



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เอกสารประกอบการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569



21 - 23 มกราคม 2569

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารจัดการในการนำนโยบายด้านสุขภาพของรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมาบูรณาการกับปัญหาสุขภาพของพื้นที่ กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในจังหวัด และถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ให้เป็นรูปธรรม รวมทั้งทำหน้าที่ในการควบคุม กำกับ ให้การดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกระดับเป็นไปตามเป้าหมาย

เอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขจังหวัดสตูลเล่มนี้ ได้รวบรวมผลการดำเนินงานประเด็นการตรวจราชการ 8 ประเด็น ตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเป็นประโยชน์ต่อคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ผู้รับการตรวจราชการและรับนิเทศงาน รวมถึงผู้สนใจทุกท่าน หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้จัดทำเอกสารขออภัยไว้ทุกประการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
มกราคม 2569

สารบัญ

คำนำ.....	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ญ
ข้อมูลทั่วไป	1
สถานการณ์ทางระบาดวิทยา	16
สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดสตูล พ.ศ. 2568	16
ยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล	18
✦ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 – 2570 ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	19
ประเด็นการตรวจราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 รอบที่ 1	28
ประเด็นที่ 1 มารดาตาย ทารกตาย	29
✦ มารดาตาย.....	30
✦ ทารกตาย	36
ประเด็นที่ 2 พัฒนาการเด็ก	42
✦ พัฒนาการสมวัย	43
✦ เด็กอายุ 0 – 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free).....	55
✦ เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน.....	58
✦ ความคลุมเครือการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด	63
ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ.....	66
✦ ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	67
✦ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป.....	70
✦ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง..	74
✦ การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน	84
✦ ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน	90
✦ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.....	93
ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ	100
✦ การค้นหาวัณโรค.....	101
✦ RLU Hospital.....	106
✦ ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่.....	109
✦ ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด.....	112

สารบัญ(ต่อ)

✦ อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)	116
✦ มะเร็ง	121
✦ STROKE	126
✦ STEMI	130
✦ Palliative care	135
ประเด็นที่ 5 ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด	149
✦ อัตราตายฆ่าตัวตายสำเร็จ	150
✦ ยาเสพติด	157
ประเด็นที่ 6 เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence)	163
✦ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	164
✦ จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก	168
✦ มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC	173
ประเด็นที่ 7 ด้านบริหารจัดการ	179
✦ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	180
✦ การบริหารจัดการกำลังคน	186
✦ Total Performance Score (TPS)	188
ประเด็นที่ 8 Cyber Security	193
✦ Cyber Security	194

ตารางที่ 1	เขตการปกครอง จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568	5
ตารางที่ 2	จำนวนประชากร จำแนกตามทะเบียนบ้านและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสตูล	6
ตารางที่ 3	จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)	6
ตารางที่ 4	ร้อยละสัดส่วนประชากร จังหวัดสตูล จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2566 - 2568	7
ตารางที่ 5	อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2568	7
ตารางที่ 6	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2568	8
ตารางที่ 7	จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ปี พ.ศ.2568	8
ตารางที่ 8	จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568	9
ตารางที่ 9	อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2562 - 2568	10
ตารางที่ 10	ข้อมูลสถิติชีพ จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562 - 2568	11
ตารางที่ 11	จำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากรจำแนกตามโรคสาเหตุการตาย 10 โรคแรก จังหวัดสตูล พ.ศ.2565 - 2568 (ข้อมูล ณ 30 พฤศจิกายน 2568)	12
ตารางที่ 12	อัตราป่วยของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก จำแนกตามสาเหตุป่วย 21 กลุ่มโรค พ.ศ.2566 - 2568	13
ตารางที่ 13	จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก พ.ศ.2566 - 2568	14
ตารางที่ 14	ข้อมูล CMI (Case Mix Index) ของผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ และค่า Sum AdjRW ของแต่ละระดับสถานบริการตาม Service Plan ของ ปี พ.ศ.2566 - 2568	15
ตารางที่ 15	อัตราครองเตียง ผู้ป่วยใน รวมทุกสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568	15
ตารางที่ 16	จำนวนป่วย อัตราป่วยต่อแสนประชากร จำนวนตาย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568	16
ตารางที่ 17	จำนวนป่วย อัตราป่วย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับ ปี 2566 - 2568	17
ตารางที่ 18	สรุปกลยุทธ์และตัวชี้วัดหลักตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน	25
ตารางที่ 19	อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีพ) ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัด	30
ตารางที่ 20	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่อง อนามัยแม่และเด็ก	31
ตารางที่ 21	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน	36
ตารางที่ 22	จำนวนเตียง NICU ≤ 1:300 ทารกเกิดมีชีพ	37
ตารางที่ 23	ร้อยละของการให้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน	37
ตารางที่ 24	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568	45
ตารางที่ 25	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรอง และผลการคัดกรอง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	45
ตารางที่ 26	จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 - 12 เดือน ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง และร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	46

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 27	จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และผลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569.....	46
ตารางที่ 28	ผลการดำเนินงานร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free).....	55
ตารางที่ 29	สถานการณ์เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ปี 2567 - 2568.....	59
ตารางที่ 30	จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน จำแนกรายอำเภอ.....	59
ตารางที่ 31	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 -2568.....	63
ตารางที่ 32	ผลการดำเนินงานร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	64
ตารางที่ 33	ผลการดำเนินงานร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล	64
ตารางที่ 34	ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568)	67
ตารางที่ 35	แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569	68
ตารางที่ 36	อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 3 ปี.....	70
ตารางที่ 37	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.- ธ.ค. 2568).....	71
ตารางที่ 38	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน.....	75
ตารางที่ 39	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง	75
ตารางที่ 40	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	76
ตารางที่ 41	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	76
ตารางที่ 42	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	77
ตารางที่ 43	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	77
ตารางที่ 44	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด $\geq$ ร้อยละ 40 (ตัวชี้วัด Service Plan ระดับเขตสุขภาพที่ 12)	78
ตารางที่ 45	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ.....	78
ตารางที่ 46	จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568	85
ตารางที่ 47	ค่าเฉลี่ยผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จังหวัดสตูล.....	85
ตารางที่ 48	เป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569	85
ตารางที่ 49	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2568).....	86
ตารางที่ 50	จำนวนและอัตราป่วยโรคหัดและไข่ออกผื่น ย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2566 - 2568)	90

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 51	ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี	90
ตารางที่ 52	หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	94
ตารางที่ 53	ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล ในระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569	94
ตารางที่ 54	ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดย่อยแยกรายอำเภอในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	95
ตารางที่ 55	ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 6 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569	96
ตารางที่ 56	ร้อยละความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ยื่นทะเบียนระดับจังหวัด ระดับเขตฯ12 และระดับประเทศ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2565 - 2569	102
ตารางที่ 57	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	102
ตารางที่ 58	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด	106
ตารางที่ 59	สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	109
ตารางที่ 60	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	109
ตารางที่ 61	สถานการณ์อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568	112
ตารางที่ 62	สถานการณ์อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568	112
ตารางที่ 63	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	113
ตารางที่ 64	อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired	113
ตารางที่ 65	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	117
ตารางที่ 66	สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ย้อนหลัง 3 ปี	121
ตารางที่ 67	สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ย้อนหลัง 3 ปี	121
ตารางที่ 68	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี)	122
ตารางที่ 69	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	122
ตารางที่ 70	สถานการณ์อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568	127
ตารางที่ 71	สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : ≥ร้อยละ 80) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 - 2568	127

