



โรงพยาบาลสตูล  
Satun Hospital

# เอกสารตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

## Service Plan

### จังหวัดสตูล

10 - 12 กรกฎาคม 2567





## คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ระหว่างวันที่ 10 – 12 กรกฎาคม 2567 เสนอนายแพทย์สวัสดี อภิวัจน์วงศ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 12 และคณะตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสตูล สถิติ การให้บริการ ตามเขตบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2/2567

ขอขอบคุณ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดสตูล ทุกสาขา กลุ่มงาน/ ฝ่าย/หน่วยงานและเจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลสตูลทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุน ทำให้เอกสารฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้จัดทำยินดีน้อมรับคำติชม ตลอดจนข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุง และพัฒนาในโอกาสต่อไป

ภรภัทร มณีโชติ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดสตูล  
(Service Plan)

กรกฎาคม 2567



## สารบัญ

### เรื่อง

### ข้อมูลทั่วไป

บทสรุปผู้บริหาร

ประวัติโรงพยาบาลสตูล

### ข้อมูลสถิติการให้บริการ

#### ผลการดำเนินงานตามเขตบริการสุขภาพ : Service Excellence (Service Plan)

สาขา ผู้สูงอายุ

สาขา การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

สาขา สุขภาพจิต

สาขา ยาเสพติด

สาขา โรคมะเร็ง (CANCER)

สาขา ทารกแรกเกิด (New Born)

สาขา แม่และเด็ก/การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (สูติกรรม)

สาขา โรคไต (CKD)

สาขา โรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD : DM HT)

สาขา อุบัติเหตุและฉุกละหุก (TRAUMA)

สาขา สุขภาพช่องปาก

สาขา พัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ (TB)

สาขา พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยขั้นระยะวิกฤต (intermediate Care : IMC)

สาขา อายุรกรรม (Sepsis)

สาขา การใช้กัญชาทางการแพทย์

สาขา กุมารเวชกรรม

สาขา การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

สาขา จักษุ

สาขา กระจกและข้อ

สาขา ผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery)

สาขา ศัลยกรรม

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

สาขา พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU&AMR)



ข้อมูลทั่วไป





บทสรุปผู้บริหาร



## บทสรุปของผู้บริหาร (Executive summary)

โรงพยาบาลสตูล: มุ่งมั่นสู่การบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูง ทันสมัย เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชน

**ภาพรวม** โรงพยาบาลสตูล ตั้งอยู่ในจังหวัดสตูล เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 300 เตียง มุ่งมั่นให้บริการผู้ป่วยด้วยมาตรฐานระดับสูง โดยมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ ประกอบไปด้วยข้าราชการร้อยละ 55 แพทย์ 60 คน และทันตแพทย์ 13 คน โรงพยาบาลให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยจำนวนผู้ป่วย อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน และค่า Case Mix Index (CMI) มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงจากประชาชนในพื้นที่

**ด้านการให้บริการ** ผู้ป่วยนอก: โรงพยาบาลสตูลให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกทั่วไป โดยโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ 1.ความดันโลหิตสูง (Essential (primary) hypertension), 2.โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus), 3.โรคหวัด (Acute nasopharyngitis [common cold]), 4.อาการเสียดท้อง (Dyspepsia), 5.โรคหืด (Asthma)

ผู้ป่วยใน: โรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก ได้แก่ 1.โรคท้องร่วง (Diarrhea), 2.โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) 3.ต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract), 4.การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Intracranial injury), 5.โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Cerebral infarction)

อัตราป่วยตายในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับไม่เกินร้อยละ 2 โดยโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ได้แก่ ปอดอักเสบ (Pneumonia), มะเร็ง (CA), โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke), และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST segment elevation myocardial infarction (STEMI)

โรคที่โรงพยาบาลส่งต่อได้แก่ 1.โรคต้อกระจกในผู้สูงอายุ (Senile cataract), 2.โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus), 3.โรคข้อเสื่อม (Gonarthrosis), 4.ต่อมลูกหมากโต (Hyperplasia of prostate), 5.โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis), 6.โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral infarction), 7.กระดูกปลายแขนหัก (Fracture of radius), 8.ปอดอักเสบ (Pneumonia)

โรคที่ส่งต่อไปรักษาต่อเนื่องได้แก่ 1.โรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic ischemic heart disease), 2.โรคมะเร็ง (CA), 3.โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), 4.โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Cerebral infarction)



สถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลมีความปลอดภัยตามเกณฑ์ทุกตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

ในการพัฒนาต่อไป โรงพยาบาลสตูลมุ่งเน้นการพัฒนาการบริการที่มีคุณภาพและทันสมัย เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่อง และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อลดการเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะการส่งต่อทางทะเล และการนำเทคโนโลยีมาช่วยเพื่อลดข้อจำกัดทางการแพทย์ ซึ่งทั้งหมดนี้จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพของการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสตูลให้ดียิ่งขึ้น

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567 – 2568 “5+5” เร่งรัดพัฒนาสานต่อ โดย **นายสมศักดิ์ เทพสุทิน** รัฐมนตรีว่าการกระทรวง นโยบายสำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ ให้เห็นผลอย่างเป็นรูปธรรม 5 ด้าน ได้แก่ 1. **การยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว** เชื่อมโยงระบบการรักษา เบิกจ่ายเพื่ออำนวยความสะดวกให้ประชาชน เข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกที่ทั่วไทย เพิ่มการเข้าถึง ลดค่าใช้จ่าย 2. **การแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างบูรณาการ** พัฒนามินิฮอสนารีรักษ์ บูรณาการระบบการบำบัด รักษา พื้นฟูให้เป็นรูปธรรม ทบทวนกฎหมายให้เหมาะสม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยให้สังคม 3. **การพัฒนาการแพทย์ปฐมภูมิส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน** จากภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่ใกล้ชิดกับประชาชนสนับสนุนการทำงานของพี่น้อง อสม. ให้มีกฎหมายรองรับ กองทุนสุขภาพตำบล และสะสางการถ่ายโอน รพ.สต. 4. **การยกระดับเศรษฐกิจสุขภาพ** ซึ่งเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมเป้าหมายที่สำคัญ ที่เราจะผลักดันเข้าสู่ตลาดระดับโลก ต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น ยกกระดับอุตสาหกรรมการแพทย์มูลค่าสูง แพทย์แผนไทย สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สุขภาพ พร้อมทั้งจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อการขับเคลื่อนภารกิจนี้ให้สำเร็จเป็นรูปธรรม 5. **เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ พลิกโฉมโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ** เพิ่มศักยภาพบริการสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชายแดน พื้นที่เฉพาะและเขตเมืองพัฒนาระบบการส่งต่อให้รวดเร็ว ไร้รอยต่อการดำเนินงานสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขอีก 5 ด้าน คือ 6. **การพัฒนางานสาธารณสุข ตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์** ซึ่งถือเป็นภารกิจอันสำคัญยิ่งของเรชาวสาธารณสุข 7. **การสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรและพี่น้อง อสม.** ต้องสร้างความมั่นคงให้กับบุคลากรสาธารณสุขทุกสายงานทั้งในด้านความก้าวหน้า ค่าตอบแทน สวัสดิการและการแก้หนี้ 8. **การส่งเสริมสุขภาพกายและจิต** ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิต เพิ่มการเข้าถึงการปรึกษาจิตแพทย์ และนักจิตวิทยาผ่านทางระบบการแพทย์ทางไกล พร้อมจัดตั้งหน่วยงานและกองทุนเฉพาะเพื่อการบริหารจัดการ 9. **การพัฒนาสถานชิวาภิบาลและระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง** ไปจนถึงการเตรียมความพร้อมในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ความสำคัญกับการผลิตผู้ดูแลให้พร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ จัดตั้งกุฏิชิวาภิบาล ในการดูแลพระภิกษุสงฆ์อย่างทั่วถึงทุกอำเภอ 10. **การดูแลให้ทุกคนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ** ยกกระดบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคให้ทันสมัย พัฒนาการบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินอย่างครอบคลุม จัดตั้งกองทุนความปลอดภัยนักท่องเที่ยว เพื่อเป็นหลักประกันความปลอดภัยให้นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างชาติ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น ต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยวของประเทศ



กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้การตรวจราชการและนิเทศงาน เป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่ง ในการบริหารราชการแผ่นดินเป็นกลไกในการติดตามความก้าวหน้า ปัญหา และอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการ ทำงาน รวมทั้งการประเมิน ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการปฏิบัติงาน หรือการจัดทำ ภารกิจของหน่วยงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย และก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน

อนาคตจะมีการใช้เทคโนโลยีที่มากขึ้น ใช้ดิจิทัลมากขึ้น การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็จะมี บทบาทมากกว่าคนขึ้นเรื่อย ๆ การจัดการดูแลด้านสุขภาพจะเป็นการข้ามวิชาชีพมากขึ้น ต้องทำงานร่วมกัน เป็นทีม กระบวนการดูแลที่เคียวกุขาตเป็นส่วน ๆ ก็ยากที่จะประสบความสำเร็จ รวมถึงการมีการแพทย์ เฉพาะบุคคล สมัยก่อนจะให้ยาหรือการรักษาต้องใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรืองานวิจัย เพื่อวางแผนการดูแล สุขภาพ แต่ทิศทางในอนาคตจะใช้ข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลทางพันธุกรรมมากขึ้น ลักษณะการใช้ชีวิต การวางแผน การดูแลสุขภาพจึงต้องปรับให้เข้ากับคนมากขึ้น ซึ่งจะกลายเป็นทิศทางที่สำคัญ นอกจากนี้ ผู้บริโภคเปลี่ยน ไปสู่การเป็น Smart Consumers รู้มากขึ้น ค้นคว้าก่อนมาพบแพทย์ หาความรู้ เตรียมตัวมาก่อน บุคลากร ทางการแพทย์จึงต้องปรับตัว

อิทธิพลจากโซเชียลมีเดีย แต่ละคนก็จะได้รับแต่ข้อมูลที่ตัวเองเชื่อ โอกาสที่จะศึกษาอีกฝั่งหนึ่งก็ น้อยลง ทำให้คิดว่าข้อมูลทั้งหมดมีเท่านี้ อย่างไรก็ตาม การเมืองระดับโลกก็ส่งผลต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ เช่นกัน เมื่อประเทศต่าง ๆ ไม่คุยกัน ก็ส่งผลต่อทิศทางทางการแพทย์ เมื่อเลือกใช้เทคโนโลยีประเทศหนึ่ง อาจ ไม่สามารถใช้เทคโนโลยีอีกประเทศหนึ่งได้ การแพทย์ในอนาคตจะถูกขับเคลื่อนด้วยแรงผลักดันเหล่านี้ที่ เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1.จริยธรรม และธรรมาภิบาล 2.การสื่อสารด้วยความเข้าใจ 3.ผู้รับผลงาน และ สุขภาพเป็นศูนย์กลาง 4.การประสานความร่วมมือ 5. การคิดเชิงวิเคราะห์ 6. ความเป็นผู้นำด้วยความ รับผิดชอบ 7. ความรอบรู้ทางดิจิทัล 8.ความเป็นมืออาชีพ 9.การดูแลจัดการตนเอง 10. ความยืดหยุ่น 11. การประยุกต์หลักเศรษฐกิจพอเพียง 12.ตอบแทนสังคม

รัฐบาลมีนโยบายสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี นำความปลอดภัย สร้างศักดิ์ศรี และนำความภาคภูมิใจ มาสู่ ประชาชนไทยทุกคน โดยเฉพาะการสร้างและพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ สามารถรองรับ สถานการณ์ฉุกเฉินและโรคอุบัติใหม่ รวมถึงสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพในระยะยาวให้เกิดความเท่าเทียม เป็นธรรมของคนทุกกลุ่ม อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน



ศักยภาพในการพัฒนาระบบบริการในด้านการบริหารจัดการที่ดี และมีการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างเข้มแข็ง ทำให้มีผลงาน นวัตกรรมที่เป็นความก้าวหน้าอย่างมาก โดยเฉพาะการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับ Quick Win “บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่” ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างสะดวก มีความคล่องตัวและได้รับการที่มีคุณภาพ ที่สำคัญคือ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ยังนำระบบ Telemedicine มาให้บริการตรวจรักษา ปรึกษาใกล้บ้าน มีระบบจัดเก็บข้อมูล OPD IPD Paperless ช่วยลดค่าใช้จ่าย ลดภาระการจัดทำเอกสารของบุคลากร มุ่งมั่นพัฒนาโรงพยาบาลทุกแห่งให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ(Smart Hospital) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายเรื่องดิจิทัลสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อประชาชน คือ “หนึ่งจังหวัด หนึ่งโรงพยาบาล” (One Province One Hospital) โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลของประชาชน ซึ่งต้องทำความเข้าใจความต้องการของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย

สำหรับการบริการ Service Plan คือแผนการบริการระบบสุขภาพด้านต่างๆ ซึ่งจุดเริ่มต้นมาจากการพัฒนาระบบบริการการสาธารณสุข หรือเครือข่ายบริการสุขภาพ (พบส.) ในยุคแรกๆ หัวใจสำคัญคือ พี่ช่วยน้อง โดยโรงพยาบาลศูนย์(รพศ.)โรงพยาบาลทั่วไป(รพท.) จะช่วยโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ในการดูแลประชาชนอย่างเป็นเครือข่ายเป็นระบบ แต่สักระยะหนึ่งมีเรื่องกลไกทางการเงินแบบใหม่เข้าสู่ประเทศไทย พี่จึงไม่ค่อยช่วยน้อง แต่กลับแย่งงบประมาณกันอีก จึงเกิดปัญหาการบริการต่างคนต่างทำ รับริฟอร์แต่ต้องเอาเงินมาจ่ายก่อน กลายเป็นการแย่งชิงทรัพยากร จึงเป็นที่มาของการแก้ปัญหา Service Plan แบบใหม่ที่ตั้งขึ้นในสมัย นายแพทย์ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ เป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงมีความหวังให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งพี่ช่วยน้อง และน้องช่วยพี่ โดยทั้งหมดต้องเกิดประโยชน์กับประชาชน

การจะพัฒนาระบบ Service Plan ให้ดียิ่งขึ้น จากเดิม 10 ปีที่ผ่านมาที่มีการพัฒนาตลอดจะต้องทำอย่างไร สิ่งสำคัญต้องตอบโจทย์ประชาชน และลดปัญหาสุขภาพที่เกิดกับประชาชน ซึ่ง 3 อันดับแรก คือ อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งโรงพยาบาลหลายแห่งมีการดำเนินการสิ่งเหล่านี้มาตลอด และในปีต่อไปจะยิ่งเจาะลึกและทำให้ดียิ่งขึ้น จากปัจจุบันเรามี Service Plan (ปลัดกระทรวงสาธารณสุข) หัวข้อหลักๆ ถึง 19 สาขา 1.โรคหัวใจ 2.โรคมะเร็ง 3.อุบัติเหตุและฉุกเฉิน 4.ทารกแรกเกิด 5.สุขภาพจิตและสารเสพติด 6.แม่และเด็ก 7.ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ 8.สุขภาพช่องปาก 9.ไต10.ตา 11.โรคไม่ติดต่อ 12.แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 13.การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ 14. การใช้ยาอย่างสมเหตุผลและการจัดการการติดยาต้านจุลชีพ 15.การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลันและการดูแลแบบประคับประคอง 16.ศัลยกรรม 17.อายุรกรรม 18.ออร์โธปิดิกส์ 19.การใช้กัญชาทางการแพทย์





ด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและความต้องการบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น แนวคิดของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการทางการแพทย์จึงได้รับความสนใจอย่างมาก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาล อัจฉริยะ (smart hospital) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย ในการรับบริการ ในส่วนของการให้บริการในโรงพยาบาล สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน เพิ่มคุณภาพและ ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย ลดความผิดพลาดในการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งการปรับปรุงและพัฒนา กระบวนการทำงาน และการจัดการบริการต่างๆ ในโรงพยาบาลโดยนำเอา เทคโนโลยีสารสนเทศมาสนับสนุน โดย เน้นไปที่การแก้ปัญหาจากสาเหตุที่แท้จริงเป็นหลัก สามารถลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการทำงานของบุคลากร ทาง การแพทย์ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการให้บริการ ทำให้ บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เกิด Work life balance ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากร และสามารถยกระดับการป้องกันทางไซเบอร์ เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ในความปลอดภัยต่อการใช้บริการ



# ประวัติโรงพยาบาลสตูล

## ประวัติโรงพยาบาลสตูล

โรงพยาบาลสตูล เป็นสุขศาลาชั้น 1 ได้รับโอนจากกรมอนามัย เมื่อ พ.ศ. 2493 เปิดรับบริการผู้ป่วยนอกที่สุขศาลา และเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสตูล รับคนไข้สามัญ 25 เตียง และเปิดอาคารผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2496 และโรงพยาบาลสตูล เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 186 เตียง ตั้งอยู่ที่เลขที่ 55/1 ถนนหัตถกรรมศึกษา ตำบลพิมาน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีเนื้อที่ 31 ไร่ 2 งาน 13.40 ตารางวา มีบุคลากรทั้งสิ้นประมาณ 936 คน (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างเหมาบริการ)

โรงพยาบาลสตูล เปิดให้บริการ การรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิแก่ผู้ป่วยทุกระดับ ทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะสาขา ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม จักษุ-โสตนาสิกการรังสีวิทยา ศัลยกรรมกระดูกและข้อ รังสีวิสัญญี ทันตกรรม เวชศาสตร์ครอบครัว บริการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลเปิดให้บริการ ได้แก่ บริการตรวจผู้ป่วยฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (Emergency Unit) บริการดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU) บริการดูแลทารกแรกคลอด (Newborn Unit) บริการกายภาพบำบัด (Physical Therapy Unit) บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่ (Mobile Clinic) บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) บริการรถพยาบาลฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง (Ambulance Unit) บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Unit) บริการคลังเลือด (Blood Bank) แพทย์แผนไทย บริการเอ็กซเรย์วินิจฉัยด้วยเครื่องมือที่ทันสมัย อาทิ เครื่องถ่ายภาพคลื่นความถี่สูง (Ultrasonography) เครื่องเอกซเรย์ถ่ายภาพอวัยวะภายใน (Fluoroscopy) บริการหน่วยไตเทียม

### โครงสร้างการบริหารงาน



แพทย์หญิง วันทนา ไทรงาม  
ผู้อำนวยการ



นายแพทย์วิโรจน์ โยมเมือง  
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์



นางวาสนา ขจรเจริญกุล  
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล



นายเลิศศักดิ์ วัฒนการ  
กลุ่มภารกิจด้านอำนวยการ



แพทย์หญิงสุภารัตน์ นาคบรรพต  
กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการ  
และสนับสนุนบริการสุขภาพ



แพทย์หญิงวนพัชร์ ยิ้มชัย  
กลุ่มภารกิจด้านปฐมภูมิ



## วิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลสตูล 2565-2568

วิสัยทัศน์ : ตติยภูมิคุณภาพ ปฐมภูมิเข้มแข็ง ประชาชนไว้วางใจ

พันธกิจ :

1. พัฒนามิติสุขภาพแบบองค์รวม
2. พัฒนาระบบเครือข่ายสุขภาพ
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการ

Core Values

1. เรียนรู้สิ่งใหม่ Creative Learning
2. ใส่ใจบริการ Customer Focus
3. ร่วมแรงร่วมใจ Teamwork

Core Competencies :

1. ความเชี่ยวชาญในกลุ่มโรคที่สำคัญตามสาขาหลัก
2. ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มเสี่ยง (Health Promotion and Prevention)
3. เชื่อมโยงเครือข่าย (Collaboration)
4. บริการด้วยหัวใจ (Service Mind)

จุดเน้น โรงพยาบาลสตูล :

1. กลุ่มโรคที่สำคัญ COPD : ลดอัตราการกำเริบของผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังอายุ 40 ปีขึ้นไป DM HT : อัตราการควบคุม DM HT HPH : ลดการเกิด Stroke / MI / Preterm
2. 2P Safety มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ
3. ลดต้นทุนรายโรค (สูติกรรม, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม)
4. Seamless Refer



# ข้อมูลสถิติ การให้บริการ





ลำดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-เม.ย 67)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	477
2	S00-S06	Intracranial injury	464
3	H25	Senile cataract	463
4	J12-J18	Pneumonia, organism unspecified	452
5	I63	Cerebral infarction	406
6	K35-K38	Acute appendicitis	336
7	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	267
8	J45-J46	Asthma	225
9	I50	Heart failure	195
10	J20	Acute bronchitis	181
11	J00-J06	Acute upper respiratory,Acute Lower respiratory	117
12	A90,A91,A97	Dengue fever	90

ลำดับโรคผู้ป่วยในเสียชีวิตปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-เม.ย.67)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	J12-J18	Pneumonia	39
2	I600-I698	Stroke	26
3	C00-C97	Malignant neoplasm	19
4	J44	Other chronic obstructive pulmonary disease	11
4	I21	Acute myocardial infarction	11
4	I63	Cerebral infarction	11
5	N18	CKD	9
6	S00-S09	Head injury	7
6	I50	Heart failure	7
7	A40-A41	septicaemia	5
8	B20-B24	HIV	4
8	K65-K659	Peritonitis	4
9	A09-A099	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	3
9	K72-k729	Hepatic failure, not elsewhere classified	3
10	A15-A169	Respiratory tuberculosis,bacteriologically and histologically confirmed	2



ลำดับโรคส่ง Refer ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66- พ.ค.67)

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Acute subendocardial myocardial infarction (NSTEMI)	101	I214
2	Cerebral infarction	23	I630-I639
3	Pneumonia, unspecified	22	J120-J189
4	Congestive heart failure	15	I500-I509
5	Schizophrenia	14	F209
6	Epilepsy, unspecified	13	G400-G409
7	Head injury	12	S000-S099
7	Mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use	12	F10-F159
8	Neoplasm of brain, unspecified	7	D430-D439
9	Acute transmural myocardial infarction of inferior wall (STEMI)	6	I210-I213
10	Liver cell carcinoma	3	C220-C229
11	Biliary acute pancreatitis	2	K850-K859



ลำดับโรคส่ง Refer ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 ( ต.ค.66 – พ.ค.67 )

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Diabetes mellitus	84	E10-E149
2	Calculus of ureter	80	N20-N209
3	Chronic ischaemic heart disease, unspecified	55	I250-I259
4	Glaucoma, unspecified	52	H40-H409
5	Malignant neoplasm of breast, unspecified	50	C500-C509
6	Hyperplasia of prostate	45	N40
7	Malignant neoplasm of thyroid gland	44	C73
8	Malignant neoplasm of cervix uteri, unspecified	37	C530-C539
9	Essential (primary) Hypertension	31	I10
10	Other specified intervertebral disc displacement	28	M51-M512
11	Spinal stenosis: lumbar region	26	M4806
11	Glaucoma	26	H409
12	Systemic lupus erythematosus, unspecified	25	M32-M329
13	Heart failure	24	I500-I509
14	Thyrotoxicosis, unspecified	22	E05-E059
15	Senile cataract	19	H259
16	Epilepsy, unspecified	18	G400-G409
17	Stroke	17	I64
17	Malignant neoplasm of bronchus or lung, unspecified	17	C34-C349



ลำดับโรครับ Refer ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Acute appendicitis. Other and unspecified	214	K350-K358
2	Cerebral infarction	152	I630-I639
3	COPD	48	J440-J449
4	Gastroenteritis	35	A090-A099
5	Pneumonia	61	J120-J189
6	Congestive heart failure	30	I500-I509
7	Acute subendocardial myocardial infarction (NSTEMI)	26	I214
8	Chronic Kidney	24	N180-N189
9	Dengue	17	A970-A979
10	Leptospirosis	13	A279
11	Intracerebral haemorrhage, unspecified	15	I610-I619
12	Epiepsy, unspecified	14	G400-G409
13	Leptospirosis ,unspecified	13	A279
14	Asthma	8	J450-J459
15	Breast malignant neoplasm	6	C509



ลำดับโรครับ Refer ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 ( ต.ค.66 -พ.ค.67)

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Gonarthrosis	159	M170-M179
2	Senile cataract	139	H250-H259
3	Calculus of kidney	125	N20-N209
3	Calculus of gallbladder without cholecystitis	125	K80-K802
4	Diabetes mellitus	126	E10-E149
5	Chronic kidney	109	N181-N189
6	Hyperplasia of prostate	93	N40
7	Unspecified lump in breast	86	N63
8	Glaucoma, unspecified	83	H40-H409
9	Nontoxic single thyroid nodule	76	E040-E049
10	Stroke	75	I64
11	Gastrointestinal haemorrhage, unspecified	69	K920-K922
12	Cataract, unspecified	56	H26-H269
13	Thyrotoxicosis	55	E059
14	Pterygium	53	H110





ลำดับโรคระบาด ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 – พ.ค. 67)

ลำดับ	โรค	รวมจำนวนทั้งหมด	
	จำนวนป่วย/อัตราป่วยต่อแสน	รวมผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน
1	Pneumonia	404	355.41
2	Coronavirus 2019	334	293.83
3	Infuenza	133	117
4	Hand.foot and mouth disease	73	64.22
5	S.T.D. total	51	44.87
6	Food Poisoning	42	36.95
7	Chickenpox	35	30.79
8	Syphilis	31	27.27
8	DHF .total	31	17.27
9	Hepatitis B	20	17.59
9	Dengue fever	20	17.59
9	Gonorrhoea	20	17.59
10	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ	16	14.08
11	Hepatitis total	12	15.83
12	DHF	11	9.68
13	condyloma acuminata	9	7.92
14	scrub typhus	7	6.16
15	Leptospirosis	4	3.52
16	Encephalitis	3	2.62
16	Chancroid	3	2.64



ลำดับโรคผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - พ.ค. 67)

No.	code	โรค	ครั้ง	คน	ค่าใช้จ่าย	ค่าใช้จ่าย บาท / ครั้ง	ค่าใช้จ่าย บาท / คน
1	E11-E14	Diabetes mellitus	6,913	3,436	20,499,354.60	2,965.33	5,966.05
2	I10	Essential (primary) hypertension	6,893	4,004	9,398,723.75	1,363.52	2,347.33
3	J00-J06	Acute nasopharyngitis [common cold]	4,399	3,947	1,170,084.95	265.99	296.45
4	K30 , R10	Functional dyspepsia	4,319	3,488	2,500,928.30	579.05	717.01
5	J45-J46	Asthma	3,554	1,398	4,255,995.65	1,197.52	3,044.35
6	J20	Acute bronchitis	1,990	1,300	639,181.20	321.20	491.68
7	B20-B24	HIV	1,943	711	9,389,225.00	4,832.33	13,205.66
8	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1,844	1,678	492,870.80	267.28	293.73
9	J44	COPD	1,510	1,300	4,538,365.50	3,005.54	3,491.05
10	H25	Senile cataract	1,311	862	993,875.60	758.10	1,152.99
11	I25	Chronic ischaemic heart disease	1,275	726	3,860,269.05	3,027.66	5,317.18
12	N63	ก้อนในเต้านม ที่มีได้ระบุนรายละเอียด	774	543	558,155.25	721.13	1,027.91



ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2560 - 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)

รายการ	จำนวน	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567
									(ต.ค.66-พ.ค.67)
ผู้รับบริการทุกประเภท	คน	197,117	219,096	215,942	212,163	248,369	230,558	234,143	163,761
	ครั้ง	318,042	347,433	342,344	328,508	377,894	355,524	370,375	263,057
ผู้รับบริการทุกประเภทเฉลี่ย/วัน	ราย	1,298	1,430	1,409	1,346	1,588	1,494	1,550	1,654
ผู้ป่วยนอก	คน	161,804	171,846	179,411	176,075	198,134	152,334	192,443	132,135
	ครั้ง	261,963	275,685	282,566	261,222	278,765	216,531	291,075	202,350
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย/วัน	ราย	1,069	1,135	1,163	1,071	1,171	910	1,218	1,373
ผู้ป่วยใน [Admit]	ครั้ง	19,608	20,149	20,999	18,421	18,658	17,924	23,397	13,088
ผู้ป่วยจำหน่าย ทุกสิทธิ์		20,834	21,295	21,381	19,154	19,613	17,897	23,363	13,186
จำนวนวันนอน รพ ทุกสิทธิ์	วัน	87,796	87,108	89,385	77,776	87,368	92,434	93,899	51,362
ผู้ป่วยรับใหม่	วัน	54	55	58	55	54	49	64	62
จำนวนวันนอน เฉลี่ย/คน	วัน	4.21	4.09	4.18	4.06	4.45	5.16	4.02	3.9
จำนวนผู้ป่วยนอน รพ.เฉลี่ย/วัน	คน	241	239	245	213	239	253	257	241
อัตราครองเตียง (186 เตียง) HosXp	%	129.32	128.31	131.66	114.25	128.69	136.15	138.31	129.64
อัตราครองเตียง (300 เตียง) กบรส.	%								80.76



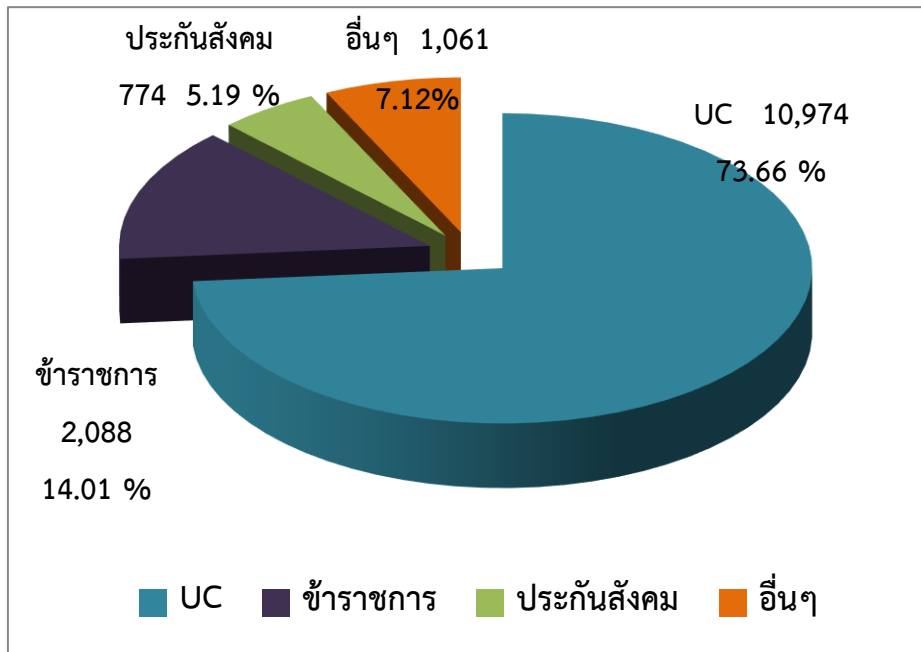
การตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2  
ประจำปีงบประมาณ 2567

รายการ	จำนวน	ปีงบ 2560	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567
									(ต.ค.66-พ.ค.67)
Active bed		241	239	245	213	239.00	253.00	257	241
อัตราผู้ป่วยนอก : ผู้ป่วยใน	คน	13.36	13.68	13.46	13.80	14.32	12.08	12.44	13.33
จำนวนผู้ป่วยส่ง Refer	คน	3,176	3,608	4,460	4,228	4,635	4,860	5,996	4,475
จำนวนผู้ป่วยรับ Refer	คน	12,587	15,208	14,728	13,864	13,403	11,850	16,680	11,204
ส่ง Refer เฉลี่ย/วัน	วัน	9	12	12	12	13	13	16	21
รับ Refer เฉลี่ย/วัน	วัน	34	45	40	38	37	32	46	53
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต IPD	คน	298	286	299	278	346	477	341	206
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต	%	1.43	1.34	1.40	1.45	1.76	2.67	1.46	1.56
ค่า Sum AdjRw [ยกเว้นNB+NL]		20,760.60	20,435.28	20,291.83	21,828.9600	22,859.8400	22,940.7000	29,295.6300	17,172.5100
ค่า CMI [ยกเว้นNB+NL]		1.1410	1.1092	1.1062	1.2716	1.3201	1.3586	1.3800	1.3900
ค่า Sum AdjRw ทุกสิทธิ์		21,609.22	21,461.22	21,029.50	20,039.2100	23,685.4500	23,314.0300	30,386.3300	17,435.2800
ค่า CMI ทุกสิทธิ์		1.0405	1.0262	0.9763	1.1332	1.2028	1.2658	1.2900	1.3223
จำนวนวันทำการ (ต.ค.66 - พ.ค.67)	วัน	245	243	243	244	238	238	239	129
จำนวนวันทั้งหมด (ต.ค.66 - เม.ย.67)	วัน	365	365	365	366	365	365	365	213

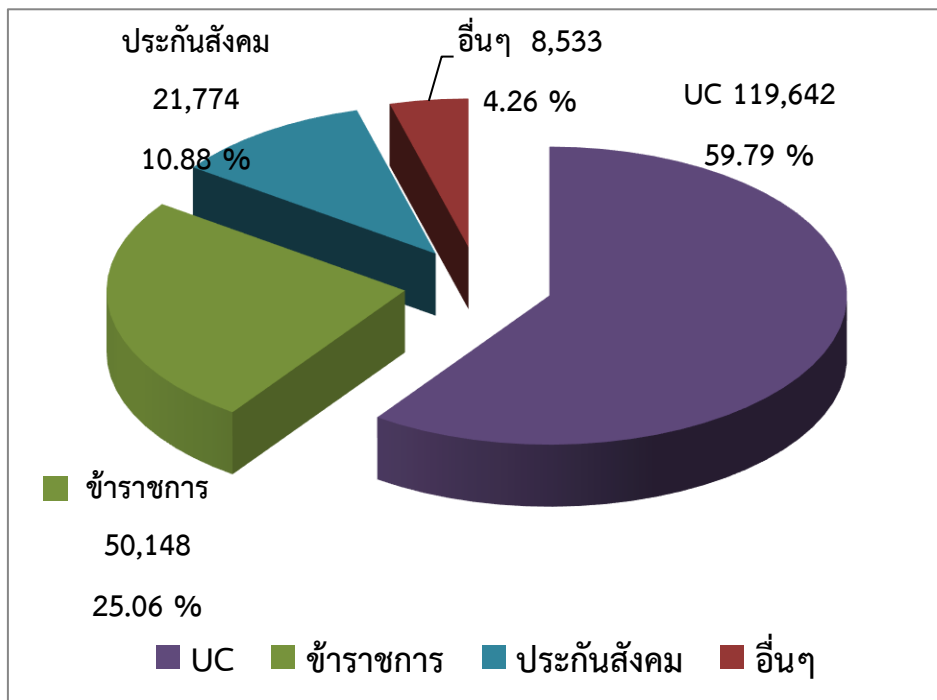
\*\*\* ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.66)

\*\*\* ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.66)

จำนวนผู้ป่วยใน แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)



จำนวนผู้ป่วยนอก แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)







# ผลการดำเนินงาน ตามเขตนบริการสุขภาพ



# Service Plan

สาขา ผู้สูงอายุ



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ประชากรในพื้นที่

1.1 สถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุ

ตาราง ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรทั้งหมด จำแนกเพศ จำแนกอำเภอ ปีงบประมาณ 2567

อำเภอ	จำนวนประชากร						
	ประชากรทั้งหมด (คน)	ผู้สูงอายุ					
		ผู้สูงอายุ (คน)	ร้อยละ	เพศชาย (คน)	ร้อยละ	เพศหญิง (คน)	ร้อยละ
เมืองสตูล	89,659	14,364	16.0	6,419	44.7	7,945	55.3
ควนโดน	22,663	3,550	15.7	1,608	45.3	1,942	54.7
ควนกาหลง	29,366	4,272	14.5	1,945	45.5	2,327	54.5
ท่าแพ	24,092	3,454	14.3	1,522	44.1	1,932	55.9
ละงู	61,635	9,824	15.9	4,509	45.9	5,315	54.1
ทุ่งหว้า	19,938	2,977	14.9	1,355	45.5	1,622	54.5
มะนัง	16,134	2,138	13.3	999	46.7	1,139	53.3
รวม	263,487	40,579	15.4	18,357	45.2	22,222	54.8
เขต	4,021,075	673,781	16.76	291,005	43.19	382,776	56.81
ประเทศ	45,211,256	9,933,345	21.97	4,381,860	44.11	5,551,485	55.89

ที่มา : รายงานจากระบบ HDC ณ วันที่ 30 มิ.ย. 2566

ประชากรตาม 43 เพิ่ม Typearea = 1,3 และ Nation = 099



จังหวัดสตูล มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 - 2565เท่ากับร้อยละ 11.2, 14.4 และ 14.9 ตามลำดับ โดยในปีงบประมาณ 2566 มีประชากรสูงอายุ จำนวน 40,579 คน จากประชากรทั้งหมด 263,487 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 ซึ่งถือว่าจังหวัดสตูลเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ageing society คือ มีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 โดยเมื่อจำแนกข้อมูลเป็นรายอำเภอ พบว่ามี 3 อำเภอ ที่มีผู้สูงอายุมากที่สุด ได้แก่ เมืองสตูล ร้อยละ 16.0 , อำเภอละงู ร้อยละ 15.9 ,และอำเภอกวนโดน ร้อยละ 15.7

ตาราง ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน  
จำแนกอำเภอ ปีงบประมาณ 2567

อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุ	คัดกรอง ADL	ร้อยละ	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ
เมืองสตูล	14,860	9,998	67.28	9,727	97.29	203	2.03	68	0.68
ควนโดน	3,712	2,133	57.46	2,070	97.05	46	2.16	17	0.80
ควนกาหลง	4,484	3,995	89.09	3,911	97.90	45	1.13	39	0.98
ท่าแพ	3,680	2,121	57.64	2,019	95.19	78	3.68	24	1.13
ละงู	10,309	8,117	78.74	8,036	99.00	60	0.74	21	0.26
ทุ่งหว้า	3,095	1,289	41.65	1,224	94.96	43	3.34	22	1.71
มะนัง	2,255	1,171	51.93	1,132	96.67	34	2.90	5	0.43
รวม	42,395	28,824	67.99	28,119	97.55	509	1.77	196	0.68
เขต	699,733	487,769	69.71	471,467	96.66	13,048	2.68	3,254	0.67
ประเทศ	10,322,099	6,406,458	62.07	6,200,281	96.78	165,028	2.58	41,149	0.64

ที่มา : รายงานจากระบบ HDC ณ วันที่ 30 พ.ค. 2567

ข้อมูลการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ADL จำนวน 28,824 คน คิดเป็นร้อยละ 67.99 แบ่งเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 (ติดสังคม) จำนวน 28,119 คน ร้อยละ 97.55 , ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน) จำนวน 509 คน ร้อยละ 1.77 และผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง) จำนวน 196 คน ร้อยละ 0.68 โดยเมื่อจำแนกข้อมูลเป็นรายอำเภอพบอำเภอที่มีผลการคัดกรอง ADL สูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอกวนกาหลง ร้อยละ 97.3 , อำเภอละงูร้อยละ 78.74 และอำเภอเมืองสตูล ร้อยละ 67.28



### 2.3 สถานการณ์การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1) จำแนกอำเภอ ปีงบประมาณ 2567 (การมองเห็น การกลืนปัสสาวะ การได้ยิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความคิดความจำ การซึมเศร้า การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก และภาวะขาดสารอาหาร)

อำเภอ	ผู้สูงอายุ(คน)	คัดกรองครบ 9 ด้าน(คน)	ร้อยละ	การมองเห็น				การกลืนปัสสาวะ				การได้ยิน				การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน				ความคิดความจำ			
				คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสียง	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	มีปัญหา	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสียง	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสียง	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ
เมืองสุล	14,860	9,123	61.39	9,720	65.41	9,351	897	9,393	63.21	9,198	187	9,137	61.49	8,897	240	12,462	83.86	12,062	400	8,325	56.02	8,120	205
ควนโดน	3,712	2,962	79.8	2,966	79.9	2,778	453	2,966	79.9	2,902	64	2,970	80.01	2,886	84	3,143	84.67	3,011	132	2,905	78.26	2,848	57
ควนกาหลง	4,484	4,248	94.74	4,268	95.18	4,200	126	4,267	95.16	4,202	64	4,261	95.03	4,243	18	4,265	95.12	4,179	86	4,206	93.8	4,172	34
ท่าแพ	3,680	3,426	93.1	3,460	94.02	3,375	415	3,442	93.53	3,381	61	3,439	93.45	3,364	75	3,462	94.08	3,353	109	3,242	88.1	3,187	55
ละงู	10,309	9,628	93.39	9,628	93.39	9,284	936	9,629	93.4	9,517	112	9,629	93.4	9,508	121	9,840	95.45	9,719	121	9,639	93.5	9,551	88
ทุ่งหว้า	3,095	2,947	95.22	2,951	95.35	2,706	493	2,955	95.48	2,876	79	2,955	95.48	2,885	70	2,956	95.51	2,874	82	2,717	87.79	2,641	76
มะนัง	2,255	2,014	89.31	2,070	91.8	1,790	395	2,070	91.8	1,966	104	2,040	90.47	1,885	155	2,141	94.94	2,041	100	1,952	86.56	1,808	144
รวม	42,395	34,348	81.02	35,063	82.71	33,484	3,715	34,722	81.9	34,042	671	34,431	81.21	33,668	763	38,269	90.27	37,239	1,030	32,986	77.81	32,327	656

อำเภอ	ผู้สูงอายุ(คน)	คัดกรองครบ 9 ด้าน(คน)	ภาวะซึมเศร้า(2Q)				การเคลื่อนไหว				สุขภาพช่องปาก				ภาวะขาดสารอาหาร				
			คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	ผิดปกติ	2Q+ผิดปกติ	คัดกรอง	ร้อยละ	ไม่เสียง	เสียง	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสียง	คัดกรอง	ร้อยละ	ปกติ	เสียง
เมืองสุล	14,860	9,123	11,466	77.16	11,373	93	31	9,730	65.48	9,292	438	9,728	65.46	9,184	544	9,218	62.03	8,956	262
ควนโดน	3,712	2,962	2,980	80.28	2,933	47	3	2,972	80.06	2,839	133	2,974	80.12	2,780	194	2,964	79.85	2,875	88
ควนกาหลง	4,484	4,248	4,268	95.18	4,254	14	3	4,265	95.12	4,197	68	4,269	95.21	4,216	53	4,266	95.14	4,241	25
ท่าแพ	3,680	3,426	3,446	93.64	3,404	42	13	3,460	94.02	3,317	143	3,480	94.57	3,358	122	3,431	93.23	3,349	81
ละงู	10,309	9,628	9,784	94.91	9,683	101	30	9,830	95.35	9,175	655	9,678	93.88	9,172	506	9,629	93.4	9,447	182
ทุ่งหว้า	3,095	2,947	2,976	96.16	2,930	46	13	2,955	95.48	2,758	197	2,953	95.41	2,724	229	2,956	95.51	2,870	85
มะนัง	2,255	2,014	2,060	91.35	1,988	72	11	2,070	91.8	1,864	206	2,070	91.8	1,668	402	2,014	89.31	1,873	142
รวม	42,395	34,348	36,980	87.23	36,565	415	104	35,282	83.22	33,442	1,840	35,152	82.92	33,102	2,050	34,478	81.33	33,611	867

ที่มา : รายงานจากระบบ HDC ณ วันที่ 30 พ.ค. 2567 (13.การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1



จังหวัดสตูลมีผลการคัดกรองผู้สูงอายุครบ 9 ด้าน (Basic/Community Screen STEP1)

จำนวน 34,348 คน จากจำนวนผู้สูงอายุ 42,395 คน คิดเป็นร้อยละ 81.02 โดยอำเภอที่มีผลการคัดกรองผู้สูงอายุครบ 9 ด้านสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 95.22 อำเภอควนกาหลง ร้อยละ 94.74 และอำเภอละงู ร้อยละ 93.39

ในส่วนของประเด็นที่พบความผิดปกติมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มองเห็น ร้อยละ 10.60 , สุขภาพช่องปาก ร้อยละ 5.83 และการเคลื่อนไหว ร้อยละ 5.22

### 3. วิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2567

#### 3.1 ตัวชี้วัด : ร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

ตาราง ข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับคัดกรองความเสี่ยงอย่างน้อย 1 ด้าน และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี จำแนกอำเภอ ปีงบประมาณ 2567

อำเภอ	ผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับ การคัดกรอง อย่างน้อย 1 ด้าน (การเคลื่อนไหว) (HDC)	ร้อยละของ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการ คัดกรอง อย่างน้อย 1 ด้าน (การ เคลื่อนไหว)	จำนวน ผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยง อย่างน้อย 1 ด้าน (การ เคลื่อนไหว) (HDC)	จำนวน ผู้สูงอายุที่มี ความเสี่ยง อย่างน้อย 1 ด้าน (Bluebook)	จำนวน ผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง ได้รับการจัด ทำแผนฯ (Bluebook)	ร้อยละของ ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง ได้รับการจัด ทำแผนฯ (Bluebook)
เมืองสตูล	14,860	9,730	65.48	438	1,437	1,842	120.07
ควนโดน	3,712	2,927	80.06	133	382	323	118.27
ควนกาหลง	4,484	4,265	95.12	68	353	294	76.72
ท่าแพ	3,680	3,460	94.02	143	722	653	110.57
ละงู	10,309	9,830	95.35	655	1,003	1,655	115.08
ทุ่งหว้า	3,095	2,955	95.48	197	613	799	60.60
มะนัง	2,255	2,070	91.8	206	435	378	78.01
<b>รวม</b>	<b>42,395</b>	<b>35,282</b>	<b>83.22</b>	<b>1,840</b>	<b>4,945</b>	<b>5,944</b>	<b>83.19</b>

ที่มา : รายงานจากระบบ HDC และ ระบบ Bluebook ณ วันที่ 30 พ.ค. 2567

จังหวัดสตูลมีผู้สูงอายุที่เข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (ได้รับคัดกรองความเสี่ยงด้าน การเคลื่อนไหว) จำนวน 35,282 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 42,395 คน คิดเป็นร้อยละ 83.22 โดย อำเภอที่มีผลการดำเนินงานผ่านตามเป้าหมาย สูงสุด ๓ อันดับแรก ได้แก่ อำเภอควนเมืองสตูล ร้อยละ ๑๒๐.๐๗ อำเภอควนโดน ร้อยละ ๑๑๘.๒๗ และอำเภอละงู ร้อยละ ๑๑๕.๐๘



## 3. 2 ตัวชี้วัด : ร้อยละของชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (1 ชมรม/ตำบล)

จังหวัดสตูล 1 ชมรม/รพ.สต./PCU ทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

ตาราง จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีผลการลงทะเบียน การประเมินและดำเนินการผ่านเกณฑ์ด้านสุขภาพ

