖๒๖๔

๓. หมดเขตรับสมัครภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๕๘

๔. การลงทะเบียนจะสมบูรณ์ต่อเมื่อชำระค่าลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว

๕. กรุณาสมัครเข้าร่วมประชุมและจองที่พักล่วงหน้า ถ้าเข้าพักอาจเต็ม

แบบสำรองห้องพัก (ฉบับที่ 1)

การประชุม

ประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง Family Care: ผู้ป่วย NCD

วันที่ 7 – 9 กรกฎาคม 2558

ณ ห้อง Richmond Grand Ballroom ชั้น 4 โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

โปรดติดต่อสำรองห้องพักโดยตรงที่โรงแรมริชมอนด์ “ภายในวันที่ 22 เดือนมิถุนายน พ.ศ.2558”

โดยส่งโทรสาร ถึง คุณเสกสรร ประเกียร หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 086-3039971 / 084-8777481

หมายเลขโทรสาร 02-831-8866 หรือ E-Mail Seksan@richmondhotel-resort.com

(เมื่อส่งแล้วโทรเช็คแฟกซ์ที่เบอร์ 02-8318815)

ขอสำรองห้องพัก

○ ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,300.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน ห้อง

○ ห้องพักรู้อยู่ ราคา 1,500.- บาท รวมอาหารเช้า จำนวน.....ห้อง

(กรณีเตียงเสริมราคา 800 บาท)

ชื่อผู้เข้าพัก 1.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
2.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
พักคู่กับ.....หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....
วันที่เข้าพัก.....เวลาน. วันที่ออกจำนวนคืน

รายละเอียดผู้จอง (กรุณากรอกให้ครบและชัดเจน)

ชื่อหมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

หมายเหตุ

***ห้องพักที่ท่านจองข้างต้นจะยังไม่ได้รับการยืนยันจนกว่าทางโรงแรมฯ จะส่งเลขที่บัญชีธนาคารของโรงแรมฯ
ให้กับท่านเพื่อให้ท่านทำการโอนเงินค่าห้องพักทั้งหมดก่อน***

โครงการ ประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง Family Care : ผู้ป่วย NCD

หน่วยงานที่รับผิดชอบ กลุ่มงานมาตรฐานและระบบคุณภาพการพยาบาล สำนักการพยาบาล
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิ ดร.วรรณวิไล

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันแบบแผนการเจ็บป่วย และตาย เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทั่วไป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยง สามารถป้องกันได้ ภายใต้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๕ พบว่าอัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน คิดเป็น ๑,๕๗๐ , ๑,๐๕๐ ต่อประชากรแสนคน การเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงปี พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ คิดเป็น ๓.๘๙ , ๕.๗๑ , ๕.๗๓ และพบอัตราตายด้วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. ๒๕๕๓ - ๒๕๕๕ คิดเป็น ๑๐.๗๖ , ๑๑.๘๘ , ๑๒.๐๖ ต่อประชากรแสนคน ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและคนในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การดำรงชีวิตประจำวันเปลี่ยนไป ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัว นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้นอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขได้ทบทวนผล การดำเนินงานและจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่เพื่อให้มีการจัดระบบบริการได้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละเขตบริการสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพและทีมบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกช่วงวัยของชีวิต โดยให้บริการครอบคลุมเชื่อมโยงทั้ง ๔ มิติ อันประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ อีกทั้งมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

สำนักการพยาบาลเป็นหน่วยงานภาครัฐเพียงหน่วยงานเดียวในการพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการพยาบาล จึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) ในเขตบริการสุขภาพ และเพื่อให้การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) ลงสู่การปฏิบัติ จึงจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “Family Care : ผู้ป่วย NCD” โดยเผยแพร่รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) ให้พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปถึงชุมชนและบ้าน เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ปลอดภัยจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง (DM/HT) ที่สามารถป้องกันได้

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเผยแพร่รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) กับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM/HT นำสู่การปฏิบัติ
๒. เพื่อสนับสนุนแลกเปลี่ยนเรียนรู้และคัดเลือกผลงานดีเด่น รูปแบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) สำหรับใช้เป็นแหล่งประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างวันที่ ๗ - ๙ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

กลุ่มเป้าหมาย...

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DM/HT) มีความเข้าใจสามารถจัดระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ได้รับบริการดูแลจากทีมสุขภาพเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลทุกระดับไปถึงบ้าน

๒. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวได้รับการดูแลให้มีทักษะในการดูแลตนเอง และจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ โดยมีทีมบุคลากรสุขภาพสนับสนุนและช่วยเหลือ

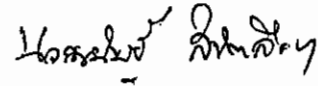
ผู้เขียนโครงการ

(นางสาวพัชรีย์ กลัดจอมพงษ์)
นักวิชาการพยาบาลชำนาญการ



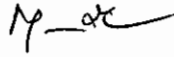
ผู้เสนอโครงการ

(นางนวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา)
นักวิชาการพยาบาลชำนาญการพิเศษ



ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางสาวกาญจนา จันทร์ไทย)
ผู้อำนวยการสำนักงานการพยาบาล



ผู้อนุมัติโครงการ

(นายวชิระ เฟื่องจันทร์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติราชการแทน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