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 72	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ...	127
ตารางที่ 73	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษา ใน Stroke Unit ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	128
ตารางที่ 74	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	131
ตารางที่ 75	ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	131
ตารางที่ 76	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	132
ตารางที่ 77	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	132
ตารางที่ 78	รายการส่งต่อ PCI ปี งบประมาณ พ.ศ.2569.....	133
ตารางที่ 79	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI.....	133
ตารางที่ 80	มาตรการดำเนินงานหลักเรื่อง Palliative care	136
ตารางที่ 81	ข้อมูลบุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care.....	136
ตารางที่ 82	ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแล ผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล	139
ตารางที่ 83	ข้อมูลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care.....	139
ตารางที่ 84	ข้อมูลผู้ป่วยเด็กในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care	140
ตารางที่ 85	ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน	140
ตารางที่ 86	ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning	141
ตารางที่ 87	ข้อมูลการดำเนินการแต่ละรพ.ขึ้นทะเบียน e-living will ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ..	141
ตารางที่ 88	ข้อมูลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่าง มีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death)142	
ตารางที่ 89	ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเร็งระยะประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37 - D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid	142
ตารางที่ 90	ข้อมูลโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient	143
ตารางที่ 91	ข้อมูลสรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ	143
ตารางที่ 92	ข้อมูลด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การ อนามัยโลก (WHO)	144
ตารางที่ 93	ข้อมูลด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO).....	144
ตารางที่ 94	ผลการดำเนินงานผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework	145
ตารางที่ 95	ข้อมูลสรุประดับคะแนนโดยรวม	146
ตารางที่ 96	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568.....	150
ตารางที่ 97	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569	151
ตารางที่ 98	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	152

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่ 99	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลังร้อยละผู้ติดเชื้อเสียชีวิตที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติด ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568	157
ตารางที่ 100	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	158
ตารางที่ 101	จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด ...	165
ตารางที่ 102	ข้อมูลสถานการณ์ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ย้อนหลัง 3 ปี	168
ตารางที่ 103	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพ ในการส่งออก.....	169
ตารางที่ 104	ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล	173
ตารางที่ 105	ผู้ใช้สิทธิ UC แยกรายอำเภอของจังหวัดสตูล	174
ตารางที่ 106	ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของ มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569)	174
ตารางที่ 107	ร้อยละจังหวัดที่มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงใน รพช. เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	186
ตารางที่ 108	ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมิน ประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568.....	188
ตารางที่ 109	ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมิน ประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568.....	190
ตารางที่ 110	คะแนนการส่งบทลงของหน่วยบริการ ณ เดือน พฤศจิกายน 2568.....	191
ตารางที่ 111	ผลการดำเนินงานร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569	194
ตารางที่ 112	จำนวนหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)	195

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	ตราประจำจังหวัด	2
ภาพที่ 2	ต้นไม้ประจำจังหวัด (หมากพุดตักแตง) และดอกไม้ประจำจังหวัด (ดอกกาหลง)	3
ภาพที่ 3	แผนที่จังหวัดสตูล	3
ภาพที่ 4	ปิรามิดประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)	7
ภาพที่ 5	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2562 - 2567	10
ภาพที่ 6	ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล	173

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ 1	อัตราป่วยต่อแสนประชากร จำนวนตาย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568	17
แผนภูมิที่ 2	ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 - 2569	117

บทสรุปผู้บริหาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล มีการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขของจังหวัดสตูล ภายใต้วิสัยทัศน์ “ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สู่เป้าหมายสุขภาวะคนสตูล ภายในปี พ.ศ.2570” โดยนายแพทย์ธีรศักดิ์ เด่นดวง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล มีทิศทางการดำเนินงานสาธารณสุขให้เป็น “SATUN IS THE FIRST FOR THE BEST” ด้วยการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพสู่ความยั่งยืนด้านสุขภาพ โดยมีมิติที่หลากหลาย ทั้งการสืบสานแนวทางพระราชดำริเพื่อเฉลิมพระเกียรติการให้ชุมชนเป็นฐานการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนทั้ง 5 เสาหลัก (สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา สถาบันการศึกษา องค์กรชุมชนและผู้นำท้องถิ่น และสถาบันเศรษฐกิจ) การใช้หลัก Policy Drive with Data และการตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งมีกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนงานโดยการถ่ายทอดนโยบายและตัวชี้วัดสู่พื้นที่ เพื่อผลักดันงานด้านสาธารณสุขสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต รวมทั้งมีระบบการควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผล โดยคณะกรรมการประสานงานระดับจังหวัดและคณะกรรมการบริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และการนิเทศผสมผสานระดับอำเภอ ปีละ 2 ครั้ง ซึ่งปรากฏผลการดำเนินงานดังนี้

ประเด็นที่ 1 มารดาตาย ทารกตาย

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานมารดาตาย ทารกตาย โดยไม่ปรากฏมารดาตายติดต่อกันเป็นปีที่ 4 และมีอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป็น 1.64 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ รวมทั้งมีบริการเตียง NICU อัตรา 1 เตียงต่อทารกเกิดมีชีพ 315 คน และมีการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ร้อยละ 95.98 ซึ่งมีระบบสนับสนุนจาก One Province One Labor Room, Fast Track OB Refer, ANC High Risk Clinic รวมทั้งการคัดกรองสุขภาพจิตและยาเสพติด และเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิก ชุมชน และโรงพยาบาล สำหรับการดูแลมารดาและทารก

ประเด็นที่ 2 พัฒนาการเด็ก

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก โดยมีเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.17 และมีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 63.65 โดยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 14.47 และเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 26.67 มีการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด ร้อยละ 93.33 ซึ่งผลการดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนระบบ WWC, Our Children Our Future, Kid diary school, การคัดกรอง DSPM, การส่งเสริมสุขภาพ 4D, HL 9 อย่าง โรงเรียนพ่อแม่, ตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส สู่ 2500 วัน, พลัง 3 สร้าง, ยกระดับโภชนาการเด็กอันดามัน สู่ IQ มาตรฐาน และการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ส่งผลให้จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง ภายใต้แคมเปญ “เด็กฉลาดด้วยธาตุเหล็ก” สูงสุดระดับประเทศ

ประเด็นที่ 3 ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

จังหวัดสตูล มีบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีชุมชนที่ดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนย้อนหลัง 3 ปี ร้อยละ 100 โดยประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.05 และประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน ร้อยละ 66.46 โดยกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 45.76 และผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 18.58 รวมทั้งมีผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ร้อยละ 26.06 และดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 67.82 โดยกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย ร้อยละ 52.53 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 48.38 ส่วนเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี) เสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ 44.08 และเด็กอายุ

ครบ 2 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่ 2 (MMR2) ร้อยละ 92.17 นอกจากนี้หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ร้อยละ 27.69 เมื่อพิจารณาผลงานในหน่วยบริการพบว่า เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 95.30 ซึ่งผลการดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนงานตามมาตรฐานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติฯ มาตรฐานงานสุขศึกษาระบบปฏิบัติการ Health gate ระบบสาสุขอุ้งใจ คัดกรองโรค NCDs Remission Clinic NCDs Prevention Clinic ศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs การบริการเชิงนวัตกรรม การบริการแบบสหวิชาชีพ หมอครอบครัว และการสนับสนุนจากผู้นำศาสนา การประกาศเป็น “ปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน” โครงการ “100 โรงพยาบาล 100 ธนาคารที่นั้งนิรภัย” ร้อยดวงใจผูกพันวัคซีนจราจร รวมทั้งติดตามการให้บริการวัคซีนและ EPI Meeting

ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ

จังหวัดสตูล มีระบบบริการสุขภาพ โดยมีการค้นหาวินโรค ด้วยการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวินโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 9.01 และปีก่อนหน้ามีโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงร้อยละ 65.17 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ร้อยละ 25.6 และไม่มีผู้ป่วยจากอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก มีผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี) ร้อยละ 11.24 และมีผู้ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ร้อยละ 22.78 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตาย ร้อยละ 3.37 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษา ร้อยละ 93.30 ไม่มีผู้ป่วยตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI มีการให้การรักษผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 65.11 โดยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100 และได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ 63.41 และภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เสียชีวิต ร้อยละ 2.32 ผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ร้อยละ 26.96 ผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care ร้อยละ 11.74 ผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) ร้อยละ 59.5 ผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4) ร้อยละ 83.08 ผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) ร้อยละ 91.61 ผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคองได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (มิติที่ 5) ร้อยละ 36.98 โรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) ร้อยละ 100 ซึ่งผลการดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนงานของทีมสหวิชาชีพ อสม. ระบบการคัดกรองการรักษาตามแนวทาง DOTS พร้อมระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการ Shared decision making, CPG Flow Sepsis Ward/Flow RRT, CNPG sepsis สำหรับพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการ และรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย Family meeting, Advance Care Planning และ Home ward for active dying patient