อำเภอ	เป้าหมาย ตำบล ทั้งหมด	ชมรม ผู้สูงอายุที่ ลงทะเบียน ผ่านระบบ	ชมรม ผู้สูงอายุที่ ผ่านเกณฑ์ ด้านสุขภาพ (51 คะแนน ขึ้นไป)	ร้อยละชมรม ผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ด้าน สุขภาพ (51 คะแนน ขึ้นไป)	ชมรม ผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ (71 คะแนน ขึ้นไป)	ร้อยละชมรม ผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ คุณภาพ (71 คะแนน ขึ้นไป)	*ชมรม ผู้สูงอายุผ่าน เกณฑ์ด้าน สุขภาพ (51 คะแนนขึ้นไป) (1 ชมรม/ ตำบล)	*ร้อยละ ชมรมฯ ผ่านเกณฑ์ (1 ชมรม/ ตำบล)
เมืองสตูล	12	20	1	5.0	19	95.0	12	100
ควนโดน	4	5	-	-	5	100	4	100
ควนกาหลง	3	8	-	-	8	100	3	100
ท่าแพ	4	6	-	-	6	100	4	100
ละงู	6	12	-	-	12	100	6	100
ทุ่งหว้า	5	8	1	12.5	7	87.5	5	100
มะนัง	2	5	3	60.0	2	40.0	2	100
รวม	36	64	5	7.8	59	92.2	36	100

ที่มา : รายงานจากระบบ Google Form ณ วันที่ 30 พ.ค. 2567

จังหวัดสตูล มีชมรมผู้สูงอายุลงทะเบียนในระบบฯ จำนวน 64 ชมรม ประเมินตนเองผ่านเกณฑ์ ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (51 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 5 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 7.81 เป็น ชมรมผ่านเกณฑ์ระดับดี (71 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 59 ชมรม คิดเป็นร้อยละ 92.18 ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ (1 ชมรม/ตำบล) มีจำนวน 36 ชมรม /ตำบลทั้งหมด 36 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100





### 3.3 ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan (เป้าหมายร้อยละ 98)

ตาราง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan

อำเภอ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ข้อมูลจาก สปสช.)	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care plan
เมืองสตูล	305	288	94.43
ควนโดน	57	57	100
ควนกาหลง	95	95	100
ท่าแพ	145	145	100
ละงู	161	161	100
ทุ่งหว้า	71	71	100
มะนัง	76	76	100
รวม	910	893	98.14
เขต	17,349	16,831	98.13
ประเทศ	403,422	385,568	95.57

ที่มา : รายงานจากระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย ณ วันที่ 30 พ.ค. 2567

จังหวัดสตูล มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสะสม ในระบบโปรแกรม 3C (ข้อมูลลงทะเบียนในระบบ สปสช.) จำนวน 912 คน ได้รับการจัดทำ care plan เพื่อการดูแล จำนวน 895 คน คิดเป็นร้อยละ 98.14 โดยอำเภอที่มีผลการดำเนินงานตามเป้าหมายร้อยละ 97 เรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ อำเภอควนโดน ควนกาหลง ท่าแพ ละงู ทุ่งหว้า มะนัง ร้อยละ 100 และอำเภอเมืองสตูล ร้อยละ 94.43



1. ประเด็นการตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 1.1 โรงพยาบาลทุกระดับที่มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (ร้อยละ 80 )ให้บริการ  
ในศูนย์ชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
- 1.2 ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (บูรณาการ Palliative - care,LTC,elderly care)
- 1.3 มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ(ร้อยละ 95) และผ่านเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 50)
- 1.4 มีบริการ Hospital At Home/Home word จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80)

2. สถานการณ์/ผลการดำเนินงาน (แสดงผลการดำเนินงาน ข้อมูลเชิงปริมาณ/คุณภาพ Level เป็น  
อย่างไร/Trend เป็นอย่างไร/Compare กับระดับประเทศเป็นอย่างไร ใช้ข้อมูล ตุลาคม – พฤศจิกายน  
2566 หรือ การบรรลุเป้าหมาย

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาล 7 โรงพยาบาล โดยเป็นโรงพยาบาลระดับ S 1 โรงพยาบาล ,ระดับ F1  
จำนวน 1 โรงพยาบาล ,ระดับ F2 4 โรงพยาบาล และระดับ F3 จำนวน 1 โรงพยาบาล

- ตัวชี้วัด 1.1 โรงพยาบาลทุกระดับที่มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (ร้อยละ 80 )  
ให้บริการในศูนย์ชีวาภิบาล จังหวัดละ 1 แห่ง
- 1.2 ร้อยละของโรงพยาบาล ที่มีศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล (บูรณาการ Palliative care,LTC,  
elderly care รายงานจาก palliative care

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 11 มกราคม 2567)		
หน่วยบริการ	ศูนย์ชีวาภิบาล	สถานชีวาภิบาล
โรงพยาบาลสตูล	1	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลควนโดน	-	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
โรงพยาบาลท่าแพ	-	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
โรงพยาบาลละงู	-	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	-	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
โรงพยาบาลมะนัง	-	อยู่ในระหว่างการสำรวจ
รวม	1	-



### 1.3 มีบริการ Hospital At Home/Home word จังหวัดละ 1 แห่ง (ร้อยละ 80)

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาลทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วย รพท. 1 แห่ง รพช. 6 แห่งมีโรงพยาบาลที่สมัครเข้ารับการประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) สำหรับหน่วยบริการ ในปี 2566-2567 และผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ทั้ง 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้ โรงพยาบาลสตูล (รพท.) ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ในโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute Appendicitis) ภายหลังได้รับการผ่าตัด ในส่วนโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 6 แห่ง อยู่ในระหว่างดำเนินการ รายละเอียดดังตาราง

ผลการดำเนินงาน บริการ Hospital At Home/Home word ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567			
หน่วยบริการ	เข้ารับการประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในบ้าน		แนวทางการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward)
	ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	ไม่ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	
โรงพยาบาลสตูล	✓	-	โรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน
โรงพยาบาลควนโดน	✓	-	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลท่าแพ	✓	-	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลละงู	✓	-	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	✓	-	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
โรงพยาบาลมะนัง	✓	-	อยู่ในระหว่างดำเนินการ
รวม	7		

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2567)

#### 1.ผลการดำเนินงาน

จังหวัดสตูล มีการจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาลจำนวน 1 แห่ง แต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ชีวาภิบาล รพ.สตูล ลงนามเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2566 คือศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลสตูล เปิดศูนย์ชีวาภิบาล รพ.สตูล เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566 เพื่อเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพที่เชื่อมต่อกับสถานบริการสู่ชุมชนและมีแผนการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์และสถานชีวาภิบาลให้ครอบคลุมในทุกอำเภอต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการและกำหนดหน้าที่การบริการในศูนย์ชีวาภิบาล ดังนี้

- รับปรึกษาและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทั้งในหอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก และในชุมชน
- ประสานทีมสหวิชาชีพศูนย์ชีวาภิบาลประเมินจัดกลุ่มผู้ป่วยตาม Criteria หรือ/และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
- วางแผนการดูแลล่วงหน้า ACP ในกลุ่มผู้ป่วย LTC และ Palliative care
- ประสานศูนย์ COC ในการเยี่ยมอุปกรณ์ที่จำเป็น
- ส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- ติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในสถานชีวาภิบาลและในชุมชน

พัฒนาระบบการบริการไร้รอยต่อ โดยเตรียมจัดประชุม ทบทวนการให้บริการ ทั้งคลินิกผู้สูงอายุ , IPD , OPD , ศูนย์ LTC , ศูนย์ COC , รพ.สต.ในชุมชน

ประสานความร่วมมือและสนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยร่วมกันทุกภาคส่วน ได้แก่ แกนนำชุมชน พระภิกษุ กรรมการอิสลาม เจ้าหน้าที่ อปท. (กองสาธารณสุข/สวัสดิการ/พมจ./ฯลฯ) โดยมุ่งเน้นการทำงานในรูปแบบพหุวัฒนธรรม

ส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ สสจ.สตูล ซึ่งหน่วยงานหลักในการให้ปรึกษาการบริการของศูนย์ชีวาภิบาล และเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสถานชีวาภิบาล

1.3 ขั้นตอนการให้บริการ (ดังเอกสารหน้าที่ 4)

## 2. ปัจจัยความสำเร็จ

2.1 เครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็น ปัจจุบันนี้ ศูนย์ COC ที่ทำหน้าที่จัดให้ยืมอุปกรณ์ที่จำเป็น ยังขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นหลายประเภท (มากน้อยตามลำดับ) เช่น เตียงสำหรับผู้ป่วย , เครื่องผลิตออกซิเจน , เครื่องดูดเสมหะ , เบาะลม

2.2 ตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขาชีวาภิบาล โรงพยาบาลสตูล

## 3. สิ่งที่ต้องดำเนินการ

3.1 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้เกี่ยวข้อง

3.2 ปรับสถานที่ให้เหมาะสมกับการให้บริการทั้ง 3 สาขา (Elderly , LTC , Palliative care)

3.3 พัฒนาศักยภาพทีมผู้ดูแล ให้สามารถปฏิบัติงานไร้รอยต่อ

3.4 จัดหมุนเวียนทีมดูแลในชุมชน เช่น การเยี่ยมบ้าน

3.5 ติดตามการดำเนินงาน เป็นรายไตรมาส เพื่อให้ปรับแผนงานให้สอดคล้อง ทันทีทันที่

3.6 ประเมินผลการดำเนินงานประจำปี และพัฒนาระบบ

## 4. การพัฒนาและแนวทางแก้ไข

4.1 พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยทั้งใน IPD OPD ชุมชน ให้เหมาะสมกับสาขาที่ต้องดูแล

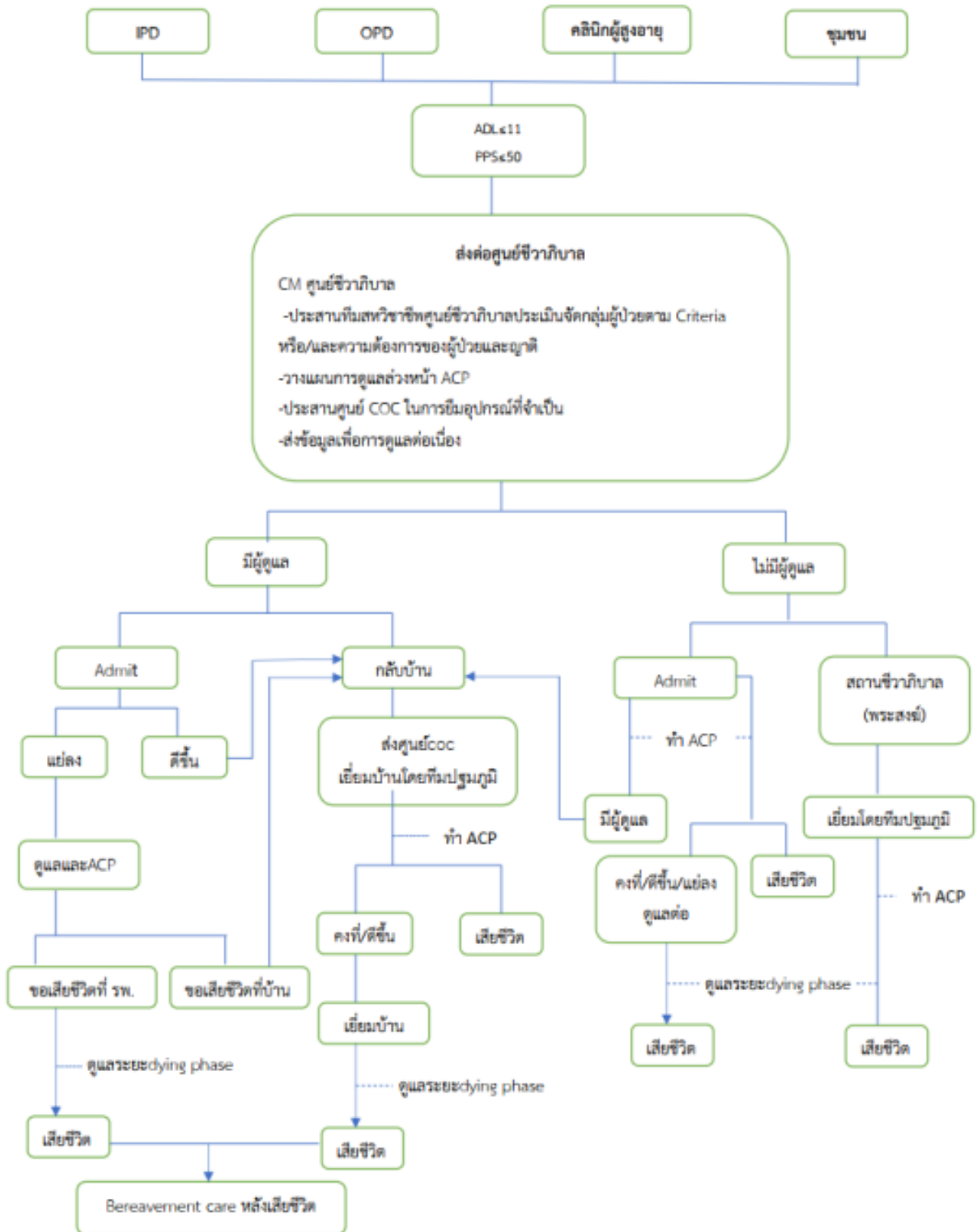
4.2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติให้เกิดความเชื่อมโยงทั้ง 3 สาขาหลัก

4.3 พัฒนาระบบการส่งต่อและการใช้ Telemedicine ในการบริการผู้ป่วย





ผังการให้บริการศูนย์ชีวภิบาล



สถานชีวาภิบาลระดับวัดและชุมชน

กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน			จำนวน (แห่ง)
	มี	ไม่มี	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ	
<b>1.สำรวจว่าในพื้นที่ มีการดำเนินงานสถานชีวาภิบาล</b>				
1.1 สถานชีวาภิบาลในวัด			✓	1
1.2 สถานชีวาภิบาลในชุมชน			-	
<b>2.สถานที่</b>				
2.1 มีสถานที่ตั้งชัดเจนและมีช่องทางให้มีสื่อสารการ ประสานงานกับทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง			✓	
2.2 มีเตียงสำหรับผู้ป่วย/ระบบการส่งต่อ			✓	
2.3 มีระบบการจัดการขยะติดเชื้อที่ถูกต้อง			✓	
2.4 มีระบบน้ำประปาที่สามารถดื่มและใช้ได้ตลอดเวลา			✓	
<b>3.มีผู้ปฏิบัติงานที่ผ่านการพัฒนาและอบรมหลักสูตร</b>				
3.1 CG 70 ชม. ที่มีเนื้อหา PC (กรมอนามัย)	✓			
3.2 พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำหลักสูตร 100 ชม.(ประกอบด้วยพระ อสว.70 ชั่วโมงกรมอนามัย อบรม เพิ่มพูนหลักสูตรพระบริบาลภิกษุใช้ 30 ชม.ของสถาบันพระ บรมราชชนก)	✓			
3.3 พระอาพาธระยะท้ายสำหรับพระคิลานุปัฏฐาก 140 ชม. (รพ.สงฆ์ กรมการแพทย์)				
3.4 พระคิลานุปัฏฐาก 70 ชม. + 20 ชม.ของกรมอนามัย	✓			
<b>4.ระบบข้อมูลผู้รับบริการ</b>				
4.1 ระบบการจัดเก็บข้อมูลการดูแล/ส่งต่อ ของรับบริการ ทั้งกลุ่ม ITC และ PC อย่างเป็นระบบ			✓	

หมายเหตุ -เกณฑ์การประเมินทางกรมอนามัย ขอนำหลักการดำเนินที่ปรับขึ้นมาใหม่ เข้าที่ประชุมคก.กระทรวงสาธารณสุข  
ในวันที่ 16 มค 2567 อีกครั้งหนึ่ง

ภาพกิจกรรมดำเนินงาน





ชื่อตัวชี้วัด : คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ(ร้อยละ95) และคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (ร้อยละ 50)

### ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้อายุ (เป้าหมาย ร้อยละ 95)

จังหวัดสตูลมีโรงพยาบาลในสังกัดปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 7 โรงพยาบาล เปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 7 แห่ง (ร้อยละ100) ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่ง ซึ่งได้กำหนดการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละโรงพยาบาล ดังตาราง

### ตาราง วันให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดสตูล

สถานพยาบาล	Kick off	วันเปิดให้บริการ	ช่วงเวลาเปิดให้บริการ	โมบายคลินิก
โรงพยาบาลสตูล	2 มีนาคม 2565	วันอังคาร สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน	08.30 – 12.00 น.	ม.ค.66-ต.ค.67 ในพื้นที่เกาะ
โรงพยาบาลละงู	6 มกราคม 2566	ทุกวันพฤหัสบดี	13.00 - 16.30 น.	ก.ค.-ก.ย. 67
โรงพยาบาลควนโดน	14 มีนาคม 2566	ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน	08.30 – 12.00 น.	-
โรงพยาบาลควนกาหลง	วันที่ 30 มีนาคม 2566	ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 2	13.00 – 16.30 น.	เม.ย.-ก.ย. 67
โรงพยาบาลมะนัง	วันที่ 10 เมษายน 2566	ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 4	13.00 – 16.30 น.	-
โรงพยาบาลท่าแพ	วันที่ 27 เมษายน 2566	ทุกวันพฤหัสบดี	13.00 - 16.30 น.	-
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	วันที่ 25 เมษายน 2566	ทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 3	13.00 - 16.30 น.	ต.ค.66-ก.ย. 67 หมุนเวียนในทุกหน่วยบริการ





ตาราง ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ แยกรายอำเภอ

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567			
2563	2564	2565		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลการประเมินคลินิกคุณภาพ	ระดับ
ระดับประเทศ			โรงพยาบาลทุก ระดับ	เมืองสตูล (S)	1	85	ดีมาก
-	-	-		ควนโดน (F2)	1	81	ดี
เขต 12				ควนกาหลง (F2)	1	71	ดี
-	-	-		ท่าแพ (F2)	1	81	ดี
จังหวัดสตูล				ละงู (F1)	1	85	ดีมาก
-	-	-		ทุ่งหว้า (F2)	1	74	ดี
				มะนัง (F3)	1	71	ดี

ที่มา : แบบประเมินเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กรมการแพทย์) 30 พ.ค. 2567

ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

- 1) ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
- 2) ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

ปีงบประมาณ 2567 จังหวัดสตูล มีผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม จำนวน 32,986 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 42,395 คน คิดเป็นร้อยละ 77.81 พบผิดปกติจำนวน 659 คิดเป็นร้อยละ 2.0 โดยอำเภอที่พบร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมแล้วพบว่ามีความเสี่ยงสูงสุด 3 อันดับ คือ อำเภอมะนัง ร้อยละ 7.96 (144 คน) รองลงมาคือ อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 2.88 (76คน) อำเภอเมืองสตูล ร้อยละ 2.52 (205คน) ผู้สูงอายุที่พบภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 88.61 (126 คน)

การคัดกรองภาวะหกล้ม ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม จำนวน 35,282 คน จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 42,395 คน คิดเป็น ร้อยละ 83.22 พบผิดปกติจำนวน 1,840 คน คิดเป็นร้อยละ 5.22 โดยอำเภอที่พบร้อยละของผู้สูงอายุมีความผิดปกติด้านการหกล้มสูงสุด 3 อันดับ คือ อำเภอมะนัง ร้อยละ 9.95 ( 206 คน) อำเภอทุ่งหว้า ร้อยละ 6.67 (197 คน) และอำเภอละงู ร้อยละ 6.67 (6.66 คน) ผู้สูงอายุที่พบความผิดปกติด้านการหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.70 (253 คน) รายละเอียดดังตาราง





จำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้มภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดสตูล

อำเภอ	ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ								ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ							
	คัดกรอง			ดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ					คัดกรอง			ดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ				
	คัดกรอง	ผิดปกติ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	จำหน่าย	ร้อยละ	คัดกรอง	ผิดปกติ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	จำหน่าย	ร้อยละ
เมืองสตูล	9,730	438	4.50	25	25	100	1	4.0	8,325	205	2.52	9	9	100	-	-
ควนโดน	2,972	133	4.48	17	17	100	2	18.18	2,905	57	2.00	11	11	100	1	5.88
ควนกาหลง	4,265	68	1.59	52	52	100	-	-	4,206	34	0.81	15	15	100	-	-
ท่าแพ	3,460	143	4.13	62	62	100	40	64.52	3,242	55	1.73	8	8	100	5	62.5
ละงู	9,830	655	6.66	44	44	100	-	-	9,639	88	0.92	36	36	100	-	-
ทุ่งหว้า	2,955	197	6.67	60	43	71.6	43	100	2,717	76	2.88	60	43	71.6	43	100
มะนัง	2,070	206	9.95	10	10	100	10	100	1,952	144	7.96	4	4	100	4	110
รวม	35,282	1,840	5.22	270	253	93.70	96	35.55	32,986	659	2.04	143	126	88.11	53	42.06

ที่มา : DMS Care Tool 30 พ.ค. 2567



ภาพกิจกรรมดำเนินงาน

### โรงพยาบาลควนกาหลง KHUAN KALONG HOSPITAL

ข่าวสารประชาสัมพันธ์  
ฉบับที่ 152567 วันที่ 24 เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567



**โครงการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่**  
ครั้งที่ 4  
(ปีงบประมาณ 2567)  
วันที่ 21 พฤษภาคม 2567

แพทย์ผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพประชาชนผู้สูงอายุ สาขานิติเวชศาสตร์ บริการผู้สูงอายุ และศูนย์สุขภาพประชาชนผู้สูงอายุ สาขาสังเคราะห์เภสัชกรรม สาขาสุขภาพผู้สูงอายุเคลื่อนที่ (Mobile Geriatric Clinic) ของจังหวัด ชิงชมพร ประจำปี 2567 อ.ควนกาหลง จ.สตูล เข้าร่วมโครงการให้คำปรึกษา ตรวจสุขภาพ ผู้ป่วย 19 ราย มีผู้ป่วยสูงอายุ 10 ราย ของกลุ่มอาการ โรคหลอดเลือดหัวใจ 1 ราย มีไข้จากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3 ราย โรคอ้วน 1 ราย โรคไตเรื้อรัง 1 ราย มีโรคประจำตัวอื่นคือ 1 ราย และพบปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มเติมคือ 1 ราย แพทย์ผู้ปฏิบัติงานและพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

<https://sites.google.com/view/khuankalonghospital/>

### สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละลุ

จันทร์ที่ 8 กันยายน 2566

ขอเรียนถึง เรื่อง การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ของชาวอำเภอ ละลุ อำเภอละลุ จังหวัดสตูล เป็นโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ ผู้สูงอายุ มีสุขภาพแข็งแรงและมีความสุขในการดำรงชีวิต โดยกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการมีจำนวน 12 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ 365 ราย 9 คน สด 1505 คน และให้การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ 30 ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 ราย พบปัญหาอื่นคือ 5 ราย

**ข่าวประชาสัมพันธ์**



[www.facebook.com/cdo.stu](http://www.facebook.com/cdo.stu) โทรศัพท์: 074-750889

### โรงพยาบาลมะนัง Manang Hospital

กิจกรรมบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม  
ฉบับที่ 152566



คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลมะนังให้บริการตรวจผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้วมีปัญหาด้านการมองเห็น โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น ภาวะมองเห็นเสื่อม ภาวะทัศนวิสัย การได้ยิน การพูด และอื่นๆ ตลอดจนการดูแลสุขภาพปากและฟัน ตลอดจนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

บริการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุฟรีทุกวันพุธ เวลา 13.00-16.30 น.

### โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคีรีวง ตำบลทุ่งหัว อำเภอทุ่งหัว จังหวัดสตูล

**ประเมินสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ**

วันที่ 28 มีนาคม 2567 คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งหัว ให้บริการตรวจประเมินปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ ก.ม.ส.ตำบลคีรีวง โดย นายแพทย์ศรกร ละมัยระอา และทีมสหวิชาชีพ พบว่ามีผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ: 57.14 เสียงคุณภาพเบื้องต้น ร้อยละ: 14.28 เสียงคุณภาพจิต ร้อยละ: 14.28 และส่งต่อเพื่อพบแพทย์จำนวน 1 ราย



### คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสตูล

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสตูลเปิดให้บริการทุกวันอังคารที่ 1/3 ของเดือน และให้บริการ Mobile Clinic ตำบลพิจิตร ทุกวันอังคารที่ 4 ของเดือน

วันที่ 7 พ.ค. 2567 กลุ่มงานเวชกรรมสังคมร่วมกับนักกายภาพบำบัด ลงพื้นที่ร.ส.ต.ตำบลพิจิตร โดยมีการบูรณาการกับงาน NCD ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้มได้

บริการดูแลโดยนักกายภาพบำบัดโดยการประเมิน The Time Up and Go Test (TUG) การทดสอบการทรงตัว ทำบัตรประเมินเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุจำนวน 6 ท่าน

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสตูล



### คลินิกผู้สูงอายุ รพ.แม่ฟ้าหลวง

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
ประจำวันที่ 4 มีนาคม 2567

**ออกให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ รถมอเตอร์เคลื่อนที่ "สิริเวชยาน"**

วันที่ 2 มีนาคม 2567 คลินิกผู้สูงอายุ ออกให้บริการรถมอเตอร์เคลื่อนที่ (OHV) ให้แก่ชาวตำบล ยะเนาะโต๊ะ อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ซึ่งรถมอเตอร์เคลื่อนที่ (OHV) มีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ 1 ท่าน สามารถใช้งานได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และสามารถนำรถไปใช้เองได้ โดยไม่ต้องมีคนนำรถไปส่ง และยังสามารถนำรถไปใช้เองได้ โดยไม่ต้องมีคนนำรถไปส่ง และยังสามารถนำรถไปใช้เองได้ โดยไม่ต้องมีคนนำรถไปส่ง



รถมอเตอร์เคลื่อนที่ (OHV) ขนาด 150 cc 3 คัน

โทร 075-797467-8 โทรสาร 075-797470-7

### จดหมายข่าว Newsletter

**ข่าวประชาสัมพันธ์**  
ฉบับที่ 45 / 2567 วันที่ 28 มกราคม 2567

**กิจกรรม: จัดกิจกรรมแนะนำรถสามล้อสำหรับผู้สูงอายุแก่พระภิกษุสงฆ์ ณ วัดบ้านทุ่ง**

วันที่ 29 มกราคม 2567

โรงพยาบาลสตูล ให้บริการรถสามล้อสำหรับผู้สูงอายุแก่พระภิกษุสงฆ์ ณ วัดบ้านทุ่ง โดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 รูป โดยมีพระภิกษุสงฆ์ 10 รูป และทีมสหวิชาชีพ 10 คน เข้าร่วมกิจกรรม



พระภิกษุสงฆ์ จำนวน 10 รูป ทีมสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน

1669

สาขา การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
(Palliative Care)



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง  
(Palliative care)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 65

1.2 ร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40

1.3 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care : HHC)  $\geq$  ร้อยละ 40

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40

ปี 2567 (ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล ตั้งแต่ ต.ค. 66 - พ.ค.67) จำนวนผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด 237 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง จำนวน 143 ราย กลุ่มผู้ป่วยอื่น ๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง จำนวน 94 ราย เมืองสตูล จำนวน 74 ราย ได้รับ opioid จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.64 คน โคน จำนวนผู้ป่วย 18 ราย ได้รับ opioid จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.11 คน กะทิง จำนวนผู้ป่วย 15 ราย ได้รับ opioid จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ท่าแพ จำนวนผู้ป่วย 19 ราย ได้รับ opioid จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.63 ละงู จำนวนผู้ป่วย 53 ราย ได้รับ opioid จำนวน 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.92 พงษ์หัว จำนวนผู้ป่วย 5 ราย ได้รับ opioid จำนวน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 20 มะนัง จำนวนผู้ป่วย 22 ราย ได้รับ opioid จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 โดยเฉลี่ยร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid จังหวัดสตูล เท่ากับ ร้อยละ 62.03

2.2 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 65

จำนวนผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งหมดในจังหวัดสตูล ปี 2567 (ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล ตั้งแต่ ต.ค. 66 - พ.ค.67) จำนวน 237 ราย เมืองสตูล คนโคน คนกะทิง ท่าแพ ละงู พงษ์หัว มะนัง มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน 105 ราย, 18 ราย, 15 ราย , 19 ราย ,53 ราย,5 ราย และ 22 ราย ตามลำดับ ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) จำนวน 69 ราย, 18 ราย, 14 ราย, 16 ราย, 50 ราย, 0 ราย และ 22 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ยร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ในผู้ป่วยประคับประคอง จังหวัดสตูล เท่ากับร้อยละ 79.74



### 2.3 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care : HHC) $\geq$ ร้อยละ 40

จำนวนผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ต้องติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านทั้งหมดในจังหวัดสตูล จำนวน 185 ราย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 136 ราย คิดเป็น ร้อยละ 73.51 (ข้อมูลจากพื้นที่ จังหวัดสตูล ตั้งแต่ ต.ค. 66 – พ.ค. 67) ได้แก่ เมืองสตูล ควนโดน ควนกาหลง ท่าแพ ละงู ทุ่งหว้า และ มะนัง มีจำนวนผู้ป่วยต้องดูแลประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 70 ราย, 18 ราย, 14 ราย , 19 ราย ,53ราย,5 ราย, 10 ราย ตามลำดับ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแยกตามพื้นที่ จำนวน 46 ราย, 17ราย, 13 ราย , 13 ราย , 46 ราย, 5 ราย และ 9 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ยร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จังหวัดสตูล เท่ากับร้อยละ 73.51

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 40

3.1.2 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 65

3.1.3 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care : HHC)  $\geq$  ร้อยละ 40

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	การเข้าถึงบริการ มีเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบประเมินผู้ป่วยในการคัดกรองในชุมชน มีระบบประสานการดูแลแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	บุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร สหสาขาวิชาชีพ ผ่านการอบรม palliative care ระยะสั้นระยะยาว เฉพาะทางทุกปี แผนพัฒนาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการประเมินผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลปรึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แผนพัฒนาศักยภาพหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลของบุคลากรในระดับ จังหวัด





หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	พัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย โปรแกรมการส่งต่อเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	การเข้าถึงการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong opioids การใช้ syringe driver กับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน คลังอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	งบประมาณอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ดูแลที่บ้าน รายรับจาก UC ในการดูแลที่บ้านของแต่ละ รพ.
6. ภาวะผู้นำ ธรรมภิบาล (Leadership)	สนับสนุนการบริหารจัดการเวลาในการดูแลผู้ป่วยของบุคลากร มีระบบติดตามและเสริมขวัญกำลังใจแก่บุคลากร มีแนวทางกรณีที่ตัดสินใจยาก Dilemma

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 40)

อำเภอ	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 40)					
	ปีงบประมาณ					
	2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	77	61	85.71	72	55	76.38
ควนโดน	28	14	50	21	11	52.38
ควนกาหลง	39	32	82.06	34	15	44.12
ท่าแพ	15	4	26.67	22	9	40.91
ละงู	67	34	50.74	82	34	41.46
ทุ่งหว้า	29	16	55.17	25	17	68.00
มะนัง	19	8	42.10	25	4	16.00
ภาพรวมจังหวัด	274	167	60.94	281	145	51.60



อำเภอ	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 40)					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	133	99	74.43	126	83	65.87
ควนโดน	31	15	48.38	19	15	78.95
ควนกาหลง	21	14	66.67	17	14	82.35
ท่าแพ	33	7	21.21	32	0	0.00
ละงู	74	32	43.24	59	50	84.75
ทุ่งหว้า	10	5	50.00	8	6	75.00
มะนัง	20	3	15.00	20	7	35.00
ภาพรวมจังหวัด	322	175	54.35	281	175	62.28

อำเภอ	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ 40)								
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567					
				ต.ค.66 - ธ.ค.66			ต.ค.66 - พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	179	136	75.98	31	23	74.19	105	77	72.64
ควนโดน	15	5	33.33	9	4	44.44	18	11	61.11
ควนกาหลง	18	16	88.89	10	6	60	15	6	40
ท่าแพ	25	8	32	6	4	66.67	19	10	52.63
ละงู	77	42	54.55	24	22	91.67	53	36	67.92
ทุ่งหว้า	14	3	21.43	4	0	0	5	1	20
มะนัง	18	5	27.77	6	2	33.30	22	6	27.27
ภาพรวมจังหวัด	346	215	62.14	90	61	67.78	237	147	62.03



3.2.2 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning : ACP) ในผู้ป่วย  
ระดับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 65

3.2.2.1 ทีม PC ได้ทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและ  
ครอบครัว เป็นสายลักษณะอักษร

อำเภอ	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	C1	A	ร้อยละ	C1	A	ร้อยละ	C1	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	65	77	84.42	52	72	71.23	112	133	84.21
ควนโดน	20	28	71.43	18	21	85.71	14	31	45.16
ควนกาหลง	36	39	92.30	27	34	79.41	14	21	66.67
ท่าแพ	14	15	93.33	20	22	90.90	6	33	23.07
ละงู	53	67	79.10	72	82	87.80	41	74	78.85
ทุ่งหว้า	17	29	58.62	20	25	80	6	10	85.71
มะนัง	19	19	100	19	25	76	9	20	95
ภาพรวมจังหวัด	224	274	81.75	228	281	81.13	212	322	65.84

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
							ต.ค.66 - ธ.ค.66		
	C1	A	ร้อยละ	C1	A	ร้อยละ	C1	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	126	106	84.13	179	130	72.63	31	25	80.64
ควนโดน	19	15	78.95	15	10	66.67	9	9	100
ควนกาหลง	17	15	88.24	18	19	94.74	10	10	100
ท่าแพ	32	12	37.50	25	21	84	6	5	83.33
ละงู	59	55	93.22	77	76	98.7	24	22	91.67
ทุ่งหว้า	8	5	62.50	14	6	42.86	4	3	75
มะนัง	20	20	100.00	18	7	38.89	6	6	100
ภาพรวมจังหวัด	281	228	81.14	346	269	77.75	90	80	88.89





อำเภอ	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค. 67)		
	C1	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	105	69	65.71
ควนโดน	18	18	100
ควนกาหลง	15	14	93.33
ท่าแพ	19	16	84.21
ละงู	53	50	94.34
ทุ่งหว้า	5	0	0
มะนัง	22	22	100
ภาพรวมจังหวัด	237	189	79.74

C1 : จำนวนผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z51.5) และ มีการทำ (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร

A : จำนวนผู้ป่วย 7 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z51.5)

$(C1/A) \times 100$  : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร

### 3.2.2 ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care : HHC) $\geq$ ร้อยละ 60

อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care : HHC) $\geq$ ร้อยละ 60								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	C2	A	ร้อยละ	C2	A	ร้อยละ	C2	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	71	77	92.20	49	72	68.05	98	133	73.68
ควนโดน	21	28	75	21	21	100	15	31	100
ควนกาหลง	30	39	76.92	25	34	73.53	14	21	100
ท่าแพ	14	15	93.33	20	22	90.90	24	33	92.3
ละงู	60	67	89.50	75	82	91.46	40	74	76.92
ทุ่งหว้า	29	29	100	14	25	56	7	10	100
มะนัง	11	19	57.89	21	25	84	7	20	89.47
ภาพรวมจังหวัด	236	274	86.13	227	281	80.78	205	322	70.21



อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care : HHC) $\geq$ ร้อยละ 6								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	C2	A	ร้อยละ	C2	A	ร้อยละ	C2	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	110	63	57.27	76	57	75	18	17	94.44
ควนโดน	19	18	94.74	15	11	73.33	9	9	100
ควนกาหลง	17	13	76.47	21	15	71.43	10	9	90
ท่าแพ	29	3	10.34	24	14	58.33	6	6	100
ละงู	58	56	96.55	77	75	97.4	42	18	75
ทุ่งหว้า	8	6	75.00	14	9	64.29	4	4	100
มะนัง	20	10	50.00	17	10	58.82	6	6	100
ภาพรวมจังหวัด	261	169	64.75	244	191	78.28	77	69	89.61

อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home Health Care : HHC) $\geq$ ร้อยละ 6		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค. 67)		
	C2	A	ร้อยละ
เมืองสตูล	70	46	65.71
ควนโดน	18	17	94.44
ควนกาหลง	14	13	92.86
ท่าแพ	19	13	68.42
ละงู	53	46	86.79
ทุ่งหว้า	5	5	100
มะนัง	10	9	90
ภาพรวมจังหวัด	185	136	73.51

C2 : จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z51.5) และ มีการดูแลแบบระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน

A : จำนวนผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 2 กลุ่มอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะระดับประคอง (Z51.5)

$(C2/A) \times 100$  : ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคองต่อเนืองที่บ้าน



5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

โครงสร้างงาน อัตรากำลัง ไม่เป็นไปตามที่กระทรวง/กรมการแพทย์กำหนด รองรับการขยายบริการที่มี แนวโน้มผู้ป่วยจำนวนมากขึ้น

การสนับสนุนจากผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการจัดให้มียามอร์ฟินและยาบรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ รวมถึงอุปกรณ์การแพทย์ใช้ที่บ้าน สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับงาน palliative care

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินการงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จังหวัดสตูล ดังนี้

6.1 ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ  $\geq$  ร้อยละ 65

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลต้อง ดำเนินการ ดังนี้

1) มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย รวมทั้งบันทึกไว้ในเวชระเบียน และ/ หรือ มีการใช้แนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ของสถานบริการ สาธารณสุข เรื่อง หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้าย ของชีวิต และบันทึกในระบบ E-clam บันทึกรหัส ICD-10 Z71.8 และส่งข้อมูลเข้า HDC รวมทั้งส่งต่อข้อมูล แผนการดูแลไปยังจุดบริการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายทุกกลุ่มวัย ทั้งกรณีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่รับการดูแลที่บ้าน ได้รับการดูแลตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้ จนถึงวาระสุดท้ายตามแผนการดูแลล่วงหน้า

2) มีบุคลากรในทีมการดูแลประคับประคองที่สามารถจัดทำกระบวนการประชุมครอบครัว (Family Meeting) เพื่อการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และให้การดูแลอย่างมีคุณภาพ ดังนี้

2.1. โรงพยาบาลระดับ A,S มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีแพทย์ที่มีความรู้ด้าน PC ปฏิบัติงาน full time (M1)/part time (M2,F) อย่างน้อย 1 คน

2.2. โรงพยาบาลระดับ A,S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time อย่างน้อย 3-4 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน full time/part time อย่างน้อย 1 คน

2.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน และมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมดูแลตามบริบท

2.4. โรงพยาบาลทุกระดับ มีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งาน หรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว

จังหวัดสตูล ประกอบด้วย รพท.สตูล และ 6 รพช. ทุก รพ. มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยกระบวนการ Family Meeting ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระดับประคอง (Z51.5) ในช่วงเดือน ต.ค. 66 – พ.ค. 67 จำนวน 237 ราย ได้รับการดูแลตามกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง มีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร จำนวน 189 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.74

ทุกโรงพยาบาลมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ แต่ไม่มีแพทย์ปฏิบัติงาน full time รพท. มีพยาบาลปฏิบัติงาน full time 1 คน ทุก รพช. มีพยาบาลปฏิบัติงาน part time 1 คน และมีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย ทุก รพ. ผ่านการอบรมหลักสูตร Basic palliative care

**6.2 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย  
ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (  $\geq$  ร้อยละ 40)**

**6.3 บุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids (จำนวน) มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids**

แผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรงพยาบาลต้องดำเนินการ ดังนี้

1) มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่น ๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก/กระทรวงสาธารณสุข ในบัญชียาของโรงพยาบาล และพร้อมดำเนินการสั่งซื้อยาจาก ออย. ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ และมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนโดยใช้ opioid ในผู้ป่วยระยะท้าย

2) มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย Codeine, Morphine, Oral Immediate Release (MoIR), Morphine, Oral Controlled Release (MoCR) และ Morphine, injectable (MoINJ)

บุคลากรที่สามารถสั่งจ่ายยา คือ แพทย์ผู้รับผิดชอบงาน palliative care ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง รวมทั้งแพทย์ทุกคนก่อนสั่งจ่ายยา มีการปรึกษาแพทย์ palliative care เภสัชกรผ่านการอบรมทุก ร.พ จำนวน 7 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยบริหารยาได้ทุกคน

PC Essential drugs list กลุ่ม Opioids ทุก รพ. มี strong opioid short acting และมีเพียง 2 รพ. คือ รพ. สตูล และ รพ.ละงู มี strong opioid long acting จึงได้จัดให้มีระบบยืมยาและระบบนัดติดตามสั่งจ่ายยาจาก รพ.สตูล ในผู้ป่วยพื้นที่ รพช.

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน

237 ราย (ข้อมูลจากพื้นที่ ต.ค. 66 – พ.ค. 67) ได้รับความยากลำบากในการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ ได้แก่ เหนื่อย หอบ จำนวน 147 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.03 ซึ่งผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 40 เขตเมืองสตูล จำนวน 105 ราย ได้รับ opioid จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.64 ควนโดน จำนวนผู้ป่วย 18 ราย ได้รับ opioid จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.11 ควนกาหลง จำนวนผู้ป่วย 15 ราย ได้รับ opioid จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 ท่าแพ จำนวนผู้ป่วย 19 ราย ได้รับ opioid จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 51.63 ละงู จำนวนผู้ป่วย 53 ราย ได้รับ opioid จำนวน 36 ราย คิดเป็น ร้อยละ 67.92 พงษ์วา จำนวนผู้ป่วย 5 ราย ได้รับ opioid จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 มะนัง จำนวนผู้ป่วย 22 ราย ได้รับ opioid จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 โดยเฉลี่ยร้อยละของการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid จังหวัดสตูล เท่ากับร้อยละ 62.03

#### 6.4 มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการระดับประคอง (Z51.5) ในผู้ป่วย 7 กลุ่มโรคที่มีข้อบ่งชี้

มีทุก รพ. มีแนวทางการวินิจฉัย และส่งปรึกษางานให้บริการดูแลแบบประคับประคองที่แผนก ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ในชุมชนมีการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยเครือข่าย รพ.สต. ส่งปรึกษาทีม PC และประสาน การดูแล ต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิตทั้งใน รพ. และที่บ้าน ปี 2567 (ต.ค. 66 – พ.ค. 67 ข้อมูลจากพื้นที่) มี ผู้ป่วยจำนวน 237 ราย แบ่งเป็น กลุ่มโรคมะเร็ง (C00-C96) จำนวน 143 ราย กลุ่ม Stroke (I60-I69) จำนวน 46 ราย กลุ่มบำบัดทดแทนไต ฟอกไตและล้างไต (ICD9-CM 3995 และ 5498) จำนวน 31 ราย กลุ่ม COPD (J44) จำนวน 5 ราย และ Congenital Heart Failure (I50) จำนวน 6 ราย Hepatic Failure จำนวน 1 ราย HIV (B 20- B 24) จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยเด็ก 0-14 ปี จำนวน 4 ราย แบ่งเป็น กลุ่มโรคมะเร็ง ร้อยละ 65.73 กลุ่มโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง ร้อยละ 39.66

#### 6.5 มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนืองที่บ้าน (ร้อยละ 60)

ทุกโรงพยาบาลมีการวางระบบการติดตามดูแลต่อเนืองที่บ้านร่วมกับเครือข่าย โดยพยาบาล ผู้รับผิดชอบงาน palliative care ร่วมเยี่ยมและประสานข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนืองที่บ้าน ผู้ป่วยได้รับการดูแล แบบประคับประคองทั้งหมด จำนวน 237 ราย เสียชีวิตที่ รพ. 52 ราย ส่งต่อข้อมูลให้ทีมได้รับการดูแล ต่อเนืองที่บ้านจำนวน 185 ราย มีผู้ป่วยที่เสียชีวิตก่อนติดตามเยี่ยม 12 ราย ได้รับการดูแลเยี่ยมบ้าน จำนวน 136 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.51

6.6 เครือข่ายการดูแลประคับประคอง มีศูนย์อุปกรณ์การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และ/หรือใช้แพทย์ แผนไทยในการดูแลประคับประคอง ทุก รพ. มีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านและดูแลร่วมกันกับ รพ.สต.