ประเด็นที่ 5 ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

จังหวัดสตูล มีระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 0.62 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 100 ส่วนผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ร้อยละ 63.68 และผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ร้อยละ 100 ซึ่งผล

การดำเนินงานเกิดจากการขับเคลื่อนงาน Service Plan บูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่าย จำแนกผู้ป่วยตาม Patient journey พร้อม Care map ในการดูแลผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วยและดูแลผู้ป่วยในชุมชนภายใต้โครงการ CBTx ร่วมกับภาคีเครือข่าย

ประเด็นที่ 6 เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ

จังหวัดสตูล มีการดำเนินงานเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence) โดยไม่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐาน และมีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ร้อยละ 42.31 รวมทั้งผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนา มาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก ร้อยละ 100 มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาตแล้ว ร้อยละ 100 มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรลดลง ร้อยละ 14.99 ซึ่งมีการดำเนินงานโดยส่งเสริมผู้ประกอบการกิจส่งออกดีเด่น ประเภทรางวัลสินค้าหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (Best OTOP) จากกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ และประชาสัมพันธ์เกณฑ์และการอนุญาตผลิตภัณฑ์ผ่านระบบ Skynet ใช้วัตถุดิบสมุนไพรที่ปลูกในพื้นที่มาแปรรูป โดยโรงงานผลิตยาที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP

ประเด็นที่ 7 ด้านบริหารจัดการ

จังหวัดสตูล มีระบบการบริหารจัดการ โดยมีโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 100 มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนเป็นไปตามเกณฑ์ ร้อยละ 83.33 มีหน่วยบริการที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ร้อยละ 42.86 มีการขับเคลื่อนงานโดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ ปริมาณการใช้ไฟฟ้า การบริหารอัตรากำลังแพทย์ของจังหวัดสตูล และจัดทำข้อมูลภาพรวมของแพทย์ จัดสรรเงินกองทุน UC การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่อง มาตรการลงทุนตามความจำเป็น รวมทั้งลดต้นทุนด้าน Lab และการจ่าย/ชำระหนี้

ประเด็นที่ 8 Cyber Security

จังหวัดสตูล ไม่มีหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ซึ่งเป็นระบบสนับสนุนการใช้สารสนเทศในการให้บริการผู้ป่วยที่ปลอดภัย มีการขับเคลื่อนงานโดยใช้ Electronic Prescription Integrity, Secure Procurement Portals, Protection of Medical Technology Data, Reliability of Smart Tracking Systems, Ransomware, Audit, Integrated Risk Management, Transparency & Auditability, Cybersecurity Maturity Elevation และมุ่งเน้นการปรับระบบเครือข่ายและสารสนเทศ

จังหวัดสตูลมุ่งพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมทุกระดับ สู่เป้าหมายประชาชนทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี ถ้วนหน้า ทั้งบริการด้านสาธารณสุข การแพทย์ปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง รวมถึงระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ ตอบสนองต่อสภาพภูมิศาสตร์และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ชายฝั่งและพื้นที่ห่างไกล โดยมีแนวคิด “ใช้จุดแข็ง สร้างจุดเด่น เน้นจุดดี” เป็นกรอบในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ ควบคู่กับการให้ความสำคัญต่อการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขให้มีความรู้ ความสามารถ และจิตวิญญาณแห่งการบริการ (Service Mind) พร้อมยกระดับองค์กรให้เป็นองค์กรสมรรถนะสูงที่มีบรรยากาศการทำงานที่ดี เอื้อต่อสุขภาพกาย ใจ และการเติบโตของบุคลากรอย่างยั่งยืน นอกจากนั้นการบริหารงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส ตรวจสอบได้ และเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขให้บรรลุตามเป้าหมายทั้งในระดับนโยบายและระดับพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

มกราคม 2569

ข้อมูลทั่วไป



ประวัติจังหวัดสตูล

ประวัติความเป็นมาของจังหวัดสตูลในสมัยก่อนกรุงศรีอยุธยาและในสมัยกรุงศรีอยุธยาไม่ปรากฏหลักฐานกล่าวไว้ ณ ที่ใด สันนิษฐานว่าในสมัยนั้น ไม่มีเมืองสตูล คงมีแต่หมู่บ้านเล็ก ๆ กระจัดกระจายอยู่ตามที่ราบชายฝั่งทะเล

ในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ “สตูล” เป็นเพียงตำบลหนึ่งในเขตเมืองไทรบุรี ฉะนั้นประวัติความเป็นมาของจังหวัดสตูลจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องราวของเมืองไทรบุรีดังปรากฏในหนังสือพระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 2 ว่า “ตามเนื้อความที่ปรากฏดังกล่าวมาแล้ว ทำให้เห็นว่าในเวลานั้นพวกเมืองไทรเห็นจะแตกแยกกันเป็นสองพวก คือ พวกเจ้าพระยาไทรปะแงรันพวกหนึ่งและพวกพระยาอภัยนุราชคงจะนับน้อมฝากตัวกับเมืองนครศรีธรรมราช โดยเฉพาะเมื่อพระยาอภัยนุราชได้มาเป็นผู้ว่าราชการเมืองสตูลซึ่งเขตแดนติดต่อกับเมืองนครศรีธรรมราช พวกเมืองสตูลคงจะมาพึ่งบังคับบัญชาสนิทสนมข้างเมืองนครศรีธรรมราชมากกว่าเมืองไทร แต่พระยาอภัยนุราชว่าราชการเมืองสตูลได้เพียง 2 ปี ก็ถึงแก่อนิจกรรมจึงไม่มีผู้ใดจะได้ว่าราชการเมืองสตูล ต่อมาในชั้นนั้นหาได้พบจดหมายเหตุไม่แต่พิเคราะห์ความตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังเข้าใจว่าเชื้อพระวงศ์ของพระอภัยนุราช (ปิศณุ) คงจะได้ว่าราชการเมืองสตูลและพึ่งบังคับบัญชาสนิทสนมกับเมืองนครศรีธรรมราช อย่างครั้งพระยาอภัยนุราชหรือยิ่งกว่านั้น ”

เรื่องเกี่ยวกับเมืองสตูล ยังปรากฏในหนังสือพงศาวดารเมืองสงขลา แต่ข้อความที่ปรากฏบางตอนเกี่ยวกับชื่อผู้ว่าราชการเมืองสตูล ไม่ตรงกับพระราชพงศาวดารกรุงรัตนโกสินทร์ รัชกาลที่ 3 ประวัติเกี่ยวกับเมืองสตูล ในการจัดรูปแบบการปกครองเมืองตามระบอบมณฑลเทศาภิบาลว่า ในปี พ.ศ. 2440 ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้รักษาเมืองไทรบุรี เมืองปสิส และเมืองสตูลเป็นมณฑลเทศาภิบาล เรียกว่า “มณฑลไทรบุรี” โปรดเกล้าฯ ให้เจ้าพระยาไทรบุรีรามภักดี เจ้าพระยาไทรบุรี (อัศุลฮามิต) เป็นข้าราชการเทศาภิบาลมณฑลไทรบุรี เมืองสตูลได้แยกจากเมืองไทรบุรีอย่างเด็ดขาดตามหนังสือสัญญาไทยกับอังกฤษ เรื่องปักปันเขตแดนระหว่างไทยกับสหพันธรัฐมาลายู ซึ่งลงนามกันที่กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 10 มีนาคม ร.ศ.127 (พ.ศ. 2452) จากหนังสือสัญญานี้ยังผลให้ไทรบุรีและปสิสตกเป็นของอังกฤษ ส่วนสตูลคงเป็นของไทยสืบมาจนถึงปัจจุบันเมื่อปักปันเขตแดนเสร็จแล้ว ได้มีพระราชโองการโปรดให้ “เมืองสตูล” เป็นเมืองจัตวารวมอยู่ในมณฑลภูเก็ต เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม ร.ศ.128 (พ.ศ. 2453) ในปีพุทธศักราช 2475 ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงการปกครองเป็นระบอบประชาธิปไตย เมืองสตูล ก็มีฐานะยกเป็นจังหวัดหนึ่งในราชอาณาจักรไทยสืบต่อมาจนถึงกระทั่งทุกวันนี้

คำว่า “สตูล” มาจากคำภาษามาลายูว่า “สโตย” แปลว่ากระทอน อันเป็นผลไม้ชนิดหนึ่งที่ขึ้นอยู่ชุกชุมในท้องที่เมืองนี้ซึ่งต่อมาได้รับการตั้งสมญานามเป็นภาษามาลายูว่า “นครสโตยมาบังสการา (Negeri Setoi Mumbang Segara) ” หรือแปลเป็นภาษาไทยว่า สตูล เมืองแห่งพระสมุทรเทวา
คำขวัญจังหวัด : “สตูล สงบ สะอาด ธรรมชาติบริสุทธิ์”



ภาพที่ 1 ตราประจำจังหวัด

รูปพระสมุทรเทวาสถิตอยู่บนแท่นหินกลางทะเลเบื้องหลังมีรัศมี พระอาทิตย์อัสดง พระสมุทรเทวา คือ เทวดาผู้ปกป้องรักษามหาสมุทร บัลลังค์หิน คือ วิมานทองเทวดาพระอาทิตย์อัสดง คือ ฝั่งทะเลตะวันตก หรือมหาสมุทรอินเดีย



ภาพที่ 2 ต้นไม้ประจำจังหวัด (หมากพลูตักแตน) และดอกไม้ประจำจังหวัด (ดอกกาหลง)

ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดสตูล เป็นจังหวัดสุดเขตแดนใต้ของประเทศไทยทางชายฝั่งทะเลอันดามัน ซึ่งเป็นชายฝั่งทะเลทางด้านตะวันตก อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยเส้นทางรถยนต์ 973 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 2,807.522 ตารางกิโลเมตร หรือเท่ากับ 1,754,701 ไร่ พื้นที่ส่วนที่เป็นเกาะประมาณ 105 เกาะ มีชายฝั่งทะเลยาว 144.80 กิโลเมตร

ทิศเหนือ ติดอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา และ อำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง และ อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง

ทิศใต้ ติดรัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย

ทิศตะวันออก ติดอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา และรัฐเปอร์ลิส ประเทศมาเลเซีย

ทิศตะวันตก ติดทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย



ภาพที่ 3 แผนที่จังหวัดสตูล

สภาพทางเศรษฐกิจ

รายได้ประชากรโดยทั่วไปของจังหวัดสตูล ขึ้นอยู่กับผลผลิตภาคบริการด้านการท่องเที่ยวเป็นหลัก และรองลงมาเป็นผลผลิตทางการเกษตรและการค้าจากการทำสวนยางพารา ปาล์มน้ำมัน การทำนา และการทำสวนผลไม้ ฯลฯ จากตัวเลขผลิตภัณฑ์มวลรวมของ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี พ.ศ.2564 ประชากรมีรายได้เฉลี่ยต่อคน/ปี เท่ากับ 113,481 บาท เป็นลำดับที่ 38 ของประเทศ

โครงสร้างเศรษฐกิจของจังหวัดสตูล ขึ้นอยู่กับสาขาเกษตรกรรม การป่าไม้และการประมงเป็นหลัก โดยมีสัดส่วนร้อยละ 40.9 สาขาการผลิตที่มีความสำคัญรองลงมา ได้แก่ สาขาการขายส่งและการขายปลีก มีสัดส่วนร้อยละ 11.8 สาขาอุตสาหกรรมการผลิต มีสัดส่วนร้อยละ 10.6 สาขาการศึกษา มีสัดส่วนร้อยละ 7.1 และสาขาอื่นๆ มีสัดส่วนร้อยละ 29.6 ตามลำดับ

สภาพการท่องเที่ยว

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดสุดเขตแดนใต้ฝั่งอันดามันของประเทศไทย มีสถานที่ท่องเที่ยวทั้งทางทะเล การท่องเที่ยวเชิงนิเวศ และการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม มีสถานที่ท่องเที่ยวระดับโลก เช่น เกาะหลีเป๊ะ เกาะตะรุเตา เป็นต้น อีกทั้งยังมีชื่อเสียงในสถานที่ท่องเที่ยวเชิงนิเวศที่เปิดให้นักท่องเที่ยวได้เข้าไปสำรวจ และทำกิจกรรมสันถนาการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการล่องแก่ง พายเรือคายัค สถานที่ท่องเที่ยวในเขตที่มีชื่อเสียง ได้แก่ น้ำตกวังสายทอง ถ้ำภูผาเพชร ถ้ำเลสเตโกดอน เป็นต้น อีกทั้งยังมีอุทยานธรณีโลกที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางธรณีที่มีชื่อเสียงโด่งดังไปทั่วโลก การเชื่อมโยงความร่วมมือการพัฒนาด้านการท่องเที่ยว รวมถึงกิจกรรมเส้นทางการท่องเที่ยว Route การท่องเที่ยวกับจังหวัดกลุ่มอันดามันหรือจังหวัดสงขลา พัทลุงซึ่งเป็นจังหวัดใกล้เคียงและเชื่อมโยงการท่องเที่ยวประเทศเพื่อนบ้านสามารถเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยว และรายได้จากการท่องเที่ยว เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจในภาพรวมของจังหวัดสตูล

สถานที่ท่องเที่ยว

อำเภอเมืองสตูล	พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติควนลังก์เต็น อุทยานแห่งชาติตะรุเตา ถ้ำลอดปูยู สันหลังมังกรขาว สันหลังมังกรแดง เกาะกลาง เกาะไข่ เกาะหินงาม เกาะอาดัง-ราวี เกาะหลีเป๊ะ
อำเภอควนโดน	อุทยานแห่งชาติทะเลบัน น้ำตกยาโรย น้ำตกโดนปลิว น้ำตกจิ้งหรีด ถ้ำโดนดิน
อำเภอละงู	อุทยานแห่งชาติหมู่เกาะเภตรา น้ำตกวังสายทอง ถ้ำเจ็ดคด บ้านบ่อเจ็ดลูก หาดปากบารา เกาะบุโหลน
อำเภอทุ่งหว้า	น้ำตกธารปลิว หาดราวี ถ้ำเลสเตโกดอน ถ้ำวังกลาง
อำเภอควนกาหลง	น้ำตกป่านัน น้ำตกธารสวรรค์ บ่อน้ำร้อนบ้านโดน
อำเภอมะนัง	ถ้ำภูผาเพชร ถ้ำธารลอด

ช่วงที่เหมาะสมแก่การเดินทางไปอุทยานแห่งชาติตะรุเตา เดือน ธันวาคม-เมษายน จังหวัดสตูล ได้ก่อสร้างถนนบนเกาะจากท่าเรือตะเลี๊ยะวาวสู่อ่าวพันตะมะละกา นักท่องเที่ยวสามารถเดินทางมายังเกาะเส้นทางใหม่ได้ตลอดทั้งปี โดยมาลงเรือที่ท่าเรือตำมะลัง และท่าเรือปากบารา

การนับถือศาสนา

☞ นับถือศาสนาพุทธ	ร้อยละ	27.47
☞ นับถือศาสนาอิสลาม	ร้อยละ	72.43
☞ นับถือศาสนาอื่น ๆ	ร้อยละ	0.01

ศาสนสถาน

* วัด	43	แห่ง
* ที่พักสงฆ์	31	แห่ง
* มัสยิด	238	แห่ง
* โบสถ์คริสต์	3	แห่ง
* ศาลเจ้า	3	แห่ง

การปกครอง

จังหวัดสตูลแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 7 อำเภอ 36 ตำบล 280 หมู่บ้าน 1 องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 เทศบาลเมือง 6 เทศบาลตำบล และ 34 องค์การบริหารส่วนตำบล