ทุกโรงพยาบาลวางระบบเชื่อมการดูแลสู่ชุมชนโดยเครือข่ายดูแลประคับประคองระดับ รพช. รพ.สต. มีหน่วยอุปกรณ์จำเป็นใช้ที่บ้าน ได้แก่ Home Oxygen, เครื่อง suction, เตียง เบาะลม สำหรับเครื่องมือ Syringe driver ยังไม่ครบทุก รพช. ได้แก่ ควนโดน มะนัง

ผู้ป่วยบางรายส่งกลับไปดูแลต่อเนืองที่ รพช. หรือที่บ้านในเขต รพช.รับผิดชอบดูแล มีการส่งต่อข้อมูล ด้วยโปรแกรม COC และระบบให้คำปรึกษาจากแพทย์ รพ.สตูล ทุก รพ.มีแพทย์แผนไทย มักใช้ยาสมุนไพร จัดการอาการรบกวน เช่น อาการไอ ท้องผูก แต่ยังไม่มีความบูรณาการดูแลร่วมกันกับสาขาแพทย์แผนไทย



## 7. ปัญหา อุปสรรค

ยา Essential opioids drug ใช้บรรเทาอาการรบกวนต่าง ๆ โดยเฉพาะอาการปวดและเหนื่อยหอบตามที่ กบรส. กำหนด และการนำยา opioid ออกนอก รพ. ใช้กับผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ Syringe driver ยังมีไม่ครบทุก รพ. /อุปกรณ์ Syringe driver บางรพ. ยังไม่ได้รับอนุมัติจัดซื้อ

องค์ความรู้เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ดังนั้นการอบรมของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เครือข่ายปฐมภูมิผู้รับผิดชอบงาน ทั้งจังหวัดหลักสูตร PC ระยะสั้น ได้แก่ หลักสูตรแพทย์ ระยะเวลาอบรม 2 เดือน หลักสูตรพยาบาล PCN ระยะเวลา 2 - 4 เดือน หลักสูตรพยาบาลชุมชนระยะเวลา 2 - 4 สัปดาห์ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานดูแลแบบประคับประคอง

อัตรากำลังแพทย์ พยาบาล ที่รับผิดชอบงาน ไม่เหมาะสมกับปริมาณผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยบางส่วนอาศัยอยู่พื้นที่เกาะต่าง ๆ การดูแลเข้าถึงบริการยาก เช่น มารับบริการตรวจตามนัด หรือมีความประสงค์ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน ระบบดูแลแบบ Telemedicine เป็นสิ่งจำเป็น

## 8. ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหาร รพ. ควรมีการสนับสนุนให้ รพช.ทุกแห่ง มี Essential opioids drug ใช้ และมีการนำยาออกนอก รพ. ร่วมกับ syringe driver ใช้กับผู้ป่วยที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน

สนับสนุนให้แพทย์ พยาบาล PC ได้อบรมหลักสูตรระยะสั้น 1-2 เดือน/ 4 เดือน

สนับสนุนให้มีอัตรากำลังแพทย์ พยาบาล เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น

ผู้รายงาน นางเนตรนภา เทพชนะ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 0635456159

e-mail: nathnapa.ap@gmail.com

สาขา สุขภาพจิต



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช

### 1.ประเด็นการตรวจราชการ

#### ตัวชี้วัด

##### 1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน)
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 90)

##### 1.2 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ร้อยละ 55)

### 2. สถานการณ์

#### 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2563 -2566 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ของจังหวัดสตูล เท่ากับ 7.08,9.15,8.64 และ 6.47 ตามลำดับ ในภาพรวมจังหวัดพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงในปี 2564 และ 2565 แต่เมื่อ พิจารณา จำแนกรายอำเภอ ในแต่ละปีพบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ใน อำเภอมะนัง พงษ์หวัง ท่าแพ และละงู ดังตารางที่ 1 ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2567 (1 ต.ค.66- 31 พ.ค.67) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวม จังหวัดจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.91 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ ข้อมูล พบว่าอำเภอที่มี อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คืออำเภอละงู เท่ากับ 8.10 รองลงมา คืออำเภอพงษ์หวัง เท่ากับ 8.12 เป็นเพศชาย 14 คน เพศหญิง 2 คน ศาสนาอิสลาม 6 คน พุทธ 1 คน ส่วนอยู่ในช่วงวัยทำงาน 25- 39 ปี อายุน้อยสุด 25 ปี อายุมากที่สุด 64 ปี สถานภาพคู่ โสด 4 ราย คู่ 7 ราย แยกกันอยู่ 1 ราย หม้าย 3 ราย ใช้วิธีการมากที่สุดคือ ผูกคอ 14 ราย ใช้ปืน 1 ราย ใช้สารพิษ (น้ำยาล้างห้องน้ำ) 1 ราย มีโรคประจำตัว 2 ราย ติดสุรา/ยาเสพติด 6 ไม่มีโรค (โรคจิต โรคทางกาย) 8 ราย ไม่มีประวัติการทำร้าย ตนเอง 11 ราย ส่งสัญญาณที่จะมีการทำร้ายตนเอง 5 ราย สาเหตุ การฆ่าตัวตายซึ่งมีหลายรายที่มีหลายปัญหา คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ในครอบครัว 3 ราย ทะเลาะกับคน ใกล้ชิด 3 ราย ปัญหาที่มาจากกรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย 2 ราย ปัญหาการใช้ยาเสพติด 6 ราย ปัญหาน้อยใจถูกดูต่ำ 1 ราย มีความตั้งใจ 16 ราย ประสบปัญหาชีวิต 9 ราย

#### กระบวนการในการแก้ไขปัญหา

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดสตูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบใน คนกลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มโรคซึมเศร้า และ กลุ่มโรคเรื้อรัง เมื่อวิเคราะห์คนที่ ทำร้ายตนเอง สำเร็จ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ ไม่มีสัญญาณเตือน มีทางคณะทำงานService planจังหวัดสตูลจึงได้ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ร่วมกันเกิดจากปัญหา การใช้สารเสพติด เมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวจึง นำมาหาวิธีการคัดกรอง กลุ่มผู้ติด สารเสพติด ให้เข้าถึง บริการในการบำบัดรักษา คัดกรองผู้ป่วย





แสดงผลการดำเนินงาน (ข้อมูลเชิงปริมาณ และการบริหารจัดการ)

อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร		
	Base Line		
	2564	2565	2566
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	7.75	6.05	4.32
ควนโดน	0.00	11.09	3.70
ควนกาหลง	11	11.31	0.00
ท่าแพ	8.87	6.75	13.49
ละงู	6.94	5.37	8.05
ทุ่งหว้า	15.85	24.64	12.32
มะนัง	28.42	10.81	16.21
ภาพรวมจังหวัด	9.15(23 ราย)	8.64 (30 ราย)	5.24 (17 คน)

อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร		
	ปีงบประมาณ 2567 (1 ต.ค. 66 - 31พ.ค.67)		
	ประชากร(คน)	ผลงาน(คน)	ร้อยละ
เมืองสตูล	115,224	3	2.60
ควนโดน	27,526	1	3.63
ควนกาหลง	35,726	1	2.80
ท่าแพ	29,851	2	6.70
ละงู	74,108	6	8.10
ทุ่งหว้า	24,633	2	8.12
มะนัง	18,713	1	5.34
ภาพรวมจังหวัด	325,781	16	4.91

ที่มา: จากการบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลจังหวัดสตูล

2.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (ร้อยละ 90)

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายในตนเองซ้ำระยะเวลา 1 ปี ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ต.ค.66- 31 พ.ค.67) พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่น อยู่ในช่วงอายุ 12-23ปี อยู่ในระบบการรักษาที่ ร.พ รักษาต่อเนื่อง ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาด



ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 90) พบว่า ผู้พยายามทำร้ายตนเองไม่กลับทำร้ายซ้ำภายใน 1 ปี ภาพรวมทั้งจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2567 ผู้พยายามทำร้ายตนเอง 154 ราย ไม่กลับทำร้ายซ้ำ 134 ราย คิดเป็น ร้อยละ 87.01 ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิง 124 ราย เพศชาย 30 ราย กลุ่มอายุมากที่สุดคือ วัยทำงาน รองลงมาคือวัยรุ่น/นักศึกษา สถานภาพ โสด 107 ราย คู่ 39 ราย หย่า 8 ราย ราย สถานที่ทำ คือในบ้าน 121 ราย สถานที่สาธารณะ 33 ราย ใช้วิธีการมากที่สุดคือ กินยาเกินขนาด รองลงมาผูกคอ ใช้ของมีคม และกินสารเคมี 3 ราย ส่งสัญญาณบ่งบอกที่จะมีการทำร้ายตนเอง 5 ราย สาเหตุการทำร้ายตนเอง น้อยใจ ถูกดูต่ำ มีปัญหาเกี่ยวกับคนใกล้ชิด ถูกนินทาว่าร้ายจนอับอาย มีปัญหาความรัก หึงหวง ต้องการเอาใจขอแล้วไม่ได้ ปัญหาสูญเสียสมาชิกในครอบครัว ปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย รวมทั้งปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาหนี้สิน

อำเภอ	ร้อยละ90ของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66-พ.ค.67					
	ประชากร (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ	ประชากร (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
เมืองสตูล	49	44	89.80	58	52	89.66
ควนโดน	15	15	100	8	8	100
ควนกาหลง	22	20	90.91	9	7	77.77
ท่าแพ	23	21	91.30	23	15	65.21
ละงู	60	54	90	36	33	91.66
ทุ่งหว้า	17	17	100	14	13	92.86
มะนัง	7	7	100	6	6	100
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>190</b>	<b>175</b>	<b>92.11</b>	<b>154</b>	<b>134</b>	<b>87.01</b>

ที่มา: จากการบันทึกข้อมูลในโรงพยาบาลจังหวัดสตูล

#### การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสอบสวนฆ่าตัวตาย (ปี2567 ผ่านการอบรมการสอบสวน การฆ่าตัวตาย ทุกอำเภอ ยกเว้นท่าแพ)
2. การคืนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงในวัยเรียนให้กับเครือข่าย และนำมาแก้ปัญหาเชิงระบบ โดยจะจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการลดปัญหาการกลั่นแกล้ง ในเด็กวัยเรียน (Anti-Bullying)
3. สร้างเครือข่ายแกนนำชุมชนและผู้เฝ้าระวังในการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย อ.ละงู



3. มีการเสริมทักษะให้แก่ประชาชนทั่วไป ครูที่ปรึกษาให้เข้าใจเกี่ยวกับ สัญญาณเตือนซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย
4. ให้ความรู้สม.และชมรมผู้สูงอายุ ในเรื่องการคัดกรอง ซึมเศร้าในชุมชนซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต
5. การบูรณาการกับกลุ่มวัย กลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินคัดกรองสุขภาพจิต เพิ่มการคัดกรองซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ NCD ผู้ใช้ สารเสพติด สุรา
6. มีระบบการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการซ้ำ และติดตาม

### ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนแก้ไขปัญหา
1. เยาวชนใช้สารเสพติดฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น	1. คัดกรองในกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนมากขึ้น เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข คัดกรองในชุมชน
2. ผู้พยายามฆ่าตัวตามทำร้ายตนเองซ้ำ	1. ค้นหาสัญญาณเตือน การฆ่าตัวตายซ้ำ 2. เพิ่มการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน 3. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบครัวผู้พยายาม ฆ่าตัวตาย (ผ่านพบสัญญาณเตือนการทำร้ายตัวเอง) 4. เพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมในผู้พยายาม ฆ่าตัวตายซ้ำ

### 2.3 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ร้อยละ 55)

สถานการณ์การเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้าสะสม  $\geq 80$  ตั้งแต่ปี 2558 – พ.ศ.2567 พบว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 1,319 ราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน จำนวน 1,052 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.76 เมื่อวิเคราะห์รายอำเภอ พบว่าอำเภอที่ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากที่สุด คือ อำเภอควนกาหลง รองลงมาคืออำเภอ เมือง ควนโดน ท่าแพ มะนัง ทุ่งหว้า ละงู ตามลำดับ

#### กระบวนการในการแก้ไขปัญหา

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน ในปี 2567 พบว่า คณะทำงาน Service plan จึงได้ติดตามเฝ้า ระวังโรคซึมเศร้าโดยสร้างเครือข่ายใน และนอกเขตรับผิดชอบ ในการคัดกรองและค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้า เชิงรุกให้เข้าถึงบริการ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มประชากร 15 ปีขึ้นไป หอผู้ป่วย คลินิกพิเศษ คลินิกโรคเรื้อรัง สสอ.รพสต. ชุมชน โรงเรียน เทศบาล ชมรมผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโควิด พบว่ากลุ่มเป้าหมายประชากร 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองและพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จากการดูแลบุคคลดังกล่าว



อำเภอ	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ร้อยละ 55)		
	ปีงบประมาณ 2567 (1ต.ค. 66-31พ.ค.67)		
	ผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัย(คน)	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน
เมืองสตูล	466	422	90.56
ควนโดน	114	102	89.47
ควนกาหลง	55	55	100
ท่าแพ	33	29	87.88
ละงู	430	259	60.23
ทุ่งหว้า	141	115	81.56
มะนัง	80	70	87.50
ภาพรวมจังหวัด	1,319	1,052	79.76

ที่มา: จากฐานข้อมูลHDC ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการ

การบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในการขับเคลื่อน/ทรัพยากร 4 M)

### 1. การจัดการด้านบริการ

#### 1.1 งานเชิงรับ ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก

- ให้บริการคลินิกจิตเวชในทุกโรงพยาบาล
- คัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลทุกราย กลุ่มเสี่ยง เช่นคลินิกจิตเวช

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยเรื้อรัง คลินิกผู้สูงอายุ ผู้ที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติดทุกชนิด

- ให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกคลายเครียดและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เช่น จิตบำบัดรายบุคคล

จิตบำบัดครอบครัว จิตบำบัด CBT พฤติกรรมบำบัด กลุ่มบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ติดตามในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ขาดการรักษา เพื่อนำเข้าสู่ระบบการรักษาต่อเนื่อง

#### 1.2 งานเชิงรุก

##### 1.2.1 ให้บริการคัดกรองและให้คำปรึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเบื้องต้น (ใช้ 2Q)ร่วมกับ

ทีมสหวิชาชีพ

\* ในโรงพยาบาล - ทุกจุดบริการในโรงพยาบาล ในผู้ป่วยทุกราย และในกลุ่มเสี่ยง เช่น คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกความดัน-เบาหวาน ไตเทียม ผู้ป่วยCA ผู้ป่วยเรื้อรัง เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง



\* นอกโรงพยาบาล – คัดกรองในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป PCU รพ.สต. โรงเรียนมัธยม(ทุกโรงเรียน) เรือนจำ สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กองร้อยยอสง.

1.2.2 ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทุกกลุ่มเป้าหมาย

- ประสานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อดูแลและเฝ้าระวังปัญหาที่อาจเกิดขึ้น
- ในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนมัธยม มีการคัดกรองเชิงรุกในโรงเรียนมัธยมในจังหวัดสตูล 12

โรงเรียน นักจิตวิทยาจากสพม.16(สงขลา-สตูล) ประสานงานครูแนะแนวให้ประเมิน ด้วยแบบประเมินซิมเศร่า(PHQ-A) ในวัยรุ่นปีละ 2 ครั้ง และดูแลช่วยเหลือตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน และระบบSchool health Hero นอกจากนี้บางโรงเรียนมีโปรแกรมการประเมินนักเรียน โดยใช้เครื่องมือ ของแต่ละโรงเรียน โดยการจัดซื้อมาเฉพาะโรงเรียน

2. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ

2.1 สร้างระบบการบันทึกข้อมูลในSpecial PP

2.1.1 ติดตามผู้ป่วยที่ซับซ้อนขาดการรักษา

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนแก้ไขปัญหา
1.คัดกรองซิมเศร่าในกลุ่มเสี่ยงไม่ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยงเช่นวัยรุ่น	1.เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มวัยรุ่น ให้ครอบคลุม ทั้งหมด ทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบ โรงเรียน (ให้อสม.คัดกรอง)
2.กลุ่มวัยรุ่นมีอัตราการเกิดโรคซิมเศร่า และ พยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าในกลุ่มอื่นๆ ส่วนมากเป็นกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา	2. เพิ่มระบบคัดกรองซิมเศร่าเชิงรุกในโรงเรียนและ ให้ความรู้ ด้านสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด รวมถึงการ ให้ข้อมูลนักเรียนทราบว่าแหล่งช่วยเหลือดูแลเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต หรือ ความเครียดให้ไปขอคำปรึกษาได้ที่ไหน
3.ไม่สามารถประมวลผลข้อมูลตามตัวชี้วัดในระบบHDCได้	3.ประสาน โปรแกรมเมอร์โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลระบบ

4.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

4.1 ปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพจิต/โรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น

4.2 เสนอให้เพิ่มกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น จิตแพทย์ผู้ใหญ่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ภาระงานสูง



4.3 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพตำแหน่งไม่ตรงกับจ. ในโรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลควนกาหลง ซึ่งมีผลต่อการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานในเรื่องความก้าวหน้าของวิชาชีพพยาบาล

- รพ.ควนกาหลง ปฏิบัติงานจริง 4 คน (ตรงจ. 2 คน ไม่ตรง 2 คน)

ซึ่งไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ นร 148 ในการปรับระดับความก้าวหน้าของสายวิชาชีพการพยาบาล

4.4 นักจิตวิทยา(ไม่มีตำแหน่งในร.พควนกาหลง)

4.5 ข้อเสนอแนะพิจารณาความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด

ผู้รายงาน นางสาวชานดา ปิติเศรษฐ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

สาขา ยาเสพติด



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด..สตูล... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา ยาเสพติด

1. ประเด็นการตรวจราชการ

จังหวัดที่เปิดมินิธัญญารักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30

2. วิเคราะห์สถานการณ์ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จัดตั้งศูนย์มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลท่าแพจังหวัดสตูล Quick win 100 วัน

รอบ 30 วัน	รอบ 60 วัน	รอบ 90 วัน	รอบ 100 วัน
<p>สำรวจความพร้อมและชี้ เป้าโรงพยาบาลท่าแพ อำเภอท่าแพ จังหวัด สตูล เป็น มินิธัญญารักษ์ โรงพยาบาลท่าแพ จังหวัดสตูล</p> <p>1.รวบรวมข้อมูลระดับ เขต</p> <p>2.ทำคำสั่งแต่งตั้ง ทำงาน</p> <p>3.ประชุมทีมย่อย 12 ต.ค. 66</p> <p>4.วิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>4.ร่างแนวทางการ ดำเนินงาน</p>	<p>1.ส่งบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานเข้าอบรม โครงการฟื้นฟู สมรรถภาพผู้ติดยาเสพ ติด “มินิธัญญารักษ์”</p> <p>2.ลงประเมิน ความก้าวหน้า</p> <p>3.นำเสนอความก้าวหน้า</p> <p>4.วิเคราะห์ส่วนขาด</p> <p>5.ส่งผลประเมินกับรพช. ที่ยังมีปัญหา</p>	<p>เตรียมความพร้อม บุคลากร สถานที่ในการ เปิดมินิธัญญารักษ์ขนาด 30 เตียงเพื่อรองรับ ผู้ป่วยยาเสพติดแบบ ครบวงจร</p>	<p>พิธีเปิดมินิธัญญารักษ์ 1 ธันวาคม 2566</p>





## การตรวจราชการและนิเทศงาน รอบที่ 2

จังหวัดที่เปิดมินิรัฐณูรักษ์มีอัตราการครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30 (โรงพยาบาลท่าแพ)

จำนวนแผนการจัดตั้งเตียง			ผู้ป่วย		ยอด สะสม ตั้งแต่เปิด	ผู้ป่วยที่ จำหน่าย	จำนวน ผู้ป่วย ใน	จำนวน วันนอน สะสม	อัตรา ครอง เตียง
ACC	IMC	LTC	ยาเสพติด	จิตเวช	นับตั้งแต่วันที่เปิดทำการ				
5	5	22	97	66	163	112	163	5,349	69.59

รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ร้อยละ 40 ของมินิรัฐณูรักษ์อัตรา การครองเตียงอย่างน้อย ร้อยละ 30 (1 ต.ค.66 - 31 มี.ค.67) มีอัตราการครองเตียงร้อยละ 102	ร้อยละ 50 ของมินิรัฐณูรักษ์อัตรา การครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30 (1 ต.ค.66 - 30 มิ.ย.67) มีอัตราการครองเตียงร้อยละ 69.59	ร้อยละ 60 ของมินิรัฐณูรักษ์อัตรา การครองเตียงอย่างน้อยร้อยละ 30 (1 ต.ค.66 - 31 ก.ย.67)

ข้อมูล ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2566 – 5 มิถุนายน 2567

จำนวนผู้ป่วยในมินิรัฐณูรักษ์โรงพยาบาลท่าแพทั้งหมด 163 ราย

อำเภอ	ท่าแพ	เมือง	ควนกาหลง	ละงู	ควนโดน	ทุ่งหว้า	มะนัง	นอกเขต
จำนวน(ราย)	65	45	23	7	7	6	4	6

ข้อมูล ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2566 – 5 มิถุนายน 2567

จำนวนผู้ป่วยรับใหม่/จำหน่าย รายเดือนในมินิรัฐณูรักษ์โรงพยาบาลท่าแพ

เดือน	ผู้ป่วยรับใหม่	ผู้ป่วยจำหน่าย	หมายเหตุ
ธันวาคม 2566	44	20	
มกราคม 2567	25	19	
กุมภาพันธ์ 2567	10	9	
มีนาคม 2567	21	24	
เมษายน 2567	31	13	
พฤษภาคม 2567	29	27	
1-5 มิถุนายน 2567	3	0	
<b>รวม</b>	<b>163</b>	<b>112</b>	

ข้อมูล ณ วันที่ 2 ธันวาคม 2566 – 5 มิถุนายน 2567



จำนวนผู้ป่วยบำบัดครบตามเกณฑ์ในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพ

ระยะการบำบัด	การบำบัดตามระยะในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพ				
	(ไตรมาส 2 : 1 ตุลาคม 2566 30 มิถุนายน 2567)				
	จำหน่าย ทั้งหมด	ครบโปรแกรม	ร้อยละ	ไม่ครบ โปรแกรม	ร้อยละ
Acute care	163	144	88.34	10	6.13
IMC	119	90	75.63	11	9.24
LTC	89	41	46.06	20	22.47

การดูแลหลังการจำหน่ายในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพ

สาเหตุการจำหน่าย	จำนวน(ราย)	การดูแลหลังการจำหน่าย
ครบตามเกณฑ์	41	<ol style="list-style-type: none"> <li>ครบ 90 วัน ส่งเข้าศูนย์ฟื้นฟูฯ อบต.เพื่อช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น การประกอบอาชีพ การศึกษาต่อ อื่นๆ</li> <li>รพ.ติดตาม หลังจำหน่ายออกจาก รพ. ตามเกณฑ์ 1 ปี ระยะเวลาการติดตาม 2 สัปดาห์ 1,2,3,4,6,9 และ 12 เดือน *กรณีตรวจไม่พบสารเสพติด ตรวจตามเกณฑ์ *กรณีตรวจพบสารเสพติด ให้ติดตาม ทุก 1 สัปดาห์ ถ้าตรวจ พบสารเสพติดซ้ำกัน 2 ครั้ง นำเข้าระบบการรักษาใหม่</li> <li>ติดตามครบ/ไม่ครบ จำหน่าย ออกจาก บสต หยุดเสพ หรือ เสพซ้ำ</li> </ol>
ปรับแผนการรักษา	47	<ol style="list-style-type: none"> <li>เข้าระบบ ผู้ป่วยนอก Matrix program</li> <li>บำบัดต่อครบ 120 วัน</li> <li>แจ้งศูนย์ฟื้นฟูฯติดตามดูแล เพื่อช่วยเหลือไปก่อนๆ</li> </ol>
**ไม่สมัครใจรับการรักษา	16	<ol style="list-style-type: none"> <li>ไม่สะดวกบำบัด เหตุผล ทำงานต่างจังหวัด อื่นๆ</li> </ol>
หลบหนี	11	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประสาน อบต.ผู้นำชุมชน ในการดูแลเพื่อไม่ให้ก่อความรุนแรง</li> <li>กรณี ต้องการบำบัดรักษาให้ส่งกลับมา มินิธัญญารักษ์</li> </ol>
**ไม่สมัครใจรับการรักษา กลุ่มนี้หลุดออกจากระบบการติดตาม *อยู่ระหว่างหาแนวทาง*		



### 3. ผลการดำเนินงาน

มินิสัญญาารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจรบำบัด รักษา และติดตาม จังหวัดสตูลมีมินิสัญญาารักษ์ จำนวน 1 แห่ง คือ มินิสัญญาารักษ์โรงพยาบาลท่าแพ ได้รับการติดตามและประเมิน รับรองคุณภาพมาตรฐานเป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จากทางสัญญาารักษ์ปัตตานี เมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2567 คิดเป็นร้อยละ 100 รับผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 163 รายจำหน่ายทั้งหมด 112 ราย (ร้อยละ 68.71) อัตราการครองเตียง 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน อย่างน้อยร้อยละ 30 ข้อมูล (มินิสัญญาารักษ์โรงพยาบาลท่าแพมีอัตราการครองเตียง 9 เดือน ร้อยละ 69.59)



ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด

หัวข้อ : หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน รพศ./รพท (เป้าหมาย 1 แห่ง/จังหวัด)

1. ประเด็นตรวจราชการ

1.1 หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพใน รพศ./รพท (เป้าหมาย 1 แห่ง/จังหวัด)

ผลงานร้อยละ 100

2. วิเคราะห์สถานการณ์ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

ผลการจัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด

รายชื่อโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสตูล	จัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวช	ยังไม่ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยจิตเวช	ร้อยละ
โรงพยาบาลสตูล	✓		100

3. ผลการดำเนินงาน

หอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสงสตูล เปิดหอผู้ป่วยวันที่ 15 มิถุนายน 2565 หอผู้ป่วยรักษ์ใจ (ผู้ป่วยชาย) เป็น corner หอผู้ป่วยอายุกรรมชาย (ผู้ป่วยหญิง 4 เตียง) อายุเฉลี่ย 20-40 ปี มีอัตรากำลัง มีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน มี รพภ. 1 คน มีเตียงผู้ป่วย 10 เตียง อัตราครองเตียง ร้อยละ 51.15 ประเภทผู้ป่วย เน้น SMI-V โดยใช้เกณฑ์ จากกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสี่สีม จำนวน 28 ราย และดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสี่แดง จำนวน 53 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม - 31 พฤษภาคม 2567)



ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด

หัวข้อ : ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

1. ประเด็นตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด (เป้าหมาย 100) ผลงาน 100

2. วิเคราะห์สถานการณ์ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

จำนวนการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดใน โรงพยาบาลชุมชน

รายชื่อโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสตูล	จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชแล้ว	ยังไม่ได้จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวช	ร้อยละ
โรงพยาบาลละงู	✓		100
โรงพยาบาลควนกาหลง	✓		
โรงพยาบาลท่าแพ	✓		
โรงพยาบาลควนโดน	✓		
โรงพยาบาลมะนัง	✓		
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	✓		

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการประเมินการจัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง มีการจัดตั้งครบทั้ง 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง จัดตั้งเมื่อ ปีพ.ศ.2566 ซึ่งต้องมี การติดตามเงื่อนไขที่ต้องปรับปรุง เช่น ด้านสถานที่ การแยกสถานที่จัดตั้งกลุ่มงานให้ชัดเจน ด้านบุคลากร มีแผนการส่งบุคลากรอบรม เฉพาะทางจิตเวช/ยาเสพติด



ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด

หัวข้อ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ  
ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

1. ประเด็นตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 62

2. วิเคราะห์สถานการณ์ความสำคัญสภาพปัญหาของพื้นที่

2.1 ผลการบำบัดรักษาติดตาม (Retention Rate)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
	ปีงบประมาณ			
	2564	2565	2566	2567
	เป้าหมาย : ร้อยละ 50	เป้าหมาย : ร้อยละ 55	เป้าหมาย : ร้อยละ 58 (Retention Rateระบบสมัครใจ)	เป้าหมาย : ร้อยละ 60 (Retention Rateระบบสมัครใจ)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	67.94 (356/524)	70 (21/30)	100 (20/20)	43.75
ควนโดน	92.65 (63/68)	100 (17/17)	83.33 (30/36)	51.67
ควนกาหลง	66.67 (20/30)	23.08 (3/13)	0 (0/30)	66.67
ท่าแพ	86.14 (143/166)	93.62 (44/47)	92.5 (37/40)	82.35
ละงู	67.94 (27/36)	44.44 (4/9)	60 (6/10)	70.59
ทุ่งหว้า	58.33 (28/48)	0 (0/0)	0 (0/1)	20
มะนัง	73.60 (145/197)	100 (25/25)	92.86 (13/14)	89.47
ภาพรวมจังหวัด	73.15 (782/1,069)	80.85(114/141)	70.20 (106/151)	69.46



2.2 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ 62				
	ผลงานปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – มิ.ย.67) ระบบสมัครใจ				
	จำหน่ายทั้งหมด	ครบโปรแกรม	ไม่ครบโปรแกรม	ติดตามดูแล	ร้อยละ
เมืองสตูล	16	10	6	7	43.75
ควนโดน	60	60	0	31	51.67
ควนกาหลง	3	3	0	2	66.67
ท่าแพ	102	94	8	84	82.35
ทุ่งหว้า	34	27	7	24	70.59
มะนัง	55	4	1	1	20
ละงู	19	19	0	17	89.47
ภาพรวมจังหวัด	239	217	22	166	69.46

ที่มา :ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด <http://antidrugnew.moph.go.th> (วันที่ 13 มิ.ย. 2567)

### 3. ผลการดำเนินงาน

ข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัด รักษา ยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดสตูล พบว่าผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติด ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 – เดือนมิถุนายน 2567 (ที่มา : ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด : <http://antidrugnew.moph.go.th>) จังหวัดสตูล มีผู้เข้าบำบัดทั้งหมด 232 ราย ผู้เข้ารับการบำบัด โดยสมัครใจ บำบัด จำนวน 230 ราย (ร้อยละ 99.13) รายศาลส่งบำบัด 2 ราย (ร้อยละ 0.86) ช่วงอายุที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 30-34 ปี จำนวน 146 ราย (ร้อยละ 22.22) รองลงมา ช่วงอายุ 18-24 ปี จำนวน 134 ราย (ร้อยละ 20.40) ช่วงอายุ 25-29 ปี จำนวน 124 ราย (ร้อยละ 18.87) ช่วงอายุ >39 ปี จำนวน 103 ราย (ร้อยละ 15.68) ช่วงอายุ 35-39 ปี จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 14.16) และช่วงอายุ 12-17 ปี จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 8.68) ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 281 ราย (ร้อยละ 42.77) รองลงมา อาชีพการเกษตร จำนวน 214 ราย (ร้อยละ 32.57) ว่างาน จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 9.89) นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 33 ราย (ร้อยละ 5.02) ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 25 ราย (ร้อยละ 3.81) อาชีพการค้าขาย จำนวน 18 ราย (ร้อยละ 2.74) ผู้ใช้แรงงาน จำนวน 12 ราย (ร้อยละ 1.83) อาชีพไม่ระบุ จำนวน 6 ราย (ร้อยละ 0.91) และอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.46) ยาเสพติดหลักที่ใช้ ส่วนใหญ่ยาบ้า



จำนวน 632 ราย (ร้อยละ 96.19) รองลงมา กัญชา จำนวน 15 ราย (ร้อยละ 2.28) และกระท่อม จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 1.07) ไม่ระบุจำนวน 2 ราย (ร้อยละ 0.30) การจำแนกตามผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้เสพ จำนวน 215 ราย (ร้อยละ 32.72) รองลงมาผู้ติด จำนวน 434 ราย (ร้อยละ 66.06) และผู้ใช้ จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 1.22) ตามลำดับ

#### 4. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

##### 4.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.1.1 ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)

ระบบบริการด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดของจังหวัดสตูล มีแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้

- กิจกรรมส่งเสริม ป้องกัน ฝ้าระวังปัญหาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในโรงเรียน ชุมชน สถานประกอบการ เรือนจำจังหวัดสตูล สนง.คุมประพฤติจังหวัดสตูล สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสตูล
- มีการบูรณาการการขยายเครือข่าย TO BE NUMBER ONE กับการบำบัดรักษาเสพติด การป้องกันนักสูบและนักดื่มหน้าใหม่
- ประชุมเครือข่ายกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้าน การดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ในจังหวัดสตูลโดยใช้เวทีจังหวัด
- ประสานในระดับอำเภอเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ใช้ระบบ บสต.ให้สามารถเข้าใช้งานได้ และส่งรายชื่อศูนย์คัดกรอง และรายชื่อไปยังกระทรวงเพื่อเปิดการเข้าถึงในการศิษย์ บสต.
- ระบบการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชโดยบูรณาการอย่างไร้รอยต่อ
- มีนิรโทษกรรมรักษ ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดอย่างครบวงจร

##### 4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ (ระบบสมัครใจ)

- ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)

#### 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

##### การดำเนินงานยาเสพติดจังหวัดสตูล

- ติดตามประสานให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสมัครใช้งาน บสต.และขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-register ทุกแห่ง
- ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลปีงบประมาณ 2567 (Retention Rate) เป้าหมาย ร้อยละ 62 ผลงาน : ได้ร้อยละ 69.46
- มีนิรโทษกรรมรักษ ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (1 แห่ง โรงพยาบาลท่าแพ 30 เตียง) IMC,LTC เข้ารับการบำบัด จำนวน 163 ราย คงอยู่ในสถานพยาบาล 28 ราย





- โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมี หน่วยงาน รับผิดชอบในการดูแล บำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ผลงาน : ร้อยละ 100 (ครบทั้ง 7 แห่ง)
- มีหอผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป  
เป้าหมาย : ร้อยละ 70 ผลงาน : ร้อยละ 100 (โรงพยาบาลสตูล จำนวน 4 แห่ง)
- ขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ผ่านระบบE-Register ของ สลบ. กระทรวงสาธารณสุข (ครบทุกอำเภอ)
- ส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลเข้ารับการรักษาในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดกองร้อย อ.ร.จ ตามจำนวน 35 ราย(โควตาการจัดสรร จ.สตูล 30 ราย)
- จัดโครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการสนับสนุนการดำเนินงานยาเสพติด จังหวัดสตูลปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ในกิจกรรม
  - ประชุมเชิงปฏิบัติการ กฎหมายยาเสพติดใหม่ ในวันที่ 12 มกราคม 2567 ในผู้รับผิดชอบงาน ยาเสพติดของรพ. และ สสอ. และ เครือข่าย(สถานพินิจ,ศอ.ปส.อ.) จำนวน 50 คน
  - ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดจังหวัดสตูลในการบันทึกข้อมูล ผ่านระบบ บสต. (จำนวน 2 รุ่นๆละ 65 คน) ในวันที่ 25-26 มกราคม 2567
- ดำเนินการตามนโยบายผู้ว่าราชการจังหวัดสตูลและศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดสตูลมาตรการกวดบ้านตัวเอง เพื่อป้องกันไม่ให้บุคลากรในสังกัดส่วนราชการหน่วยงานเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด โดยร่วมปฏิบัติหน้าที่ตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะแก่ หน่วยงานราชการ และหน่วยงาน เอกชน ในจังหวัดสตูล
- ดำเนินการตามนโยบายศูนย์ปฏิบัติการติดตามเร่งรัดการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ป้องกัน และปราบปรามยาเสพติด
  - โครงการชุมชนบำบัดอย่างยั่งยืนในพื้นที่ แพร่ระบาดยาเสพติด ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล
  - แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจติดตามการขอจัดตั้งสถานฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด (เรือนจำจังหวัดสตูล , สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนจังหวัดสตูล)

### 6. ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไม่สมัครใจบำบัด
- การบำบัดผู้ป่วยแบบสมัครใจ ม113,ม114 ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัด
- ผู้รับการบำบัดมาไม่ต่อเนื่องและไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด
- ขาดอาคารสถานที่รองรับการบำบัดรักษาในมิถุนิธัญรักษ์โรงพยาบาลท่าแพสำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากมีผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องการเข้ารับการรักษา
- มิถุนิธัญรักษ์โรงพยาบาลท่าแพ ไม่มีงบประมาณ และ บุคลากรไม่เพียงพอ



### 7. ข้อเสนอแนะ

- ให้มีการประชุมโดยใช้เวทีจังหวัด(ศอ.ปส.จ.)ในการประสานงาน บูรณาการในการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามกฎหมายกำหนด
- เขตสุขภาพที่ 12 จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการเขียนประเมินตนเองของ HA ยาเสพติดในโรงพยาบาลทุกแห่ง
- มีการดำเนินการและกำชับการขึ้นทะเบียนจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคม ของสาขาในอำเภอ ผ่านระบบ E-register โดยใช้เวทีจังหวัด(ศอ.ปส.จ.)ในการประสานงานในการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามคำสั่งการจัดตั้ง
- ทางสลบ.ควรให้ทางผู้ประสานงานระดับจังหวัดสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ในระบบ บสต. เพื่อได้ทราบปัญหาของพื้นที่เมื่อมีปัญหาทางระบบและได้แก้ไขอย่างทันถ่วงทีรวดเร็วโดยไม่ต้องรอการดำเนินการจากAdmin สลบ.
- มีการพัฒนาศักยภาพผู้ใช้งานระบบข้อมูล บสต.แก่บุคลากรที่ใช้งานในศูนย์คัดกรอง สถานพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ สถานฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติด ในทุกๆปีเพื่อทราบและแก้ไขปัญหาของระบบข้อมูลการบันทึกผ่าน บสต.
- ตึกสำหรับผู้ป่วยหญิงที่ต้องการเข้ารับการบำบัดในมินิธัญญรักษ์โรงพยาบาลท่าแพ
- ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในมินิธัญญรักษ์โรงพยาบาลท่าแพให้ครบเนื่องจากยังมีเจ้าหน้าที่ที่ยังไม่ได้รับการอบรม
- ในมินิธัญญรักษ์โรงพยาบาลท่าแพต้องการกำลังคนในการปฏิบัติงาน

ผู้ให้ข้อมูล นางลัดดาวรรณ ยาแบโต  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
โทร 089-732-0761  
E-mail : jae4789@gmail.com

สาขา โรคมะเร็ง  
(Cancer)



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา โรคมะเร็ง

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
  - 1.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  $\geq 60\%$
  - 1.1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy  $\geq 70\%$
  - 1.1.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป้าหมาย  $\geq 50\%$
  - 1.1.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy  $\geq 50\%$
- 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 70\%$
- 1.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 70\%$
- 1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 60\%$
- 1.5 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus
- 1.6 ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator

2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  $\geq$  ร้อยละ 60

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA Test โดยโรงพยาบาลสตูล เป็นศูนย์ตรวจของจังหวัด ปีงบประมาณ 2566 ประชากรหญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรอง 69.03% ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-พ.ค.67) = 30.37% ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	3,587	1,139	31.75
ควนโดน	828	449	54.23
ควนกาหลง	1,075	363	33.77
ท่าแพ	888	525	59.12
ละงู	2,283	109	4.77
ทุ่งหว้า	746	260	34.85
มะนัง	548	178	32.48
ภาพรวมจังหวัด	9,955	3,023	30.37

## 2.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

โรงพยาบาลสตูลมีเครื่องส่องกล้อง Colposcopy 1 เครื่อง ผู้ที่มีผลผิดปกติจะส่งตรวจที่โรงพยาบาลสตูล อาทิตย์ 2 วัน มีแพทย์ 2 ท่านที่ส่องกล้อง ระยะเวลาในการรอคอยส่องกล้อง ไม่เกิน 1 เดือน ปีงบประมาณ 2566 = 56 ราย ผลเป็นมะเร็ง 6 ราย ปี2567(ต.ค.66-พ.ค.67) ส่องกล้อง 75ราย ผลเป็นมะเร็ง10ราย

## 2.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยวิธี Fit test แต่ละโรงพยาบาลจะจัดสรร อุปกรณ์ในการเองปี2566 ผลงาน=67.81% ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66- พ.ค.67) ยอดจัดสรรตาม HDC จำนวน 6,878 คัดกรองได้ จำนวน5,132 =74.61% กำลังจัดสรรยอดกลุ่มเป้าหมาย

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	เป้าหมายแต่ละพื้นที่	ผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	-		2,594	903	34.81
ควนโดน	-		696	481	69.11
ควนกาหลง	-		1,705	695	38.54
ท่าแพ	-		2,642	1,521	57.57
ละงู	-		3,505	382	10.90
ทุ่งหว้า	-		536	587	109.10
มะนัง	-		1,508	563	37.33
ภาพรวมจังหวัด	6,878	74.61%	13,186	5,132	51.05%

## 2.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

โรงพยาบาลสตูลเป็นศูนย์ส่องกล้องของจังหวัดสตูล โดยแต่ละโรงพยาบาลอำเภอจะส่งมาส่องกล้องกรณีผล Fit test positive ปีงบประมาณ2566 จำนวน 349 ราย (4664/6878) ได้รับการส่องกล้อง 218ราย คิดเป็น 62.46% ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-พ.ค.67) Fit test positive 373/5,132 =7.27% ราย ส่องกล้อง 146/373 ราย = 39.14 %

## 2.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 70\%$

โรงพยาบาลสตูลให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้โดยการผ่าตัดเป็นโรงพยาบาลเดียวในจังหวัดสตูล (ส่งขึ้นเนื้อไปตรวจที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) ผู้ป่วยจะทราบผลชิ้นเนื้อภายใน 2 อาทิตย์ กรณีผลออกก่อนวันนัดจะประสานให้มาฟังผลก่อนนัด พยาบาลจะให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แผนการรักษา และได้รับการประเมินทางจิตใจ โดยใช้ 2Q 9Q กรณีคะแนน 7 คะแนนขึ้นไปจะส่งปรึกษาทีมจิตเวช ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจะส่งตรวจเพิ่ม ปีงบประมาณ2566 ผู้ป่วยมะเร็งผ่าตัด 72 ราย ผ่าตัดภายในระยะเวลา 50 ราย คิดเป็น 69.44% ปี ปีงบประมาณ 2567ตั้งแต่ ตุลาคม 2566- พฤษภาคม 2567 มีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 41 ราย



ได้รับการผ่าตัดภายในเวลา 25 ราย คิดเป็น 61% เนื่องจากบางรายมีปัญหาซับซ้อนต้องส่งตรวจเพิ่ม, จำกัดด้วยห้องผ่าตัดเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น

### 2.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$

โรงพยาบาลสตูลให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ด้วยเคมีบำบัดเป็นโรงพยาบาลเดียวในจังหวัดสตูล จะให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดสตูลและผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลอื่น มีข้อจำกัดของทีมสุขภาพคือไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เช่น On co Med ทำให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องส่งตัวไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยมะเร็งให้เคมีบำบัด 42 ราย ให้เคมีบำบัดภายในเวลา 33 ราย คิดเป็น 78.57 % ปีงบประมาณ 2567 ตั้งแต่ ตุลาคม 2566- พฤษภาคม 2567 มีผู้ป่วยที่จะให้เคมีบำบัด 22 ราย ได้ให้เคมีบำบัดภายในเวลา 19 ราย คิดเป็น 86.40%

### 2.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 60\%$

ปีงบประมาณ 2566 ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 4 ราย ผ่านเกณฑ์ 100% มี มะเร็งเต้านม 3 ราย, มะเร็งลำไส้ 1 ราย ปีงบประมาณ 2567(ตค.66-พค.67) ผู้ป่วยรักษาด้วยรังสีรักษา 8 ราย ผ่านเกณฑ์ 100%

### 2.8 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus

ไม่สามารถดูโปรแกรมได้ เนื่องจากโปรแกรมไม่เสถียร

## 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

#### 3.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	-แต่ละอำเภอจัดกิจกรรมคัดกรอง
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- มีสูติแพทย์ -จัดอบรมการตรวจคัดกรองทั้งจังหวัด
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลผ่าน HDC -Hos xp
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-มีอุปกรณ์
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม



### 3.1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	-แต่ละอำเภอส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสตูลได้ทุกวัน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- สูติแพทย์สามารถส่องกล้อง 2 คน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลผ่านHDC - Hosxp
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-โรงพยาบาลสตูลเครื่องColposcopy 1เครื่องทำ อาทิตย์ละ 2วัน ระยะเวลารอคอยไม่เกิน1เดือน
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

### 3.1.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	-ประชาสัมพันธ์ จัดกิจกรรม
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- มีแพทย์ศัลยกรรมเพิ่มขึ้น
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม HDC
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-จัดซื้อชุดFit testในภาพจังหวัด
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

3.1.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง

Colonoscopy

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	-จัดโครงการส่องกล้องทั้งจังหวัด
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- มีแพทย์ศัลยกรรมเพิ่มขึ้น/แพทย์ระบบทางเดินอาหาร
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม HDC
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-มีอุปกรณ์ส่องกล้อง
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

3.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	-ได้ผลขึ้นเนื้อภายใน 14 วัน - บริการส่งชิ้นเนื้อจากอาทิตย์ละ 2 วัน เป็นส่งทุกวัน -ติดตามผู้ป่วยฟังผลขึ้นเนื้อกรณีได้ผลก่อนวันนัด -ให้ความรู้เรื่องการดำเนินของโรค การรักษา, การปฏิบัติตัวตั้งแต่ฟังผลขึ้นเนื้อ, ใช้2Q9Qประเมินด้านจิตใจ -คิวด่วนกรณีต้องการรักษา
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- มีแพทย์ศัลยกรรมเพิ่มขึ้น -ประชุมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั้งจังหวัด
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลการรักษาโดยใช้โปรแกรม TCB Plus Hosxp





หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	- มีเครื่องมือในการผ่าตัด
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	- นิเทศติดตาม

### 3.1.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1. ระบบบริการ (Service delivery)	- เปิดให้บริการเคมีบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก - มีห้องให้ยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วย - มีคิวด่วน - refer รพ.หาดใหญ่กรณีมีความเสี่ยงสูง
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	- ส่งเจ้าหน้าที่ไปเรียน - จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System)	- รายงานข้อมูลการรักษาโดยใช้โปรแกรม TCB Plus
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	- มีห้องผสมยาเคมีบำบัด 1 ห้อง - มีเครื่องมือในการบริหารยาเคมีบำบัด
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-



### 3.1.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1. ระบบบริการ (Service delivery)	refer รพ.หาดใหญ่/รพ.สงขลานครินทร์
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	- ประสานเจ้าหน้าที่รพ.หาดใหญ่/รพ.สงขลานครินทร์
4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-
5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-

3.1.8 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus โปรแกรม ไม่เสถียร

3.1.9 ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator = 100%

## 4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 4.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	16.16	18.78	9,955	6,862	68.9	9,955	3,023	30.37

### 4.2.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy							
	ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	100	93	61	66	75	75	100	

4.2.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	94.58	0	6,878	4,664	67.81	6,878	5,132	74.61

4.2.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง

Colonoscopy

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	0	0	349	84	24.10	307	140	45.60

4.2.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70							
	ปีงบประมาณ							
	2558	2559	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	73.33	80	60.86	64.11	76.20	58	52	89.65%

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70						
	ปีงบประมาณ						
	2564			2565			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	62	43	69.35	77	48	63.29	



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	72	50	69.44	41	25	61

4.2.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์							
	ปีงบประมาณ							
	2558	2559	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	73.91	90.91	86.36	73.08	81.8	32	20	62.5

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$						
	ปีงบประมาณ						
	2564			2565			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	48	41	85.71	52	45	86.54	

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	41	32	78.05	22	19	86.36



4.2.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ 60%						
	ปีงบประมาณ						
	2559	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	NA	NA	100	100	7	7	100

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ 60%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	11	11	100	9	9	100

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq$ 60%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	4	4	100	8	8	100

4.2.9 จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator

อำเภอ	ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
							ต.ค.66 – พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	3	3	100	3	3	100	3	3	100



อัตราการตายผู้ป่วยมะเร็ง

ประเภท	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปี งบ 66	ปี งบ 67
						ต.ค.66 – พ.ค.67
มะเร็งเต้านม Breast	2	3	7	4	4	0
มะเร็งปากมดลูก Cervix	7	0	0	3	2	0
มะเร็งปอด Lung	3	11	4	6	9	7
มะเร็งลำไส้ใหญ่	16	6	8	2	9	5
มะเร็งตับ	20	9	7	4	14	3
อื่นๆ	37	9	16	21	22	12
<b>รวม</b>	<b>85</b>	<b>42</b>	<b>46</b>	<b>45</b>	<b>60</b>	<b>27</b>

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่

ประเภท	ปีงบประมาณ						
	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567
							ต.ค.66 – พ.ค.67
มะเร็งเต้านม	42	36	50	67	61	19	35
มะเร็งลำไส้	27	29	41	58	50	9	23
มะเร็งปอด	19	20	34	18	17	6	14
มะเร็งตับ	24	28	20	14	22	6	17
มะเร็งปากมดลูก	6	5	7	7	18	2	10

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- จัดโครงการคัดกรองมะเร็งในพื้นที่จังหวัดสตูล
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
- จัดหาเครื่องมือเพิ่ม ( colonoscope)