ในเขตเทศบาลเมือง มีทั้งหมด 17 ชุมชน คือ ชุมชนหัวทาง ชุมชนทุ่งเฉลิมสุขตะวันออก ชุมชนทุ่งเฉลิมสุขตะวันตก ชุมชนวัดชนาธิปเฉลิม ชุมชนศาลากันตง ชุมชนคลองเส้นเต็น ชุมชนโคกพยอม ชุมชนท่าไม้ไผ่ ชุมชนม้าขาว ชุมชนซอยปลาเค็ม ชุมชนหลังโรงพัก ชุมชนปานซูรำลึก ชุมชนสันตยาราม ชุมชนเทศบาล 4 ชุมชนสี่แยกคอกเปิด ชุมชนท่านายเนาว์ และชุมชนหลังห้องสมุด

ตารางที่ 1 เขตการปกครอง จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568

ลำดับ	อำเภอ	ตำบล	หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	อบต.	เทศบาล	
						เมือง	ตำบล
1	เมืองสตูล	12	70	41,745	10	1	3
2	ควนโดน	4	31	8,424	4	-	1
3	ควนกาหลง	3	32	12,439	3	-	-
4	ท่าแพ	4	31	9,240	4	-	-
5	ละงู	6	61	25,400	6	-	1
6	ทุ่งหว้า	5	35	8,405	5	-	1
7	มะนัง	2	19	6,748	2	-	-
รวม		36	279	112,401	34	1	6

ที่มา : สำนักงานปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัด และ สำนักงานบริหารการทะเบียนภาค 9 สาขา จ.สตูล (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน 2568)

ตารางที่ 2 จำนวนประชากร จำแนกตามทะเบียนบ้านและสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จังหวัดสตูล

ลำดับ	อำเภอ	ประชากรทะเบียนราษฎร์			ประชากร Type 1+3	จำนวน ปชก. UC
		ชาย	หญิง	รวม		
1	เมืองสตูล	56,446	57,569	114,015	83,911	92,481
2	ควนโดน	13,757	13,949	27,706	22,747	18,807
3	ควนกาหลง	17,752	17,705	35,457	27,604	25,643
4	ท่าแพ	14,884	15,114	29,998	24,228	22,941
5	ละงู	36,560	37,257	73,817	60,266	55,234
6	ทุ่งหว้า	12,326	12,196	24,522	18,844	19,035
7	มะนัง	9,548	9,173	18,721	16,307	15,010
รวม		161,273	162,963	324,236	253,907	249,241

ที่มา : ข้อมูล ปชก.ทะเบียนราษฎร์ ณ 30 มิถุนายน 2568

ข้อมูล ปชก.UC ณ 30 เมษายน 2568

ข้อมูล ปชก.HDC ณ 21 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 3 จำนวนประชากรกลางปี จำแนกตามกลุ่มอายุ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
0 - 4	8,331	2.57	7,693	2.37	16,024	4.94
5 - 9	11,262	3.47	10,502	3.24	21,764	6.71
10 - 14	13,218	4.08	12,339	3.81	25,557	7.88
15 - 19	12,745	3.93	12,057	3.72	24,802	7.65
20 - 24	11,843	3.65	11,554	3.56	23,397	7.22
25 - 29	12,314	3.80	11,484	3.54	23,798	7.34
30 - 34	12,149	3.75	11,666	3.60	23,815	7.34
35 - 39	12,416	3.83	11,919	3.68	24,335	7.51
40 - 44	12,249	3.78	12,061	3.72	24,310	7.50
45 - 49	11,310	3.49	11,398	3.52	22,708	7.00
50 - 54	10,573	3.26	11,532	3.56	22,105	6.82
55 - 59	9,549	2.95	10,396	3.21	19,945	6.15
60 - 64	7,849	2.42	8,976	2.77	16,825	5.19
65 - 69	5,756	1.78	6,597	2.03	12,353	3.81
70 - 74	4,204	1.30	5,185	1.60	9,389	2.90
75 - 79	2,569	0.79	3,206	0.99	5,775	1.78
80+	2,936	0.91	4,398	1.36	7,334	2.26
รวม	161,273	49.74	162,963	50.26	324,236	100

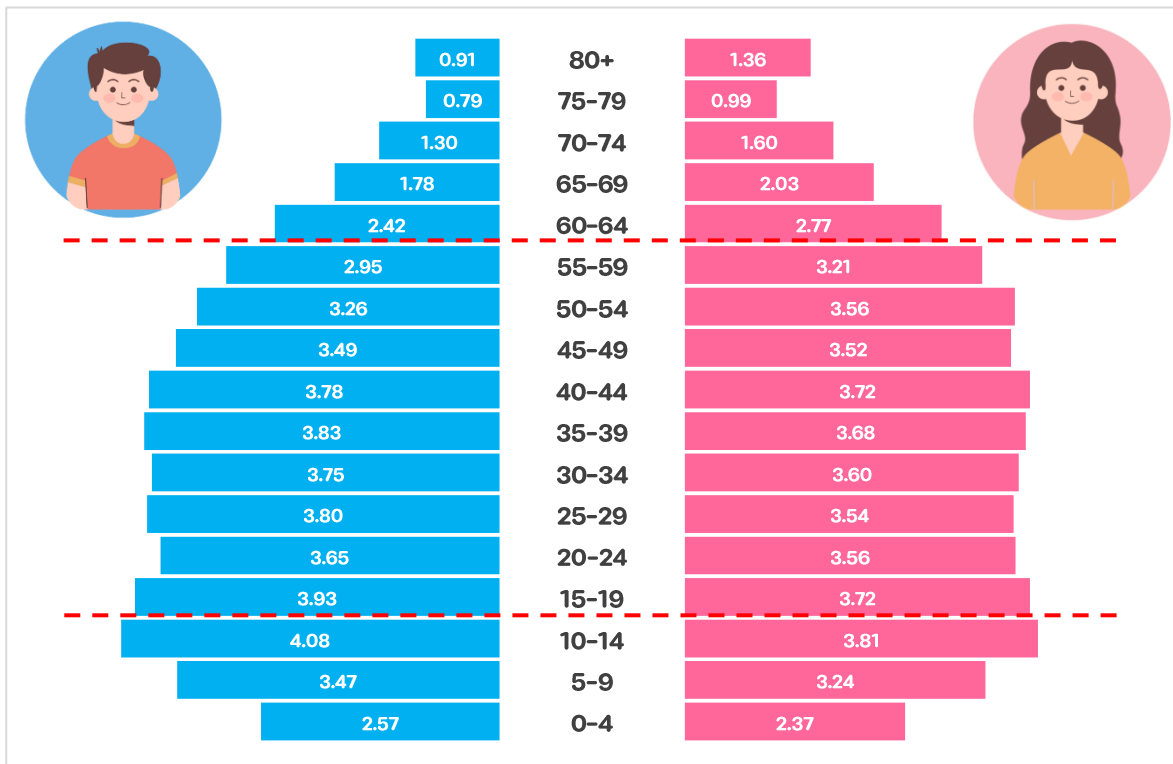
ที่มา : สำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง

ตารางที่ 4 ร้อยละสัดส่วนประชากร จังหวัดสตูล จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ.2566 - 2568

กลุ่มอายุ(ปี)	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
	ประเทศ	สตูล	ประเทศ	สตูล	ประเทศ	สตูล
เด็ก (0-14 ปี)	15.75	20.98	15.04	20.33	14.54	19.54
วัยแรงงาน (15-59 ปี)	64.80	64.42	64.46	64.40	64.09	64.53
วัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	19.45	14.60	20.50	15.27	21.38	15.94

ตารางที่ 5 อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก และอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2568

กลุ่มอายุ	ปี 2566		ปี 2567		ปี 2568	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุ	115,907	55.23	115,755	55.28	115,021	54.98
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยเด็ก	68,343	32.56	66,111	31.57	63,345	30.28
อัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุ	47,564	22.66	49,644	23.71	51,676	24.70



ภาพที่ 4 ปิรามิดประชากร จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ จังหวัดสตูล (ณ 30 มิ.ย. 68)