## 7. ปัญหา อุปสรรค

- ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก งานที่รับผิดชอบหลายอย่าง ขาดแรงจูงใจ
- มีการจัดทำแผนการคัดกรองแต่ละพื้นที่ไม่พร้อมกัน/ช่วงเวลาต่างกัน
- เจ้าหน้าที่ไม่เข้าใจการใช้งานโปรแกรม KTB (คัดกรองมะเร็งปากมดลูก)
- ประชาชนบางส่วนไม่ให้ความร่วมมือในการคัดกรอง

## 8. ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานของจังหวัด
- จัดประชุมให้ความรู้เรื่องการใช้โปรแกรม KTB
- ประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็ง เพื่อสร้างค่านิยมการดูแลสุขภาพและการคัดกรองมะเร็ง โดย  
บูรณาการทั้งจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูล พว.เจริญศรี พิทักษ์ธรรม  
เลขที่ service plan มะเร็ง  
โทร.089-4634755  
e-mail sao\_ws@hotmail.com

สาขา การรกแรกเกิด  
(Newborn)





## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา ทารกแรกเกิด

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 95

1.2 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม (เป้าหมาย :  $< 3.6$  ต่อ 1,000ทารกแรกเกิดมีชีพ)

1.3 เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด)

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 95

ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 99.84

2.2 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม (เป้าหมาย :  $< 3.6$  ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ)

อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม 1.65

2.3 เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) ได้ตามเกณฑ์ 1:469.66

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 95

ทารกแรกเกิดสัญชาติไทยได้รับการคัดกรองโรคหทัยาก (IEM 40 โรค) ทุกราย โดยการเจาะส่ง มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด รวม 1,816 ตัวอย่าง คิดเป็น 99.78 % ผลผิดปกติ 5 ราย ได้มีการติดตามและตรวจซ้ำครั้งที่ 2 จำนวน 4 ราย ผลครั้งที่ 2 ปกติ แต่อีก 1 รายทารกเสียชีวิตก่อนตรวจครั้งที่ 2

3.1.2 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม (เป้าหมาย :  $< 3.6$  ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม 1.65 ( 3 ราย/1820 ) สาเหตุจากทารกคลอดก่อนกำหนด 3 ราย GA24+2 นน.800 กรัม Preterm c severe BA c Severe RDS c Sepsis c IVH gr 4 , GA 29+6นน.1,820 กรัม Preterm c sepsis ,GA 32+4wks. นน. 1,730 กรัม Preterm RDS Acute hemolytic Anemia c PDA c CHF c DIC c ARDS ทบทวนแนวทางการดูแลทารกAbort และเตรียมการคลอดในหน่วยงานอื่น เช่น Semi ICU

3.1.3 เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ 1:500 ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) ยังคงได้



### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค) ร้อยละ 95

อำเภอ	ปีงบประมาณ					
	2566			2567 (1 ต.ค.66 – 31 ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,301	2,301	100	551	551	100
ควนโดน	78	78	100	15	15	100
ควนกาหลง	91	91	100	23	23	100
ท่าแพ	8	8	100	1	1	100
ละงู	347	347	100	109	109	100
ทุ่งหว้า	98	98	100	23	23	100
มะนัง	68	68	100	15	15	100
ภาพรวมจังหวัด	2,991	2,991	100	737	737	100

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2567 (1 ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1369	1365	99.71
ควนโดน	40	40	100
ควนกาหลง	51	51	100
ท่าแพ	6	6	100
ละงู	274	274	100
ทุ่งหว้า	43	43	100
มะนัง	37	37	100
ภาพรวมจังหวัด	1820	1816	99.78



3.2.1 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม  
(เป้าหมาย :  $< 3.6$  ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราตายของทารก $\leq 28$ วัน ( $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)						
	ปีงบประมาณ						
	2564	2565			2566		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	3.19 (8/2,506)	2,376	5	2.1	2,270	6	2.64
ควนโดน	23.81 (1/42)	50	0	0	46	0	0
ควนกาหลง	0 (0/53)	44	0	0	40	0	0
ท่าแพ	0 (0/15)	1	0	0	3	1	333.33
ละงู	7.97 (2/251)	155	0	0	192	0	0
ทุ่งหว้า	0 (0/71)	66	0	0	77	0	0
มะนัง	0 (0/63)	46	0	0	39	0	0
ภาพรวมจังหวัด	3.67 (11/3,001)	2,738	5	1.83	2,667	7	2.62

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราตายของทารก $\leq 28$ วัน ( $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	541	0	0	1,358	3	2.21
ควนโดน	7	0	0	23	0	0
ควนกาหลง	18	0	0	32	0	0
ท่าแพ	0	0	0	2	0	0
ละงู	46	0	0	164	0	0
ทุ่งหว้า	8	0	0	19	0	0
มะนัง	9	0	0	31	0	0
ภาพรวมจังหวัด	639	0	0	1,629	3	1.84



อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่						
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 500$ กรัม (เป้าหมาย : $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)						
	ปีงบประมาณ						
	2564	2565			2566		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	3.16 (8/2,533)	2,401	5	2.08	2,301	5	2.17
ควนโดน	0 (0/54)	88	0	0	78	-	0.00
ควนกาหลง	0 (0/112)	105	0	0	91	1	10.99
ท่าแพ	0	0	0	0	8	1	125.0
ละงู	7.17 (2/279)	275	0	0	347	0	0
ทุ่งหว้า	0 (0/94)	101	0	0	98	0	0
มะนัง	0 (0/67)	62	0	0	68	0	0
ภาพรวมจังหวัด	3.16 (10/3,161)	2,791	5	1.79	2,991	7	2.34

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่					
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 500$ กรัม (เป้าหมาย : $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	551	0	0	1369	3	2.19
ควนโดน	15	0	0	40	0	0
ควนกาหลง	23	0	0	51	0	0
ท่าแพ	1	0	0	6	0	0
ละงู	109	0	0	274	0	0
ทุ่งหว้า	23	0	0	43	0	0
มะนัง	15	0	0	37	0	0
ภาพรวมจังหวัด	737	0	0	1,820	3	1.65



**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

ประเด็นทารกคลอดก่อนกำหนดยังเป็นปัญหาในพื้นที่ แต่เนื่องจากเป็นจุดเน้นโรงพยาบาล จึงได้มีการออกแบบการให้ข้อมูล พบว่าเกิดในรายที่คลอดก่อนกำหนดที่เป็น Spontaneous Preterm และ Fail Inhibit..มาด้วยปากมดลูกเปิดมากกว่า 3 ซม. ส่วนทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเสฟติด มีการดูแลเชิงระบบร่วมกับจิตเวช และสังคมสงเคราะห์ ในปี 2567 มีมารดาติดเชื้อเสฟติดคลอดและส่งหรือจิตเวชหลังคลอด 28 ราย ทารก Admit NICU.....14 ราย ส่งต่อสังคมสงเคราะห์และบ้านพักเด็กและสตรี จำนวน 3 ราย จึงสามารถจำหน่ายออกจากกรพ

**5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

- การป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาล2. แนวทางการดูแลทารก
- แนวทางการดูแลทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเสฟติด ที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด
- แนวทางการเจาะ IEM และการตั้งผู้รับผิดชอบตามผู้ป่วยมาตรวจซ้ำหากผลผิดปกติ

**6. ปัญหา อุปสรรค**

- ปัญหาการท้องไม่พร้อม ในมารดาวัยทีนในปี2567 พบ 2 ราย....
- ปัญหาการติดเชื้อเสฟติด
- ปัญหาการคลอดก่อนกำหนด

**7. ข้อเสนอแนะ**

- บูรณาการร่วมกับสถานศึกษา
- ประสานงานบ้านพักเด็กและสตรี และกระทรวงพม.
- แก้ปัญหาทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นระบบ

ผู้รายงาน พว.ทัศนิตมา เตียววิริยะกุล..  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 0819593567  
E-mail:beeyebam53@gmail.com

สาขา สุตฺถกรรม  
(คลินิกส่งเสริมการมีบุตร)

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ (แม่และเด็ก/สูติกรรม)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 จำนวนมารดาคลอดทั้งหมดในจังหวัด รพช/รพท. (NL+ C/S + F/E + V/E)
- 1.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ ร้อยละ 75
- 1.3 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์
- 1.4 อัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน = 0
- 1.5 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
- 1.6 มารดาไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 9 = 4.60

### 2. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1.1 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ ร้อยละ 75  
จากการดำเนินงานการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ ผ่านเกณฑ์ คือร้อยละ 75 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 คือร้อยละ 88.80 , 83.95 และ 81.94 (ผลงาน ต.ค.66-พ.ค.67)

#### 2.2 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

จากการดำเนินงาน ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ผ่านเกณฑ์ คือ ร้อยละ 75 ผลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 คือร้อยละ 91.25, 91.11 และ 77.47 (ผลงาน ต.ค.66-พ.ค.67)

#### 2.3 อัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

จากการดำเนินงานระบบ Seamless Refer และ Fast track Seamless Refer ส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการเฝ้าระวังและจัดการภาวะเสี่ยงได้รวดเร็ว ประกอบกับมีระบบการจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงด้านอายุครรภ์ โดยแพทย์ MFM

#### 2.4 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7

จากการดำเนินงานทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการดำเนินงาน ปี 2565-2567 คือร้อยละ 7.74, 8.37 และ 7.23 (ผลงาน ต.ค.66-พ.ค.67)

## 2.5 มารดาไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 9

การคลอดก่อนกำหนดในผู้คลอดจังหวัดสตูล อยู่ในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ อุปสรรคในการดำเนินงานการป้องกันคือการสร้างความตระหนักต่ออันตรายของการคลอดก่อนกำหนด ได้มีการกำหนดสัญญาณเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดใช้ในการสร้างความตระหนักและความเข้าใจในระยะฝากครรภ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้คลอดเข้ารับการรักษาได้เร็วขึ้น การยับยั้งการคลอดจึงมีความสำเร็จเพิ่มขึ้น ประกอบกับกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านอาชีพมีผลต่อการเกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดได้เช่นกัน

## 3. ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 3.1 จำนวนมารดาคลอดทั้งหมดในจังหวัด รพช/รพท. (NL+ C/S + F/E + V/E)

อำเภอ	จำนวนมารดาคลอดทั้งหมดในจังหวัด รพช/รพท. (NL+ C/S + F/E + V/E)				
	ปีงบประมาณ				
	2563	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.65 – มีค.67)
เมืองสตูล	2,739	2526	2,393	2288	1046
ควนโดน	87	61	89	95	24
ควนกาหลง	148	128	105	91	18
ท่าแพ	93	21	0	0	2
ละงู	300	291	270	339	136
ทุ่งหว้า	121	104	101	98	22
มะนัง	81	73	61	66	18
ภาพรวมจังหวัด	3,569	3204	3,019	2,977	1266

อำเภอ	จำนวนมารดาคลอดทั้งหมดในจังหวัด รพช/รพท. (NL+ C/S + F/E + V/E)
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.65 – มีค.67)
เมืองสตูล	1046
ควนโดน	24
ควนกาหลง	18
ท่าแพ	2
ละงู	136
ทุ่งหว้า	22
มะนัง	18
ภาพรวมจังหวัด	1266





3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์ ร้อยละ 75

อำเภอ	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์ ร้อยละ 75				
	ปีงบประมาณ				
	2565	2566	2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
เป้าหมาย			ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	86.27	80.53	420	323	76.9
ควนโดน	92.11	89.71	112	99	88.39
ควนกาหลง	92.21	92.91	105	93	88.57
ท่าแพ	94.19	87.33	117	109	93.16
ละงู	86.73	82.81	220	180	81.82
ทุ่งหว้า	90.85	84.78	70	52	74.29
มะนัง	88.1	80.77	69	56	81.16
ภาพรวมจังหวัด	88.8	83.95	1,113	912	81.94

3.3 ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

อำเภอ	2.2 ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์				
	ปีงบประมาณ				
	2565	2566	2567 (ต.ค.66 -พ.ค.67)		
เป้าหมาย			ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	87.5	88.41	503	328	65.21
ควนโดน	93.48	92.72	123	110	89.43
ควนกาหลง	93.75	95.38	114	99	86.84
ท่าแพ	97.29	94.5	135	125	92.59
ละงู	88.02	89.68	266	217	81.58
ทุ่งหว้า	98.2	98.18	92	73	79.35
มะนัง	97.48	88.52	85	69	81.18
ภาพรวมจังหวัด	91.25	91.11	1,318	1,021	77.47

3.4 อัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และ การตายของมารดาไทย อัตราส่วนการตายมารดา (ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ)

อำเภอ	การตายของมารดาไทย34/แสน(เขตสุขภาพ12)			
	ปีงบประมาณ			
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – มีค.66)
	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ราย)	ผลงาน (ราย)
เมืองสตูล	1	2	0	0
ควนโดน	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	1	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0
ละงู	1	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2	3	0	0

3.5 ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7

อำเภอ	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7				
	ปีงบประมาณ				
	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	8.08	8.6	422	37	8.77
ควนโดน	4.42	9.02	113	7	6.19
ควนกาหลง	5.63	10.96	121	8	6.61
ท่าแพ	9.66	9.42	140	12	8.57
ละงู	6.48	8.01	282	16	5.67
ทุ่งหว้า	12.02	5.58	91	5	5.49
มะนัง	9.33	5.49	76	5	6.58
ภาพรวมจังหวัด	7.74	8.37	1,245	90	7.23



3.6 มารดาไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 9 และอัตรามารดาคลอดก่อนกำหนด

อำเภอ	อัตรามารดาคลอดก่อนกำหนด			
	ปีงบประมาณ			
	2565	2566	2567	
			ต.ค.66 - ธ.ค.66	ต.ค.66 - มี.ค.67
ภาพรวมจังหวัด(อำเภอเมืองสตูล)	5.9	7.2	2.6	4.6

อำเภอ	มารดาไทยคลอดก่อนกำหนด ไม่เกินร้อยละ 9				
	ปีงบประมาณ				
	2565	2566	2567		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด(อำเภอเมืองสตูล)	11.01	10.97	1266	112	8.84

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

- ค่าใช้จ่ายในการรับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ยาที่กระตุ้นหรือเหนี่ยวนำการตกไข่ ไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. ทำให้ผู้รับบริการต้องจ่ายเอง
- อุปสรรคในการเก็บน้ำเชื้อยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- One Province One Labor
- Seamless refer ภายในจังหวัด
- MOU ร่วมกับมหาดไทย ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
- พันฟูทักษะการช่วยคลอดภาวะวิกฤติ
- KM โดยการเข้าร่วมทบทวน Case Dead ร่วมกับเขต
- การดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดสารเสพติดแบบสหวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, จิตเวชยาเสพติด, สังคมสงเคราะห์, ชุมชน)



## 6. ปัญหา อุปสรรค

สมรรถนะด้าน IT ในการออกแบบการจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูล รวมถึงการออกแบบกระบวนการดูแลที่ต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ .เพ็ญศรี วัฒนยากร  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โรงพยาบาลสตูล

เบญจวรรณ ใจเย็น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

ประเด็น ส่งเสริมการมีบุตร (แม่และเด็ก/สูติกรรม)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 กระบวนการจัดบริการส่งเสริมการมีบุตรในโรงพยาบาล Level 1 และLevel 2

- MD L1 รพช. ให้บริการ

- ให้คำปรึกษาเบื้องต้น
- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร
- ระบบส่งต่อ รพ.MD L2 มี CPG ในการส่งต่อไปยัง รพ.สตูล

- MD L2 รพ.สตูล ให้บริการ

- ค้นหาสาเหตุมีบุตรยาก ตรวจเลือดคู่ ฝ่ายชายตรวจ Sperm analysis
- ดูแลสุขภาพคู่สมรสปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเพิ่มโอกาสมีบุตร
- กระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ ไข่ยา Ovinum ดำเนินการส่งยาฉีดฮอร์โมน HCG
- การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI : Intrauterine insemination)

1.2 จำนวนผู้รับบริการส่งเสริมการมีบุตรในโรงพยาบาล Level 1 และLevel 2

- จำนวนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 28 ราย

- ผู้รับบริการแยกตามช่วงอายุ 30-35 ปี 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.28

อายุ 35-40 ปี 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 25

อายุ 40-45 ปี 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 35.71

- จำนวนผู้รับบริการฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) = 0

-จำนวนผู้รับบริการสำเร็จการตั้งครรภ์ = 0

1.3 แผนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างมีคุณภาพ

- สูติแพทย์ พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ ได้รับการอบรม IUI เรียบร้อยแล้ว

- พยาบาล Manerger ผ่านการอบรมการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก รุ่นที่ 1 เรียบร้อยแล้ว

1.4 การติดตามผลการดำเนินงานและการลงพื้นที่เพื่อหนุนเสริมการดำเนินงาน

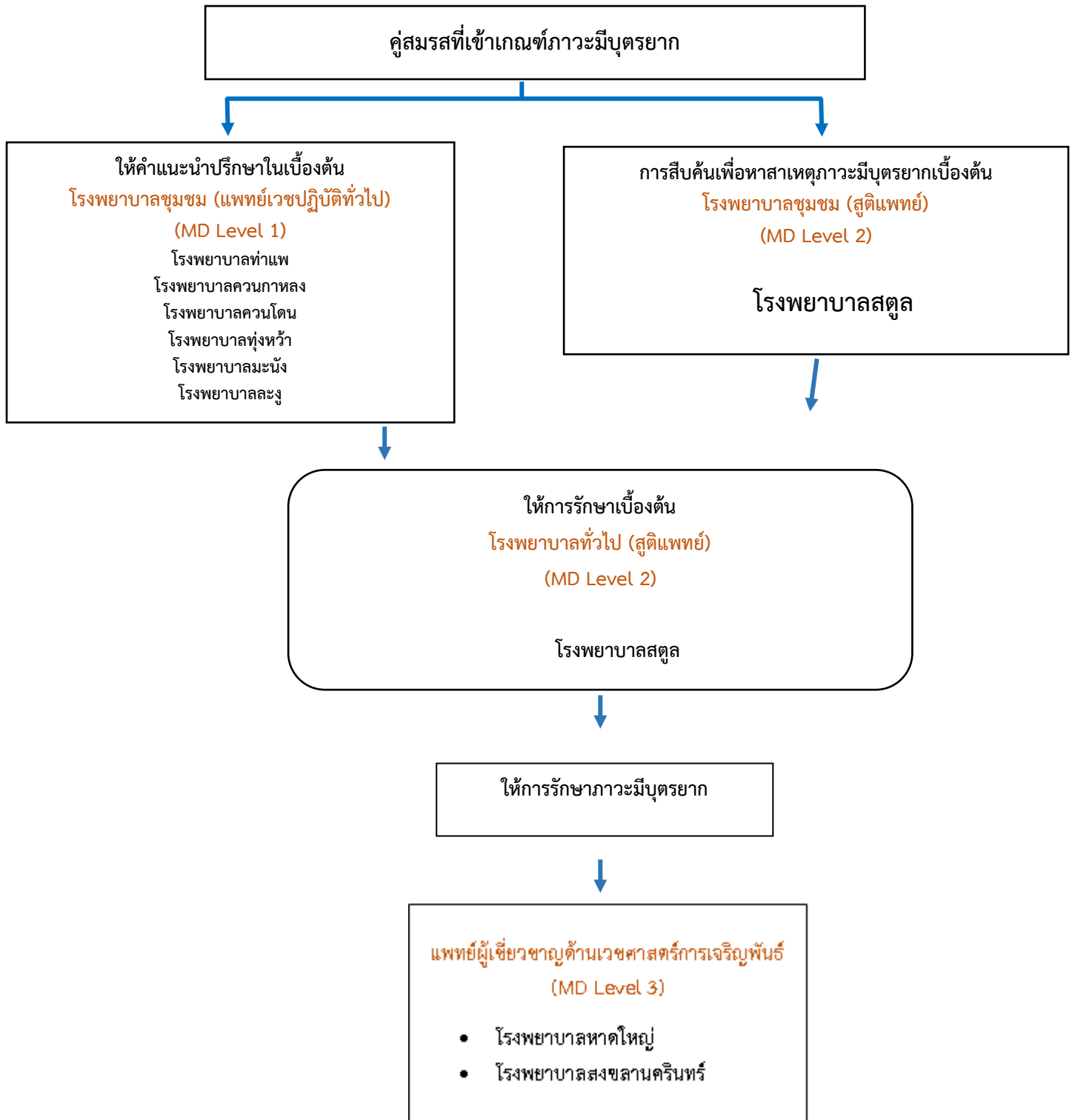
-MCH Board จังหวัดสตูลมีการดำเนินการให้พื้นที่สำรวจ โดย อสม.ค้นหากลุ่มเป้าหมาย คู่สมรสที่มีความพร้อม เพื่อเข้าสู่ระบบบริการคลินิกส่งเสริมมีบุตร

-พยาบาล Manerger คลินิกส่งเสริมการมีบุตรได้ลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ



### 1.5 ระบบการส่งต่อในโรงพยาบาล Level3

ระบบส่งต่อ - MD L2 ส่งต่อ MD L3 มี CPG ในการส่งต่อไปยัง รพ.ใหญ่





ความคืบหน้าของการดำเนินงานเปิดแลป IUI (10/6/67)

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

รายการ	ความคืบหน้า		หมายเหตุ
	แล้วเสร็จ	กำลังดำเนินการ	
1.การปรับปรุงห้องเตรียมน้ำเชื้อ	80%	ขอติดฟิล์มกระจก เพื่อบังสายตา	คาดว่าเปิดดำเนินการได้ ภายในเดือนกันยายน 2567
2.การจัดซื้ออุปกรณ์และน้ำยา			
2.1 incubator	/ จัดซื้อแล้ว	-	
2.2 centrifuge	/ จัดซื้อแล้ว	-	
2.3 counting chamber	/ จัดซื้อแล้ว /รับแล้ว	-	
2.4 differential counter	/ จัดซื้อแล้ว	-	
2.5 กล้องจุลทรรศน์	มีแล้ว	-	
2.6 เลนส์ 20x	-	กำลังขอจัดซื้อ	
2.7 ตู้สำหรับเตรียมน้ำเชื้อ	มีแล้ว(ใช้ตู้เตรียมน้ำยา pcr_covid)	-	
2.8 หลอดปลอดเชื้อกันแหลม 15ml	-	กำลังขอจัดซื้อ	
2.9 หลอดกันกลม 5ml	-	กำลังขอจัดซื้อ	
2.10 น้ำยาสำหรับเตรียมน้ำเชื้อ	-	กำลังขอจัดซื้อ	
2.11 กระจุกเก็บน้ำเชื้อ	มีแล้ว	-	

ผู้รับผิดชอบ นางสาวขวัญเรือน สุดใหม่

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 080-5162888

อีเมลล์ khwanrueansrimala@gmail.com

สาขานโรคไต  
(CKD)



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

### จังหวัด สตูล เขตสุขภาพที่ 12

#### สาขา โรคไต

#### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า
- 1.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ  $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$  (เป้าหมาย:  $\geq 66\%$ )
- 1.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย:  $\geq 80\%$ )

#### 2. สถานการณ์

**2.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า**  
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีจากการควบคุมโรค NCD ไม่ได้ ส่งผลให้การชะลอไตเสื่อมไม่ได้ นำไปสู่ไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น จังหวัดสตูลเพิ่มขึ้นประมาณ 20 % ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปี 65,66,67 = 185,250,203 ราย ตามลำดับจังหวัดสตูลเพิ่มขึ้นประมาณ 20 ราย/ปี พัฒนาระบบให้คำปรึกษาโดยการค้นหาผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต และการ Sharing decision making

#### **2.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ (เป้าหมาย: $\geq 66\%$ )**

โรงพยาบาลสตูลมีการจัดทำ CKD Clinic แบบบูรณาการในสถานบริการ รพช.ทุกแห่ง โดยมีการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ และพยาบาลวิชาชีพ มีการปรับปรุงแนวทางในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังตามศักยภาพของสถานพยาบาล และระบบให้คำปรึกษาและเพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารโดยระบบ line application โดยมีการจัดตั้งทีม Integrated CKD Clinic ขึ้นมาเพื่อบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและเป็นองค์รวม โดยเน้นงานในลักษณะเชิงรุกมากขึ้น มีการให้ความรู้ในเรื่อง RRT โดยให้มีการแนะนำตั้งแต่อยู่ที่ รพช. มีการนิเทศและติดตาม CKD clinic รวมถึงการประเมินผล เพื่อใช้ในการพัฒนาต่อไป

#### **2.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย: $\geq 80\%$ )**

มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานบริการที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายโดยเริ่มตั้งแต่ไตรมาสที่ 1,2 และ ไตรมาส3 ตามลำดับ พบปัญหาด้านการคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากคัดกรองกลุ่มเป้าหมายบางรายไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายขาดนัด ติดต่оไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน คัดกรองแต่ไม่ได้ลงข้อมูล ต้องช่วยกันดูข้อมูลและรหัสโรคให้ถูกต้อง เพื่อให้ระบบการทำงานสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน



### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.1.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า

มาตรการ v	กิจกรรม
Screening/alert	- ประเมิน eGFR & CKD staging ในโรคที่มีความเสี่ยง
Self health care/HL	- เน้นย้ำในการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อลดผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่
Active health service for risk group (กลุ่มเสี่ยง)	- CKD stage 4 ติดตาม ทุก 2-3 เดือน
Special/Emergency/critical care/EMS รพช.,รพ. Node,รพ.แม่ข่าย)กลุ่มป่วย	- มีระบบการดูแลและส่งต่อตามศักยภาพ - CKD stage 4, 5 & ESRD ดูแลในรพ.สตูล
Restoration care (ครอบคลุมกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อน)	-มีระบบการส่งต่อตามศักยภาพของสถานพยาบาล
ระบบสนับสนุน (SP board /HR/IM)	-มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ในคลินิกโรคไต -ติดตามข้อมูลโดย Hos xp,HDC Report program
Specific service	-คลินิกโรคไต ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 -หน่วยไตเทียมฯ พัฒนาระบบให้คำปรึกษาโดยการค้นหาผู้ป่วยในคลินิกโรคไตเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต การ Sharing decision making และบริการ HD CAPD รวมถึงสนับสนุนการปลูกถ่ายไต -มีระบบส่งต่อเพื่อเตรียม Vascular access



3.1.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr(เป้าหมาย:  
≥66%)

มาตรการ	กิจกรรม
Screening/alert	- ประเมิน eGFR & CKD staging ในโรคที่มีความเสี่ยง
Self health care/HL	- ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทานอาหาร รับประทานยา หลีกเลี่ยงการรับประทานยาสมุนไพร การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย และการมาพบแพทย์ตามนัด
Active health service for risk group (กลุ่มเสี่ยง)	- CKD screening ทุก 3 เดือน
Special/Emergency/critical care/EMS รพช.,รพ. Node,รพ.แม่ข่าย)กลุ่มผู้ป่วย	- มีระบบการดูแลและส่งต่อตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ 1. CKD Stage 3 สามารถให้การดูแลในรพสต.ทุกแห่ง 2. CKD stage 4 ดูแลในรพ.สตูล 3 CKD stage 5 & ESRD ดูแลในรพ.สตูล
Restoration care (ครอบคลุมกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อน)	-มีระบบการส่งต่อตามศักยภาพของสถานพยาบาล
ระบบสนับสนุน (SP board /HR/IM)	--ทีม NCD,CKD,Family medicine เกสัชกรและโภชนาการ ร่วมดูแลผู้ป่วยในคลินิก -ติดตามข้อมูลโดย Hos xp,HDC Report program
Specific service	-คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b และผู้ป่วยที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต -คลินิกโรคไต ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 และ 5 -หน่วยไตเทียมมา ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 , ระยะสุดท้าย และบริการ HD ,CAPD รวมถึงสนับสนุนการปลูกถ่ายไตโดยการส่งต่อผู้ป่วยไป รพ.หาดใหญ่ -รณรงค์การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคตามนโยบาย เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีนโควิด-19



### 3.1.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

	กิจกรรม
Screening/alert	-มีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง 1 ครั้งต่อปี รวมถึงโรคที่มีความเสี่ยง
Self health care/HL	-ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการรับประทาน อาหาร รับประทานยา หลีกเลี่ยงการรับประทานยาสมุนไพร การเลิกบุหรี่หรือการออกกำลังกาย และการมาพบแพทย์ตามนัด
Active health service for risk group (กลุ่มเสี่ยง)	-CKD screening กลุ่มเป้าหมาย DM HT ในสถานบริการทุกแห่ง
Special/Emergency/critical care/EMS รพช.,รพ. Node,รพ.แม่ข่าย)กลุ่มผู้ป่วย	-มีการจัดตั้ง CKD clinic ในรพช.ทุกแห่ง โดยคัดกรองผู้ป่วยจากคลินิกโรคเรื้อรังและติดตามผลในระยะยาว
Restoration care (ครอบครัวกลุ่มมีภาวะแทรกซ้อน)	-มีระบบการส่งต่อตามศักยภาพของสถานพยาบาล กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ตอบสนองต่อการรักษา
ระบบสนับสนุน (SP board /HR/IM)	-ติดตามข้อมูลโดย Hos xp,HDC Report program
Specific service	-มีการตรวจตา ,เท้า ,การทำงานของไต โดยประเมิน eGFR และรณรงค์การฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคตามนโยบาย เช่น วัคซีนโควิด-19 ,วัคซีนไข้หวัดใหญ่

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า

อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า			
	ปีงบประมาณ			
	2565	2566		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	-10.94	-	103	37.82
ควนโดน	6.67	-	25	49.58
ควนกาหลง	5.51	-	28	35.60
ท่าแพ	-47.61	-	19	58.48
ละงู	-81.97	-	49	28.40
ทุ่งหว้า	-36.67	-	15	16.67
มะนัง	33.97	-	11	98.81
ภาพรวมจังหวัด	-27.94	-	250	43.55



อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า					
	ปีงบประมาณ 2567					
	ต.ค.66 - ธ.ค.66			ต.ค.66 - พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	-	36	-104.24	-	66	4.74
ควนโดน	-	8	-124.25	-	19	9.0
ควนกาหลง	-	15	-93.80	-	27	8.11
ท่าแพ	-	13	-58.25	-	16	3.60
ละงู	-	30	-58.29	-	55	1.32
ทุ่งหว้า	-	10	-33.33	-	12	3.64
มะนัง	-	3	-129.87	-	8	1.23
ภาพรวมจังหวัด	-	115	-89.14	-	203	2.7

### 3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr(เป้าหมาย: ≥66%)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr					
	เป้าหมาย >66 %					
	ปีงบประมาณ					
	2562	2563	2564	2565		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	62.59 (358/572)	69.36 (507/731)	67.35 (491/729)	830	480	57.83
ควนโดน	54.76 (23/42)	65.28 (47/72)	56.10 (46/82)	122	63	51.64
ควนกาหลง	61.9 (78/126)	61.46 (126/205)	66.29 (118/178)	151	95	62.91
ท่าแพ	61.24 (79/129)	72.73 (128/176 )	63.21 (134/212)	207	146	70.53
ละงู	51.74 (104/201)	67.2 (209/311 )	60.06 (185/308)	287	200	69.69
ทุ่งหว้า	55.56 (35/63)	61.07 (91/149 )	62.98 (114/181)	210	97	46.19
มะนัง	55.08 (65/118)	65.38 (119/182)	63.35 (119/182)	180	140	77.78
ภาพรวมจังหวัด	59.31 (742/1251)	67.2 (1,227/1,826 )	64.27 (1,209/1,881)	1,987	1,221	61.45



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr					
	เป้าหมาย >66 %					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,216	776	63.82	841	488	58.03
ควนโดน	129	83	64.34	72	52	72.22
ควนกาหลง	172	102	59.3	107	67	62.62
ท่าแพ	292	187	64.04	183	107	58.47
ละงู	438	266	60.73	558	327	58.60
ทุ่งหว้า	204	85	41.67	177	86	48.59
มะนัง	196	101	51.53	189	95	50.26
ภาพรวมจังหวัด	2,647	1,600	60.45	2,127	1,222	57.45

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr		
	เป้าหมาย >66 %		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	1,287	780	60.61
ควนโดน	82	56	68.29
ควนกาหลง	181	96	53.04
ท่าแพ	254	154	60.63
ละงู	879	521	59.27
ทุ่งหว้า	232	124	53.45
มะนัง	228	126	55.08
ภาพรวมจังหวัด	3,143	1,857	60.61



3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HTที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย>80%)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC				
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง				
	เป้าหมาย>80%				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	55.96	58.80	9,764	5,794	59.34
ควนโดน	63.65	64.19	2,710	1,820	67.16
ควนกาหลง	66.22	64.91	2,454	1,644	66.99
ท่าแพ	74.09	73.36	2,672	2,001	74.89
ละงู	53.25	73.92	5,242	3,431	65.45
ทุ่งหว้า	66.50	66.31	1,703	1,116	65.53
มะนัง	74.26	67.80	949	655	69.02
ภาพรวมจังหวัด	60.79	65.36	25,494	16,461	64.57

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง					
	เป้าหมาย>80%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	เมืองสตูล	9,872	5,776	58.51	9,929	5,197
ควนโดน	2,796	1,901	67.99	2,728	1,773	64.99
ควนกาหลง	2,484	1,656	66.67	2,576	1,719	66.73
ท่าแพ	2,700	2,246	83.19	2,682	2,142	79.87
ละงู	5,558	3,813	68.6	5,595	4,014	71.74
ทุ่งหว้า	1,625	1,074	66.09	1,417	830	58.57
มะนัง	906	666	73.51	867	603	69.55
ภาพรวมจังหวัด	25,941	17,132	66.04	25,794	16,278	63.11



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง					
	เป้าหมาย>80%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 ( ต.ค.66 – ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	10,305	6,805	66.04	9,276	4,461	48.09
ควนโดน	2,672	1,765	66.06	2,700	1,436	53.19
ควนกาหลง	2,665	1,894	71.07	2,520	1,282	50.87
ท่าแพ	2,800	2,298	82.07	2,632	1,967	74.73
ละงู	5,782	4,647	80.37	5,387	2,233	41.45
ทุ่งหว้า	1,388	941	67.80	1,352	636	47.03
มะนัง	906	674	74.39	772	432	55.96
ภาพรวมจังหวัด	26,518	19,024	71.74	24,639	12,447	50.52

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง		
	เป้าหมาย>80%		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	9,674	6,387	66.02
ควนโดน	2,769	1,610	58.14
ควนกาหลง	2,622	1,714	65.37
ท่าแพ	2,693	2,176	80.76
ละงู	5,653	3,943	69.75
ทุ่งหว้า	1,435	931	64.88
มะนัง	852	624	73.24
ภาพรวมจังหวัด	25,698	17,384	67.65





4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

4.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 จากปีงบประมาณก่อนหน้า

4.1.1 ผลการดำเนินงาน

รอประเมินรอบ 12 เดือน

4.1.2 ปัญหาของตัวชี้วัด

จากการควบคุมโรค NCD ไม่ได้ ส่งผลให้การชะลอไตเสื่อมไม่ได้ นำไปสู่ไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรายใหม่ เข้าสู่ไตวายเรื้อรัง stage 5 เพิ่มขึ้นทุกปี จังหวัดสตูลเพิ่มขึ้นประมาณ 20% ต่อปี

4.2 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr(เป้าหมาย: ≥66%)

ปีงบประมาณ2564	ปีงบประมาณ2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567
			ต.ค.66-พ.ค.67
64.27	61.45	60.45	59.08

4.2.1 ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr ยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

4.2.2 ปัญหาของตัวชี้วัด

ผู้ป่วยหลังการคัดกรองไต พบ CKD stage 4-5 ส่งพบอายุรแพทย์โรคไต ส่งรับคำปรึกษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ผลจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยกินยาสมุนไพร อาหารเสริม ยาที่รับจากรพ.กินไม่ครบทุกมื้อ ไม่ปรับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ควบคุมโรคไม่ได้ทำให้ชะลอการเสื่อมของไต ไม่ได้ตามเกณฑ์

4.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมาย>80%)

ปีงบประมาณ2564	ปีงบประมาณ2565	ปีงบประมาณ2566	ปีงบประมาณ2567
			ต.ค.66-พ.ค.67
66.04	63.11	71.74	67.65

4.3.1 ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ยังไม่ได้ตามเป้าหมายได้ 67.65%

4.3.2 ปัญหาของตัวชี้วัด

การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในทุกสถานบริการโดยเริ่มคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่ไตรมาสที่ 1,2 พบปัญหาด้านการคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากการเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยบางส่วนไม่สะดวกในการเดินทาง บางรายก็ปฏิเสธ และผู้ป่วยบางรายขาดนัด ติดต่оไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง คัดกรองแล้วแต่ยังไม่ได้คีย์ ข้อมูลฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน



5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

- การเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางไม่สะดวกในการเดินทาง และผู้ป่วยบางรายขาดนัดติดต่อไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง คัดกรองแล้วแต่ยังไม่ได้คีย์ข้อมูล ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน

- ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันระหว่าง CKD NCD และ Palliative ยังไม่ชัดเจนทุกโรงพยาบาล

- มีการผลัดเปลี่ยนกันผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลที่เป็นจริงขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา เพื่อวางแผนการดูแลในการปรับพฤติกรรมได้ถูกต้อง

- บูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วย NCD

- จัดโครงการวันไตโลกรณรงค์ให้ความรู้การชะลอไตเสื่อม แก่บุคลากรและอสม

7. ปัญหา อุปสรรค

- การควบคุมโรค NCD และการคัดกรองไต การชะลอไตเสื่อม **ต่ำกว่าเกณฑ์**

- ขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

- ไม่มีผู้รับผิดชอบหลัก รับผิดชอบงานหลายอย่าง ขาดแรงจูงใจ

- แนวโน้มผู้ป่วย CKD ที่เพิ่มมากขึ้น

8. ข้อเสนอแนะ

- การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายสุขภาพ (Service Plan) ดำเนินการบูรณาการร่วมกันในสาขา CKD, NCD และ palliative care เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการคัดกรองโรคไต การชะลอไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วย ปฏิเสธการฟอกไต

- ผู้รับผิดชอบงานควรเป็น CKD manager ในการติดตามผลลัพธ์ในกระบวนการทำงาน วิเคราะห์และวางแผนแก้ไขตามปัญหาได้ต่อเนื่อง

- ผลักดันการจัดตั้ง Vascular access center ประจำเขตสุขภาพ

- สนับสนุนให้มีการเปิดหน่วยบริการฟอกเลือดเพิ่มเติมเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและผลิตบุคลากรให้เพียงพอ

ผู้รายงาน.พว.ชาลินี หลังเกาะ

ตำแหน่ง.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เบอร์โทร 0898799623

e-mail. chalineee1863@gmail.com

สาขา โรคหัวใจและหลอดเลือด  
(STEMI)



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา โรคหัวใจ (STEMI)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาดำเนินการตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

1.1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

1.1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9

1.2 ร้อยละของการให้การรักษามะเร็ง ผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

1.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq 60\%$

1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 60

2. สถานการณ์

2.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

อำเภอ	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 : 100,000 ประชากร						
	ปีงบประมาณ						
	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	17.59	29.91	31.45	31.45	15.72	26.21	12.12
ควนโดน	45.92	19.14	22.52	11.26	15.01	26.27	11.05
ควนกาหลง	5.79	14.48	0	0	0	5.63	11.27
ท่าแพ	0	0	10.2	3.40	0	0	6.75
ละงู	2.79	2.79	1.37	8.27	8.27	1.35	0
ทุ่งหว้า	0	16.73	8.28	4.14	0	4.09	4.09
มะนัง	5.5	5.58	16.42	5.47	5.47	5.40	0
ภาพรวมจังหวัด	11.68	16.11	15.92	14.98	9.05	13.10	7.39



อำเภอ	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 : 100,000 ประชากร		
	ปีงบประมาณ 2567 (ตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2567)		
	จำนวนประชากร	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	115,496	14	12.12
ควนโดน	27,157	1	3.68
ควนกาหลง	35,491	1	2.82
ท่าแพ	29,645	1	3.37
ละงู	73,646	3	4.07
ทุ่งหว้า	24,444	0	0
มะนัง	18,512	0	0
ภาพรวมจังหวัด	324,391	20	6.17

2.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9 หรือ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษาไม่เกินร้อยละ 9

อำเภอ	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI						
	ไม่เกินร้อยละ 9						
	ปีงบประมาณ						
	2560	2561	2562	2563	2564	2565	2566
ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	
เมืองสตูล	5.88	14.28	5.4	4.08	6.06	2.32	3.36
ควนโดน	28.5	16.67	0	0	0	12.5	13.64
ควนกาหลง	28.5	0	9.09	0	0	14.28	57.14
ท่าแพ	0	14.28	12.5	10	0	14.28	13.33
ละงู	4.16	10.26	0	9.09	14.81	5.55	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	28.57	0	11.11	12.5
มะนัง	20	8.33	8.33	20	25	20	0
ภาพรวมจังหวัด	8.69	10.94	4.09	6.57	6.66	6.66	8.78

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาล หลังได้รับการรักษา ไม่เกินร้อยละ 9		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	2	30	6.67
ควนโดน	1	13	7.69
ควนกาหลง	0	6	0
ท่าแพ	1	9	11.11
ละงู	2	24	8.33
ทุ่งหว้า	0	8	0
มะนัง	0	6	0
ภาพรวมจังหวัด	6	96	6.25

2. 3 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 50

อำเภอ	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 50				
	ปีงบประมาณ				
	2562	2563	2564	2565	2566
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	10.81	14.29	88.84	74.42	85.71
ควนโดน	14.28	27.78	100	93.33	77.27
ควนกาหลง	0	86.67	75	71.42	71.42
ท่าแพ	12.5	70	100	66.66	93.33
ละงู	12.12	63.64	91.66	43.75	39.39
ทุ่งหว้า	0	0	75	66.66	87.5
มะนัง	0	0	100	60	14.28
ภาพรวมจังหวัด	8.2	38.69	87.75	70.29	70.94



อำเภอ	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 50		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 -พ.ค.67)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI /SK ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ
เมืองสตูล	28	19	67.85
ควนโดน	13	7	53.85
ควนกาหลง	6	6	100
ท่าแพ	7	6	85.71
ละงู	22	20	90.9
ทุ่งหว้า	8	8	100
มะนัง	6	3	50
ภาพรวมจังหวัด	90	69	76.67

#### 2.4 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ≥60%

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่ กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	2566
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	95	25	40
ควนโดน	100	100	100
ควนกาหลง	100	0	NA
ท่าแพ	100	100	91.67
ละงู	89.47	0	31.81
ทุ่งหว้า	75	0	37.5
มะนัง	100	0	0
ภาพรวมจังหวัด	96.77	28.57	51.49

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	18	27	66.67
ควนโดน	6	12	50
ควนกาหลง	6	6	100
ท่าแพ	6	8	75
ละงู	13	15	86.67
ทุ่งหว้า	8	8	100
มะนัง	2	5	40
ภาพรวมจังหวัด	59	81	72.84

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

### 2.5 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq 60\%$

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	2566
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	84.62	90.32	61.90
ควนโดน	100	92.8	100
ควนกาหลง	80	83.33	60
ท่าแพ	100	60	66.67
ละงู	100	58.33	88.8
ทุ่งหว้า	100	75	100
มะนัง	100	75	100
ภาพรวมจังหวัด	88.24	81.25	64.71

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	1	100
ควนโดน	1	1	100
ควนกาหลง	1	1	100
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	7	7	100
ทุ่งหว้า	0	0	0
มะนัง	1	1	0
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

### 3. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) คิดเป็นร้อยละ 8.78 (เป้าหมายน้อยกว่า ร้อยละ 9 ) ซึ่งไม่ได้เกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่ก็ได้มีการทบทวน RCA ร่วมกับประธานสาขา SP ผู้รับผิดชอบ ACS และแพทย์ในแต่ละรพช. พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงหลักๆแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1. กลุ่มที่ไม่เคยตรวจสุขภาพแต่มีประวัติ Heavy Smoking พบว่า เป็นกลุ่มอาชีพข้าราชการ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเป็นเจ้าหน้าที่กู้ชีพ จึงได้มีโครงการนำร่องในการค้นหาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดให้กับเจ้าหน้าที่หัวหน้าหน่วยราชการสาธารณสุขในจังหวัดสตูล โดยประสานความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการประเมินการทำงานของหัวใจเบื้องต้นด้วยการตรวจ EST และการประชาสัมพันธ์เน้นย้ำการเลิกสูบบุหรี่ 2. กลุ่มผู้ป่วย NCD ได้มีแนวทางในการคัดกรอง NCD risk ในการประเมินความเสี่ยง และเน้นการให้ความรู้และการปฏิบัติที่เหมาะสมแก่กลุ่มเสี่ยง

- อัตราการได้รับการรักษาได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 50ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในปี2565 ร้อยละ70.29 และปี2566ร้อยละ70.94 ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านระยะทางที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยข้ามจังหวัดและข้อจำกัดของรถ Ambulanceที่กำหนดความเร็วในการเดินทาง ทำให้ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการสวนหัวใจทันเวลา ซึ่งจากการทบทวนพบว่าอัตราการได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดผ่านเกณฑ์ดีขึ้นมาตั้งแต่ปี2564 และในช่วงปี 2566 ที่มีความร่วมมือกับโรงพยาบาลตรังในการรับผู้ป่วยเขตอำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง ทำให้อัตราอัตราการได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดในผู้ป่วยโซนนี้เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น และจากแนวทางที่มีการเบิกใช้TNK ตามข้อบ่งชี้บัญชียาหลักแห่งชาติมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่มีโอกาสได้รับการส่งต่อPCI มากกว่า120 นาที โรงพยาบาลสตูลกำลังดำเนินการอยู่ในขั้นตอนของการขออนุมัตินำเข้ายาในโรงพยาบาล ปรับCPG STEMI และกำหนดนำเข้าใช้ในโรงพยาบาลภายในเดือนกรกฎาคม 2567

#### 4. ปัญหา อุปสรรค

การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมThai ACS Registry ยังไม่เป็นปัจจุบันและไม่มีความต่อเนื่องเนื่องจากพบปัญหาในการบันทึกข้อมูลทั้งตัวโปรแกรมและปัญหาการไม่ได้ลงข้อมูล จึงได้มีประชุมทีมผู้รับผิดชอบในแต่ละโรงพยาบาล สอนขั้นตอนการบันทึก และเน้นย้ำการบันทึกข้อมูล

#### 5. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- skydoctor
- Telemed

ผู้รายงาน ไลลา ตุงกัณฑ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทร 098 - 6949699  
e-mail acssatun@gmail.com

สาขา โรคหลอดเลือดสมอง  
(Stroke)



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) < ร้อยละ 7
- 1.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) < ร้อยละ 25
- 1.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) < ร้อยละ 5
- 1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time)  $\geq$  ร้อยละ 50
- 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit  $\geq$  ร้อยละ 80 หรือร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและที่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

### 2. สถานการณ์

จังหวัดสตูลมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้เรียนรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที

โรงพยาบาลสตูล เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับผู้ป่วยจำนวน 6 เตียง รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและแตก อัตราการครองเตียง 90 % รองรับการรักษา รพ.ในเครือข่าย ได้รับผ่านการประเมินเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน SSCC(Standard Stroke Center Certify) ในระดับ 5 ดาว ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2565 – 31 สิงหาคม 2568 โรงพยาบาลละงู เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 มี CT scan มีอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่ยังคงต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit รองรับรพ.ในเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งหว้า และสามารถปรึกษาอายุรแพทย์/ อายุรแพทย์ระบบประสาท สามารถส่งต่อไปทำThrombectomy ที่โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้ วางแผนเปิดเป็น stroke unit ในปี 2568 และมีโรงพยาบาลท่าแพ รองรับผู้ป่วย โดย IMC จำนวน 6 เตียง โดยรับผู้ป่วย IMC ทุกโรงพยาบาล

การบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บริการรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินการกลืน ในผู้ป่วยทุกราย เผื่อระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ และมี การติดตามเยี่ยมบ้าน ในผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 ค่ะ เน้นเข้าดูแลรักษาโดยทีม IMC ทุกราย มีการส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลชุมชน นอนพักในหอผู้ป่วยมี stroke corner ทุก รพข ตลอดจนมีการส่งHHC ทุกราย เพื่อติดตามการดูแล ป้องกันการเกิดซ้ำ และมีการรณรงค์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด การรณรงค์ป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีการบูรณาการ

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หากมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy จะมีการปรึกษาจาก Neuro intervention โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษา และรับกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่

อย่างไรก็ตามพื้นที่จังหวัดสตูล ยังมีประชากรที่อาศัยตามพื้นที่ไกลๆ การเข้าถึงและการดูแลค่อนข้างยาก เช่นประชากรพื้นที่เกาะ สภาพของดินฟ้าอากาศในคนไข้ชาวทะเล ชาวเรือ ต้องอาศัยน้ำขึ้น น้ำลง ในการนำเรือออก เพื่อมาพบแพทย์ การพัฒนาการดูแลแบบ Sky doctor จึงเข้ามามีบทบาทในการส่งต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการ Telemedicine ในผู้ป่วยพื้นที่เกาะ ในผู้ป่วย Post stroke

### 3. ผลการดำเนินงาน

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวมต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนพบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ยินยอมผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิต จะเป็น large vessel occlusion ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนาน เกิดติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มารับการรักษาหลัง 4.5 ชม. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และมีการดูแลร่วมกับทีมรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยมีโรค NCD ขาดยา ขาดนัด ไม่ควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีแนวโน้มการเข้าถึงการถึงการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็น 52.2 % ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time เท่ากับ 48.34 นาที มีการทบทวนในราย Door to needle time มากกว่า 60 นาที ทุกราย พบว่า สาเหตุจากมีภาวะ ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องให้ยา ให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ให้อาได้ ผู้ป่วยมีอาการชัก จึงมีการทบทวน Protocol การให้ยาลดความดันโลหิต บางรายญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือในบางรายผู้ป่วยมาคนเดียวไม่สามารถตัดสินใจ ต้องประสานญาติสายตรงในการตัดสินใจให้ยา ในราย Large occlusion มีการส่งต่อ Thrombectomy โดยมีการปรึกษา การพัฒนาการส่งต่อ และรับกลับมารักษาต่อเนื่องหลังผ่านภาวะวิกฤต ด้านกระบวนการส่งต่อจากเครือข่าย รพช. (seamless refer) ให้ได้ภายใน 30 นาที หลังโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เครือข่าย รพช.สามารถส่งต่อได้ภายใน 30 นาที มีแนวโน้มที่ดีขึ้น



#### 4 ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 4.1 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC			
	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย ≤ ร้อยละ 7			
	ปีงบประมาณ			
	2560	2561	2562	2563
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	7.60 (25/329)	5.44 (18/331)	7.49 (31/414)	5.91 (29/491)
ควนโดน	0 (0/17)	0 (0/36)	0 (0/26)	2.70 (1/37)
ควนกาหลง	0 (0/30)	0 (0/32)	0 (0/31)	0 (0/52)
ท่าแพ	0 (0/14)	0 (0/35)	0 (0/41)	0 (0/25)
ละงู	0 (0/97)	3.94 (5/127)	0 (0/96)	2.20 (2/91)
ทุ่งหว้า	0 (0/16)	14.29 (3/21)	0 (0/34)	0 (0/14)
มะนัง	4.17 (1/24)	0 (0/31)	0 (0/27)	4 (1/25)
ภาพรวมจังหวัด	4.93 (26/527)	4.24 (26/613)	4.63 (31/669)	4.47 (3/738)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	324	22	6.79	337	25	7.42
ควนโดน	119	6	5.04	91	6	6.59
ควนกาหลง	117	1	0.85	124	3	2.42
ท่าแพ	60	0	0	44	1	2.27
ละงู	175	3	1.71	137	8	5.84
ทุ่งหว้า	50	1	2	44	2	4.55
มะนัง	53	3	5.66	41	2	4.88
ภาพรวมจังหวัด	898	36	4.01	810	47	5.75



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 -พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	450	24	5.33	313	15	4.79
ควนโดน	113	3	2.65	56	1	1.79
ควนกาหลง	154	6	3.90	81	1	1.23
ท่าแพ	105	2	1.90	46	1	2.17
ละงู	190	2	1.05	124	4	3.23
ทุ่งหว้า	70	1	1.43	50	2	4.00
มะนัง	82	3	5	53	5	9.43
ภาพรวมจังหวัด	1,164	41	3.52	723	29	4.01

#### 4.2 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 25								
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563			ปีงบประมาณ 2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	105	22	20.95	105	21	20	56	10	17.86
ควนโดน	2	0	0	0	0	0	21	3	0
ควนกาหลง	2	0	0	1	0	0	18	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0	9	0	0
ละงู	9	0	0	12	1	8.33	33	3	9.09
ทุ่งหว้า	1	0	0	0	0	0	3	0	0
มะนัง	0	0	0	2	0	0	4	1	0
ภาพรวมจังหวัด	121	22	18.18	120	22	18.33	144	20	13.89



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 25								
	ปีงบประมาณ								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
							ต.ค.66 - พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	62	15	24.19	62	9	14.52	46	12	26.09
ควนโดน	18	3	16.67	17	2	11.76	7	0	0
ควนกาหลง	23	3	13.04	28	4	14.29	9	0	0
ท่าแพ	9	2	22.22	14	1	7.14	3	1	33.33
ละงู	29	4	13.79	32	2	6.25	17	1	5.88
ทุ่งหว้า	5	0	0	6	0	0.00	4	0	0
มะนัง	7	1	14.29	8	3	37.50	8	1	12.5
ภาพรวมจังหวัด	153	28	18.30	167	21	12.57	94	15	15.96

4.3 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 5								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน
เมืองสตูล	309	8	2.59	386	9	2.33	267	12	4.49
ควนโดน	24	0	0	37	1	2.70	98	3	3.06
ควนกาหลง	29	0	0	51	0	0	99	0	0
ท่าแพ	39	0	0	25	0	0	51	0	0
ละงู	87	0	0	79	1	1.27	143	1	0.70
ทุ่งหว้า	33	0	0	17	0	0	47	1	2.13
มะนัง	27	0	0	23	1	4.35	49	2	4.08
ภาพรวมจังหวัด	548	8	1.46	618	12	1.94	754	19	2.52





อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 5								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
							ต.ค.66 - พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	275	9	3.27	388	14	3.61	267	3	1.12
ควนโดน	73	3	4.11	96	1	1.04	49	1	2.04
ควนกาหลง	101	0	0.00	126	2	1.59	71	1	1.41
ท่าแพ	37	0	0.00	91	1	1.10	43	1	2.33
ละงู	106	3	2.83	158	1	0.63	106	2	1.89
ทุ่งหว้า	39	2	5.13	64	1	1.56	46	1	2.17
มะนัง	34	1	2.94	74	0	0	47	4	8.51
ภาพรวมจังหวัด	665	18	2.71	997	20	2.01	629	14	2.23

4.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) (เป้าหมาย :  $\geq$  ร้อยละ 50)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน
เมืองสตูล	29	23	79.31	54	43	79.63	45	33	73.33
ควนโดน	1	1	100	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ละงู	0	0	0	0	0	0	9	1	11.11
ทุ่งหว้า	1	0	0	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	32	24	75	54	43	79.63	54	34	62.96



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66 - เม.ย.67								
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	49	35	71.43	83	70	84.34	53	49	92.45
ควนโดน	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0.00
ควนกาหลง	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0.00
ท่าแพ	0	0	0.00	0	0	0.00	0	0	0.00
ละงู	6	1	16.67	11	3	27.27	17	9	52.94
ทุ่งหว้า	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0.00
มะนัง	0	0	0.00	0	0	0	0	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	55	36	65.45	94	73	77.66	70	58	82.86

4.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit (เป้าหมาย :  $\geq$  ร้อยละ 80)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	241	214	88.80	276	253	91.67	242	221	91.32
ควนโดน	20	19	95.00	34	28	82.35	65	54	83.08
ควนกาหลง	27	20	74.07	48	39	81.25	67	59	88.06
ท่าแพ	33	26	78.79	22	21	91.30	44	34	77.27
ละงู	60	47	78.33	73	62	84.93	76	57	75
ทุ่งหว้า	24	20	83.338	13	13	100	35	25	71.43
มะนัง	21	18	85.71	22	19	86.36	26	22	84.62
ภาพรวมจังหวัด	426	370	86.85	489	435	88.96	555	472	85.05



เภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66 - พ.ค.67								
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	277	253	91.34	379	340	89.71	297	279	93.94
ควนโดน	61	49	80.33	78	74	94.87	39	38	97.44
ควนกาหลง	78	67	85.90	107	99	92.52	51	49	96.08
ท่าแพ	33	28	84.85	84	81	96.43	30	29	96.67
ละงู	64	41	64.06	46	37	24	21	20	95.23
ทุ่งหว้า	28	24	85.71	35	33	94.29	24	22	91.67
มะนัง	25	20	80.00	48	44	91.67	32	26	81.25
ภาพรวมจังหวัด	566	482	85.16	777	708	91.12	497	463	93.16

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

- การเข้าถึงบริการ เน้นการประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
- ผู้ป่วย HT/DM ขาดยา/ขาดนัด
- การคัดกรอง AF ในชุมชน
- One Province One Hospital ( Stroke )

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การพัฒนากระบวนการบริการที่ผ่านมา ดังนี้

- จัดกิจกรรมรณรงค์ World stroke day เพิ่มการเข้าถึงในผู้ป่วย NCD รพ สตูล
- การเข้าถึงการดูแล/ รักษาผู้ป่วยทางทะเล
- จัดโครงการเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ โดยแพทย์อายุรกรรมประสาท ทุก รพช
- เพิ่มการศึกษาเฉพาะทาง Stroke Nurse

ผู้รับผิดชอบ นางนันทนา ศรีคำแท้  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 0819570931  
e-mail : off1969@hotmail.com

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง  
(NCD : DM HT)



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

(DM/HT)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 80

1.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน  $\geq$  ร้อยละ 70

1.1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 93

1.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ 40)

1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ 60)

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ภาพรวมการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดสตูล **ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด** (ร้อยละ 90 ) โดยคัดกรองเบาหวานทำได้ ร้อยละ 76.21 คัดกรองความดันโลหิตสูงทำได้ร้อยละ 76.73 โดยผลการคัดกรองลดลง จากปี 2566 ( คัดกรองเบาหวาน / ความดัน = ร้อยละ 89.32 / 89.37 ตามลำดับ ) โดยอำเภอที่ทำผลงาน ได้สูงสุด คืออำเภอควนกาหลง คัดกรองเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงคิดเป็นร้อยละ 95.73/95.72 ตามลำดับ โดยมีการนำ Application smart อสม.มาใช้ในการคัดกรอง บางพื้นที่ไม่มีสถานที่ในการคัดกรอง เช่น เกาะหลีเป๊ะ , การ Authen ก่อนลงข้อมูล เนื่องจากบางพื้นที่สัญญาณอินเทอร์เน็ต ไม่เสถียร

2.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

จากผลการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จ.สตูลได้รับการติดตามร้อยละ 76.19 เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 75.50 ประเทศร้อยละ 67.92 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย (เป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 85 ) ซึ่งอำเภอที่มีการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานสูงสุด คือ อำเภอควนกาหลง โดยมีกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จำนวน 27 ราย นัดตรวจติดตามซ้ำที่ รพ.ควนกาหลง ทั้งหมด โดยมี อสม.ร่วมติดตาม และ ติดตามได้น้อยที่สุดคืออำเภอทุ่งหว้า จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่าผู้ป่วยไม่มาเจาะเลือดและพบแพทย์ตามนัด

## 2.3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี 2567 ร้อยละ 76.73 จังหวัดสตูล คิดเป็นร้อยละ 38.17 และการติดตามในระดับ เขต 12 และระดับประเทศ คิดเป็นร้อยละ 79.21 และ 74.9 ตามลำดับซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ( เป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ 85)จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า เครื่องวัดความดันไม่เพียงพอ โดยในพื้นที่ อำเภอควนกาหลง มีการทำโครงการร่วมกับเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และในอำเภอละงูมีการ Motivation เพื่อให้ผู้ป่วยซื้อเครื่องวัดความดัน ด้วยตนเอง และกลุ่มสูงอายุทำไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง

## 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 80

#### 3.1.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ผลงานการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ทำให้เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ขั้นตอนในการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย มีการปรับระบบการติดตาม โดยในอำเภอเมืองมีการปรับระบบการส่งเลือดมาตรวจที่ รพ. และใน อำเภอควนกาหลง มีการนัดติดตามผู้ป่วยมาเจาะเลือดที่โรงพยาบาลทุกราย

#### 3.1.1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการคืนข้อมูลกลุ่มสงสัยป่วยให้ อสม. โดยการวัดความดันโลหิตซ้ำ โดยอำเภอที่มีการติดตามสูงสุด คือ อำเภอท่าแพ

#### 3.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ( $\geq$ ร้อยละ 40)

ผลการควบคุมเบาหวานยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยภาพรวมจังหวัดผลการควบคุม คิดเป็นร้อยละ 29.44 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับเขต 12 ( ทำได้ร้อยละ 26.48 ) และใกล้เคียงกับระดับประเทศ ( ทำได้ ร้อยละ 30 ) อำเภอท่าแพมีผลการควบคุมได้สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.05 จากการตรวจ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ร้อยละ 82.49 ซึ่งทำได้สูงที่สุดในจังหวัด ซึ่งอำเภอที่มีการตรวจติดตาม ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ต่ำที่สุดคืออำเภอควนกาหลง ร้อยละ 71.62 เนื่องจากขาดอัตรากำลัง ของเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้ผลการควบคุมควบคุมเบาหวานได้น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.70 โดยอำเภอท่าแพ มีการติดตามเจาะ HbA1C เชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามเจาะซ้ำทุก 3 เดือน ในผู้ป่วยเบาหวานสิทธิข้าราชการ และมีการกำหนดวันพุธ ให้มีการทำ Telemedicine ในกลุ่มที่มี ค่า HbA1C มากกว่า 7% โดยสามารถทำ Telemedicine ได้ครั้งละ 20 คน นอกจากนี้ ในคลินิก NCD มีการนำร่อง การนำ โปรแกรม NCD -X มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน ปี 2566 โดยพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้าโปรแกรม มีระดับ HbA1C ลดลง 1-3 % คิดเป็นร้อยละ 86.11 และมีความพึงพอใจ มากกว่า ร้อยละ 90



3.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ 60)  
ผลการควบคุมความดันโลหิตสูง ยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยภาพรวมจังหวัด ผลการควบคุมคิดเป็นร้อยละ 52.68 ผลการควบคุมสูงสุด คืออำเภอละงู คิดเป็นร้อยละ 64.65 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการทำ HMBP ในกลุ่ม Poor control และการติดตามความดันโลหิตซ้ำ ก่อนรับใบนัด และผลการควบคุมความดันโลหิตต่ำสุดคือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 42.03 และจากการเปลี่ยนผ่านของบุคลากร ส่งผลให้การลงข้อมูลความดันโลหิตในโปรแกรมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังไม่ถูกต้อง

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

3.1.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	474	361	76.65	273	252	92.31
ควนโดน	181	119	66.75	87	75	86.21
ควนกาหลง	48	44	91.67	41	41	100
ท่าแพ	105	67	63.81	55	52	94.55
ละงู	287	205	71.43	186	167	89.78
ทุ่งหว้า	122	105	86.07	79	75	94.94
มะนัง	193	178	92.23	16	15	93.75
ภาพรวมจังหวัด	1,407	1,079	76.69	737	677	91.86



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 67 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	433	280	64.67	370	281	53.96
ควนโดน	100	65	65.00	95	63	51.75
ควนกาหลง	34	34	100	27	27	100
ท่าแพ	86	78	90.70	158	120	93.42
ละงู	158	141	89.24	120	106	90.07
ทุ่งหว้า	90	81	90.00	124	81	79.80
มะนัง	37	21	56.76	34	29	92.61
ภาพรวมจังหวัด	938	700	74.63	928	707	76.21

#### 4.2.3.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,754	1,525	86.94	1,201	1,180	98.25
ควนโดน	768	736	93.64	506	506	100
ควนกาหลง	267	234	87.64	259	259	100
ท่าแพ	718	645	89.83	667	667	100
ละงู	1,095	908	82.92	466	431	92.49
ทุ่งหว้า	342	320	93.57	370	370	100
มะนัง	367	304	82.83	381	374	98.16
ภาพรวมจังหวัด	5,329	4,672	87.67	3,850	3,787	98.36





อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66-พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,069	2,064	99.76	2,463	1,891	57.20
ควนโดน	592	581	98.14	586	517	54.07
ควนกาหลง	347	347	100	250	250	100
ท่าแพ	453	453	100	462	433	93.70
ละงู	563	559	99.29	742	633	91.26
ทุ่งหว้า	394	394	100	746	365	80.77
มะนัง	290	289	99.66	262	235	64.54
ภาพรวมจังหวัด	4,708	4,687	99.55	5,232	4,234	76.73

### 3.1.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq 40\%$

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ					
	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	24.25 (1,001/4,127)	20.32 (875/4,306)	21.17 (930/4,392)	4,572	941	20.58
ควนโดน	13.07 (104/796)	13.25 (112/845)	16.99 (151/889)	958	174	18.16
ควนกาหลง	22.22 (242/1,089)	19.85 (235/1,184)	17.52 (203/1,159)	1,163	200	17.2
ท่าแพ	25.23 (222/880)	15.78 (148/938)	14.61 (143/979)	1,025	192	18.73
ละงู	7.42 (149/2,009)	20.18 (432/2,141)	21.48 (475/2,211)	2,429	467	19.23
ทุ่งหว้า	16.19 (114/704)	9.9 (72/727)	11.84 (89/752)	810	87	10.74
มะนัง	35.06 (216/616)	38 (255/671)	37.5 (270/720)	752	195	25.93
ภาพรวมจังหวัด	20.04 (2,048/10,221)	19.69 (2,129/10,812)	20.37 (2,261/11,102)	1,1709	2,256	19.27



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ					
	2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,787	1,101	23	4,980	1,056	21.2
ควนโดน	1,046	189	18.07	1,059	194	18.32
ควนกาหลง	1,210	267	22.07	1,274	272	21.35
ท่าแพ	1,071	487	45.47	1,110	403	36.31
ละงู	2,661	634	23.83	2,824	625	22.13
ทุ่งหว้า	865	123	14.22	912	143	15.68
มะนัง	754	214	28.38	773	196	25.36
ภาพรวมจังหวัด	12,394	3,015	24.33	12,932	2,889	22.34

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,863	1,119	23.01	4,943	7,119	24.11
ควนโดน	1,122	256	21.03	1,216	349	28.54
ควนกาหลง	1,297	246	18.97	1,367	347	25.38
ท่าแพ	1,148	413	35.98	1,205	567	47.05
ละงู	2,818	671	23.81	2,988	877	29.35
ทุ่งหว้า	930	301	32.37	988	346	36.47
มะนัง	822	235	28.59	873	325	37.23
ภาพรวมจังหวัด	13,000	3,221	24.78	13,608	4,006	29.44



3.1.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  $\geq 50\%$

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq 50\%$					
	ปีงบประมาณ					
	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	25.37	28.52	24.86	10171	3199	31.45
ควนโดน	36.00	35.13	40.91	2945	1451	49.27
ควนกาหลง	37.46	28.56	31.48	2747	994	36.18
ท่าแพ	37.28	42.03	40.01	3066	1813	59.13
ละงู	29.21	37.60	38.78	6140	3207	52.23
ทุ่งหว้า	27.95	39.54	44.88	2374	964	40.61
มะนัง	20.00	48.16	59.16	1793	527	29.39
ภาพรวมจังหวัด	29.54	34.48	35.2	29,236	12,155	41.58

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 50\%$					
	ปีงบประมาณ					
	2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	10,309	3,920	38.03	10,524	3,506	33.31
ควนโดน	2,950	1,614	54.71	2,944	1,467	49.83
ควนกาหลง	2,717	1,398	51.45	2,839	1,108	39.03
ท่าแพ	3,057	1,845	60.35	3,093	1,864	60.27
ละงู	6,335	3,490	55.09	6,389	3,516	55.03
ทุ่งหว้า	2,434	1,145	47.04	2,435	1,009	41.44
มะนัง	1,743	851	48.82	1,784	640	35.87
ภาพรวมจังหวัด	29,545	14,263	48.28	30,008	13,110	43.69

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	10,916	3,935	36.05	11,039	4,420	42.03
ควนโดน	3,066	1,616	52.71	3,167	2,219	58.38
ควนกาหลง	2,915	1,200	41.17	3,077	1,993	54.32
ท่าแพ	3,192	1,766	55.33	3,350	1,856	53.64
ละงู	6,545	3,147	48.08	6,900	5,335	64.65
ทุ่งหว้า	2,464	1,154	46.83	2,532	1,827	49.64
มะนัง	1,859	560	30.12	1,947	1,190	61.07
ภาพรวมจังหวัด	30,957	11,378	43.21	32,012	16,865	52.67

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนมาก ทำให้การ ดำเนินการคัดกรอง การติดตาม และการลงข้อมูล ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ
- บางพื้นที่ ขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดัน
- ควรสนับสนุนให้มีการคัดกรอง ผ่าน Application ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่
- การบูรณาการ งานร่วมกัน กับภาคีเครือข่าย เช่น อปท .
- การสนับสนุนวิชาการ กับผู้รับผิดชอบงาน NCD อย่างต่อเนื่อง
- การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการติดตาม การแจ้งเตือนต่างๆ เช่นการขาดนัด ผลการควบคุม เป็นต้น
- การทำ Authen อาจทำให้การบริการล่าช้า

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- กำกับติดตามผลการดำเนินงานและแผนการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงาน
- การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน และ ร่วม วิเคราะห์ และแก้ปัญหา ในพื้นที่ โดยทีม NCD จังหวัด

## 7. ปัญหา อุปสรรค

- หน่วยบริการบางแห่งให้กลุ่มสงสัยป่วยมารับการตรวจเลือดเพื่อติดตามยืนยันที่โรงพยาบาล ทำให้ผลการตรวจติดตามยืนยันได้ต่ำ เนื่องจากเป็นพื้นที่ห่างไกลไม่สะดวกในการเดินทาง
- การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงบางพื้นที่เป็นการวัดที่สถานบริการสาธารณสุข

## 9. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- Line Notify จากระบบคลังข้อมูล NCD จังหวัด ซึ่งสามารถชี้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง และกลุ่ม Poor control ทำให้สะดวกในการติดตาม
- แผนที่ออนไลน์โรคเรื้อรัง รพ.สต.บ้านควนบ่อทอง เพื่อใช้ ติดตามสถานะของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่

ผู้รายงาน นางสาวอรอุมา มากจังหวัด

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 086-9665994

E-mail : onumamakjangwat@mail.com

สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน  
(TRAUMA)



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

## 1. ประเด็นการตรวจราชการ

### 1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน

1. 1.1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย < ร้อยละ 12
- 1.1.2 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
- 1.1.3 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60
1. อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย < ร้อยละ 5
- 1.1.5 อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า 20 คะแนน) เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
1. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30
- 1.3 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Emergency Care System and Public Health Emergency Management) ร้อยละ 65

## 2. สถานการณ์

- 2.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย < ร้อยละ 12  
ร้อยละผู้ป่วย Level 1 Dead ใน 24 ชม. ร้อยละ 6.89 Trauma ร้อยละ 13.33 Non trauma ร้อยละ 7.35 โรคที่พบว่าเสียชีวิตมากที่สุดที่ ER คือโรค MI Cardiac arrest Respiratory fail และ TBI ตามลำดับ Dead Ward Non trauma มากที่สุดคือ Pneumonia Hemorrhagic Stroke และ ACS ส่วน Trauma เสียชีวิตจาก TBI มากอันดับหนึ่ง
- 2.2 อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย < ร้อยละ 5  
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ร้อยละ 50 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ขับขี่มอเตอร์ไซด์ และไม่สวมใส่หมวกกันน็อก มีการนำเสนอข้อมูลการบาดเจ็บในจุดเสี่ยงและร่วมสอบสวนอุบัติเหตุหมู่เหตุการณ์ชนรถบรรทุกดิน 6 ล้อ ที่บริเวณตลาดนัดควนขันสี่แยกไฟแดง ต.ควนขัน อ.เมือง จ.สตูล มีผู้บาดเจ็บสีแดง 5 ราย เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 1 ราย เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน 1 ราย Admit ICU 1 ราย Admit Ward 2 ราย และ



ประชุม ศปถ.อำเภอ และจังหวัด มีการตั้งด่านเพื่อป้องกันการขับขี่รถความเร็วในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2567 ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานที่ด่านในจุดต่างๆ นำเสนอข้อมูลวิเคราะห์จากการเฝ้าระวังการบาดเจ็บ IS pher plus ประชุมร่วมกับศปถ.เมือง จังหวัด ส่งข้อมูลและร่วมสอบสวนอุบัติเหตุกับภาคีเครือข่าย

### 2.3 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินต.ค.-เม.ย.67 ร้อยละ 32.97 มีการพัฒนาพัฒนาสมรรถนะจนท.ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พัฒนาสมรรถนะการคัดแยก ณ จุดเกิดเหตุให้ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินระดับพื้นฐานและระดับสูง มีองค์การฝึกอบรมรพ.สตูล ที่เปิดหลักสูตรอบรมEMR EMT ตามหลักสูตรมคจ.1 ของ กพฉ.และกำลังขอการประเมินรับรองคุณภาพของหน่วยปฏิบัติการอำนวยการระดับพื้นฐานและระดับสูงจากสถาบันรับรองคุณภาพของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน กำลังรอผลการอนุมัติ รพช.ไม่สามารถออกEMS ได้ครบทุกราย และบางครั้งออกล่าช้าด้วยบริบทของขาดแคลนบุคลากร มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินคอยให้คำปรึกษาให้กับพื้นที่ทางทะเล รวมถึงการรักษาเบื้องต้น หน่วยปฏิบัติการทางทะเลครอบคลุมพท. 100%และผู้ป่วย Emergent ที่มาด้วยระบบEMSผ่านระบบAOC ระบบEMSที่ใช้Sky Doctor 5 ราย ทุกรายรอดปลอดภัย ปรับระบบลดขั้นตอนการรับผู้ป่วยจากเกาะหลีเป๊ะกำหนดให้รพ.สตูลหรือหน่วยBLSในเขตอ.เมืองรับผู้ป่วยจากท่าเรือปากบาราทุกรายไม่คำนึงถึงสิทธิการรักษาของผู้ป่วย ยกเว้นกลุ่มผู้ป่วยทุกที่Fast track หรือผู้ป่วยที่มีที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องรับการประเมินและแก้ไขภาวะวิกฤติเบื้องต้นให้รพช.ลงมารับ

## 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.1.1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.

ระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) < ร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non-trauma<12%)

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non - trauma<12%) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

อำเภอ	อัตรายตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M1					
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	679	79	11.63	800	67	8.38





อำเภอ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 12 (Trauma<12%, Non - trauma<12%) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	759	84	11.07	827	91	11

อำเภอ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมาย < ร้อยละ12					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	1,001	92	7.19	796	63	7.91

3.1.2 อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ลดความแออัดในห้องฉุกเฉินและอัตราการเสียชีวิต

อำเภอ	อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง					
	ปีงบประมาณ					
	2562	2563	2564			
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	50.34	68.34	3,485	2,313	66.37	



อำเภอ	อัตราของผู้ป่วย triage level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม. โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	4,191	2,770	66.09	5,944	3, 929	66.1	3618	2,411	66.64

3.1.3 อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

อำเภอ	อัตราของผู้ป่วย triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน 2 ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 > ร้อยละ 60			อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80		
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	24	6	25	9	8	88.89

อำเภอ	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	3	1	33.33	6	2	33.3



อำเภอ	อัตราการผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ ภายใน 60 นาที เป้าหมาย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	16	7	43.8	9	6	66.64

3.1.4 อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1

อำเภอ	อัตราการผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury)(รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)เป้าหมาย < 45%			อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1เป้าหมาย < 45%		
	ปีงบประมาณ					
	2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	102	9	8.82	41	10	24.39

อำเภอ	อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤ 8) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 30 เพิ่มประสิทธิภาพและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	31	6	19.35	38	10	26.32



อำเภอ	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) เป้าหมาย < 25 %					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	50	17	34	7	14	50

3.1.5 อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (มากกว่าร้อยละ 50) > ร้อยละ 80

อำเภอ	อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (มากกว่าร้อยละ 50) > ร้อยละ 80				
	ปีงบประมาณ				
	2563	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	57.44	60.2	60.2	60.2	65.9
ควนโดน		54.20	-	-	-
ควนกาหลง		56.09	-	-	-
ท่าแพ		55.40	-	-	-
ละงู		63.30	-	-	-
พุนห้ว		53.70	-	-	-
มะนัง		59.20	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด		57.44	-	-	-



3.1.6 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5

อำเภอ	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5					
	ปีงบประมาณ					
	2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	4,193	1,136	27.09	4,260	1,350	31.69

อำเภอ	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	3,240	1,064	32.84	1,369	4,728	28.96

อำเภอ	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 26.5					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	5,489	1,899	34.6	3,518	1,160	32.97

3.1.7 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5ในรพ. ระดับ A, S, M1

อำเภอ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5ในรพ. ระดับ A, S, M1					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	5,187	8	0.15	3,864	4	0.10

อำเภอ	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS มากกว่า 0.5ในรพ. ระดับ A, S, M1					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	9,972	6	0.06	2883	3	0.1

### 3.1.8 อัตราผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลง

อำเภอ	อัตราผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลง					
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	15,773	12,732	ลดลง 19.3	12,735	10,378	ลดลง 18.51

อำเภอ	อัตราผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลง			
	ปีงบประมาณ	ผลงานก่อน	ผลงานหลัง	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	2564 (เปรียบเทียบ 2563และ2564)	10,378	8115	21.81
	2565(เปรียบเทียบ 2564และ2565)	10,599	7,390	30.28
	2566(เปรียบเทียบ 2565และ2566)	12,955	10,737	20.66

อำเภอเมือง	อัตราผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non Trauma) ลดลง			
	ปีงบประมาณ	ผลงาน2566	ผลงาน2567 (ต.ค.66 – เม.ย.67)	ร้อยละ
	2567(เปรียบเทียบ 2566และ2567)	4,225	4,968	เพิ่มขึ้น 17.59

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จำนวนมากขึ้น จากนโยบายการขับเคลื่อนของการป้องกันอุบัติเหตุที่ไม่เป็นรูปธรรม การตรวจ Blood Alcohol ในผู้บาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิตยังไม่ชัดเจน บางครั้งหลังจำหน่ายศพ มีการมาขอผลการตรวจย้อนหลัง



## 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- Seamless Refer EMS เช่น การรับผู้ป่วย EMSจากเกาะหลีเป๊ะโดยรพ.สตูล เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ตามเหมาะสม รับRefer Admit กลุ่มMHI ที่รพ.สตูล เพื่อObserve อาการ หรือTrauma Level 1ให้ประสานStaff โดยตรง กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการเงินในการส่งCT ให้รับ CTและAdmitทุกราย
- การเคลื่อนย้ายและนำส่งผู้ป่วยด้วยSky doctor ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายและนำส่งรักษปลอดภัย  
ทุกรายปี2567=5ราย

## 7. ปัญหา อุปสรรค

- ระบบสื่อสารทั้งวิทยุ โทรศัพท์ ยังขัดข้องในบางพื้นที่
- พื้นที่เกาะสำคัญ เช่น ปูยู เกาะสาหร่าย ยังขาดแคลนเครื่องมือในการวินิจฉัยผู้ป่วย เช่น เครื่องEKG  
12 lead
- รพช.มีรพพยาบาลที่มีระบบTelemedicine ที่เชื่อมกับAOCเพียง2คน ซึ่งไม่เพียงพอและการติดตั้งระบบมีราคาสูง
- การนำส่งผู้ป่วยทางเรือไม่มีการสื่อสารระบบTelemedicineทำให้การติดตามอาการผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

## 8. ข้อเสนอแนะ

- การขับเคลื่อนเรื่องการย้ายศูนย์รับแจ้งเหตุและสิ่งการยังไม่มีความคืบหน้า
- ความก้าวหน้าในงานการแพทย์ฉุกเฉินเสมือนเป็นงานฝากERแต่ไม่นำมาคิดเป็นผลงาน

ผู้รับผิดชอบ พว.พุดตาล ศรีสุขวงศ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 089-7339386  
e-mail..Pudtan2511@gmail.com



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Seamless Refer)

1. สถานการณ์

1.1 จำนวนผู้ป่วย refer out

ปีงบประมาณ 2565 (4884ราย)	ปีงบประมาณ 2566(6,016ราย)	ต.ค. 2566 -พ.ค. 2567(4,475ราย)
ER - 92 ราย	ER - 143 ราย	ER - 128 ราย
OPD - 3993 ราย	OPD - 4726 ราย	OPD - 3503 ราย
IPD - 799 ราย	IPD - 1147	IPD - 844 ราย

จำนวนผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตและในเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 - 2567(ต.ค. - พ.ค. 2567)

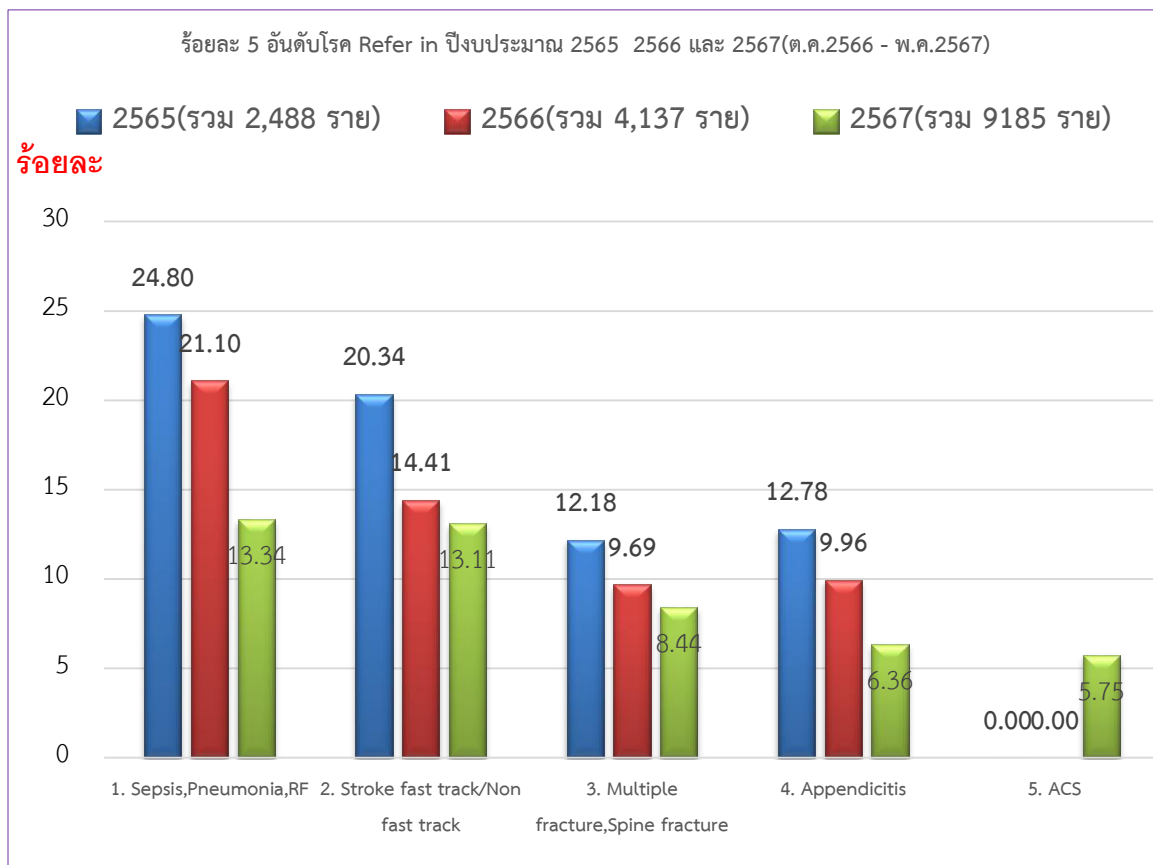
จำนวนผู้ป่วยที่รีเฟอร์ออกนอกเขตและในเขตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2565 - 2567(ต.ค. - พ.ค. 2567)			
ปีงบประมาณจำนวนผู้ป่วย	2565	2566	2567 (ต.ค. 66 - พ.ค.67)
ทั้งหมด	4,884	6,016	4,475
นอกเขต(ร้อยละ)	3,034(62.12)	3,077(51.15)	2,040(45.59)
ในเขต(ร้อยละ)	1,850(37.88)	2,93(48.85)	2,435(54.41)

รพ. ที่ได้รับการส่งตัวมากตามลำดับ ปีงบประมาณ 2566-2567 (ต.ค.66-พ.ค.67)		
รพ.	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567
รพ.มอ.	2917	1962
รพ.หาดใหญ่	2647	2262
รพ.จิตเวชสงขลารา	171	128
รพ.กท.-หญ.	73	41



## 1.2 ผู้ป่วยมะเร็งที่รีเฟอร์ไป รพ.มอ.และ รพ. หาดใหญ่

รพ.	ต.ค. 66 - พ.ค.67	
	รายเก่า	รายใหม่
รพ.มอ	137	52
รพ.หาดใหญ่	79	93
รวม	216	145



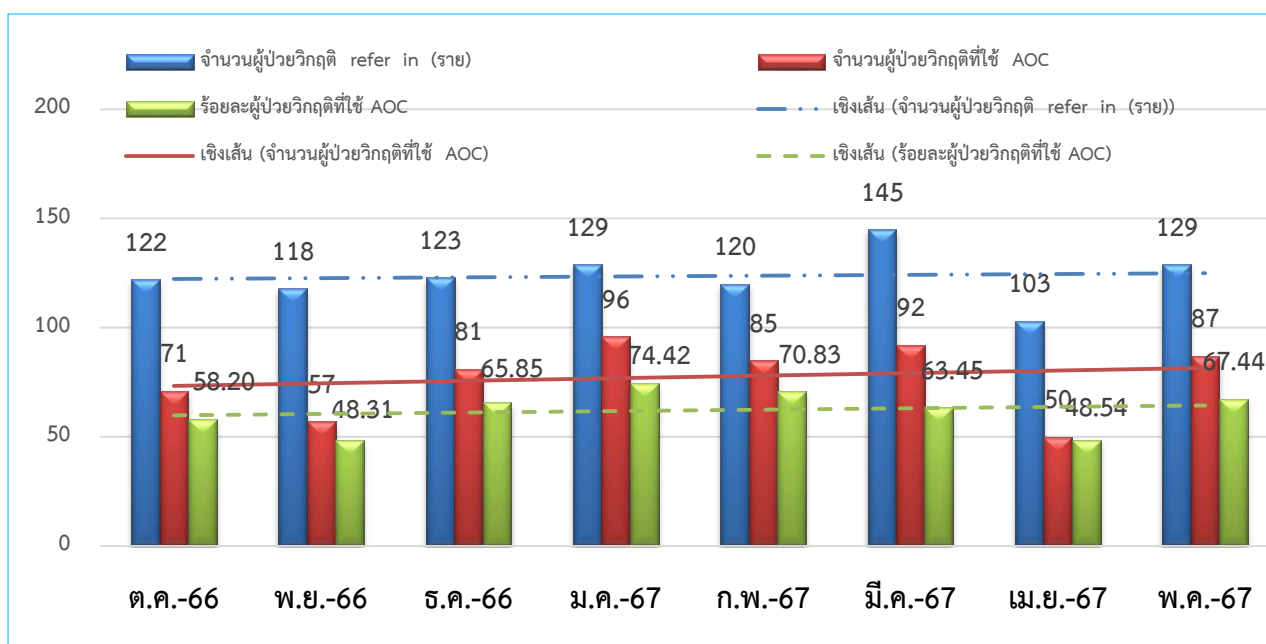


จำนวน refer in ปีงบ 2565 - 2567 (ต.ค.66 - พ.ค. 2567 )

2565 (11,944 ราย)	2566(14,234 ราย)	ต.ค. 2566 - พ.ค. 2567(9,222 ราย)
ER - 2,488 ราย	ER - 2,995 ราย	ER - 1,999 ราย
OPD - 9,456 ราย	OPD - 11,239 ราย	OPD - 7,223 ราย
Admitted - 3,377 ราย	Admitted - 4,137	Admitted - 2,548 ราย

ข้อมูลผู้ป่วยวิกฤติ Refer in และการใช้ AOC ต.ค. 2566-พ.ค.2567

ปีงบประมาณ 2567	ต.ค.-66	พ.ย.-66	ธ.ค.-66	ม.ค.-67	ก.พ.-67	มี.ค.-67	เม.ย.-67	พ.ค.-67	รวม
จำนวนผู้ป่วยวิกฤติ refer in (ราย)	122	118	123	129	120	145	103	129	989
จำนวนผู้ป่วยวิกฤติที่ใช้ AOC	71	57	81	96	85	92	50	87	619
ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติที่ใช้ AOC	58.20	48.31	65.85	74.42	70.83	63.45	48.54	67.44	62.59





### จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดระบบส่งต่อ ปีงบประมาณ				
ประเภท Refer (ใช้รถ )		2565	2566	2567 (ต.ค. 66 – พ.ค.67)
Refer in		2,488 ราย	299 ราย	1ม999 ราย
Refer out		5,432 ราย	5,493 ราย	795 ราย
ผู้ป่วยแย่งลง	Refer in	N/A	9	2
	Refer out	N/A	3	0
เสียชีวิต	Refer in	0	0	2
	Refer out	0	0	0
ปฏิเสธ	Refer in	N/A	0	3
	Refer out	N/A	1	0

### ข้อค้นพบ

- แนวโน้มการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพิ่มขึ้น
- Refer Receive เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและยังสามารถเพิ่มได้อีก
- การปฏิเสธ Refer in , Refer Out มีน้อยมาก
- ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลสตูล (แพทย์ พยาบาล Paramedic AEMT) มีความเข้มแข็งและมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบส่งต่อ
- การใช้ข้อมูลจากระบบ AOC เพื่อพัฒนาทีมส่งต่อในการดูแลผู้ป่วยเครือข่ายจังหวัดสตูลอย่างเป็นระบบ

### ปัญหา/อุปสรรค

- ขาดทีมจัดเก็บ ,วิเคราะห์ข้อมูล และทบทวนเหตุการณ์ที่รวดเร็วเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ
- ขาดแคลนอัตรากำลัง อุปกรณ์เครื่องมือ (AOC) และยานพาหนะในระบบส่งต่อ(กรณีส่งต่อผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกันพร้อมกัน 3 ทีม และมีภารกิจเพิ่มในการรับผู้ป่วยส่งต่อจากรพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ มา รับการรักษา รพ.สตูล ( จากเดิม รพ.ละงูรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ รพ.ละงูเอง)



### ผลงานเด่น

- การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอากาศยาน (sky doctor)
- การลดระยะเวลาการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย โดยเชื่อมประสานระบบ EMS กับ Seamless refer
  - > ผู้ป่วย Stroke fast track โชนท่าแพ ควนโดน ควนกาหลง นำส่ง รพ.สตูลได้ทันที
  - > ผู้ป่วยจาก รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ให้ รพ.สตูล ออกรับที่ท่าเรือปากบาราและนำส่ง รพ.สตูลได้ทันที

### ข้อเสนอแนะ

พัฒนาระบบการส่งต่อและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร การดูแลระหว่างนำส่ง การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือขณะนำส่ง ส่งการมีแนวทางประสานส่งต่อภายในจังหวัด และ การทำ Referral Conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในแต่ละสาขา โดยมีโรงพยาบาลสตูลเป็นแม่ข่าย เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเกิดการประสานการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ (Seamless Refer)

ผู้รับผิดชอบ นางสาวโสภาวดี บัวเพชร  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 0950260129  
e-mail : referstun1549@gmail.com

สาขา สุขภาพช่องปาก

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา สุขภาพช่องปาก

## 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย
- 1.2 อัตรา(ร้อยละ)ผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- 1.3 อัตรา (ร้อยละ) กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรอง PMDs (คน)
- 1.4 จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรม 1,840 ครั้งต่อคนต่อปี
- 1.5 จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก

## 2. สถานการณ์

- 2.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน ปีงบประมาณ		
			2565	2566	2567
1.อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	44	8.32	17.98	16.93
2.อัตราเด็ก0-2ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	49.55	52.97	32.48
3.อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	49.80	55.01	35.75
4.อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	45.32	60.84	37.15
5.อัตราเด็ก6-12ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	6.23	8.37	6.52
6.อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	25	7.72	9.74	8.03
7.อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	40	11.38	13.34	10.54

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 10 กรกฎาคม 2567



ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)
1. อัตราหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	16.93
2. อัตราเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	32.48
3. อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	35.75
4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	37.15
5. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	6.52
6. อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปี ได้รับการทันตกรรม (คน) (ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	25	8.03
7. อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	40	10.54

อัตราหญิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราหญิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567(ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	6.68	5.72	9.75	723	80	11.07
ควนโดน	1.27	3.53	10.10	220	19	8.64
ควนกาหลง	5.26	5.44	25.88	187	24	12.83
ท่าแพ	8.96	8.76	26.69	234	58	24.79
ละงู	24.83	17.10	20.85	493	107	21.70
ทุ่งหว้า	6.87	3.78	23.16	169	47	27.81
มะนัง	4.63	8.46	31.53	136	31	22.79
ภาพรวมจังหวัด	10.15	8.32	17.98	2,162	366	16.93



อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567(ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	54.75	60.86	57.56	2,802	690	24.63
ควนโดน	31.00	37.16	42.91	817	262	32.07
ควนกาหลง	51.34	53.33	51.36	805	282	35.03
ท่าแพ	65.61	55.48	56.94	983	375	38.15
ละงู	37.19	47.27	57.36	1,941	950	48.94
ทุ่งหว้า	24.97	30.07	60.20	663	154	23.23
มะนัง	45.03	23.29	16.74	558	70	12.54
ภาพรวมจังหวัด	46.51	49.55	52.97	8,569	2,783	32.48

อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control(คน)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	60.32	63.54	58.61	2,802	784	27.98
ควนโดน	29.21	37.82	43.88	817	240	29.38
ควนกาหลง	55.97	59.21	57.98	805	316	39.25
ท่าแพ	64.47	55.14	63.06	983	441	44.86
ละงู	41.43	40.82	56.66	1,941	998	51.42
ทุ่งหว้า	27.93	31.40	62.83	663	197	29.71
มะนัง	50.54	23.87	20.21	558	87	15.59
ภาพรวมจังหวัด	50.07	49.80	55.01	8,569	3,063	35.75





อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	41.27	49.83	63.74	3,251	544	16.73
ควนโดน	44.26	29.96	46.81	913	374	40.96
ควนกาหลง	39.99	38.06	66.06	973	530	54.47
ท่าแพ	63.46	71.93	79.49	966	538	55.69
ละงู	49.56	29.63	61.17	2,147	1,280	59.62
ทุ่งหว้า	32.24	46.45	60.37	740	230	31.08
มะนัง	47.39	26.93	27.95	577	58	10.05
ภาพรวมจังหวัด	45.32	42.99	60.84	9,567	3,554	37.15

อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	11.22	6.17	4.67	9,515	406	4.27
ควนโดน	10.13	1.24	7.06	2,656	195	7.34
ควนกาหลง	16.28	5.44	10.83	3,106	354	11.40
ท่าแพ	16.96	12.12	26.76	3,017	564	18.69
ละงู	7.81	6.51	5.49	6,461	111	1.72
ทุ่งหว้า	8.49	5.06	3.39	2,236	72	3.22
มะนัง	40.45	6.18	11.12	1,947	184	9.45
ภาพรวมจังหวัด	13.27	6.23	8.37	28,938	1,886	6.52



อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	10.21	9.63	10.89	55,999	4,823	8.61
ควนโดน	5.43	6.24	8.85	13,862	1,085	7.83
ควนกาหลง	5.17	4.93	7.67	18,127	1,058	5.84
ท่าแพ	8.77	7.61	11.86	14,872	1,419	9.54
ละงู	9.34	7.50	8.77	38,696	2,842	7.34
ทุ่งหว้า	7.01	7.13	10.09	12,119	978	8.07
มะนัง	6.18	5.91	8.62	10,383	970	9.34
ภาพรวมจังหวัด	8.42	7.71	9.74	164,058	13,175	8.03

อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	21.50	15.28	10.47	14,867	1,278	8.60
ควนโดน	0.97	0.80	1.65	3,713	86	2.32
ควนกาหลง	24.12	5.64	17.67	4,489	450	10.02
ท่าแพ	19.05	13.36	22.65	3,684	811	22.01
ละงู	12.04	9.43	15.93	10,309	1,370	13.29
ทุ่งหว้า	21.60	20.06	16.19	3,095	251	8.11
มะนัง	8.71	7.76	12.18	2,255	226	10.02
ภาพรวมจังหวัด	16.80	11.38	13.34	42,412	4,472	10.54



2.2 อัตรา(ร้อยละ)ผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลพื้นฐาน	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ปีงบประมาณ			
		2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)
ผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	ร้อยละ 40	13.90	11.98	11.04	5.23

2.3 อัตรา (ร้อยละ) กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุและกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรอง PMDs (คน)

ข้อมูลพื้นฐาน	เป้าหมาย	ผลงาน	
		ปีงบประมาณ	
		2566	2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)
กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง PMDs (คน)	ร้อยละ 40	40.13	65.16
กลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการคัดกรอง PMDs คน)	ร้อยละ 40	44.12	69.90

อำเภอ	กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็ง(PMDs) ปีงบประมาณ2567(ต.ค.66 - พ.ค.67)				กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็ง(PMDs) ปีงบประมาณ2567(ต.ค.66 - พ.ค.67)			
	ผู้รับบริการ	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	พบรอยโรค	ผู้รับบริการ	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	พบรอยโรค
	เมือง	3,605	2,224	61.69	0	2,598	1,672	64.36
ควนโดน	425	180	42.35	0	307	174	56.68	0
ควนกาหลง	562	389	69.22	0	607	504	83.03	0
ท่าแพ	1,386	834	60.17	0	1,434	1,054	73.50	0
ละงู	1,932	1,517	78.52	0	1,641	1,242	75.69	0
ทุ่งหว้า	585	372	63.59	0	489	348	71.17	0
มะนัง	649	442	68.10	0	376	215	57.18	0
ภาพรวมจังหวัด	9,144	5,958	65.16	0	7,452	5,209	69.90	0



จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรม 1,840 ครั้งต่อคนต่อปี

อำเภอ	จำนวนครั้งบริการสุขภาพช่องปากต่อผู้ให้บริการทันตกรรม			
	ปีงบประมาณ			
	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)
	ผลงาน	ผลงาน	ผลงาน	ผลงาน
เมืองสตูล	46,983	40,850	45,213	47,031
ควนโดน	4,089	5,420	7,220	2,461
ควนกาหลง	8,176	9,328	12,642	11,451
ท่าแพ	9,914	9,800	12,486	8,800
ละงู	27,336	19,928	29,646	20,700
ทุ่งหว้า	7,049	7,589	9,744	7,157
มะนัง	5,878	4,370	5,367	4,816
ภาพรวมจังหวัด	109,425	97,285	122,318	102,416

จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCU)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านมาตรฐานการงานสุขภาพช่องปาก

PCU/NPCU ในจังหวัด ที่ขึ้นทะเบียน 29 ทีม	ข้อมูลพื้นฐานร้อยละ PCU/NPCU ในจังหวัดที่ขึ้นทะเบียน			
	ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	ร้อยละ	ผ่านเกณฑ์ขั้นสูง	ร้อยละ
PCU 10 ทีม	1	10	-	-
NPCU 19 ทีม	-	-	17	89
รวม 29 ทีม	1	10	17	89

## 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- พัฒนาระบบบริการส่งเสริมป้องกันโรคในช่องปากในหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างมีคุณภาพ ภายใต้ระบบอากาศที่ปลอดภัย
- ส่งเสริมป้องกันเชิงรุก ควบคู่กับการตั้งรับในกลุ่มวัยที่สำคัญ เพื่อลดปัญหาการเกิดโรคในช่องปาก
- ส่งเสริมการจัดการโรคในช่องปากภายใต้ “การประเมินความเสี่ยง”
- ส่งเสริมป้องกันที่มีคุณภาพ เน้น ประสิทธิภาพ/ผล
- พัฒนาระบบการทำงานเป็นทีม
- ส่งเสริมการเข้าถึงบริการเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนยุ่งยากภายใต้ระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยง
- พัฒนาระบบบริการทันตกรรมปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ผ่านมาตรฐานบริการสุขภาพช่องปาก
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากเฉพาะทางที่ได้มาตรฐาน ลดการส่งต่อไร้รอยต่อ
- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการเฉพาะทางที่มีความซับซ้อนยุ่งยากภายใต้ระบบเครือข่ายที่เชื่อมโยง



## 7. ปัญหา อุปสรรค

- อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่มีแนวโน้มลดลง
- ห้องทันตกรรมในบาง รพ./รพ.สต. ยังไม่ได้ติดตั้งระบบระบายอากาศให้เหมาะสมกับการให้บริการ

ทันตกรรม

- ในรพ.สต. ไม่มีผู้ช่วยในงานทันตกรรมทำให้บางหัตถการทำงานล่าช้า
- ทันตบุคลากรไม่ครอบคลุม รพ.สต.

## 8. ข้อเสนอแนะ

- ปรับปรุงห้องทันตกรรมทั้งใน รพ./รพ.สต. ให้มีระบบระบายอากาศตามมาตรฐานลดการ

แพร่กระจายของโรคเพื่อสามารถให้บริการงานทันตกรรมได้อย่างปลอดภัย

- จัดทำระบบ Teledent ภายในcup เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบบริการให้กับพื้นที่
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการและกำกับติดตามประเมินผลและแลกเปลี่ยนข้อมูล

สม่ำเสมอ

ผู้ให้ข้อมูล วีรียา มาลินี

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

โทร.089-7323458

E-mail weereeyamalinee@gmail.com

สาขา พัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ  
โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ (วัณโรค : TB)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

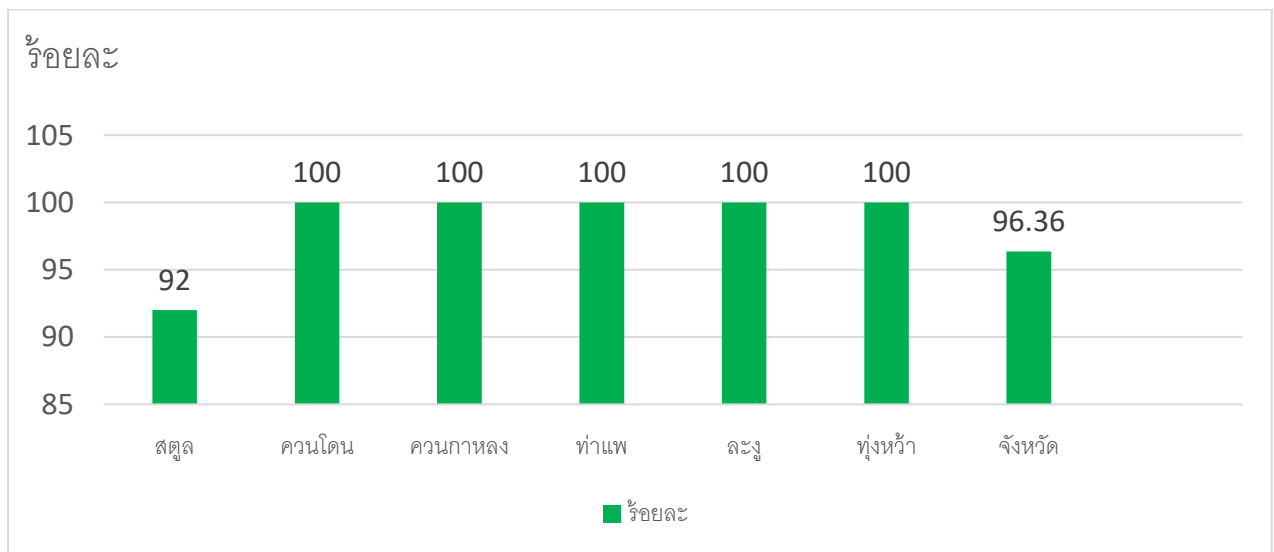
1. Success rate : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย ร้อยละ 88
2. Treatment coverage : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เป้าหมาย ร้อยละ 85

2. สถานการณ์ วัณโรคจังหวัดสตูล

1. Success rate : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย ร้อยละ 88

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดสตูล มีผลการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ไตรมาสที่ 1/2566 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนจำนวน 55 ราย รักษาสำเร็จ 53 ราย (96.36 %) และเสียชีวิต 2 ราย (3.63 %) เสียชีวิตกลุ่มผู้สูงอายุ > 65 ปี และมีโรคร่วม (สาเหตุการเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีภาวะหายใจล้มเหลว ทั้ง 2 ราย) ผลการดำเนินงานทั้ง 7 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ

ภาพที่ 1 ร้อยละการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ไตรมาส 1/2566 จำแนกรายอำเภอ

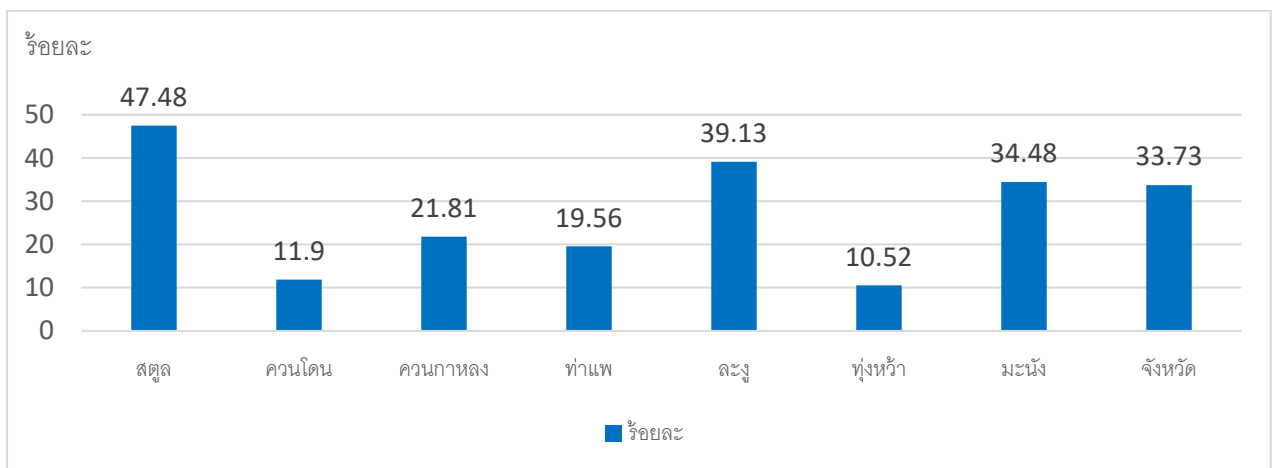


ที่มา โปรแกรม NTIP ณ วันที่ 6 มีนาคม 2567

2. Treatment coverage : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ  
เป้าหมาย ร้อยละ 85

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 – 6 มิถุนายน 2567) ผลการดำเนินงานจังหวัดสตูลเท่ากับ 170 ราย (33.73 %) เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่คาดว่าจะมี ( Estimate case finding) จำนวน 504 ราย โดยใช้ปฏิบัติการรณรงค์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด คือ 155/แสนประชากร แนวทางมาตรการการดำเนินงานจังหวัดสตูล เร่งรัดการคัดกรองเชิงรุก 7 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สัมผัสใกล้ชิด , ผู้ต้องขัง , ผู้ติดเชื้ เอชไอวี , ผู้ป่วยโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง , ผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ที่สูบบุหรี่หรือมีโรคร่วม , ผู้ใช้สารเสพติด และบุคลากรสาธารณสุข เข้าร่วมโครงการคัดกรองโดยใช้รถ Mobile CXR เคลื่อนที่ เพื่อค้นหาผู้ป่วยมากขึ้น ( ภาพที่ 2 )

ภาพที่ 2 ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ  
จำแนกรายโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ณ วันที่ 1 ต.ค. 2566 – 6 มิ.ย. 2567)



ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567





### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.2 3.1.1 Success rate : อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละและผลการรักษาสำเร็จ (Success) ผู้ป่วยวัณโรคในปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนปี พ.ศ. 2564 - 2566 จำแนกรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ปี 2564		ปี 2565		ปี 2566	
	ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละผู้ป่วยที่รักษาหาย	ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละผู้ป่วยที่รักษาหาย	ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละผู้ป่วยที่รักษาหาย
สตูล	14	13 (92.85)	12	9 (75)	25	23 (92)
ควนโดน	3	3 (100)	3	2 (66.67)	6	6 (100)
ควนกาหลง	4	3 (75)	4	4 (100)	3	3 (100)
ท่าแพ	3	3 (100)	1	1 (100)	5	5 (100)
ละงู	11	9 (81.81)	11	8 (72.73)	12	12 (100)
ทุ่งหว้า	3	3 (100)	4	4 (100)	4	4 (100)
มะนัง	3	3 (100)	2	2 (100)	-	-
ภาพรวมจังหวัด	41	37 (90.24)	37	30 (81.08)	55	53 (96.36)

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567

##### 3.1.2 Treatment Coverage : ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2564 - 2567

ปี พ.ศ.	ประชากร	Estimate case	ต่อแสนประชากร	ผู้ป่วยรายใหม่/ กลับเป็นซ้ำ	Treatment coverage
2564	324,098	487	150	205	42.7
2565	324,099	488	150	226	46.69
2566	325,304	465	143	262	56.34
2567 (1 ต.ค.66 - 6 มิ.ย.67)	325,305	504	155	170	33.73

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567



ในปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2566 – 6 มิถุนายน 2567) ได้มีการค้นหาผู้ป่วยขึ้นทะเบียน  
วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 170 ราย พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีโรคร่วม 113 ราย รองลงมา  
กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 36 ราย และผู้สัมผัสร่วมบ้าน 21 ราย แยกตามอำเภอ ดังนี้

**ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรค ปี พ.ศ. 2567**

(ข้อมูล NTIP 1 ตุลาคม 2566 - 6 มิ.ย. 2567)

อำเภอ	ประชากรราษฎร์	Estimate	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ
เมือง	115,201	179	85	47.48
ควนโดน	27,395	42	5	11.9
ควนกาหลง	35,708	55	12	21.81
ท่าแพ	29,778	46	9	19.56
ละงู	73,983	115	45	39.13
ทุ่งหว้า	24,578	38	4	10.52
มะนัง	18,660	29	10	34.48
ภาพรวมจังหวัด	325,303	504	170	33.73

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ  
ความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก  
การตรวจติดตาม

แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติพ.ศ.2566-2570 มีเป้าหมายหลัก คือ การลดอุบัติการณ์วัณโรค  
อย่างรวดเร็ว โดยใช้สามมาตรการ เพื่อบรรลุเป้าหมาย คือ (1) เร่งรัดการค้นหา วินิจฉัย และรายงานให้มีอัตราการ  
ค้นพบผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ป่วยที่คาดประมาณจากอุบัติการณ์ (2) เร่งรัดการเข้าถึง บริการตรวจ  
วินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวาน  
และผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติให้ครอบคลุม ร้อยละ 90 และ (3) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจพบทุกรายด้วย  
แนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้มีอัตราการรักษาสำเร็จไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 จาก ผลการดำเนินงานโรควัณโรค  
ในจังหวัดสตูลพบว่า ยังพบปัญหา ในการดำเนินงานดังนี้ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัญหาจากการดำเนินงานโรควัณจังหวัดสตูล

กิจกรรม	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)	ปัญหา (GAP)																																				
1. อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรค	85	33.73	<p>1. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคใน 7 กลุ่มเสี่ยง ผลการดำเนินงานคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้ครบตามเป้าหมาย แต่พบว่าอัตราการค้นพบผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษา ยังพบน้อย</p> <p>2. เครื่องมือคัดกรองและวินิจฉัยมีต้นทุนสูง พื้นที่มีงบประมาณจำกัด</p>																																				
2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	<table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>เป้าหมาย</th> <th>ผลงาน</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมือง</td> <td>5,465</td> <td>2,133</td> <td>39.02</td> </tr> <tr> <td>ควนโดน</td> <td>598</td> <td>842</td> <td>159.6</td> </tr> <tr> <td>ควนกาหลง</td> <td>470</td> <td>427</td> <td>90.85</td> </tr> <tr> <td>ท่าแพ</td> <td>998</td> <td>954</td> <td>95.59</td> </tr> <tr> <td>ละงู</td> <td>1,835</td> <td>1,159</td> <td>63.16</td> </tr> <tr> <td>ทุ่งหว้า</td> <td>931</td> <td>1,304</td> <td>140.60</td> </tr> <tr> <td>มะนัง</td> <td>451</td> <td>452</td> <td>100.22</td> </tr> <tr> <td>จังหวัด</td> <td>10,748</td> <td>7,271</td> <td>67.64</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เมือง	5,465	2,133	39.02	ควนโดน	598	842	159.6	ควนกาหลง	470	427	90.85	ท่าแพ	998	954	95.59	ละงู	1,835	1,159	63.16	ทุ่งหว้า	931	1,304	140.60	มะนัง	451	452	100.22	จังหวัด	10,748	7,271	67.64	67.64	<p>1. ผลงานการคัดกรองเกินเป้าหมายหลายอำเภอ ดังนั้นจึงเพิ่มการค้นหาในกลุ่มอื่น เช่น แรงงานต่างด้าว เป็นต้น</p> <p>2. การศิษย์ข้อมูลคัดกรองในโปรแกรม NTIP ล่าช้าไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>- แก้ไขโดย ติดตามการดำเนินงานทุกเดือน</p>
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ																																				
เมือง	5,465	2,133	39.02																																				
ควนโดน	598	842	159.6																																				
ควนกาหลง	470	427	90.85																																				
ท่าแพ	998	954	95.59																																				
ละงู	1,835	1,159	63.16																																				
ทุ่งหว้า	931	1,304	140.60																																				
มะนัง	451	452	100.22																																				
จังหวัด	10,748	7,271	67.64																																				
3. อัตราความสำเร็จการรักษา	88	96.36	<p>1. การค้นหาผู้ป่วยให้เร็ว รักษาเร็ว ลดอุบัติการณ์การเสียชีวิต</p> <p>2. มีการจัดทำปฏิทิน 10 ปี เพื่อติดตาม โดยมีการขยายการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน เดิมจาก 2 ปี เป็น 10 ปี</p>																																				

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 6 มิถุนายน 2567

## 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- การวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานระดับพื้นที่ จำแนกเป็นประเด็นต่างๆ ได้แก่ การค้นหาผู้ป่วย ความสำเร็จของการรักษา การเสียชีวิต การขาดยา ความล้มเหลว การติดเชื้อเอชไอวี การรับยาโคไตรมาโซน การรับยาต้านไวรัส การดำเนินงานวัณโรคที่ยาหลายขนานและการประเมินมาตรฐานคลินิกวัณโรค
- การประชุม ติดตาม ประเมินผลผลการดูแลรักษาวัณโรค ประเมินตัวชี้วัดวัณโรค พร้อมนิเทศ ติดตาม ระบบสารสนเทศงานวัณโรค โปรแกรม NTIP ทุกไตรมาส
- ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา ส่วนใหญ่เกิดจากโรคแทรกซ้อน และเข้าสู่ระบบการรักษาล่าช้า เช่น โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคติดเชื้อเอชไอวี และผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม
- ทำหนังสือเวียนไปยังโรงพยาบาลทุกอำเภอเพิ่มกลุ่มคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (NCD) โดยเพิ่ม Package การเอกซเรย์ทุกราย
- จัดทำปฏิทินคัดกรองกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านเป็นเวลา 10 ปี
- จัดทำแผนการค้นหาเชิงรุกด้วยรถ Mobile X-ray
- Case ที่เป็น MDR-TB ทำ DOT โดยเจ้าหน้าที่โดยใช้ Application line

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- การตรวจวินิจฉัย รักษา ให้เร็วขึ้น โดยการเร่งรัด คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อการป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่โรคร่วม กลุ่มผู้ต้องขัง โดยเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง
- มีการจัด Dead case conference เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา
- เน้นการกำกับติดตาม การกินยาของผู้ป่วย โดยมีพี่เลี้ยง (DOTS) แบบมีคุณภาพ
- เสียชีวิตระหว่างการรักษา ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

## 7. ข้อเสนอแนะ

- เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม เช่น มะเร็ง ไต หัวใจ
- พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น คุณภาพเสมหะ วิธีการตรวจ
- พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินความเสี่ยงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา (line application)
- การกำกับการกินยา กรณีเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด

ผู้รายงาน พว.มีเนาะ แผลทองคำ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail meenaoh.cd @ gmail.com

โทร 081-7670078

สาขา พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยระยะวิกฤต  
(intermediate Care : IMC)

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง /สาขา พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยขั้นระยะวิกฤต  
(intermediate Care : IMC)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85

1.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

1.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care\* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85

ในปี 2565 Service plan สาขา Intermediate care เพิ่มการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture hip (Fragility fracture) ในปีงบประมาณ 2566 มีจำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด 279 ราย ได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน BI=20 คิดเป็นร้อยละ 96.05 โดยผู้ป่วย IMC ที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจะได้รับการส่งต่อ (Refer back) จากโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อแบบ IPD-IMC protocol ที่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 71.74 หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยให้มาฟื้นฟูต่อแบบผู้ป่วยนอก ( OPD case ) และในรายที่ไม่สามารถมาฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาลได้ จะได้รับการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Outreach program)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

จังหวัดสตูลเปิดให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IMC ward จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลชุมชนท่าแพ จำนวน 6 เตียง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบ IMC bed โรงพยาบาลแห่งละ 2 เตียง และโรงพยาบาลสตูลอีกจำนวน 5 เตียง รวมทั้งหมด 21 เตียง โดยเปิดให้บริการตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยใน (IMC-IPD protocol) ของกรมการแพทย์ ในการดำเนินงานที่ผ่านมาทางคณะทำงานได้มีการประเมินคะแนน barthel index ผู้ป่วยทุกคนและทุกครั้ง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ

ฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ซึ่งในปี 2563-2566 ที่ผ่านมา service plan IMC และในปี 2567 SP IMC ระดับกระทรวงฯ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดใหม่เพื่อวัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางแบบผู้ป่วยใน

### 2.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50

ในการดำเนินงานที่ผ่านมาคณะทำงาน service plan IMC ได้มีการติดตามและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ระยะกลางตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล โดยนัดติดตามผู้ป่วยมาฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวกจะมีการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน ติดตามผู้ป่วยจนกระทั่ง 6 เดือนหรือคะแนน barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน แต่ยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลจำนวนครั้งในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลในปีที่ผ่านมา พบว่าจำนวนครั้งในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยังน้อย เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีคนดูแลพามาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาล ร่วมกับบางพื้นที่จังหวัดสตูลเป็นพื้นที่เกาะ ยิ่งทำให้ลำบากในการเดินทางทั้งมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย และทีมฟื้นฟูลงไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน จึงยังไม่มีข้อมูลในการรายงานในปีที่ผ่านมา และในปี 2567 SP IMC ระดับกระทรวงฯ ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดใหม่เพื่อวัดคุณภาพในการฟื้นฟูสภาพและติดตามผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury ,Spinal Cord Injury และ Fracture hip (Fragility fracture) เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจะได้รับการส่งกลับ (Refer back) เพื่อการฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลชุมชนผ่านโปรแกรม Thai refer ร่วมกับบันทึกข้อมูลด้านการฟื้นฟูผ่านโปรแกรม PRM referral system เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชน สามารถตรวจสอบข้อมูล และบันทึกข้อมูลส่งกลับมาทางโรงพยาบาลต้นทางได้ โรงพยาบาลชุมชนให้การดูแลแบบ IMC ward/bed ตาม IMC -IPD protocol ของกรมการแพทย์ สำหรับโรงพยาบาลที่เปิด IMC ward แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูได้มีการ round ward และทำ team meeting ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลที่เปิด IMC bed ได้นัดทำ Tele-consult/Tele-meeting ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลชุมชนโดยมีสหวิชาชีพเข้าร่วม เพื่อวางแผนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจาก discharge จากโรงพยาบาลจะได้รับการฟื้นฟูสภาพต่อแบบผู้ป่วยนอก (OPD case ) ในกรณีที่ไม่สามารถมาฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาล จะได้รับการฟื้นฟูที่บ้าน ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67) มีจำนวนผู้ป่วย IMC (3 กลุ่มโรค) และ fracture hip ต่างอำเภอจำนวน 70 ราย และ 22 รายตามลำดับ ได้รับการส่งกลับ (refer back) คิดเป็นร้อยละ 77.14 และร้อยละ 54.54 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าระบบทั้งหมดจำนวน 219 ราย ได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน BI = 20 คิดเป็นร้อยละ 84.93 ผลลัพธ์จากการติดตามผู้ป่วย BI < 15 เมื่อครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน BI สูงขึ้น ร้อยละ 77.4 , BI คงที่ ร้อยละ 7.3, BI ลดลง ร้อยละ 2.7 ผู้ป่วยสามารถเดินได้เองร้อยละ 28.57, เดินด้วยไม้เท้าร้อยละ 34.28, นั่งรถเข็นร้อยละ 25.71 และนอนติดเตียงร้อยละ 11.4



นอกจากนี้ได้ติดตามผลลัพธ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ UTI, pneumonia, pressure sore และ joint stiffness คิดเป็นร้อยละ 11.11 และ เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 13.24

นอกจากนี้ในปีงบประมาณ 2567 Servic plan IMC ระดับกระทรวงฯ ได้กำหนดเพิ่มตัวชี้วัดใหม่ 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพในหอผู้ป่วย IMC ward/bed เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60 และร้อยละผู้ป่วย IMC (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50 ซึ่งเป็นตัวชี้วัด ที่เน้นการวัดเชิงคุณภาพ ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก รวมไปถึงการติดตามที่มีคุณภาพเช่นกัน จากแผนการตรวจราชการของกรมการแพทย์ปี 2567 กำหนดให้มีการรายงานข้อมูลตัวชี้วัดใหม่ 2 ตัวชี้วัดนี้ในไตรมาสที่ 3 เป็นต้นไป

ในปี 2567 ข้อมูลตัวชี้วัดที่ 2 ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed รวม 3 ไตรมาส (ต.ค.2566-พ.ค.2567) มีจำนวน 217 ราย มีค่าคะแนน barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน คิดเป็นร้อยละ **71.43** ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงฯ และเมื่อแยกคิด รายไตรมาส พบว่า ไตรมาสที่ 1 ร้อยละ 50 ไตรมาสที่ 2 ร้อยละ 78.82 และไตรมาสที่ 3 ร้อยละ 66.67 จะเห็นได้ว่า มีแนวโน้มสูงขึ้น และมีจำนวนวันนอนฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยรวม 4.4 วัน แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย IMC ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน จำนวนวันนอนฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยค่อนข้างน้อยในบางรพช.ที่ให้บริการผู้ป่วยแบบ IMC bed ซึ่งสามารถวิเคราะห์ได้ว่าผู้ป่วยอาจจะดีขึ้นเอง โดยไม่ได้มีการฟื้นฟูอย่างเต็มที่หรือตามเป้าหมายที่วางไว้ ในส่วนของ IMC ward รพ.ท่าแพ และ IMC bed รพ.จังหวัด มีจำนวนวันนอนฟื้นฟูสภาพเฉลี่ยรวม 6-7 วัน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น เมื่อวิเคราะห์แยกทั้ง 2 รพ. จะเห็นได้ว่าร้อยละ ค่าคะแนน barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนนแนวโน้มสูงขึ้นเหมือนกันเมื่อเทียบรายไตรมาส ตัวชี้วัดที่ 2 จะแสดงให้เห็นว่า จำนวนวันนอนฟื้นฟูสภาพมีผลต่อค่าคะแนน barthel index ที่เพิ่มขึ้น

ในปี 2567 ข้อมูลตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และครบติดตาม 6 เดือน หรือ BI = 20 ในไตรมาสที่ 3 (เม.ย.2567-พ.ค.2567) มีจำนวนทั้งหมด 58 ราย ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางผู้ป่วยนอกมากกว่าเท่ากับ 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 41.38 และได้วิเคราะห์ ข้อมูลย่อยหลังในไตรมาสที่ 1 และ 2 ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทางทีมคณะทำงาน ยังไม่ได้มีการวางแผนการติดตาม ในผู้ป่วยพบว่า ร้อยละการติดตามครบ 6 เดือน มากกว่าเท่ากับ 6 ครั้ง เท่ากับ ร้อยละ 40.84 และ 35.55 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับข้อมูลในไตรมาสที่ 3 ซึ่งเป็นข้อมูลทางทีมคณะทำงานได้มีการวางแผนการติดตามแล้ว พบว่าข้อมูลมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงฯ จากข้อมูลดังกล่าวทางทีม ได้วิเคราะห์ข้อมูล พบว่าส่วนหนึ่งที่เป็นปัญหาและอุปสรรคในการติดตามผู้ป่วยให้ครบตามจำนวน 6 ครั้ง นั่นก็คือ ผู้ป่วยเสียชีวิตและย้ายออกจากพื้นที่ในระหว่างการติดตามจำนวนมากขึ้น และที่สำคัญอีกอย่าง คือ จังหวัดสตูลมีพื้นที่บางตำบลเป็นเกาะ โดยเฉพาะเขตเมือง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมาฟื้นฟู หรือทีมไม่สามารถลงไปฟื้นฟูได้ และทำให้การติดตามเป็นไปด้วยความยากลำบาก





ดังนั้น ตัวชี้วัดใหม่ตัวที่ 3 ของ Service plan สาขา intermediate care พบว่า ข้อมูล ณ ปัจจุบัน ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ทางทีมคณะทำงาน จะต้องมีการวางแผนการติดตาม และพัฒนาการให้บริการ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงฯ กำหนดไว้

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care \* ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2563						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	285	229	80.35	179/78.16	37/16.15	10/4.36	52/18.24
TBI	37	34	91.89	30/88.23	3/8.82	1/2.94	1/2.7
SCI	9	9	100	7/77.78	2/22.22	-	-
<b>รวม</b>	<b>331</b>	<b>272</b>	<b>82.17</b>	<b>216/79.41</b>	<b>42/15.44</b>	<b>11/4.04</b>	<b>53/16.01</b>

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2564						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	287	280	97.56	253/90.3	18/6.4	9/3.2	54/15.8
TBI	51	48	94.12	47/97.9	1 /2	-	4/7.2
SCI	2	2	100	2/100	-	-	1/33.3
<b>รวม</b>	<b>340</b>	<b>330</b>	<b>97.06</b>	<b>302/91.5</b>	<b>19/5.7</b>	<b>9/2.7</b>	<b>59/14.7</b>



ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2565						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับและมี การติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	233	227	97.4	210/92.5	13/5.7	4/1.7	45/16.1
TBI	27	26	96.2	26/100	-	-	-
SCI	5	5	100	5/100	-	-	1/16.6
Fracture Hip	18	18	100	17/94.4	1/5.5	-	6/25
<b>รวม</b>	<b>283</b>	<b>276</b>	<b>97.5</b>	<b>258/93.4</b>	<b>14/5</b>	<b>4/1.4%</b>	<b>52/15.5</b>

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2566						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับและมี การติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	233	227	96.19%	181/89.6	15/7.4	6/2.97	47/18.5
TBI	27	26	90	17/94.44	1/5.56	0/0	1/4.54
SCI	5	5	88.89	8/100	0/0	0/0	0/0
Fracture Hip	18	18	100	34/85	4/10	2/5	7/14.89
<b>รวม</b>	<b>279</b>	<b>268</b>	<b>96.05</b>	<b>240/89.55</b>	<b>20/7.46</b>	<b>8/2.98</b>	<b>55/16.56</b>



ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)						
	B1. จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง สภาวะระยะกลาง ทุกราย (ราย)	A1. จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนกว่า Barthel index = 20 (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (A1/B1) (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	152	127	83.5	110/87.3	12/9.5	4/3.17	22/14.4
TBI	24	20	83.3	17/85	3/15	0	3/12.5
SCI	4	4	100	3/75	1/25	0	0
Fracture Hip	39	35	89.74	33/94.42	0	2/5.7	4/10.25
<b>รวม</b>	<b>219</b>	<b>186</b>	<b>84.93</b>	<b>163/74.4</b>	<b>16/7.3</b>	<b>6/2.7</b>	<b>29/13.24</b>

3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60 (ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2567)

อำเภอ	A2 : จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed					
	B2 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด					
	ปีงบประมาณ 2567					
	ไตรมาส 1 (ต.ค.66-ธ.ค.66)			ไตรมาส 2 (ม.ค.67-มี.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	66	28	42.42	40	32	80.00
ท่าแพ	17	10	58.82	11	8	72.73
ละงู	8	7	87.50	15	12	80.00
ควนโดน	3	2	66.67	5	5	100.00
ควนกาหลง	4	1	25.00	5	2	40.00
มะนัง	1	1	100.00	3	2	66.67
ทุ่งหว้า	3	2	66.67	6	6	100.00
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>102</b>	<b>51</b>	<b>50.00</b>	<b>85</b>	<b>67</b>	<b>78.82</b>



อำเภอ	A2 : จำนวนผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed B2 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed ทั้งหมด					
	ปีงบประมาณ 2567					
	ไตรมาส 3 (เม.ย.67-พ.ค.67)			รวม 3 ไตรมาส (ต.ค.66-พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	23	18	78.26	103	78	58.91
ท่าแพ	11	7	63.63	39	25	64.10
ละงู	14	7	50.00	37	26	70.27
ควนโดน	0	0	0.00	8	7	87.50
ควนกาหลง	4	4	100.00	13	7	53.85
มะนัง	1	1	100.00	5	4	80.00
ทุ่งหว้า	3	2	66.67	12	10	90.91
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>56</b>	<b>39</b>	<b>69.64</b>	<b>217</b>	<b>155</b>	<b>71.43</b>



3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง  
จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 50  
(ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2567)

อำเภอ	A3 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน B2 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง							
	ปีงบประมาณ 2567							
	ไตรมาส 1 (ต.ค.66-ธ.ค.66)				ไตรมาส 2 (ม.ค.67-มี.ค.67)			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ตาย/ย้าย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ตาย/ย้าย
เมืองสตูล	32	10	31.25	2/3	37	13	35.14	5/1
ท่าแพ	4	3	75.00	0/0	10	4	40.00	3/0
ละงู	16	8	50.00	2/0	17	4	23.53	1/0
ควนโดน	3	0	0	0/0	8	5	62.50	1/0
ควนกาหลง	10	4	40.00	1/0	13	1	7.69	3/1
มะนัง	2	0	0	0/0	0	0	0	0/0
ทุ่งหว้า	4	4	100	0/0	5	5	100.00	1/0
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>71</b>	<b>29</b>	<b>40.84</b>	<b>5/3</b>	<b>90</b>	<b>32</b>	<b>35.56</b>	<b>14/2</b>

อำเภอ	A3 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน B2 : จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง							
	ปีงบประมาณ 2567							
	ไตรมาส 3 (เม.ย.67-พ.ค.67)				รวม 3 ไตรมาส (ต.ค.66-พ.ค.67)			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ตาย/ย้าย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ตาย/ย้าย
เมืองสตูล	32	15	46.88	4/0	101	38	37.62	11/4
ท่าแพ	7	3	42.86	0/0	21	10	47.61	3/0
ละงู	5	0	0.00	2/0	38	12	31.57	5/0
ควนโดน	5	3	60.00	2/0	16	8	50.00	3/0
ควนกาหลง	3	0	0.00	1/0	26	5	19.23	5/1
มะนัง	3	1	33.33	0/0	5	1	20.00	0/0
ทุ่งหว้า	3	2	66.67	1/0	12	11	91.66	2/0
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>58</b>	<b>24</b>	<b>41.38</b>	<b>10/0</b>	<b>219</b>	<b>85</b>	<b>38.81</b>	<b>29/5</b>



## 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

### แผนการดำเนินงานในปี 2567

1. ใช้โปรแกรม PRM referral network ในการส่งต่อข้อมูลและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย IMC ภายในจังหวัดสตูล และพัฒนาการเชื่อมโยงข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจากระบบ HIS ของแต่ละโรงพยาบาล
2. เพิ่มการใช้ Tele-medicine/Tele-consult/Tele-meeting ในการดูแลผู้ป่วย IMC ในจังหวัดสตูลผ่านระบบกลางของจังหวัดสตูลเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
3. บูรณาการและเชื่อมโยงกับ Service plan แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วย IMC โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. บูรณาการและเชื่อมโยงกับ Service plan สาขากระดูกและข้อ (FLS) และสาขา ผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วย IMC กลุ่มโรคกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น
5. นิเทศการดูแลผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลระดับ M, F ร่วมกับ Service plan สาขา Stroke และ สาขากระดูกและข้อ (เครือข่าย FLS/SCI)
6. มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพชุมชน (CBR) ให้ครอบคลุม ทุกอำเภอ ในจังหวัดสตูล ผ่านกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพขององค์การบริหารจังหวัด เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง
7. พัฒนาระบบบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยในทั้งรูปแบบ IMC ward และ IMC bed โดยการทำให้ team meeting onsite และ online เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยตาม IMC-IPD protocol ของกรมการแพทย์ และสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้
8. พัฒนาระบบบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยนอกและระบบการติดตามผู้ป่วย โดยการจัดทำแนวทางในการติดตามผู้ป่วยมาฟื้นฟูสภาพทุกรูปแบบให้ครบตามกำหนดภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลและติดตามผู้ป่วย รวมไปถึงการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้

### 6. ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1.ปัจจุบันการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกสะโพกหักยังน้อยเนื่องจากการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีม SP สาขากระดูกและข้อร่วมด้วย ซึ่งทางทีมยังไม่เข้าใจระบบการส่งกลับ IMC	1.เสนอให้มีการจัดทำแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักใน SP สาขากระดูกและข้อในระดับเขตและกระทรวงฯร่วมด้วย เพื่อจะได้เข้าใจระบบการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้
2.ในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูไม่มีตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟู	2.เสนอให้มีกรอบตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟูในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ด้านการพยาบาล)
3.โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ IMC ward ไม่มีกรอบนักกิจกรรมบำบัด	3.เสนอให้มีกรอบนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ IMC ward



## 7. ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักของ SP IMC SP กระดูกและข้อ และ SP ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับกระทรวงฯและเขต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
- เสนอเพิ่มกรอบตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟูในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อเพิ่มการดูแลผู้ป่วยด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- เสนอให้มีกรอบตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลระดับ M, F ที่มี Intermediate ward

## 8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- รางวัลรองชนะเลิศ การประกวดประเภท oral presentation หัวข้อเรื่อง การพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) จาก IMC bed สู่ IMC ward โรงพยาบาลท่าแพ จังหวัดสตูล ในงานประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing) เขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

นพ.อิศปัตย์ บุญละเอียด

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร 0942645455

E-mail: te-kung8@hotmail.com

สาขาทอายุรกรรม  
(Sepsis)





## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา อายุรกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 26
- 1.2 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ 90
- 1.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  $\geq$  ร้อยละ 90
- 1.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90 หรือ ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $>$  90%
- 1.5 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.  $\geq$  ร้อยละ 30 หรือ ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤติ(level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง  $>$ 30%
- 1.6 มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

### 2. สถานการณ์

2.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 26  
จังหวัดสตูลตั้งแต่ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 มีผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด 300 ราย มีจำนวน 108 ราย ที่เสียชีวิต คิดเป็น ร้อยละ 36 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มลดลงในช่วงต้นของปี 2567 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 36% ในเดือนมีนาคม 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

#### 2.2 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ 90

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ 98

#### 2.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. คิดเป็นร้อยละ 100



2.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90 หรือ ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $> 90\%$

การได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)คิดเป็นร้อยละ 88

2.5 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.  $\geq$  ร้อยละ 30 หรือ ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤติ (level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง  $> 30\%$

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียูและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบวิกฤติในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ภายใน 3 ชม. ร้อยละ 62

2.6 มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำ จังหวัด (ระดับ A และ S)

โรงพยาบาลสตูลได้มีการจัดตั้งทีม RRT โดย PCT med มีหนังสือแต่งตั้งคณะทำงานแจ้งให้ ผู้เกี่ยวข้องทราบ

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.1.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired $<$ ร้อยละ 26

จังหวัดสตูลตั้งแต่ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 มีผู้ป่วย sepsis ทั้งหมด 300 ราย มีจำนวน 108 ราย ที่เสียชีวิต คิดเป็น ร้อยละ 36 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วย Sepsis มีแนวโน้มลดลงในช่วงต้นของปี 2567 แต่กลับเพิ่มขึ้นเป็น 36% ในเดือนมีนาคม 2567 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด อย่างไรก็ตาม อัตราเสียชีวิตที่สูงขึ้นในเดือน มีนาคม 2567 อาจบ่งบอกถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย Sepsis เช่น ความรุนแรงของโรค, การดูแลต่อเนื่องหลังการวินิจฉัย, และการรักษาใน ICU จึงอาจเป็นไปได้ว่ามีปัจจัยอื่น ๆ ที่ต้องพิจารณาและแก้ไขเพิ่มเติม เช่น คุณภาพการดูแลใน ICU หรือความสามารถในการจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หลังจากการวินิจฉัย Sepsis เบื้องต้น

##### 3.1.2 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ 90

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ 98 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนดเนื่องจาก มีแนวปฏิบัติที่เหมือนกันทั้งจังหวัด (Sepsis protocol /Standing order) ทำให้สามารถให้เจาะ H/C ตาม เวลาที่กำหนดได้

##### 3.1.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90

อัตราผู้ป่วยที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจาก โรงพยาบาลอำเภอทุกอำเภอมี Antibiotic ที่สามารถให้ได้ ภายใน 1 ชั่วโมงหลังวินิจฉัยและมีแนวปฏิบัติที่เหมือนกันทั้งจังหวัด (Sepsis protocol /Standing order) ช่วยในการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น



3.1.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90 หรือ ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $>$  90%

อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)คิดเป็นร้อยละ 88 โดย ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจากความเข้าใจผิดในข้อห้ามของการให้สารน้ำ

3.1.5 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.  $\geq$  ร้อยละ 30

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ ภายใน 3 ชม. ร้อยละ 62 ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เนื่องจากมีระบบ Fast Track ที่มีเตียงรองรับในหอผู้ป่วยหนักและหอผู้ป่วยอายุรกรรมมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย

3.1.6 มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

โรงพยาบาลสตูลได้มีการจัดตั้งทีม RRT มีหนังสือแต่งตั้งคณะทำงานแจ้งให้ผู้เกี่ยวข้องทราบและอยู่ในระหว่างการดำเนินการ

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired < ร้อยละ 26

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired						
	ปีงบ 2561	ปีงบ 2562		ปีงบ 2563			
	เป้าหมาย <30%	เป้าหมาย <ร้อยละ 28					
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	48.13 (90/187)	191	99	51.83	259	107	41.31
ควนโดน	0 (0/8)	1	0	0	2	0	0
ควนกาหลง	11.11 (1/9)	4	1	25	10	6	60
ท่าแพ	0 (0/0)	0	0	0	4	1	25
ละงู	27.27 (6/22)	25	7	28	29	11	37.93
ทุ่งหว้า	0 (0/4)	12	0	0	7	0	0
มะนัง	0 (0/3)	10	1	10	11	0	0
ภาพรวมจังหวัด	41.63 (97/233)	243	108	44.44	322	125	38.82



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป้าหมาย <26%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	423	164	38.77	103	46	44.66
ควนโดน	3	1	33.33	0	0	0
ควนกาหลง	12	2	16.67	1	0	0
ท่าแพ	1	0	0	2	0	0
ละงู	13	5	38.46	4	0	0
ทุ่งหว้า	6	2	33.33	2	0	0
มะนัง	1	0	0	2	0	0
ภาพรวมจังหวัด	459	174	37.91	114	46	40.35

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป้าหมาย <26%		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	262	111	42.37
ควนโดน	2	0	0
ควนกาหลง	4	0	0
ท่าแพ	2	0	0
ละงู	24	10	41.67
ทุ่งหว้า	6	2	33.33
มะนัง	5	0	0
ภาพรวมจังหวัด	305	123	40.33



อำเภอ	ข้อมูลพื้นที่				
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	31.2 (93/298)	29.03 (90/310)	388	130	33.5
ควนโดน	0 (0/34)	0 (0/21)	22	0	0
ควนกาหลง	15 (3/20)	1.58 (1/63)	62	4	6.4
ท่าแพ	0 (0/10)	0 (0/11)	38	1	2.6
ละงู	14.08 (10/71)	15.25 (9/59)	64	10	15.6
ทุ่งหว้า	0 (0/16)	0 (0/14)	28	1	3.5
มะนัง	5.71 (2/35)	9.52 (3/21)	58	3	5.1
ภาพรวมจังหวัด	22.31(108/484)	20.64(103/499)	660	149	22.5

อำเภอ	ข้อมูลพื้นที่					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired					
	เป้าหมาย <26%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	119	48	41.99	250	52	20.8
ควนโดน	10	0	0	18	7	38.9
ควนกาหลง	24	1	5	16	14	87.5
ท่าแพ	8	1	3.7	22	6	27.3
ละงู	16	2	10.77	32	15	46.9
ทุ่งหว้า	14	0	2.04	16	8	50
มะนัง	17	0	0	16	5	31.3
ภาพรวมจังหวัด	208	52	25.19	370	107	28.9



อำเภอ	ข้อมูลพื้นที่					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired					
	เป้าหมาย <26%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	305	66	21.63	86	29	33.3
ควนโดน	22	4	18.18	4	3	75
ควนกาหลง	23	12	52.17	8	4	50
ท่าแพ	29	4	13.79	5	1	20
ละงู	36	13	36.11	12	6	50
ทุ่งหว้า	15	8	53.33	6	4	66.67
มะนัง	25	5	20	4	1	25
ภาพรวมจังหวัด	455	112	24.61	125	48	38.4

อำเภอ	ข้อมูลพื้นที่		
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired		
	เป้าหมาย <26%		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย. 67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	179	58	32.4
ควนโดน	10	7	70
ควนกาหลง	17	7	41.2
ท่าแพ	18	7	38.9
ละงู	46	16	34.8
ทุ่งหว้า	17	10	58.8
มะนัง	13	3	23
ภาพรวมจังหวัด	300	108	36



3.2.2 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic  $\geq$  ร้อยละ 90

อำเภอ	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	314	312	99.36	388	388	100	443	443	100
ควนโดน	21	21	100	22	22	100	38	38	100
ควนกาหลง	63	63	100	62	62	100	100	99	99
ท่าแพ	11	11	100	38	38	100	54	53	98.15
ละงู	59	59	100	64	59	92.1	65	62	95.38
ทุ่งหว้า	14	14	100	28	28	100	49	49	100
มะนัง	21	21	100	58	58	100	49	49	100
ภาพรวมจังหวัด	503	501	99.6	660	655	99.2	798	793	99.37

อำเภอ	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	250	239	95.6	305	300	98.36
ควนโดน	18	17	94.4	22	21	95.45
ควนกาหลง	16	15	93.8	23	21	91
ท่าแพ	22	19	86.4	29	28	96
ละงู	32	29	90.6	36	34	94
ทุ่งหว้า	16	14	87.5	15	14	93
มะนัง	16	15	93.8	25	24	96
ภาพรวมจังหวัด	370	348	94.1	455	442	97



อำเภอ	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2567					
	ต.ค.66 - ธ.ค.66			ต.ค.66 - เม.ย. 67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	86	81	94	179	179	100
ควนโดน	4	4	100	10	9	90
ควนกาหลง	8	7	87.5	17	16	94.1
ท่าแพ	5	5	100	18	17	94.4
ละงู	12	12	100	46	45	97.8
ทุ่งหว้า	6	6	100	17	16	94
มะนัง	4	4	100	13	12	92.3
ภาพรวมจังหวัด	125	119	95.2	300	294	98

### 3.2.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90

อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ					
	2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	314	314	100	388	388	100
ควนโดน	21	21	100	22	22	100
ควนกาหลง	63	63	100	62	62	100
ท่าแพ	11	9	81.81	38	38	100
ละงู	59	59	100	64	59	92.1
ทุ่งหว้า	14	14	100	28	28	100
มะนัง	21	21	100	58	58	100
ภาพรวมจังหวัด	503	501	99.6	660	655	99.2





อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	443	443	100	250	241	96.4
ควนโดน	38	38	38	18	17	94.4
ควนกาหลง	100	99	99	16	14	87.5
ท่าแพ	54	53	98.15	22	21	95.5
ละงู	65	62	95.38	32	31	96.9
ทุ่งหว้า	49	49	100	16	15	93.8
มะนัง	49	49	100	16	15	93.8
ภาพรวมจังหวัด	798	793	99.37	370	354	95.7

อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	305	300	98.36	86	81	94
ควนโดน	22	21	95.45	4	4	100
ควนกาหลง	23	21	91	8	7	87.5
ท่าแพ	29	28	96	5	5	100
ละงู	36	34	94	12	12	100
ทุ่งหว้า	15	14	93	6	6	100
มะนัง	25	24	96	4	4	100
ภาพรวมจังหวัด	455	442	97	125	119	95.2



อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย. 67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	179	179	100
ควนโดน	10	10	100
ควนกาหลง	17	17	100
ท่าแพ	18	18	100
ละงู	46	46	100
ทุ่งหว้า	17	17	100
มะนัง	13	13	100
ภาพรวมจังหวัด	300	300	100

3.2.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90 หรือ ร้อยละ การได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $>$  90%

อำเภอ	ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $>$ 90%					
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	314	254	80.89	273	163	59.7
ควนโดน	21	18	85.71	20	15	75
ควนกาหลง	63	48	76.19	29	22	75.8
ท่าแพ	11	8	72.72	22	16	72.7
ละงู	59	47	79.66	46	32	69.5
ทุ่งหว้า	14	14	100	27	15	55.5
มะนัง	21	19	90.47	30	22	73.3
ภาพรวมจังหวัด	503	408	81.11	447	285	63.7



อำเภอ	ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) > 90%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	311	221	71.06	250	229	91.6
ควนโดน	14	10	71.43	18	14	77.8
ควนกาหลง	15	11	73.33	16	12	75
ท่าแพ	22	15	68.18	22	17	77.3
ละงู	37	26	70.27	32	25	78.1
ทุ่งหว้า	13	11	84.62	16	13	81.3
มะนัง	22	17	77.27	16	14	87.5
ภาพรวมจังหวัด	434	311	71.66	370	324	87.6

อำเภอ	ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) > 90%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	305	299	98	86	78	91
ควนโดน	22	19	86	4	4	100
ควนกาหลง	23	19	82	8	6	75
ท่าแพ	29	25	86	5	4	80
ละงู	36	30	83	12	10	83.3
ทุ่งหว้า	15	12	80	6	5	83.3
มะนัง	25	22	88	4	4	100
ภาพรวมจังหวัด	455	426	93.62	125	111	88.87



อำเภอ	ร้อยละการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 1,500 cc ใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย severe sepsis/septic shock (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) > 90%		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	179	165	92
ควนโดน	10	8	80
ควนกาหลง	17	13	76.4
ท่าแพ	18	15	83.3
ละงู	46	39	84.7
ทุ่งหว้า	17	14	82.3
มะนัง	13	10	76.9
ภาพรวมจังหวัด	300	264	88

3.2.5 อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียูภายใน 3 ชม.  $\geq$  ร้อยละ 30 หรือ อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.  $\geq$  ร้อยละ 30 หรือ ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤติ (level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง  $>30\%$

อำเภอ	ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤติ (level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง $>30\%$					
	ปีงบประมาณ 2562			ปีงบประมาณ 2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	314	194	61.78	280	101	36
ควนโดน	21	5	23.8	20	7	35
ควนกาหลง	63	2	3.17	29	6	20.6
ท่าแพ	11	3	27.27	21	14	66.66
ละงู	59	15	25.42	54	22	40.7
ทุ่งหว้า	14	12	85.71	18	15	83.33
มะนัง	21	9	42.85	45	24	53.3
ภาพรวมจังหวัด	503	237	47.11	467	189	40.4



อำเภอ	ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤต(level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง >30%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	320	164	51.25	250	135	54
ควนโดน	17	12	70.59	18	9	50
ควนกาหลง	24	14	58.33	16	8	50
ท่าแพ	25	16	64	22	4	18.2
ละงู	40	25	62.5	32	6	18.8
ทุ่งหว้า	18	11	61.11	16	7	43.8
มะนัง	22	16	72.73	16	4	25
ภาพรวมจังหวัด	466	258	55.36	370	173	46.8

อำเภอ	ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤต(level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง >30%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	305	230	75	86	41	50
ควนโดน	22	14	63	4	4	100
ควนกาหลง	23	13	56	8	4	50
ท่าแพ	29	17	58	5	3	60
ละงู	36	21	58	12	7	58
ทุ่งหว้า	15	8	53	6	5	83
มะนัง	25	15	60	4	2	50
ภาพรวมจังหวัด	455	318	69	125	66	52.8



อำเภอ	ร้อยละการได้รับการดูแลแบบวิกฤต(level of care 2-3) ของ severe sepsis/septic shock ภายใน 3 ชั่วโมง >30%		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – เม.ย.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	179	113	63
ควนโดน	10	7	70
ควนกาหลง	17	9	52.9
ท่าแพ	18	10	55.55
ละงู	46	29	63
ทุ่งหว้า	17	12	70.5
มะนัง	13	7	53.8
ภาพรวมจังหวัด	300	187	62

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จาก การตรวจติดตาม

- บุคลากรใหม่ยังขาดสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วย Sepsis เกิด Diagnosis Error
- ระบบ RRT ที่ยังจัดการได้ไม่ต่อเนื่อง

#### 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

โรงพยาบาลสตูล มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้กับเขตบริการ สาธารณสุข เพื่อทำให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน เป้าหมายคือลดอัตราเสียชีวิตให้น้อยกว่า 26% ซึ่งปีนี้ พบว่าอัตราเสียชีวิตสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดจึงต้องมีการจัดโครงการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด รวมถึงการจัดการคุณภาพการดูแลใน ICU หรือหอผู้ป่วยในการจัดการกับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังจากการวินิจฉัย Sepsis



## 7. ปัญหา อุปสรรค

- บุคลากรใหม่ยังขาดสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยและการใช้ sepsis protocol ไม่ครอบคลุม จึงต้องมีการจัดประชุมวิชาการอย่างต่อเนื่องทุกปี
- ระบบ SRRT ที่ยังจัดการได้ไม่ต่อเนื่องเนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ
- ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม

## 8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- การใช้ระบบบริหารจัดการ 3S model ได้แก่ Sharing Supervision SRRT ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ทำให้ได้รับรางวัลประเภทโปสเตอร์ฟรีเซนเทชั่น รองชนะเลิศอันดับ 1 ในการนำเสนอผลงานวิชาการ Service sharing ปี 2566

ผู้รับผิดชอบ นางชัตติยา เสมอภาพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 099-0047999

e-mail : [kuttiya22@hotmail.com](mailto:kuttiya22@hotmail.com)

สาขา การใช้กัญชาทางการแพทย์





## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา กัญชาทางการแพทย์

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

ระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ เป้าหมายร้อยละ 5
2. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 60
3. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข

### 2. สถานการณ์ (วิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย 3 ปีย้อนหลัง)

ผลการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ของจังหวัดสตูล พบว่า ร้อยละ 4.43 ของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (palliative care) ในจังหวัดสตูล ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 5) โดยพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายแล้ว ได้แก่ อำเภอควนโดน อำเภอควนกาหลง และอำเภอท่าแพ

ผลการดำเนินงานผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ของจังหวัดสตูล พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์ จำนวนรวม 187 ราย เพิ่มขึ้นจากผลการดำเนินงานเมื่อปี พ.ศ. 2564 (ปีงบประมาณแรกที่เริ่มให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์) ที่มีผู้ป่วยได้รับยากัญชาทางการแพทย์ จำนวนรวม 70 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่รับยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 167.14 สูงกว่าเป้าหมายการดำเนินงาน (ร้อยละ 60) โดยพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายแล้ว ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล อำเภอควนกาหลง และอำเภอทุ่งหว้า นอกจากนี้ยังมีผลการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอควนโดน อำเภอท่าแพ และอำเภอมะนัง ที่เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ที่ยังไม่มีการดำเนินงานมาก่อน ปัจจุบันจังหวัดสตูลมีผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากปี 2564 จำนวน 117 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 167.14) ซึ่งบรรลุตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลได้ดำเนินการชี้แจงและกำหนดให้ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จของการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานร่วมกัน (MOU) เพื่อผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงได้กำหนดไว้



3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่สำคัญสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

1. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา  
กัญชาทางการแพทย์ เป้าหมายร้อยละ 5

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2567	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 10 มิถุนายน 2567)			
2564	2565	2566		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			ร้อยละ 5	เมืองสตูล	113	2	1.77
0.75	4.98	9.92		ควนโดน	18	2	11.11
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	23	3	13.04
0.57	3.00	4.30		ท่าแพ	21	3	14.29
จังหวัดสตูล				ละงู	77	2	2.60
0.55	7.46	6.43		ทุ่งหว้า	38	1	2.63
				มะนัง	26	1	3.85
				ภาพรวมจังหวัด	316	14	4.43

ที่มา : HDC วันที่ 10 มิถุนายน 2567

2. ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ 60

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2567	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 10 มิถุนายน 2567)			
2564	2565	2566		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			เพิ่มขึ้น ร้อยละ 60	เมืองสตูล	37	88	137.84
0.00	156.14	399.03		ควนโดน	0	28	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	1	5	400.00
0.00	146.83	688.58		ท่าแพ	0	10	0.00
จังหวัดสตูล				ละงู	28	31	10.71
0.00	138.57	392.86		ทุ่งหว้า	4	17	325.00
				มะนัง	0	8	0.00
				ภาพรวมจังหวัด	70	187	167.14

ที่มา : HDC วันที่ 10 มิถุนายน 2567



#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

4.1 จัดประชุมชี้แจงตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดสตูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดการดำเนินงานร่วมกัน (MOU) ในวันที่ 6 ธันวาคม 2567 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

4.2 หน่วยบริการวางแผนค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินทางมาสถานพยาบาลได้ ไม่ว่าจะเป็นการค้นหาจากการลงชุมชน การเยี่ยมบ้าน การประสานงานกับ คลินิก Palliative care หรือ เครือข่าย 3 หมอ

4.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลออกนิเทศติดตามการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในการให้บริการผ่านคลินิกการแพทย์แผนไทย ในหน่วยบริการทุกแห่งที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน บูรณาการร่วมกับการตรวจประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ. สส.พท) ในช่วงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2566 - มกราคม พ.ศ.2567

Small Success (3 เดือน, 6 เดือน)	ผลการดำเนินงาน
มีการค้นหาผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ โดยเครือข่ายแพทย์แผนไทย	ดำเนินการแล้ว
มีการกำกับติดตามการดำเนินงานโดยคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานกัญชาทางการแพทย์	ดำเนินการแล้ว
มีการบูรณาการ การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา กัญชาทางการแพทย์ เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน ทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู Stroke unit เป็นต้น	ดำเนินการแล้ว
มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์การดำเนินงานกิจกรรมเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ และปัญหาอุปสรรคที่พบ	ดำเนินการแล้ว

#### 5. ประเด็นสำคัญที่เสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

5.1 ปัญหาการส่งข้อมูลการดำเนินงานเข้าระบบ HDC โดยหน่วยบริการบางแห่งมีความถี่ในการส่งข้อมูลต่างกันและมีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานสารสนเทศอื่น ส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน และอาจไม่ตรงกับผลที่ได้การดำเนินงาน

5.2 กระแสความนิยมและการรับรู้การให้บริการของคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์ลดลง

5.3 การลดการสนับสนุนผลิตภัณฑ์ยา กัญชาทางการแพทย์ต่าง ๆ จากส่วนกลาง เปลี่ยนเป็นการให้หน่วยบริการสำรองจ่ายและเพิ่มการสำรองผลิตภัณฑ์ยา กัญชาทางการแพทย์เอง โดยผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้มีอายุสั้น จึงเป็นข้อจำกัดสำคัญในการสำรองและเก็บรักษา



## 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 จัดให้มีการสนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาภัณฑ์ทางการแพทย์จากส่วนกลางตามความประสงค์ของพื้นที่ต่อไป โดยควรมีการสำรวจความต้องการและส่งสนับสนุนผลิตภัณฑ์ยาภัณฑ์ทางการแพทย์เป็นระยะตามเหมาะสม

6.2 จัดให้มีแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา ผู้ป่วยด้วยยาภัณฑ์ทางการแพทย์ ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ รวมทั้งแนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการใช้ยาภัณฑ์ทางการแพทย์ในทางที่ผิด การเกิดพิษของยาภัณฑ์ทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดมาตรฐานในการให้บริการ และเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในทุกกระดับ

ผู้รายงาน นายนิธิศ สุธากุล

เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ 093-7804141

อีเมล panthai.satun@gmail.com

วัน เดือน ปี 15 มกราคม 2567

ผู้รายงาน นางสาวอรุษา สุวรรณมณี

เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ 093-7804141

อีเมล panthai.satun@gmail.com

วัน เดือน ปี 15 มกราคม 2567

สาขา ศึกษาระดับมัธยมศึกษา



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา กุมารเวชกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10
- 1.2 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
- 1.3 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19
- 1.4 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma
- 1.5 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma

### 2. สถานการณ์

- 2.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10  
อัตราป่วยตาย=0
- 2.2 อัตราป่วยตายเด็กอายุ 0 – 1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
อัตราป่วยตาย=0
- 2.3 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- 3.1.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10  
อัตราป่วยตายในปี 2564 = ร้อยละ 0.1 ปี2565= ร้อยละ 0.06 ปี 2566= ร้อยละ 0ปี2567=0
- 3.1.2 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0-1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
จำนวนผู้ป่วยปี 2564 - 2567 เท่ากับ 49 , 1,214 , 21 ตามลำดับ ไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต
- 3.1.3 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19  
จำนวนผู้ป่วยปี 2564 – 2567 เท่ากับ 122 , 3,260 , 37 ตามลำดับ



### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10					
	ปีงบประมาณ					
	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	0 (0/620)	0.23 (2/855)	0.37 (2/542)	373	0	0
ควนโดน	0 (0/64)	0 (0/83)	1.45 (1/69)	93	0	0
ควนกาหลง	0 (0/127)	0.55 (1/181)	0 (0/111)	42	0	0
ท่าแพ	0 (0/245)	0 (0/300)	0 (0/197)	78	0	0
ละงู	0 (0/323)	0 (0/331)	0 (0/237)	133	0	0
ทุ่งหว้า	0 (0/83)	0 (0/131)	0 (0/105)	68	0	0
มะนัง	0 (0/116)	0 (0/195)	0 (0/226)	191	0	0
ภาพรวมจังหวัด	0 (0/1,578)	0.14 (3/2,076)	0.2 (3/1,487)	978	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปี บริบูรณ์ เป้าหมาย ลดลง ร้อยละ 10%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	433	1	0.23	409	1	0.24
ควนโดน	125	0	0	320	0	0
ควนกาหลง	56	0	0	118	0	0
ท่าแพ	124	0	0	164	0	0
ละงู	136	0	0	237	0	0
ทุ่งหว้า	45	0	0	88	0	0
มะนัง	130	0	0	145	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,049	1	0.1	1,481	1	0.06



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปีบริบูรณ์					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66 - พ.ค.67					
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	111	0	0	91	0	0
ควนโดน	42	0	0	26	0	0
ควนกาหลง	18	0	0	19	0	0
ท่าแพ	32	0	0	37	0	0
ละงู	40	0	0	59	0	0
ทุ่งหว้า	140	0	0	22	0	0
มะนัง	106	0	0	116	0	0
ภาพรวมจังหวัด	363	0	0	370	0	0

### 3.2.2 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 - 1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 - 1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	33	0	0	218	0	0
ควนโดน	2	0	0	220	0	0
ควนกาหลง	5	0	0	29	0	0
ท่าแพ	1	0	0	182	0	0
ละงู	5	0	0	467	0	0
ทุ่งหว้า	1	0	0	36	0	0
มะนัง	2	0	0	62	0	0
ภาพรวมจังหวัด	49	0	0	1,214	0	0





อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 1 ปีที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	0	0	0	0	0	0
ควนโดน	1	1	0.01	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	0	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1	1	0.01	0	0	0

### 3.2.3 อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	69	0	0	456	0	0
ควนโดน	10	0	0	659	0	0
ควนกาหลง	12	0	0	62	0	0
ท่าแพ	11	0	0	536	0	0
ละงู	12	0	0	1,246	0	0
ทุ่งหว้า	4	0	0	80	0	0
มะนัง	4	0	0	167	0	0
ภาพรวมจังหวัด	122	0	0	3,206	0	0



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายของเด็กอายุ 0 – 5 ปี ที่ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พค67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	4	0	0	0	0	0
ควนโดน	12	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	7	0	0	0	0	0
ท่าแพ	5	0	0	0	0	0
ละงู	8	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	1	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	37	0	0	0	0	0

### 3.2.4 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma					
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	632	0	0	200	0	0
ควนโดน	228	0	0	76	0	0
ควนกาหลง	221	0	0	64	0	0
ท่าแพ	176	1	0.57	62	0	0
ละงู	372	0	0	84	0	0
ทุ่งหว้า	127	0	0	52	0	0
มะนัง	166	0	0	43	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,922	1	0.05	581	0	0



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	235	0	0.43
ควนโดน	86	0	0
ควนกาหลง	65	0	0
ท่าแพ	64	0	0
ละงู	107	0	0
ทุ่งหว้า	39	0	0
มะนัง	45	0	0
ภาพรวมจังหวัด	641	0	0.15

### 3.2.5 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2565					
	sepsis			ไข้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	18	2	11.11	26	0	0
ควนโดน	1	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	1	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	9	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	9	0	0	2	0	0
มะนัง	4	0	0	5	0	0
ภาพรวมจังหวัด	42	2	4.76	33	0	0



อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2566					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	2	0	0	0	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	1	0	0	0	0	0
ละงู	1	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	2	0	0	2	0	0
มะนัง	1	0	0	3	0	0
ภาพรวมจังหวัด	7	0	0	5	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค. 66 - พค67)					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	5	0	20.00	0	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	1	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	1	0	0	1	0	0
มะนัง	0	0	0	5	0	0
ภาพรวมจังหวัด	7	0	14.29	6	0	0



#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม ลดป่วยในกลุ่มเสี่ยง ลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดอัตราการเสียชีวิต เชื่อมโยงไปสู่โรงพยาบาลชุมชน คือโรงพยาบาล ท่าแพ โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลละงูโรงพยาบาลควนการหลง และโรงพยาบาลควนโดน

#### 5. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

การใช้ High flow nasal canular เป็นทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดบวม สามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรมและโรงพยาบาลเครือข่ายได้

ผู้รับผิดชอบ นางปัทิตตา สถานตัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร..0908889354

s-patitta@hotmail.com

สาขา การรับบริจาค  
และปลูกถ่ายอวัยวะ



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ

### 2. สถานการณ์

2.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

- ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ

- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา พบว่ามีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ดังนี้

ปี 2564 = 246 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 95 ราย อวัยวะ 87 ราย ร่างกาย 64 ราย

ปี 2565 = 208 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 73 ราย อวัยวะ 69 ราย ร่างกาย 66 ราย

ปี 2566 = 195 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 71 ราย อวัยวะ 62 ราย ร่างกาย 62 ราย

ปี 2567 ในรอบ 8 เดือนที่ผ่านมา (ต.ค.66-พ.ค.67) = 198 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 72 ราย อวัยวะ 63 ราย ร่างกาย 63 ราย

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 20 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี 2566 ของแต่ละเขตสุขภาพ

-ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ



### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา อวัยวะ ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน  
โรงพยาบาล เป้าหมาย > 1.3 : 100 ใน รพ. A,S

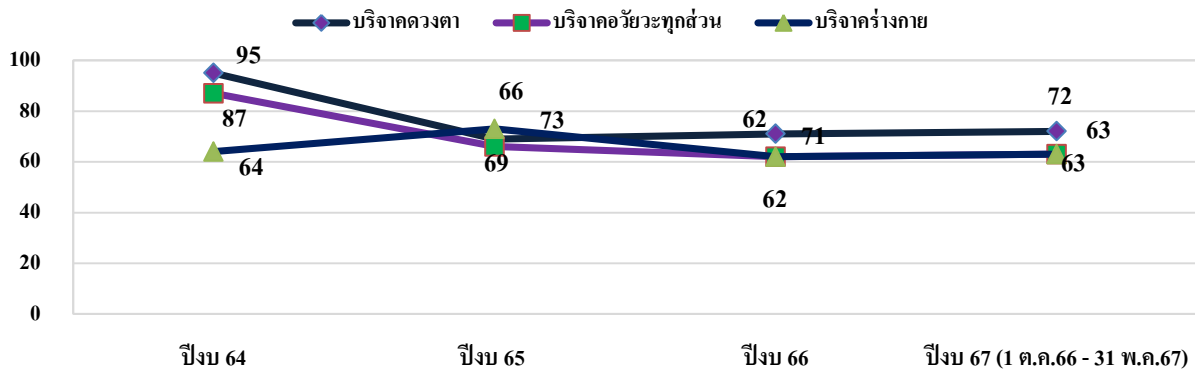
อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย > 1.3 : 100 ใน รพ. A,S								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	300	1	0.33	278	0	0	346	0	0

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย > 1.3 : 100 ใน รพ. A,S						
	ปีงบประมาณ						
	2565			2566			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	441	0	0	382	0	0	0

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล เป้าหมาย > 1.3 : 100 ใน รพ. A,S					
	ปีงบประมาณ 2567					
	ต.ค.66 – ธ.ค.66			ต.ค.66 – พ.ค.67		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	102	0	0	243	0	0



### 3.2.2 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล



\*\*\* ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้บริจาคดวงตา 1 คู่ คิดเป็นร้อยละ 0.33

#### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การรับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ ของญาติ/ กลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน/ ให้จากไปอย่างสงบ/ กลัวเสียภาพลักษณ์

#### 5. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

- เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) 4 ปีที่ผ่านมา ทำให้การรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา และอวัยวะลดลง

- ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID - 19) น้อยลง ทำให้การรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา และอวัยวะเชิงรุกมากขึ้น แนวโน้มการแสดงความจำนงบริจาคดวงตา และอวัยวะในปี 2567 เพิ่มมากขึ้น

#### 6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ร่วมกับเจ้าหน้าที่กาชาดจังหวัดออกหน่วยรณรงค์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายทุกครั้งที่มีการออกหน่วยบริจาครับโลหิต

- จัดบูรณาการหน่วยรณรงค์การบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายในงานกาชาดจังหวัดทุกๆปี

- เพิ่มศักยภาพให้แก่พยาบาลโรงพยาบาลสตูล 10 คน โดยการเข้าร่วมโครงการเพิ่มศักยภาพในการจัดหาดวงตาจากผู้บริจาคภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac death)ของกาชาดไทย เพื่อพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ กระบวนการรับบริจาคดวงตา การเจรจาของรับบริจาคดวงตาจากญาติผู้เสียชีวิตเพื่อการส่งเสริมให้มีจำนวนดวงตาบริจาคเพิ่มมากขึ้น



- 23 มี.ค.65 จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่กาชาดจังหวัดสตูลเพื่อขับเคลื่อนการรณรงค์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย
- 28 เมษายน พ.ศ.2566 จัดทำโครงการเครือข่าย Regional Harvesting team for organ Transplantation : รพ.สตูล - มอ.ร่วมสานต่อการรับบริจาคอวัยวะสู่การปลูกถ่ายอวัยวะ
- 19 ตุลาคม พ.ศ.2566 จัดบุงออกหน่วยรณรงค์การบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายในวันพยาบาลแห่งชาติ
- 15-16 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาเครือข่ายการรับบริจาคอวัยวะในส่วนภูมิภาค เขตสุขภาพที่ 12 ณ. รพ.ยะลา
- 4 กรกฎาคม พ.ศ.2567 มีการวางแผนส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพพยาบาลประสานงานการบริจาคดวงตาประจำหอผู้ป่วย (TCWN) ในการจัดหาดวงตาจากผู้บริจาคภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac death) เขตสุขภาพที่ 12 ณ. รพ. หาดใหญ่
- เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ส่งแชร์ลิงค์ผ่านช่องทาง facebook , LINE ของโรงพยาบาล กลุ่มงาน โดยการแชร์ต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตามากยิ่งขึ้น
- จัดทำ QR code ในการประชาสัมพันธ์ เพื่อผู้ประสงค์แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ เข้าถึงการแสดงความจำนงได้สะดวกและง่าย
- เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ผ่านช่องทางเสียงตามสายของโรงพยาบาลทุกวัน
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและการประชาสัมพันธ์การรับบริจาคอวัยวะและดวงตา โดยแพทย์หญิงมาฮาเราะ พิพิมพ์ประพันธ์ ได้มอบความรู้ มุมมองทัศนคติความเชื่อด้านศาสนาสำหรับผู้ที่สนใจประสงค์บริจาคอวัยวะ
- แผนพัฒนาสร้างความเข้าใจ รณรงค์ให้ความรู้การบริจาคอวัยวะและดวงตาแก่ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา และประชาชนเชิงรุก



กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

โรงพยาบาลสตูล  
SATUN HOSPITAL



สภากาชาดไทย  
The Thai Red Cross Society



ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ สภากาชาดไทย



ศูนย์ดวงตาดอกฟ้าสตูล

## บริจาคอวัยวะและดวงตา

" บริจาคอวัยวะแก่เพื่อนมนุษย์ คือที่สุดของการให้ "



ติดต่อได้ที่ : ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ  
เครือข่ายสภากาชาดไทย  
โรงพยาบาลสตูล  
ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ชั้น 1  
โทร 074-723500-7

QR code แสดงความจำนองบริจาคอวัยวะและดวงตา

ผู้รายงาน นางสาววิมลศรี สังข์แก้ว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 085-0772720

e-mail wimonsri848@gmail.com

สาขา จักรเย็บผ้า



คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา จักษุ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85)

1.2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85)

2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 เป้าหมาย :  $\geq 85\%$

ในภาพรวมปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67) ผ่าตัดต้อกระจกได้ 88.28 % ได้ตามเป้า

2.1 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

ในภาพรวมปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66- พ.ค.67) คัดกรองสายตาผู้สูงอายุได้ 70.1% ไม่ได้ตามเป้า เนื่องจากอยู่ในระหว่างการดำเนินการคัดกรองและติดตาม

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

3.1.1 ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85)

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	ระบบบริการมีความเหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่ พร้อมทั้งมีการออกหน่วยเชิงรุก
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	กำลังคนเหมาะสม
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	มีการประชุมให้ความรู้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ก่อนดำเนินการคัดกรองและออกหน่วย
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เหมาะสม
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	N/A
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ผู้นำน้องค์กรทุกระดับมีธรรมมาภิบาล



### 3.1.2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 85)

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	ระบบบริการมีความเหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่ พร้อมทั้งมีการออกหน่วยเชิงรุก
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	กำลังคนเหมาะสม เจ้าหน้าที่ลงข้อมูลมีงานหลายด้าน ทำให้ลงข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	มีการประชุมให้ความรู้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ก่อน ดำเนินการคัดกรองและออกหน่วย
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	N/A
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	N/A
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ผู้อำนวยการทุกระดับมีธรรมมาภิบาล และเน้นให้มีการคัดกรองให้ทั่วถึง

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 ( $\geq$ 80%)				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563	2564	2565
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	85.83	91.47	87.12	86.04	80.74
ควนโดน	89.47	96.42	80.95	84.25	75
ควนกาหลง	100	87.87	88.88	82.6	80.95
ท่าแพ	79.16	87.87	94.11	85.71	88.23
ละงู	87.09	100	80	89.28	84.72
ทุ่งหว้า	73.68	85.71	72.72	85.71	70.83
มะนัง	92.85	89.47	84.61	100	70.83
ต่างจังหวัด (พัทลุง 2 , นครราชสีมา 1)	100 (3)	100 (1)			
ภาพรวมจังหวัด	88.51	91.57	85.21	86.55	80.11



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 $\geq 85\%$ ทั้งหมด 350 ตา					
	ประจำปีงบประมาณ 2566			ประจำปีงบประมาณ 2567 (1ต.ค.66- 31ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	214	192	89.72	44	43	97.73
ควนโดน	42	40	95.24	9	9	100
ควนกาหลง	87	81	93.1	18	16	88.88
ท่าแพ	49	42	85.71	19	19	100
ละงู	88	71	80.68	7	6	85.71
ทุ่งหว้า	45	37	82.22	3	3	100
มะนัง	17	16	94.12	4	4	100
ภาพรวมจังหวัด	542	479	88.37	104	100	96.15

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 $\geq 85\%$ ทั้งหมด 350 ตา		
	ประจำปีงบประมาณ 2567 (1ต.ค.66 - 31 พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	113	100	88.49
ควนโดน	28	25	89.29
ควนกาหลง	41	33	80.49
ท่าแพ	32	29	90.63
ละงู	14	13	92.83
ทุ่งหว้า	18	16	88.88
มะนัง	10	10	100
ภาพรวมจังหวัด	256	226	88.28



3.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา (> 75%)				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563	2564	2565
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	29.29	96.43	20.88	90.92	89.08
ควนโดน	81.41	95.78	41.84	94.94	85.96
ควนกาหลง	73.63	60.26	29.1	92.14	64.34
ท่าแพ	79.69	98.43	37.76	85.73	40.76
ละงู	69.9	96.01	79.48	86.5	57.69
ทุ่งหว้า	88.77	90.83	41.4	99.56	31.53
มะนัง	14.18	94.32	66.36	96.02	95.88
ภาพรวมจังหวัด	56.36	91.99	42.86	90.77	70.53

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq 85\%$					
	ประจำปีงบประมาณ 2566			ประจำปีงบประมาณ 2567 (1ต.ค.66 - 31ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	15,903	9,698	60.98	16,235	1,013	6.24
ควนโดน	3,827	3,528	92.19	3,137	63	2.01
ควนกาหลง	4,757	4,584	96.36	4,901	1,222	24.93
ท่าแพ	3,762	2,048	54.44	3,907	88	2.25
ละงู	10,705	7,403	69.15	11,022	700	6.35
ทุ่งหว้า	3,185	3,073	96.48	3,370	55	1.63
มะนัง	2,291	1,563	68.22	2,455	751	30.59
ภาพรวมจังหวัด	44,430	31,897	71.79	45,027	3,892	8.64





อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq 85\%$		
	ประจำปีงบประมาณ 2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	16,320	9,075	55.61
ควนโดน	3,932	3,406	86.62
ควนกาหลง	4,930	4,888	99.15
ท่าแพ	3,907	3,858	98.75
ละงู	11,014	6,536	59.34
ทุ่งหว้า	3,346	3,259	97.40
มะนัง	2,446	1,151	47.06
ภาพรวมจังหวัด	45,895	32,173	70.10

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ประชุมวางแผนการออกหน่วยคัดกรองร่วมกับทีมเวชกรรมและทีม NCD ในโรงพยาบาลสตูล
- จัดมหกรรมคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางของผู้ป่วยเบาหวาน ในเดือน 26-29 ธ.ค.66 และจัดในวันที่ 30-31 พ.ค.2567
- ติดตามและกระตุ้นทีมคัดกรองผู้สูงอายุผ่านทางทีมเวชกรรม และสสจ.
- ติดตามผลการคัดกรองในโปรแกรม Vision 2020 และ HDC

#### 5. ปัญหา อุปสรรค

เจ้าหน้าที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ ยังคัดกรองได้น้อย หลังจากมีการกระตุ้น ติดตาม การคัดกรองเพิ่มขึ้น มีอำเภอควนโดน ควนกาหลง ท่าแพและทุ่งหว้า คัดกรอง ได้มากกว่า 85% ส่วนอีก 3 อำเภอ ยังไม่ได้ตามเกณฑ์ ซึ่งทำให้ภาพรวมจังหวัดได้ 70.1 % ดำเนินการแจ้งและติดตามการดำเนินงานต่อ

ผู้รับผิดชอบ พว.กัลยารัตน์ ชนะวรรณโณ  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 085-5874977  
e-mail - Kalyaratlee@gmail.com

สาขา ออโรปติกส์



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด... ..สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา กระดูกและข้อ

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้โดยอย่างน้อย 1 ทีม ต่อ 1 เขตสุขภาพ

1.2 การผ่าตัดภายใน 72 (Early surgery) มากกว่าร้อยละ50 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (surgery) ในโรงพยาบาล A, S, M1  $\geq 30$

1.3 Refracture rate < ร้อยละ20

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้โดยอย่างน้อย 1 ทีม ต่อ 1 ทีม

ต่อ 1 เขตสุขภาพ

จังหวัดสตูลได้จัดตั้งทีม Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ขึ้น เมื่อวันที่ 27 เมษายน พ.ศ.2561 เพื่อรองรับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีศักยภาพมากขึ้น มีส่วนในการช่วยลดอัตราการตาย และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง ทางโรงพยาบาลสตูลจึงได้ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรมโครงการ รู้ทันกันหักข้อ Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ในวันที่ 21-22 มิถุนายน พ.ศ.2561 ณ กรุงเทพมหานคร หลังจากนั้นได้กลับมาจัดการประชุมอบรมเตรียมพร้อมเจ้าหน้าที่ รพ.สตูลและเจ้าหน้าที่ รพช. ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ขึ้นในวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2561 และได้ลงมือปฏิบัติงานในเดือนกันยายน 2561 ถึงปัจจุบัน ซึ่งยังคงมีการพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละสัปดาห์เพื่อให้ครอบคลุมการดูแลรักษาผู้ป่วยให้สมบูรณ์ที่สุด

2.2. ร้อยละร้อยละของผู้ป่วย Fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A, S, M1  $\geq 30$

โรงพยาบาลสตูลได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ มีระบบ auto consult เป็นระบบการขอ consult คู่ขนานระหว่างทีมแพทย์อายุรกรรม และทีมวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วยิ่งขึ้น แต่ยังมีอุปสรรคในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อน และยังมีการปรับระบบ auto consult และในปี 2565 ที่ผ่านมาได้มีการปรับแนวทางให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกสามารถ consult วิสัญญีแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอแพทย์อายุรกรรม ส่งผลให้ผลตัวชี้วัดการได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ในไตรมาสที่สอง เดือน ม.ค. , ก.พ. , มี.ค. คิดเป็นร้อยละ 83.33 , 57.14 , 66.67 ตามลำดับ

### 2.3 ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re fracture) $\leq 30$

ตั้งแต่เริ่มทำโครงการ FLS จนถึงปัจจุบัน พบอัตราผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ลดลงเรื่อยๆ ในปี 2563 พบร้อยละ 3.92 , ปี 2564 พบร้อยละ 3.84 , ปี 2565 พบร้อยละ 1.72 และในไตรมาสที่ 1 และในปี 2566 และปี 2567 ไตรมาสแรกและไตรมาสสองยังไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

## 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

### 3.1 มูลเชิงคุณภาพ

#### 3.1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ

โรงพยาบาลสตูลได้จัดตั้งทีม Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) เมื่อ 27 เมษายน พ.ศ.2561 และยังคงมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาที่ไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจ ทางทีมจะปรึกษาทีม FLS Thailand โดยตรงผ่านช่องทาง Fan page “รู้ทันกันหักซ้ำ Thailand FLS” ซึ่งโดยภาพรวมโครงการ FLS ถือว่ามีความก้าวหน้าในเรื่องการเก็บข้อมูลและการดำเนินการ แต่ยังคงมีปัญหาระยะของการผ่าตัดให้ได้ภายใน 72 ชม. และความไม่ยินยอมผ่าตัดของตัวผู้ป่วยและญาติ ซึ่งถือว่าการแก้ปัญหาที่ยาก เพราะสาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่มีปัญหาเรื่องโรคประจำตัว ในปี 2565 ที่ผ่านมาได้มีการปรับแนวทางให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกสามารถ consult วิสัญญีแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอแพทย์อายุรกรรม และในปี 2565 ยังมีการปรับระบบโดยการเอื้อจากทีมวิสัญญีให้สามารถ consult ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องรอทีมอายุรกรรม สำหรับเรื่องของ Rehabilitation ถือว่าทีมกายบำบัดของโรงพยาบาลสตูลมีความเข้มแข็งมาก ทำกายภาพบำบัดและให้ความรู้จนผู้ป่วยสามารถ Discharge กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว และยังมีระบบ auto consult ทีมกายภาพลงทำกายภาพตั้งแต่ผู้ป่วย admit และยังคงเฝ้าติดตามระว่างภาวะกระดูกหักซ้ำ และในปี 2565 นี้ โรงพยาบาลสตูลมีทีมแพทย์ผ่าตัดที่ใหญ่ขึ้น มีแพทย์เฉพาะทางที่จบมาใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน 1 ท่าน และในปี 2566 จะมีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกเพิ่มอีก 2 ท่าน ในเดือนกรกฎาคม 2566 ส่วนในปีงบประมาณ 2567 แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก 2 ท่าน ไปเรียนต่อยอด arthroplasty 1 ท่าน และ Hand 1 ท่าน

#### 3.1.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 50 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สถานการณ์ในช่วง ปี 2566 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 53.06 และสถานการณ์ในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี 2567 ในเดือน พ.ย. , ต.ค. , ธ.ค. คิดเป็นร้อยละ 0 , 72.73 , 75.00 ตามลำดับ และในไตรมาสที่ 2 ในเดือน ม.ค. , ก.พ. , มี.ค. คิดเป็นร้อยละ 83.33 , 57.14 , 66.67 ตามลำดับ พบผู้ป่วยเข้า



รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ซึ่งถือว่าดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา จากการลงติดตามของทีมที่เข้มข้นขึ้น และการปรับแนวทางการ consult ระหว่างแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและวิสัญญีแพทย์

### 3.1.3 Fracture rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)

ในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการพัฒนาในการเก็บข้อมูล ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ตั้งแต่ admit โดยทีม IMC ของโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการหักซ้ำลดลง และไม่พบการหักซ้ำในปี 2566 และ 2567

## 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 3.2.1 ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 ≥ ร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 ≥ ร้อยละ 70						
	ปีงบประมาณ						
	2560	2561	2562	2563	2564		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	-	-	-	-	-	-	
ควนโดน	48.38	66.67	45.95 (17/37)	80.65 (25/31)	39	30	76.92
ควนกาหลง	78.94	80	100 (7/7)	66.67 (2/3)	4	1	25
ท่าแพ	59.25	84.62	86.54 (45/52)	83.33 (40/48)	42	33	78.57
ละงู	85.18	88.57	100 (27/27)	79.49 (31/39)	38	24	63.16
ทุ่งหว้า	91.3	100	90.91 (20/22)	97.22 (35/36)	22	16	72.73
มะนัง	50.0	92.31	83.87 (26/31)	86.05 (37/43)	71	47	66.20
ภาพรวมจังหวัด	67.9	86.36	80.68 (142/176)	85.00 (170/200)	216	151	69.91

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 ≥ ร้อยละ 70								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66 – ธ.ค.66								
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	37	29	78.38	78	57	73.08	11	7	63.63
ควนกาหลง	4	0	0	23	3	13.04	9	1	10
ท่าแพ	43	30	69.77	57	38	66.67	14	11	78.57
ละงู	57	27	47.37	39	7	17.95	5	4	80
ทุ่งหว้า	26	16	61.54	20	15	75	5	3	60
มะนัง	59	34	57.63	45	24	53.33	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	229	138	60.26	262	144	54.96	44	26	59.09



อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 $\geq$ ร้อยละ 70		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-
ควนโดน	51	42	82.35
ควนกาหลง	18	4	22.22
ท่าแพ	46	20	43.48
ละงู	14	13	92.86
ทุ่งหว้า	14	7	50
มะนัง	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	143	86	60.14

3.2.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ (การจัดตั้งทีม Refracture Prevention เพิ่มขึ้นใน โรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์ ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ 1 เขตสุขภาพ)

อำเภอ	ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS)					
	ปีงบประมาณ					
	2561			2562 - 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	1	1/1	100	1	1/1	100



3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มี  
ภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ร้อยละ 30

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 30								
	ปีงบประมาณ								
	2561			2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	<9	0/30	0	<16	1/52	1.92	<16.5	0/55	0

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ					
	2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	<15	2/52	3.84	<17	1/58	1.72

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	ต.ค.66 - ธ.ค.66					
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	<12	0/60	0	<5	0/22	0



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	0	0/53	0

3.2.4 ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1								
	ปีงบประมาณ								
	2561			2562			2563		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	4	3/14	21.43	9	7/29	24.14	8.40	8/28	28.57

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	6.5	14/34	41.18	21	23/41	56.10

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – ธ.ค.66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	25	28/49	57.14	8	11/16	68.75



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1		
	ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 – พ.ค.67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	27	29/53	54.72

## 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

### 5.1 การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน

- ให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านกลุ่ม line group ortho
- จัดทำแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture non displace

### 5.2 การดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก

- มีระบบ Fast track hip surgery ร่วมกับโปรแกรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน
- มีทีมเครือข่าย IMC ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยยังไม่สามารถผ่าตัดได้ใน 72 ชั่วโมงถ้าติดช่วงเทศกาล หรือในวันหยุดราชการ เนื่องจากมีทีมให้บริการผ่าตัดเพียง 1 ทีม ในเคส emergency
- กำลังอยู่ในขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกับทีม HHC และทีมเวชปฏิบัติ

ผู้รายงาน พว.พรวิภา ชูมาก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 087-3943324

e-mail pornwikapae@gmail.com

สาขา ผ่าตัดวันเดียวกลับบ้าน  
(One Day Surgery)



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดต่อปีในกลุ่มโรคที่ให้บริการ ODS

1.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS//MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) เป้าหมาย  $<$  ร้อยละ 5

### 2. สถานการณ์

#### 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS

จากผลการดำเนินงานปี 66 อัตราการทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 30.60 (เกณฑ์  $>30\%$ ) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี 67 (ต.ค.66-พ.ค.67.) ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.26 top 5 Operation ได้แก่ หัตถการ Colono polypectomy , Colono fit test + , Fitula in anu , Phimosis , Breast mass ปัจจุบันโรงพยาบาลสตูลสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ODS 24 หัตถการ จาก 72 หัตถการ รพ.สตูล มีการพัฒนาขยาย node บริการไปยัง รพ.เครือข่าย รพช. ละงู มีศัลยแพทย์ประจำการ 1 ท่าน โดยมีระบบการ consulted และได้มีการเข้าร่วมโครงการ ODS ในปี 66 สามารถทำ ODS ในหัตถการ wide excision breast mass คิดเป็นร้อยละ 72.22

2.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS//MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

รพ.สตูลผ่านการประเมินหัตถการ MIS ได้แก่ Lap Cholecystectomy, Lap colectomy, Lap Hernioplasty , Lap Appendectomy, Lap LAR และ Lap Nephrectomy จากผลการดำเนินงานปี 67 (ก.ย. 66-พ.ค. 67 ) สามารถทำผ่าตัด LC มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.80 , ผ่านเกณฑ์กำหนด ( $>20\%$ ) สามารถทำ LC ได้ 100% ในผู้ป่วย Elective case เฉลี่ยวันนอน 2 วันในรายไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีการพัฒนาระบบ ODS plus ในผู้ป่วย LC คิดเป็นร้อยละ 5.47 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด MIS อัตราการ Re-admit ภายใน 1 เดือน ที่มีสาเหตุเกี่ยวกับการผ่าตัด = 0



### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS

จากผลการดำเนินงานปี 66 อัตราการทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 30.60 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (> 30%) ปี 67 ต.ค.-พ.ค.67 อัตราการทำ ODS เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 31.26 top 5 Operation ได้แก่หัตถการ Colono polypectomy , Colono fit test + , Fitula in anu , Phimosis , Breast mass จากผลการดำเนินงานที่ผ่านหัตถการที่มีสถิติ ODS ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ Hernia ปี 66-67 คิดเป็น 16.07,18.42 ตามลำดับ จึงได้มีการทบทวนประเด็นปัญหาพบว่า ทีมที่เกี่ยวข้องขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญ จึงเน้นพัฒนาเพิ่มการเข้าถึงหัตถการ Hernia ODS ให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีการพัฒนาแนวทางการ Set ผ่าตัดแบบ Auto ODS ในผู้ป่วย Hernia ที่ผ่านเกณฑ์ จะset ให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการแบบ ODS ทั้งหมด

##### 3.2.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS//MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

จากข้อมูลปี 67 ร้อยละการ Re admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ=0 และสามารถ Set ผู้ป่วยผ่าตัด LC 100% ในผู้ป่วย Elective case เริ่มทำ lap appendectomy เพิ่มขึ้น จากปี 66 ส่วนในหัตถการอื่น เช่น Lap colectomy, Lap LAR, Lap Hemiooplasty, เนื่องจากเป็นหัตถการที่ยู่ยากซับซ้อน ทีมผ่าตัดยังขาดสมรรถนะ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการทำผ่าตัด จึงมีการวางแผนเพิ่มสมรรถนะพยาบาลในการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง MIS

#### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 20)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 20								
	ปีงบประมาณ								
	2563			2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	124	123	99.19	458	98	21.4	475	114	24



อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 30					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567 (ต.ค.66 - พค 67)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	781	239	30.6	218	664	32.83

top 5 Operation ได้แก่หัตถการ Colono polypectomy , Colono fit test + , Fitula in anu , Phimosis , Breast mass ปัจจุบัน โรงพยาบาลสตูลสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ODS 24 หัตถการ จาก 72 หัตถการ รพ.สตูล มีการพัฒนาขยาย node บริการไปยัง รพ.เครือข่าย รพช. ละงู มีศัลยแพทย์ประจำการ 1 ท่าน โดยมีระบบการ consulted และได้มีการเข้าร่วมโครงการ ODS ในปี 66 สามารถทำ ODS ในหัตถการ wide excision breast mass คิดเป็นร้อยละ 72.