โครงสร้างประชากรตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยเพศชายจำนวนน้อยกว่าเพศหญิงเล็กน้อย เพศชาย ร้อยละ 49.74 และเพศหญิง ร้อยละ 50.26 ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) มีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยในปี พ.ศ.2568 มีประชากรวัยเด็กร้อยละ 19.54 ประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ร้อยละ 64.53 ในขณะที่ประชากรสูงอายุและอัตราส่วนพึ่งพิงทางอายุวัยสูงอายุมิแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 15.94 และมีอัตราส่วนร้อยละ 24.70

ทรัพยากรสาธารณสุข

จังหวัดสตูลมีสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐ คือ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสตูลไม่มีโรงพยาบาลเอกชน แต่มีสถานบริการที่ให้บริการในคลินิกเวชกรรม ทันตกรรม และร้านขายยา

ตารางที่ 6 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกรายอำเภอ ปี พ.ศ.2568

อำเภอ	รพท./ เตียง	รพช./ เตียง	รพ.สต.				ศูนย์สุขภาพ ชุมชน	สถานบริการ ในเรือนจำ
			S	M	L	อบจ.		
เมืองสตูล	1/304	-	6	10	2	-	2 (ศสม.พิมาน, ศรีพิมาน)	1
ควนโดน	-	1/34	2	1	1	-	-	-
ควนกาหลง	-	1/30	1	6		-	-	-
ท่าแพ	-	1/30	2	3		-	1 (ศสช.ตำบล ท่าแพ)	-
ละงู	-	1/90	2	6	1	1	1 (ศสช.ตำบล กำแพง)	-
ทุ่งหว้า	-	1/35	4	2		1	-	-
มะนัง	-	1/32	1	2		1	-	-
รวม	1/304	6/251	18	30	4	3	4	1

ตารางที่ 7 จำนวนสถานบริการสาธารณสุขภาคเอกชน ปี พ.ศ.2568

อำเภอ	เวชกรรม	เวชกรรม เฉพาะ ทาง	ทันต กรรม	การ พยาบาล และผดุง ครรภ์	แพทย์ แผนไทย	การ ประกอบ โรค ศิลปะ	เทคนิค การ แพทย์	กาย ภาพ	สท คลินิก	ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร	ร้าน ขายยา	รวม
เมืองสตูล	17	21	7	4	2	0	0	0	1	6	42	100
ควนโดน	1	0	2	3	0	0	0	1	0	0	3	10
ควน กาหลง	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	7	12
ท่าแพ	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	5	8
ละงู	9	6	5	5	0	0	2	0	0	2	2	31
ทุ่งหว้า	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	2	6
มะนัง	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	2	6
รวม	29	27	16	24	7	0	2	1	1	8	63	173

ที่มา : ข้อมูลจากกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สสจ.สตูล (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2568)

ตารางที่ 8 จำนวนบุคลากรสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2568

อำเภอ	ตำแหน่งสายงานและกรอบอัตรากำลัง											
	นายแพทย์		ทันตแพทย์		เภสัชกร		พยาบาลวิชาชีพ		นวก./จพ.ทันตฯ		นวก./จพ.สาธารณสุข	
	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง	กรอบ FTE	มีจริง
เมืองสตูล	104	77	18	13	45	37	467	370	21	4	222	131
ควนโดน	7	5	3	3	6	6	58	67*	4	3	47	33
ควนกาหลง	9	5	5	2	7	6	63	71*	7	5	69	33
ท่าแพ	9	7	4	4	7	6	56	65*	6	2	53	29
ละงู	40	24	9	7	16	10	143	132	13	5	89	42
ทุ่งหว้า	6	5	3	3	7	5	56	57*	4	3	56	25
มะนัง	6	5	3	3	6	4	55	42	5	3	42	26
รวม	181	128	45	35	94	74	898	804	60	25	578	319

ที่มา : ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (hrops) ณ ธันวาคม 2568

หมายเหตุ - ข้อมูลไม่นับรวมข้าราชการที่ลาศึกษาต่อ

- นับรวมผู้บริหารแล้วทุกหน่วยงาน

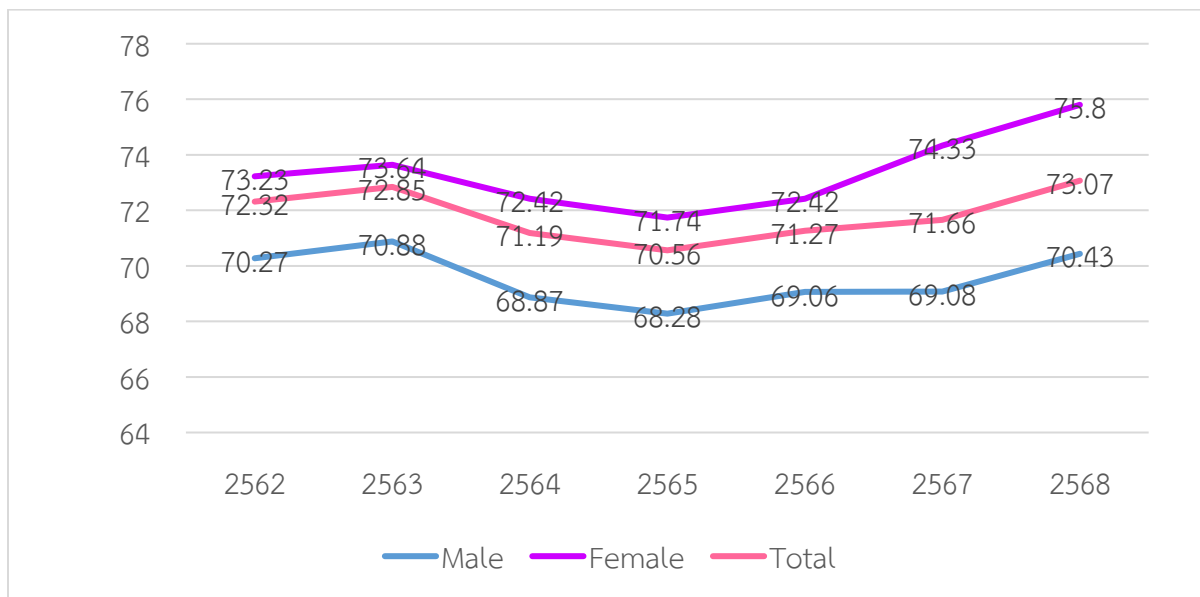
* เกินกรอบ FTE

สถิติชีพและสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 9 อายุคาดเฉลี่ย (LE) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล
ปี พ.ศ. 2562 - 2568

ปี พ.ศ.	อายุคาดเฉลี่ย (LE)			อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE)			LE-HALE		
	ชาย	หญิง	ทั้งชาย หญิง	ชาย	หญิง	ทั้งชาย หญิง	ชาย	หญิง	ทั้งชาย หญิง
2562	77.16	82.67	79.90	70.27	73.23	72.32	6.89	9.44	7.58
2563	77.87	83.31	80.59	70.88	73.64	72.85	7.00	9.66	7.75
2564	75.35	81.56	78.41	68.87	72.42	71.19	6.48	9.14	7.21
2565	74.61	80.42	77.48	68.28	71.74	70.56	6.33	8.68	6.92
2566	75.79	81.61	78.66	69.06	72.42	71.27	6.73	9.19	7.39
2567	75.12	81.76	78.38	69.08	74.33	71.66	6.04	7.43	6.72
2568	77.23	84.45	80.77	70.43	75.80	73.07	4.16	8.65	7.70

ที่มา : http://www.health.nu.ac.th/vital/life_ex.htm



ภาพที่ 5 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2562 - 2567

ข้อมูลประชากร

ที่มา : ระบบสถิติทางทะเบียน กรมการปกครอง

แหล่งที่มา : http://stat.dopa.go.th/stat/statnew/upstat_age_disp.php ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2567

Download ข้อมูล ณ 30 มกราคม 2568

ข้อมูลการตาย

ที่มา : จากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร มรณบัตร กรมการปกครอง ข้อมูล ตั้งแต่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม ของปีที่ประมวลผล

Download Data ผ่าน FTP ของ สนย. กระทรวงสาธารณสุข

วันที่ Download 30 มกราคม 2568

ตารางที่ 10 ข้อมูลสถิติชีพ จังหวัดสตูล พ.ศ. 2562 – 2568

ปี พ.ศ.	ประชากร	เด็กเกิด (จำนวน/อัตรา)	ตายทั้งหมด (จำนวน/อัตรา)	อัตราเพิ่มตาม ธรรมชาติ	มารดาตาย (จำนวน/อัตรา)	ทารกตาย (จำนวน/อัตรา)
2562	322,756	3,558 /11.02 (ต่อพันประชากร)	1,620 /5.02 (ต่อพันประชากร)	0.60 (ต่อร้อย)	1 /28.11 (ต่อแสนเกิดมีชีพ)	21 /5.90 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2563	324,058	3,509 /10.83 (ต่อพันประชากร)	1,606 /4.96 (ต่อพันประชากร)	0.59 (ต่อร้อย)	3 /85.49 (ต่อแสนเกิดมีชีพ)	17 /4.84 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2564	324,391	3,162 /9.75 (ต่อพันประชากร)	1,958 /6.04 (ต่อพันประชากร)	0.37 (ต่อร้อย)	3 /94.88 (ต่อแสนเกิดมีชีพ)	9 /2.85 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2565	324,898	2,950 /8.46 (ต่อพันประชากร)	2,107 /6.49 (ต่อพันประชากร)	0.20 (ต่อร้อย)	2 /67.80 (ต่อแสนเกิดมีชีพ)	9 /3.05 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2566	325,781	2,922 /8.97 (ต่อพันประชากร)	1,957 /6.01 (ต่อพันประชากร)	0.30 (ต่อร้อย)	0	16 /5.48 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2567	325,133	2,520 /7.75 (ต่อพันประชากร)	1,999 /6.15 (ต่อพันประชากร)	0.16 (ต่อร้อย)	0	14 /5.56 (ต่อพันเกิดมีชีพ)
2568 (30 พ.ย. 2568)	324,236	2,130 /6.57 (ต่อพันประชากร)	1,550 /4.78 (ต่อพันประชากร)	0.18 (ต่อร้อย)	0	8 /3.76 (ต่อพันเกิดมีชีพ)

ที่มา : - รายงานเกิดจากสูติบัตร ตายจาก มรณบัตร จากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย
- รายงานการตายของมารดาและเกิดไร้ชีพ (ก.-2) งานส่งเสริมฯ
- รายงานจำนวนประชากร จากทะเบียนราษฎร (ณ 30 มิถุนายน 2568)

สถิติชีพที่เป็นตัวบ่งชี้สถานะด้านสุขภาพที่สำคัญ ในช่วงปี พ.ศ.2562 - 2568 จังหวัดสตูล พบว่า อัตราเกิดมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2568 มีอัตราเกิดลดลงมากที่สุด คิดเป็น อัตรา 6.57 ต่อพันประชากร อัตราตายมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจาก ปี พ.ศ.2567 ส่งผลให้อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 0.18

อัตราทารกตาย มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยจากปี พ.ศ.2567 โดยในปี พ.ศ.2568 มีอัตรา 3.76 ต่อพันการเกิดมีชีพ และอัตรามารดาตาย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 - 2568 ไม่พบมารดาเสียชีวิต

ตารางที่ 11 จำนวนและอัตราตายต่อแสนประชากรจำแนกตามโรคสาเหตุการตาย 10 โรคแรก จังหวัดสตูล พ.ศ.2565 – 2568 (ข้อมูล ณ 30 พฤศจิกายน 2568)

อันดับ	พ.ศ. 2565		พ.ศ.2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568	
	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราแสน ต่อ ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราแสน ต่อ ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราแสน ต่อ ประชากร	สาเหตุการตาย	จำนวน/ อัตราแสน ต่อ ประชากร
1.	มะเร็งทุกชนิด	187/ 57.56	มะเร็งทุกชนิด	229/ 70.29	มะเร็งทุกชนิด	224/ 90.42	มะเร็งทุกชนิด	218/ 67.23
2.	โรคหลอดเลือดสมอง	122/ 37.55	โรคหลอดเลือดสมอง	124/ 38.06	โรคหลอดเลือดสมอง	117/ 35.99	โรคหลอดเลือดสมอง	122/ 37.63
3.	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	122/ 37.55	โรคหัวใจขาดเลือด	100/ 30.70	ปอดบวม	108/ 33.22	โรคหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่นๆ	95/ 29.30
4.	โลหิตเป็นพิษ	102/ 31.39	ปอดบวม	93/ 28.55	โรคหัวใจขาดเลือด	87/ 26.76	โรคปอดบวม	77/ 23.75
5.	โรคหัวใจขาดเลือด	97/ 29.86	เบาหวาน	88/ 27.01	โรคไต/ไตวาย	79/ 24.30	การติดเชื้อในกระแสเลือด	63/ 19.43
6.	เบาหวาน	73/ 22.47	โรคไต/ไตวาย	79/ 24.79	โลหิตเป็นพิษ	70/ 21.53	โรคความดันโลหิตสูง	50/ 15.42
7.	ปอดบวม	73/ 22.47	โรคความดันโลหิตสูง	66/ 20.26	โรคความดันโลหิตสูง	64/ 19.68	โรคเบาหวาน	49/ 15.11
8.	โรคความดันโลหิตสูง	61/ 18.78	โลหิตเป็นพิษ	57/ 17.50	เบาหวาน	50/ 15.38	โรคไตวาย	41/ 12.65
9.	โรคไต/ไตวาย	53/ 16.31	โรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	39/ 11.97	โรกระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง	49/ 15.07	อุบัติเหตุจากการชนสั่่ง	34/ 10.49
10.	อุบัติเหตุจากการชนสั่่ง	44/ 13.54	อุบัติเหตุการชนสั่่ง	32/ 9.82	อุบัติเหตุการชนสั่่ง	42/ 12.92	โรคเรื้อรังของทางเดินหายใจส่วนล่าง (เช่น COPD)	25/ 7.71

ที่มา : - ข้อมูลจากกลุ่มงานข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สนย. Web <ftp://healthdata.moph.go.th>

- ประชากรกลางปี พ.ศ.2565-2568 จากสำนักบริหารการทะเบียน ภาค 9 จ.สตูล กรมการปกครอง

จากตาราง สาเหตุการตายของประชากรจังหวัดสตูล อันดับแรก คือ โรคมะเร็งทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2568 คิดเป็นอัตรา 67.23 ต่อแสนประชากร สาเหตุรองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นอัตรา 37.63 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหัวใจอื่นๆ คิดเป็นอัตรา 29.30 ต่อแสนประชาชน ตามลำดับ

ตารางที่ 12 อัตราป่วยของผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก 10 อันดับแรก
จำแนกตามสาเหตุป่วย 21 กลุ่มโรค พ.ศ.2566 – 2568