#### ปีงบประมาณปี 2563-2566 ให้บริการ

การผ่าตัด	ปีงบประมาณ 2563			ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	A	B	%	A	B	%	A	B	%	A	B	%
Hernia	18	18	100	27	147	18.37	20	146	13.7	33	205	16.1
Hydrocele	0	0	0	0	5	0	0	13	0	0	9	0
Hemorrhoid	0	0	0	4	16	25	6	38	15.79	10	57	17.54
Pterygium	10	10	100	8	16	50	4	9	44.44	26	139	18.70
Esophageal varice	0	0	0	2	24	8.33	0	15	0	0	1	0
Colorectal Polyp	9	9	100	2	3	0	2	22	9.09	33	64	51.56
Colono Fit test +	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	86	121	71.07
Removal FB esophagus	0	0	0	5	17	29.41	0	18	0	0	17	0
URS	0	0	0	12	76	15.79	32	73	43.84	0	0	0
Fistula	0	0	0	21	84	25	29	74	39.19	0	6	0
Toung tie	NA	NA	NA	2	8	25	3	103	30	0	16	0
AVF	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	9	9	100
Wide excision breast mass	NA	NA	NA	21	84	25	29	74	39.19	26	139	39.53
Phymosis (Circumcision)										7	38	18.42
Perianal Abscess										0	10	0
<b>รวม</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>127</b>	<b>25.98</b>	<b>43</b>	<b>111</b>	<b>38.78</b>	<b>239</b>	<b>781</b>	<b>30.6</b>

A = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการ

B = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ ODS ได้



ปีงบประมาณ 2567 ให้บริการ

การผ่าตัด	ปี 67 (ต.ค.-พ.ค.)			ไตรมาส1(ต.ค.-ธ.ค.)			ไตรมาส2 (ม.ค.-มี.ค.)			ไตรมาส3(พ.ค.)		
	A	B	%	A	B	%	A	B	%	A	B	%
Hernioplasty	21	114	18.42	6	36	16.67	8	50	16	7	28	25
Hydrocele	0	6	0	0	3	0	0	1	0	0	2	0
Hemorrhoid	11	62	17.74	6	21	28.57	3	30	10	2	11	18.18
Pterygium	8	102	7.84	5	31	16.13	2	39	5.13	1	32	3.25
Esophageal varice	1	4	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colorectal Polyp	46	88	52.27	32	48	66.67	1	13	7.69	24	32	75
RemovalFB esophagus	0	13	0	0	4	0	0	4	0	0	5	0
Colono Fistest +	95	176	53.98	69	132	52.27	2	12	16.67	13	27	48.14
Fistula	2	5	40	1	4	25	1	1	100	0	0	0
Wide Excision Breast	15	50	30	9	17	52.94	5	23	21.74	1	10	10
AVF	9	9	100	0	0	0	9	9	100	0	0	0
Phymosis (Circumcision)	10	33	30.30	0	9	0	1	10	10	9	14	64.29
Perianal Abscess	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0
<b>รวม</b>	<b>218</b>	<b>664</b>	<b>32.83</b>	<b>128</b>	<b>306</b>	<b>41.83</b>	<b>32</b>	<b>193</b>	<b>16.58</b>	<b>57</b>	<b>161</b>	<b>35.40</b>

3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ MIS การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ MIS การผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) ร้อยละ 20								
	ปีงบประมาณ								
	2563	2564	2565	2566			2567 (ต.ค.66 - พ.ค. 67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	78.12	74.28	88.88	113	93	85	77	93	82.80



3.2. 3 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอีกเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

กรณีที่ 1 เกิดการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไป ระหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury

อำเภอ	ร้อยละการบาดเจ็บ CBD injury หรือเกิด massive bleeding ซึ่งต้องให้เลือด 2 ยูนิตขึ้นไป ระหว่างผ่าตัดหรือ hollow viscus organ injury						
	ปีงบประมาณ						
	2563	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค. 67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	0 (0/22)	1.89(1/53)	0 (0/75)	0(0/93)	0	77	0

กรณีที่ 2 Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injuryหรือ surgical site infection: SSI)

อำเภอ	ร้อยละ Re-admit ภายใน 1 เดือน (ที่เกี่ยวกับการผ่าตัด เช่น delay detect CBD injury หรือ delay detect hollow viscus organ injuryหรือ surgical site infection: SSI)						
	ปีงบประมาณ						
	2563	2564	2565	2566	2567 (ต.ค.66 – พ.ค. 67)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	0 (0/22)	0(0/53)	0 (0/75)	0(0/93)	0	77	0

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- ODS มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เคยเป็น Top 5 เช่น Hernia จากการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกพบว่า ผู้ป่วย Hernia เข้าถึง ODS น้อยลง สาเหตุจาก ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ผ่าตัด ODS เนื่องจากผู้ป่วย hernia ร้อยละ 60 อายุมากกว่า 70 ปี และผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี มี U/D ร้อยละ 20 และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์แต่ไม่ทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 10
- MIS ยังขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง



## 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ทบทวนระบบ ODS MIS ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ ODS ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก ในการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ระบบ set ผ่าตัดแบบ auto ODS ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์
- ผู้ป่วย Hernia มีการทบทวน เพิ่มขยายเกณฑ์อายุมากกว่า 70 ปี ในผู้ป่วย ASA 2-3 ที่แข็งแรงไม่มี U/D เพื่อเพิ่มการเข้าถึง ODS
- เพิ่มการเข้าถึง ODS Plus ในผู้ป่วยผ่าตัด LC เพื่อลดวันนอน เหลือ 1 วัน
- ขยายบริการ ODS ในหัตถการ ERCP ในปี 68
- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์พยาบาลที่ขาดแคลน ดังนี้
  - ส่งแพทย์ train ERCP ปี 67
  - วางแผนเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลเฉพาะทาง MIS ปี ภายในปี 69

## 7. ปัญหา อุปสรรค

- อัตราการทำ ODS มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ ODS/MIS อย่างต่อเนื่อง
- ขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง Laparoscope และหัตถการ ERCP
- ไม่มีหน่วย PAC และ ODS Unit ที่เป็นสัดส่วน ทำให้การดำเนินงานและให้บริการไม่ต่อเนื่อง

## 8. ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์ ODS/MIS เพื่อการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น
- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง MIS , ERCP

## 9. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- มีการให้คำแนะนำโดยใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ในผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ
- Post discharge Surveillance เพื่อติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง
  - Consult ผ่าน Video call
  - ประสานงานระหว่าง ODS term และ รพ./รพสต.
  - มี guide line ในการรักษา
- ศัลยแพทย์รพ.สต.สามารถทำ หัตถการ ERCP ได้โดยไม่มีแพทย์ชำนาญการควบคุม

ผู้รับผิดชอบ นางสุกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 097- 920 9879

e-mail Sukanya\_year@hotmail.com



สาขา คัลยกรรม

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา ศัลยกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ  $\leq 10$

### 2. สถานการณ์

ข้อมูลปี 66 (ต.ค.-พ.ค.66) พบการแตกของไส้ติ่งอักเสบคิดเป็นร้อยละ 11.52 เกินเกณฑ์ที่กำหนด (>10 %) แยกตามสาเหตุการแตก Delay presentation คิดเป็นร้อยละ 6.32 (17/269) Delay treatment คิดเป็นร้อยละ 1.49 (4/269) Missed Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 3.72 (10/269) ปี 67 ต.ค.-พ.ค. 67 อัตราการแตกของไส้ติ่งอักเสบคิดเป็นร้อยละ 8.09 (30/371) ไม่เกินเกณฑ์กำหนด (>10 %) แยกตามสาเหตุการแตก Delay presentation คิดเป็นร้อยละ 4.58 (17/371) Delay treatment คิดเป็นร้อยละ 0 Missed Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 3.50 (13/371)

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ  $\leq 10$  อัตราร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกปี 67 คิดเป็นร้อยละ 8.09 ไม่เกินเกณฑ์กำหนด เนื่องจากนำผลการทบทวนประเด็นปัญหาปี 66 มาพัฒนาต่อเนื่องดังนี้

ประเด็นปัญหา	ผลการทบทวน	แนวทางแก้ไขปัญหา
Delay Presentation	<ul style="list-style-type: none"><li>- การเข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจากพื้นที่ห่างไกล เช่น เกาะ</li><li>- ประชาชนขาดความรู้/ความตระหนักเรื่องโรคไส้ติ่งอักเสบ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ประสานหน่วยงานใน พท.เพื่อช่วยเหลือ</li><li>- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชน ผู้เกี่ยวข้อง ผ่าน เสียงตามสายชุมชน ป้ายโพสเตอร์ แผ่นพับ โฆษณามิเดีย</li></ul>
Delay Treatment	<ul style="list-style-type: none"><li>- การผ่าตัดล่าช้า</li><li>- ห้องผ่าตัดไม่ว่าง</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- มีห้อง Emergency รองรับ 24 ชม.</li></ul>



ประเด็นปัญหา	ผลการทบทวน	แนวทางแก้ไขปัญหา
Missed Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากร (แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ รพช.) ขาดสมรรถนะในการตรวจ ประเมิน Lower Abdominal pain</li> <li>- ผู้ป่วยประเมินยาก</li> <li>- เด็ก ผู้หญิงท้อง อาการไม่ชัด</li> <li>- แบบประเมิน Alvarado score ยังไม่ครอบคลุม และไม่ได้รับการ ประเมินตามเกณฑ์ที่วางไว้</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. สอน/conferment แพทย์ใช้ทุน</li> <li>2. แผนนิเทศ รพช. ปีละ 1-2 ครั้ง</li> <li>3. ปรับแนวทางการ investigate ใน ผู้ป่วยประเมินยาก</li> <li>4. ปรับแบบฟอร์ม Alvarado score ให้เหมาะสม</li> </ol>

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 10

อำเภอ	ปีงบประมาณ											
	2563			2564			2565			2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	136	27	19.85	158	22	13.92	162	20	12.35	182	18	9.89
ควนโดน	40	8	20	40	3	7.50	31	8	25.81	51	4	7.84
ควนกาหลง	26	4	15.38	29	2	6.9	7	36	19.44	49	4	8.16
ท่าแพ	54	2	3.70	47	3	6.38	34	10	29.41	47	5	10.64
ละงู	66	8	12.12	75	11	13.51	61	7	11.48	59	9	15.25
ทุ่งหว้า	26	6	23.07	26	4	15.38	11	27	40.74	20	5	25
มะนัง	30	2	6.66	36	3	8.33	19	2	10.53	31	6	19.35
ภาพรวม	378	57	15.08	411	48	11.68	370	65	17.57	439	51	11.62



อำเภอ	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 10								
	ไตรมาส1(ต.ค.-ธ.ค.65)			ไตรมาส2(ต.ค.-มี.ค.66)			ไตรมาส3(ต.ค-พ.ค66)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	เมืองสตูล	63	4	6.35	129	6	4.65	164	8
ควนโดน	10	2	20	17	2	11.76	24	5	20.83
ควนกาหลง	12	0	0	18	0	0	26	0	0
ท่าแพ	19	1	5.26	30	3	10	42	4	9.52
ละงู	16	3	18.75	35	4	11.43	60	7	11.67
ทุ่งหว้า	7	2	28.57	18	4	22.22	32	6	18.75
มะนัง	10	0	0	19	0	0	23	0	0
ภาพรวม	147	12	8.16	283	21	7.42	371	20	8.09

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- การเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจังหวัด และการส่งต่อข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนางานในแต่หน่วยบริการถือ เป็นประเด็นสำคัญ โดยมีการวางแผนนิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง หน่วยงาน/ผ่านไลน์กรุป
- เพิ่มศักยภาพ node ให้สามารถ ตรวจสอบ วินิจฉัย และทำผ่าตัดในรายยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- โดยมีการวางแผนนิเทศงาน ปีละ 2 ครั้ง หน่วยงาน/Zoom
- จัดทำไลน์ กรุป ประสานงานและส่งต่อข้อมูล เพื่อพัฒนา

6. ปัญหา อุปสรรค

- ประชาชนขาด Health literacy เกี่ยวกับภาวะ acute abdomen
- รพช. ส่วนมากขาดศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ยังขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
- ขาดแคลนศัลยแพทย์สาขา Vascular



## 7. ข้อเสนอแนะ

- กำหนดแผน ศัลยกรรมสัณจร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนิเทศ ประเมิน ทบทวน ประเด็นปัญหา และหาแนวทางพัฒนาร่วมกันระหว่างคณะทำงาน SP ศัลยกรรม
- มีระบบการคืนข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อ รพช.สามารถ นำไปพัฒนางานของตนเองให้ได้ตามเป้าหมาย

## 8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- เป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพช.ละสูงซึ่งเป็นรพ.เครือข่ายให้สามารถทำผ่าตัดศัลยกรรม ในหัตถการ Appendectomy MRM Hernia เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ Node
- พัฒนาระบบ Home Ward ในผู้ป่วย simple Appendectomy เพื่อลดวันนอน ในโรงพยาบาล

ผู้รับผิดชอบ นางสุกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 097-9209879

e-mail sukanya\_yeear@hotmail.com

สาขา การแพทย์แผนไทย  
และการแพทย์ผสมผสาน



## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา แพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

#### ตัวชี้วัด

- 1.1 ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป้าหมายร้อยละ 40
- 1.2 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) เป้าหมายร้อยละ 10

### 2. สถานการณ์ (วิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมาย 3 ปีย้อนหลัง)

ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 60.47 โดยมีค่าเฉลี่ยมากกว่าระดับเขตสุขภาพ (ร้อยละ 45.39) และระดับประเทศ (ร้อยละ 40.67) ทุกอำเภอสามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย สำหรับผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) คิดเป็นร้อยละ 11.80 ไม่แตกต่างจากผลงานในระดับเขตสุขภาพ (ร้อยละ 12.04) ทั้งนี้โรงพยาบาล 3 แห่งยังมีผลการดำเนินงานน้อยกว่าเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล (ร้อยละ 6.04) โรงพยาบาลควนกาหลง (ร้อยละ 5.56) และโรงพยาบาลควนโดน (ร้อยละ 5.38)

ทั้งนี้แนวโน้มการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิและผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ของจังหวัดสตูลมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา



### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก							
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2567	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 3 มิถุนายน 2567)			
2564	2565	2566	ร้อยละ 40	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/ อัตรา
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	64,580	50,928	78.86
-	-	36.71		ควนโดน	7,770	5,454	70.19
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	20,785	10,288	49.50
-	-	37.65		ท่าแพ	17,516	7,580	43.27
จังหวัดสตูล				ละงู	36,595	14,839	40.55
31.69	29.55	44.08		ทุ่งหว้า	13,030	7,150	54.87
ปีงบประมาณ 2567ระดับประเทศ				มะนัง	10,821	7,217	66.69
40.67				รวม	171,097	103,456	60.47
ระดับเขต 45.39							

ที่มา : HDC วันที่ 3 มิถุนายน 2567

ตัวชี้วัด : ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)							
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2567	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล ณ 3 มิถุนายน 2567)			
256๔	2565	2566	ร้อยละ 10	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	447	27	6.04
-	-	8.75		ควนโดน	93	5	5.38
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	126	7	5.56
-	-	7.58		ท่าแพ	108	20	18.52
จังหวัดสตูล				ละงู	182	42	23.08
-	-	9.87		ทุ่งหว้า	66	18	27.27
ปีงบประมาณ 2567ระดับประเทศ				มะนัง	46	7	15.22
14.54				รวม	1,068	126	11.80
ระดับเขต 12.04							

ที่มา : HDC วันที่ 3 มิถุนายน 2567



#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

4.1 กำหนดตัวชี้วัดร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับคปสอ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

4.2 ประชุมชี้แจงการถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ระหว่างวันที่ 12-15 ธันวาคม 2566 ให้กับ คปสอ. ทุกอำเภอ

4.3 ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Service plan สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 วันที่ 6 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมนครี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ครั้งที่ 2 วันที่ 14 พฤษภาคม 2567 ณ ห้องประชุมมาบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

4.4 ติดตามผลการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ของแพทย์แผนไทยเพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.5 กำหนดให้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น นำเสนอแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลประเด็นการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก การบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย

4.6 อบรมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดองค์ความรู้การดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้กับหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันที่ 8 มีนาคม 2567

#### 5. ประเด็นสำคัญที่เสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

5.1 ผู้ให้บริการรับผิดชอบหลายงาน ทำให้ไม่สามารถบันทึกข้อมูลการให้บริการเป็นปัจจุบัน มีความล่าช้า

5.2 จำนวนผู้ป่วย IMC ในระบบ HDC มีมากกว่าความเป็นจริง เนื่องจากระบบฐานข้อมูล ตัวหารใน template ตัวชี้วัดเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่เป้าหมายต้องการวัดผลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการดูแลระยะกลางซึ่งมีจำนวนน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลควนโดนมีผู้ป่วย IMC ในฐานข้อมูล HDC 91 ราย แต่เมื่อแพทย์แผนไทยสำรวจข้อมูลจริงพบว่าโรงพยาบาลควนโดนมีผู้ป่วย IMC 30 ราย เป็นผู้ป่วย stroke 10 ราย เท่านั้น

5.3 หน่วยบริการบางแห่งยังขาดการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย IMC เช่น ขาดการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

#### 6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

6.1 จังหวัดมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทย โดยมีการจัดสรรงบสำรองฉุกเฉินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงุมผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล แต่ในปีงบประมาณ 2567 ยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณดังกล่าว

6.2 จำนวนผู้ป่วย IMC ในระบบ HDC มีมากกว่าความเป็นจริง เนื่องจากระบบฐานข้อมูล ตัวหารใน template ตัวชี้วัดเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด แต่เป้าหมายต้องการวัดผลเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการดูแลระยะกลางซึ่งมีจำนวนน้อยกว่า เช่น โรงพยาบาลควนโดนมีผู้ป่วย IMC ในฐานข้อมูล HDC 91 ราย แต่เมื่อแพทย์แพทย์ไทยสำรวจข้อมูลจริงพบว่าโรงพยาบาลควนโดนมีผู้ป่วย IMC 30 ราย เป็นผู้ป่วย stroke 10 ราย จึงควรมีการปรับ template ของกรมให้ตรงกับข้อมูลผู้ป่วย

6.3 การบันทึกข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (IPD) ของโรงพยาบาลสตูล ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในระบบ HDC ได้

6.4 โรงพยาบาลสตูลมีข้อจำกัดด้านบุคลากร โรงพยาบาลมีแพทย์แผนไทยเพียง 3 คน ทำให้การให้บริการผู้ป่วย IMC นอกสถานที่ทำได้ค่อนข้างยาก ในขณะที่ผู้ป่วย IMC หลายรายก็ไม่สะดวกในการเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล ควรมีการจัดสรรแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม

## 7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

7.1 กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกควรสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น การอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วย IMC โดยศาสตร์การแพทย์แผนไทย เพื่อนวดกระตุ้นการกลืน หรือนวดกระตุ้นลำไส้ เป็นต้น และเพิ่มโควตาผู้เข้าร่วมอบรมให้มากขึ้น

7.2 สนับสนุนการศึกษาวิจัยการดูแลผู้ป่วย IMC ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อเป็นหลักฐานในเชิงประจักษ์

## 8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

8.1 จังหวัดสตูลมีโรงพยาบาลละงู เป็นโรงงานผลิตยาที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP ซึ่งสามารถผลิตยาแผนไทยได้อย่างน้อย 15 รายการ แจกจ่ายให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล

8.2 จังหวัดมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทย โดยมีการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงูผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล

8.2 โรงพยาบาลละงู มีการแต่งตั้งคณะกรรมการทีมกิจกรรมทบทวนผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke) และการดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้น (Intermediate care, IMC) ซึ่งสามารถให้การรับรองได้ว่าผู้ป่วย IMC ทุกรายได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้านและทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย

8.3 โรงพยาบาลทุ่งหว้าบูรณาการการทำงานร่วมกับฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักกายภาพบำบัด มีการค้นหาผู้ป่วยในฐานข้อมูล HOSXP ของโรงพยาบาล ร่วมดำเนินงานเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมกายภาพบำบัด เพื่อค้นหาผู้ป่วยและส่งมอบบริการแพทย์แผนไทยให้กับผู้ป่วยต่อไป



8.4 นโยบายของจังหวัดสตูล กำหนดให้โรงพยาบาลท่าแพเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย IMC ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร่วมกับโรงพยาบาลมีการทำคำรับรองกับโรงพยาบาลสตูลในการส่งต่อผู้ป่วย IMC จากโรงพยาบาลสตูลมารักษายังโรงพยาบาลท่าแพ

ผู้รายงาน นางสาวอรุษา สุวรรณมณี

เภสัชกรชำนาญการ

โทรศัพท์ 09 3780 4141

อีเมล [panthai.satun@gmail.com](mailto:panthai.satun@gmail.com)

วัน เดือน ปี 31 พฤษภาคม 2567

สาขา พัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยา  
อย่างสมเหตุผล  
(RDU& AMR)

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....

สาขา การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล /

การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

(Rational Drug Use / Antimicrobial Resistance : RDU/AMR)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1. ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด

1.1 Medication Safety : อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (Preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด

1.2 RDU literacy : ร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีผลการประเมิน RDU ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

1.3 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ RDU hospital จำนวน 10-12 ข้อ

1.4 ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD

1.5 ร้อยละ 50 ของคลินิก ผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 50)

1.6 ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 80

1.7 ร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G RDU)

2. อัตราการติดเชื้อดื้อยาอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Echerichia coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)

### 2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด

อำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 7 ประเด็น จึงยังไม่มีอำเภอใดที่ผ่านผ่านมาตรฐานอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)

2.1.1 Medication Safety : อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (Preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด

เนื่องจากอยู่ในช่วงคณะกรรมการอาหารและยาประมวลผลการดำเนินงาน ดังนั้นจึงยังไม่สามารถประเมินผลได้

**2.1.2 RDU literacy : ร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีผลการประเมิน RDU ผ่านเกณฑ์ที่**  
กำหนดการประเมินความรู้เกี่ยวกับ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU literacy) ปี 2567 ทางคณะกรรมการ  
อาหารและยากำหนดให้มีการประเมินความรู้ภายในเดือนมีนาคม 2567 ขณะนี้อยู่ในช่วงการประเมินผล  
จากกองบริหารสาธารณสุข ดังนั้นจึงยังไม่สามารถประเมินผลได้

**2.1.3 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ RDU hospital จำนวน 10-12 ข้อ**  
ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล ตั้งแต่ ตุลาคม  
2566 – พฤษภาคม 2567 พบว่าโรงพยาบาลร้อยละ 28.57 (2 โรงพยาบาล) ผ่านเกณฑ์การประเมิน  
โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำนวน 10-12 ข้อ ได้แก่โรงพยาบาลท่าแพ และทุ่งหว้า

ตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ 3 ลำดับแรก คือ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ  
ส่วนบน (URI) (ไม่ผ่าน 7 โรงพยาบาล) การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW) และการใช้ยา  
ปฏิชีวนะในอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (ไม่ผ่าน 6 โรงพยาบาล)

**2.1.4 ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD**  
ผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 พบว่าอำเภอที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์  
RDU ทั้งโรค RI และ AD มากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวน 6 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 85.71 มีเพียงโรงพยาบาล  
มะนัง ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

**2.1.5 ร้อยละ 50 ของคลินิก ผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 50)**  
เนื่องจากกองบริหารสาธารณสุข ยังไม่เปิดให้สถานพยาบาลเอกชนแบบไม่พักค้างคืน (คลินิก)  
ประเมินตนเองการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนั้นจึงยังไม่สามารถประเมินผลได้

**2.1.6 ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 80**  
การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในคลินิกโดยการประเมินตนเอง ในช่วงตั้งแต่  
ตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 จังหวัดสตูลยังไม่เริ่มดำเนินการ ดังนั้นจึงยังไม่สามารถประเมินผลได้

**2.1.7 ร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการ  
ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G RDU)**

ผลการดำเนินงานร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตั้งแต่ ตุลาคม 2566 – พฤษภาคม  
2567 ทุกอำเภอมีการให้ความรู้เกี่ยวกับร้านชำคุณภาพให้กับผู้ประกอบการร้านชำและอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน (อสม) และอยู่ในช่วงดำเนินการประเมินร้านชำทั้ง 7 อำเภอ ผลการประเมินร้านชำคุณภาพ  
พบว่า อำเภอที่มีจำนวนร้านชำคุณภาพอย่างน้อย 2 ตำบล มี 3 อำเภอ ได้แก่ ควนโดน ละงู และ ทุ่งหว้า



2.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Echerichia coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)

ณ การตรวจราชการรอบ ๒/2567 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 67 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาตาม template รพ.สตูล มีแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยาในกลุ่ม Carbapemen มีแนวโน้มลดลงใน *A. baumannii*, ไม่พบการดื้อยา Carbapenem ใน *K. pneumoniae* (ลดลงเท่ากับศูนย์), *E. coli* (ทรงตัว, เท่ากับศูนย์เหมือนปี ๓ ปีที่ผ่านมา) ทำให้โดยรวมมีแนวโน้มต่ำกว่าค่ากลางในรพ.ระดับเดียวกัน (S) เมื่อสิ้นปีปฏิทิน พ.ศ. ๒๕๖๗

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 30 ของอำเภอทั้งหมด

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	1. มีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยนอกในโรคระบบทางเดินหายใจ โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสด 2. พัฒนาความรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลในแพทย์ใช้ทุน/ รพ.สต./ร้านยา/อสม./ประชาชน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	1. จัดอบรมความรู้เรื่อง RDU 2. จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาการดำเนินงาน 3.จัดอบรมพัฒนาความรู้ เรื่องแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจและอุจจาระร่วงเฉียบพลันในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	1.ติดตามตัวชี้วัดจาก HDC, HPVC 2.รายงานสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (Service Plan - RDU) ผ่านโปรแกรมระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	-



หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	ตามสิทธิผู้ป่วย
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ติดตามตัวชี้วัด

3.1.2 อัตราการติดอัตราการติดเชื้อดื้อยาอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Echerichia coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	รพ.สตูลได้เป็นครุ ก ในการสอนการใช้เครื่องมือ ประมวลผลอัตราการติดเชื้อดื้อยาของ กบรส. คือ โปรแกรม AMASS ซึ่งได้ประมวลผลย้อนหลัง 3 ปี พบว่า มีอัตราการดื้อยาฯ ดังกล่าวเพิ่มขึ้น ทั้งในรายงานที่ได้จาก โปรแกรม AMASS จะมีหลายหัวข้อที่บ่งเรื่องคุณภาพ มาตรฐานของรพ. ซึ่งสามารถวิเคราะห์หากวิธีแก้ปัญหา เพื่อลดอัตราดื้อยาควบคู่กับมาตรฐาน ASP
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	ยังขาดบุคลากรที่ผ่านการอบรม ASP หรือมีประสบการณ์ ในหลายวิชาชีพ โดยเฉพาะนักเทคนิคการแพทย์ประจำ ห้องจุลชีววิทยา และห้องอื่นที่ลัดเปลี่ยนมาอยู่เวรแต่ยัง ขาดประสบการณ์ทำให้แปลผลคลาดเคลื่อนดังรายงาน AMASS รวมถึงพยาบาล IC เกสัชรด้านโรคติดเชื้อ และ แพทย์โรคติดเชื้อ
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	ยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องใน data health จาก HDC และโปรแกรม AMASS จาก กบรส. คาดว่าจะสามารถ นำไปต่อยอดวิเคราะห์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เบื้องต้นโปรแกรม AMASS v3 April2024 สามารถให้ ข้อมูลเรื่อง Cluster signal ในหอผู้ป่วยต่างๆ ในรพ. ซึ่งมี ประโยชน์ในการวิเคราะห์ย้อนหลังเพื่อปรับปรุง/พัฒนา หน่วยงานบริการในหอผู้ป่วย และ ยังมีระบบ Dashboard รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยานี้ทั้งประเทศเป็น Big data <a href="#">Microsoft Power BI</a>





หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
	<a href="https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZGY0ZTcxNjMtYmNlZi00ODAyLWEzYjctYzBhOGRlM2ZlN2YxiwidCl6jM1YjAwOTJlLTM1MDYtNDIyS1IMWFJLTU0NmOwOT1NzEyZCIsImMiOjEwfO%3D%3D">https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiZGY0ZTcxNjMtYmNlZi00ODAyLWEzYjctYzBhOGRlM2ZlN2YxiwidCl6jM1YjAwOTJlLTM1MDYtNDIyS1IMWFJLTU0NmOwOT1NzEyZCIsImMiOjEwfO%3D%3D</a>
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	ใช้เครื่อง Sensititre® เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วมากขึ้น แต่ยังคงการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการจำแนกเชื้อเพื่อแก้ปัญหา pitfall จากระบบคอมพิวเตอร์ ประมวลผลเพาะเชื้อแบบอัตโนมัติ สำหรับยาปฏิชีวนะ ปัจจุบันมีเพียงพอสำหรับบริบท รพ. สตูล หากพบเชื้อที่มีความดื้อยา กลุ่มพิเศษสามารถขอ อนุมัติยาปฏิชีวนะ นั้นเป็นรายๆ ได้
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	-ตามสิทธิ์การรักษา โดยมียาปฏิชีวนะหลายระดับให้พิจารณาใช้ตามแนวทาง DUE ยาปฏิชีวนะ ที่มีการควบคุมทั้งใน empirical และ documental therapy เพื่อควบคุมการใช้ยา Board spectrum โดยไม่จำเป็น -เพิ่มเติมตามการอุบัติของโรคดื้อยาในตัวชี้วัดและเชื้ออุบัติใหม่ (บูรณาการกับ service plan เชื้ออุบัติใหม่ฯ)
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ทีมผู้บริหาร ให้ความสำคัญเรื่องเชื้อดื้อยา สนับสนุนการดำเนินงาน และติดตามตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง โดยให้รายงานความก้าวหน้าทุก 3 เดือน และตามรอบการประชุม PTC

#### 4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.2.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 30

4.2.1.1 Medication Safety : อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (Preventable adverse events) ตาม trigger ที่กำหนด

**ยังไม่สามารถประเมินผลได้**

4.2.1.2 RDU literacy : ร้อยละ 50 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีผลการประเมิน RDU ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

**ยังไม่สามารถประเมินผลได้**



4.2.1.3 ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ RDU hospital จำนวน 10-12 ข้อ

ข้อ	เกณฑ์	สตูด	ควนโตน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
1	URI. รพท ≤ 30% รพช ≤ 20%	45.29	26.12	20.91	21.28	22.90	26.11	26.59
2	AD ≤ 20%	44.74	20.53	37.98	15.57	20.52	22.86	34.07
3	FTW ≤ 50%	60.39	49.73	61.73	62.76	63.92	25.03	61.55
4	APL รพท ≤ 15 รพช ≤ 10%	41.83	0	0	0	13.64	0	20.00
5	RAS 2 ชนิด 0%	0	0	0	0	0	0	0
6	NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตระดับ 3 ขึ้นไป ≤ 10%	0.39	0.99	0.48	1.23	0.95	0.88	0
7	Metformin โดยไม่มีข้อห้าม ใช้ ≥ 80%	94.59	94.38	94.31	96.19	94.81	94.74	94.09
8	NSAIDs ซ้ำซ้อน ≤ 5%	0.11	0	0.10	0.09	0.03	0	0.40
9	โรคหืดที่ได้รับ inhale corticosteroid ≥ 80%	87.06	85.77	92.41	91.32	86.50	88.62	84.87
10	long-acting benzodiazepine ใน ผู้สูงอายุ ≤ 5%	0.89	0.04	0.51	0.94	1.62	2.10	0.47
11	non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI ≤ 20%	13.12	0	2.34	0.76	23.99	9.32	1.45
12	สตรีได้รับยาที่ห้ามใช้ 0 คน	0	0	0	0	0	0	0
	<b>จำนวนข้อที่ผ่าน</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>8</b>

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2567



4.2.1.4 ร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD

ตัวชี้วัด	สตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด	20	4	7	6	11	7	4
จำนวนรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	20	4	7	6	11	7	4
จำนวนรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	18	4	6	6	9	6	3
จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านโรคทั้ง RI และ AD	18	4	6	6	9	6	3
ร้อยละที่ผ่าน RI และ AD	90	100	85.71	100	81.82	85.71	75

4.2.1.5 ร้อยละ 50 ของคลินิก ผ่านการประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 50)

ยังไม่สามารถประเมินผลได้

4.2.1.6 ร้อยละ 50 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน  $\geq$  ร้อยละ 80

ยังไม่สามารถประเมินผลได้

4.2.1.7 ร้อยละ 10 ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย 2 ตำบลในอำเภอผ่านเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการ  
ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (G RDU)

อำเภอ	จำนวนตำบลทั้งหมด	จำนวน ร้านชำ คุณภาพ	จำนวนตำบลที่มีร้าน ชำคุณภาพ	ร้อยละของตำบลที่มี ร้านชำคุณภาพต่อ ตำบลทั้งหมด
สตูล	12	2	1	8.33
ควนโดน	4	4	2	50
ควนกาหลง	3	2	1	33.33
ท่าแพ	4	5	1	25
ละงู	6	14	2	33.33
ทุ่งหว้า	5	22	3	60
มะนัง	2	2	1	50

หมายเหตุ : 1. ข้อมูล ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2567

4.2.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาอุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Echerichia coli* ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่า  
อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)  
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อุตการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด  
(bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture 100,000 ราย (per 100,000 tested patients)  
โดย focus เชื้อดื้อยาที่เป็น hospital origin ดังต่อไปนี้

1. *Acinetobacter baumannii* ดื้อต่อยา carbapenem (CRAB)
2. *Klebsiella pneumoniae* ดื้อต่อยา carbapenem (CRKP)
3. *Escherichia coli* ดื้อต่อยา carbapenem (CREC)

hospital origin หมายถึง การติดเชื้อภายหลังจากเข้านอนในโรงพยาบาลมากกว่า 2 วันปฏิทิน



วัตถุประสงค์	เพื่อลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป A, S, M1 (หรือ SAP; P*, P, A*, A ที่มีห้องปฏิบัติการทางจุลชีววิทยา)										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานกองบริหารการสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป										
รายการข้อมูล 1	<p>A1 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีดื้อยา CRAB ในกระแสเลือด (สูตร A1 = จำนวนผู้ป่วย CRAB x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)</p> <p>A2 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีดื้อยา CRKP ในกระแสเลือด (สูตร A2 = จำนวนผู้ป่วย CRKP x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)</p> <p>A3 = อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีดื้อยา CREC ในกระแสเลือด (สูตร A3 = จำนวนผู้ป่วย CREC x 100,000 / จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ hemoculture)</p> <p>A = A1 + A2 + A3</p>										
รายการข้อมูล 2	<p>B = อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา CRAB, CRKP, CREC ในกระแสเลือด ปีปฏิทิน พ.ศ. 2565 (baseline แบ่งตามระดับระดับโรงพยาบาล)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ระดับ รพ.</th> <th>อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ A</td> <td>6,999</td> </tr> <tr> <td>ระดับ S</td> <td>4,726</td> </tr> <tr> <td>ระดับ M1</td> <td>2,505</td> </tr> <tr> <td>เฉลี่ยรวม*</td> <td>5,917</td> </tr> </tbody> </table> <p>* ข้อมูลของ รพ. 112 แห่ง จากโรงพยาบาลทั้งหมด 127 แห่ง</p>	ระดับ รพ.	อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65	ระดับ A	6,999	ระดับ S	4,726	ระดับ M1	2,505	เฉลี่ยรวม*	5,917
ระดับ รพ.	อุบัติการณ์ ปีปฏิทิน 65										
ระดับ A	6,999										
ระดับ S	4,726										
ระดับ M1	2,505										
เฉลี่ยรวม*	5,917										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A &lt; B</p> <p>อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา <i>A. baumannii</i>, <i>K. pneumoniae</i>, <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลในรอบที่วัดผล ต้องต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกันของปีปฏิทิน 2565 (baseline)</p>										
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ทุก 6 เดือน</p> <p>ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 66 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)</p> <p>ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 67 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)</p>										



เกณฑ์การประเมิน : ปี 2567					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 66 (ม.ค.-ธ.ค. 66) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)		อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K.pneumoniae</i> , <i>E.coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ใช้ข้อมูลปีปฏิทิน 67 (ม.ค.-มิ.ย.67) เทียบกับbaseline ปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65)		
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2563	2564	2565
	วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2560-64)				
	ร้อยละของผู้ป่วย bacteremia ที่ติดเชื้อดื้อยา 8 ชนิด	ร้อยละ	ร้อยละ 38.70 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.66)	ร้อยละ 39.14 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค.66)	ร้อยละ 39.35 (ข้อมูล ม.ค.-ธ.ค. 66)
	วัดผลตามแผน AMR ประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2566-70)				
อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem	ต่อ 100,000 ราย ที่ได้รับการตรวจ hemoculture	-	-	5,917 ระดับ A = 6,999 ระดับ S = 4,726 ระดับ M1 = 2,505	

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 65	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่า อุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 66	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K.pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 67	อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ <i>A. baumannii</i> , <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> ที่ดื้อยา carbapenem ของโรงพยาบาลต่ำกว่าอุบัติการณ์เฉลี่ยของโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน ปีปฏิทิน 68

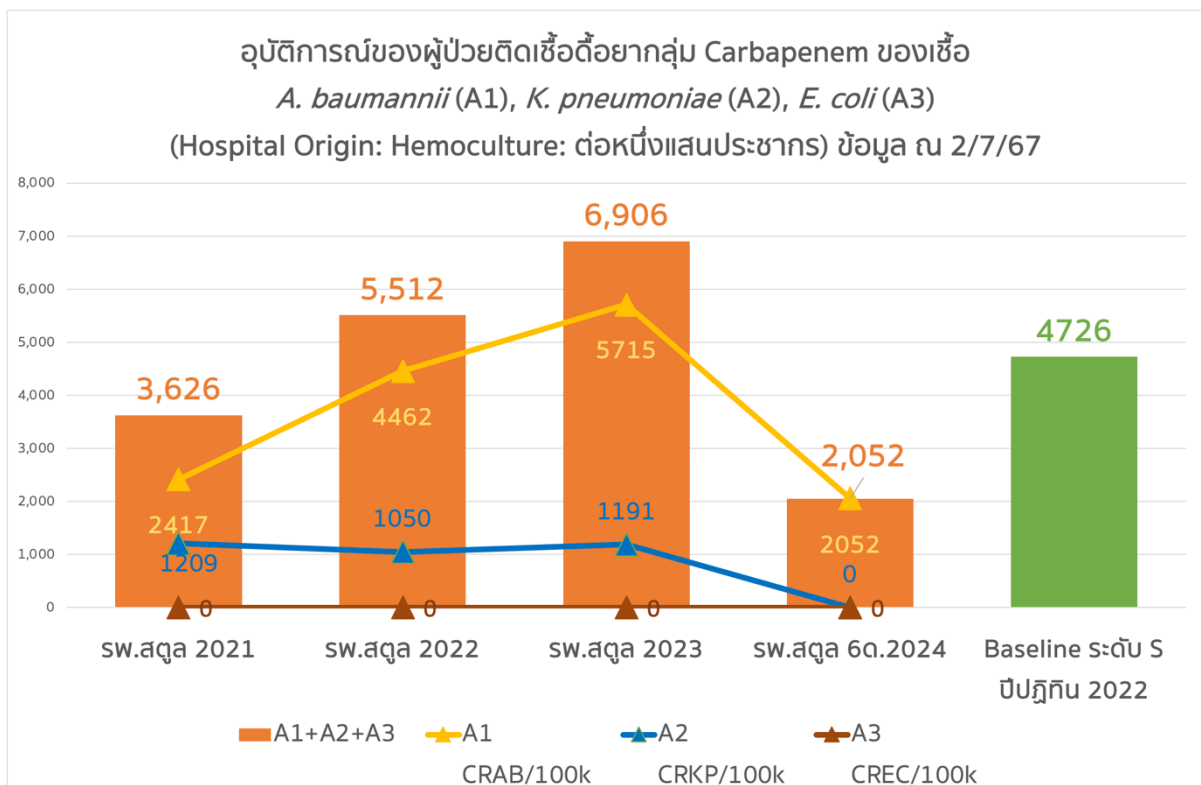
ณ การตรวจราชการรอบ ๒/2567 ใช้ข้อมูล ม.ค.-มิ.ย. 67 เทียบกับปีปฏิทิน 65 (ม.ค.-ธ.ค.65) สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยาตาม template รพ.สตูล มีแนวโน้มการติดเชื้อดื้อยา กลุ่ม Carbapenem มีแนวโน้มลดลงใน *A. baumannii*, ไม่พบการดื้อยา Carbapenem ใน *K. pneumoniae* (ลดลงเท่ากับศูนย์), *E. coli* (ทรงตัว, เท่ากับศูนย์เหมือนปี ๓ ปีที่ผ่านมา) ทำให้โดยรวมมีแนวโน้มต่ำกว่าค่ากลางในรพ.ระดับเดียวกัน (S) เมื่อสิ้นปีปฏิทิน พ.ศ. ๒๕๖๗



# Antimicrobial Resistance (AMR) Surveillance report

Hospital name: 10746 Satun Hospital  
Country name: Thailand

Data from:  
01 Jan 2024 to 30 Jun 2024



## 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ประชุมชี้แจงตัวชี้วัด และกำหนดแนวทางการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- อบรมให้ความรู้แก่แพทย์ใช้ทุน เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล



- กำหนดให้ ตัวชี้วัดอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) เป็นตัวชี้วัด MOU
- อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกี่ยวกับแนวทางการสั่งใช้ยาตามมาตรฐานการใช้ยาอย่างสมเหตุผลบูรณาการร่วมกับการขับเคลื่อนงานเภสัชปฐมภูมิ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสนับสนุนการจัดทำโครงการให้ความรู้และประเมินร้านชำคุณภาพในทุกตำบล
- การประเมินตนเองของคลินิก กำหนดดำเนินการในช่วงปลายปี 2567
- เชิญชวนและพัฒนาร้านยาเข้าร่วมโครงการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- บูรณาการร่วมกับงานเภสัชปฐมภูมิ ในการพัฒนาความรู้เรื่องระบบยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- กระตุ้นให้คลินิกเวชกรรมเอกชนและร้านยา เข้าร่วมโครงการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและประเมินตนเองในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
- มีการอบรมเชิงปฏิบัติการทาง IC ระดับจังหวัดเพื่อเสริมสร้างความรู้ และเครือข่ายการป้องกันการดื้อยา จาก รพท. ไปยัง รพช. ในจังหวัด

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- งบประมาณสนับสนุน หรือ การจัดประชุมวิชาการทั้ง on-site และ online เพื่อพัฒนาบุคลากรรุ่นต่อไป เพื่อให้งาน AMR สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้รับผิดชอบ

นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เภสัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงาน RDU

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0898761820

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun\_fda@yahoo.com

นางสาวเกตุอนิทยา เส็นสมมาตร เภสัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงาน AMR

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0864816612

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun\_fda@yahoo.com

นายวีรศักดิ์ สมายุทธพงศ์ เภสัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสตูล ประสานงาน AMR

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723500 โทรศัพท์มือถือ : 0855833595

Email : peravich.clinic@gmail.com

นางสุชมาลย์ พัฒนศิริ เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงานภาพรวมจังหวัดและเขต

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0898768187

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun\_fda@yahoo.com

วันที่รายงานข้อมูล : ๓ กรกฎาคม 256๗