อันดับ	พ.ศ. 2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568	
	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.
1.	ความดันโลหิตสูงที่ไม่มี สาเหตุ	80,598 /247.40	ความดันโลหิตสูงที่ไม่ มีสาเหตุ	83,521/ 256.88	ความดันโลหิตสูงที่ ไม่มีสาเหตุ	88,323/ 272.40
2.	การติดเชื้อของทางเดิน หายใจส่วนบนแบบ เฉียบพลันอื่น ๆ	70,338 /215.91	การติดเชื้อของ ทางเดินหายใจส่วนบน แบบเฉียบพลันอื่น ๆ	68,158/ 209.63	เนื้อเยื่อผิดปกติ	70,608/ 217.77
3.	เบาหวาน	52,221 /160.29	เนื้อเยื่อผิดปกติ	63,535/ 195.41	การติดเชื้อของ ทางเดินหายใจ ส่วนบนแบบ เฉียบพลันอื่น ๆ	62,349/ 192.30
4.	เนื้อเยื่อผิดปกติ	48,520 /148.93	เบาหวาน	55,568/ 170.91	เบาหวาน	58,592/ 180.71
5.	ฟันผุ	45,234 /138.85	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	44,647/ 137.32	ฟันผุ	47,919/ 147.79
6.	ความผิดปกติอื่น ๆ ของ ฟันและโครงสร้าง	42,072 /129.14	ฟันผุ	37,169/ 114.32	ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและ โครงสร้าง	44,280/ 136.57
7.	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะ อื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะ และหลายบริเวณใน ร่างกาย	23,417 /71.88	พยาธิสภาพของหลัง ส่วนอื่น ๆ	33,243/ 102.24	พยาธิสภาพของ หลังส่วนอื่น ๆ	40,225/ 124.06
8.	พยาธิสภาพของหลัง ส่วนอื่น ๆ	22,191 /68.12	การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะ อื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะ และหลายบริเวณใน ร่างกาย	26,164/ 80.47	การบาดเจ็บกระดูก เฉพาะอื่น ๆ , ไม่ ระบุเฉพาะและ หลายบริเวณใน ร่างกาย	25,133/ 77.51
9.	ปวดท้องและ ปวดอุ้งเชิงกราน	16,323 /50.10	โรคอื่น ๆ ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	18,486/ 56.86	ปวดท้องและปวดอุ้ง เชิงกราน	18,457/ 56.92
10.	โรคอื่น ๆ ของผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	15,169 /46.56	ปวดท้องและ ปวดอุ้งเชิงกราน	18,148/ 55.82	โรคหัด	16,720/ 51.57

ที่มา : จาก HDC-Report43 แฟ้ม (บัญชีจำแนกโรค 21 กลุ่มโรค รง.504)

จากตารางสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกสูงสุด 3 อันดับแรกทั้ง 3 ปี คือ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มี
สาเหตุ ในปี พ.ศ.2568 คิดเป็นอัตรา 272.40 ต่อพันประชากร อันดับรองลงมา คือ เนื้อเยื่อผิดปกติ คิด
เป็นอัตรา 217.77 ต่อพันประชากร และ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ คิด
เป็นอัตรา 192.30 ต่อพันประชากร ตามลำดับ

ตารางที่ 13 จำนวนและอัตราป่วยของผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก พ.ศ.2566 – 2568

อันดับ	พ.ศ.2566		พ.ศ.2567		พ.ศ.2568	
	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.	สาเหตุการป่วย	จำนวน/ อัตราพัน: ปชก.
1.	ปอดบวม	2,667 /8.19	ปอดบวม	2,788 /8.57	ปอดบวม	2,873 /8.86
2.	การดูแลมารดาอื่นๆที่มี ปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่ อาจเกิดได้ในระยะคลอด	1,439 /4.42	โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหลอดเลือด อุดตันแบบเรื้อรังอื่น	1,401 /4.31	ความผิดปกติทางพฤติกรรม และจิตประสาทที่เกิดจากการ ใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิต ประสาทอื่น ๆ	1,771 /5.46
3.	โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตและโรค หลอดเลือดอุดตันแบบเรื้อรังอื่น	1,319 /4.05	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มี ปัญหาเกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุงน้ำคร่ำ และปัญหาที่ อาจเกิดได้ในระยะคลอด	1,359 /4.18	โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตและโรคหลอดเลือด อุดตันแบบเรื้อรังอื่น	1,432 /4.42
4.	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการตั้งครรภ์และการ คลอด	1,249 /3.83	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของ การตั้งครรภ์ และการ คลอด	1,248 /3.84	การดูแลมารดาอื่น ๆ ที่มีปัญหา เกี่ยวกับทารกในครรภ์ และถุง น้ำคร่ำ และปัญหาที่อาจเกิดได้ ในระยะคลอด	1,185 /3.65
5.	ต่อกระຈกและความ ผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	823 /2.53	หลอดเลือดสมอง เฉียบพลันและหลอดเลือด เล็กสมองเฉียบพลัน	1,024 /3.15	หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และหลอดเลือดเล็กสมอง เฉียบพลัน	1,153 /3.56
6.	เนื้อสมองตาย	822 /2.52	โรคอัมพฤกษ์ติดเชื้ของ ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง	989 /3.04	โรคหืด	1,085 /3.35
7.	โรคหืด	821 /2.52	โรคหืด	981 /3.02	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของการ ตั้งครรภ์ และการคลอด	1,081 /3.33
8.	โรคอัมพฤกษ์ติดเชื้ของ ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง	814 /2.50	ต่อกระຈกและความ ผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	974 /3.00	โรคอัมพฤกษ์ติดเชื้ของ ผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง	996 /3.07
9.	หลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และหลอดเลือดเล็กสมอง เฉียบพลัน	805 /2.47	การบาดเจ็บกระดูกและ ข้ออื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและ หลายบริเวณในร่างกาย	953 /2.93	ต่อกระຈกและความผิดปกติ ของเลนส์อื่น ๆ	962 /2.97
10.	ต่อกระຈกและความ ผิดปกติของเลนส์อื่น ๆ	556 /1.72	การบาดเจ็บภายใน กระดูกสันหลัง	904 /2.78	การบาดเจ็บภายในกระดูกสันหลัง	879 /2.71

ที่มา : จาก HDC-Report43 เพิ่ม

จากตารางสาเหตุการป่วยสูงสุดทั้ง 3 ปี คือ โรคปอดบวม ปี พ.ศ.2568 พบว่า อัตราป่วยของผู้ป่วยในอัตรา 8.86 ต่อพันประชากร รองลงมา คือ ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทที่เกิดจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่นๆ ปี พ.ศ.2568 มีอัตราป่วย 5.46 ต่อพันประชากร และสาเหตุการป่วยอันดับ 3 คือ โรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์อัมพาตและโรคหลอดเลือดอุดตันแบบเรื้อรังอื่น มีอัตราป่วย 4.42 ต่อพันประชากร

ตารางที่ 14 ข้อมูล CMI (Case Mix Index) ของผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ และค่า Sum AdjRW ของแต่ละระดับสถานบริการตาม Service Plan ของ ปี พ.ศ.2566 – 2568

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วยใน			Sum AdjRW			CMI		
	ปีงบฯ 2566	ปีงบฯ 2567	ปีงบฯ 2568	ปีงบฯ 2566	ปีงบฯ 2567	ปีงบฯ 2568	ปีงบฯ 2566	ปีงบฯ 2567	ปีงบฯ 2568
รพท.สตูล (A)	23,496	23,955	23,855	30,089.80	30,532.40	30,580.4	1.28	1.27	1.28
รพช.ควนโดน (S)	2,496	2,650	2,629	1,432.50	1,457.04	1,479.04	0.57	0.55	0.56
รพช.ควนกาหลง (S)	2,270	2,622	2,680	1,202.94	1,478.49	1,623.4	0.53	0.56	0.60
รพช.ท่าแพ (S)	2,171	3,320	5,505	1,639.14	3,356.12	7,185.85	0.76	1.02	1.31
รพช.ละงู (S ⁺)	6,333	6,866	8,307	4,973.67	5,923.25	8,015.89	0.79	0.86	0.97
รพช.ทุ่งหว้า (S)	2,269	2,195	2,087	1,132.80	1,174.55	1,235.69	0.50	0.54	0.59
รพช.มะนัง (S)	2,026	2,437	2,455	1,094.55	1,474.87	1,467.9	0.54	0.60	0.60

ที่มา : <https://cmi.moph.go.th/report/micro/index> ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 – 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2569

ตารางที่ 15 อัตราครองเตียง ผู้ป่วยใน รวมทุกสิทธิ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 - 2568

โรงพยาบาล	จำนวนเตียง (ปี 67)	จำนวนผู้ป่วยใน			รวมวันนอนผู้ป่วยใน			อัตราครองเตียง		
		ปีงบฯ 66	ปีงบฯ 67	ปีงบฯ 68	ปีงบฯ 66	ปีงบฯ 67	ปีงบฯ 68	ปีงบฯ 66	ปีงบฯ 67	ปีงบฯ 68
รพท.สตูล (A)	304	23,496	23,955	23,855	94,492	89,816	88,166	75.04	82.02	80.51
รพช.ควนโดน (S)	34	2,496	2,650	2,629	6,888	7,395	7,244	60.88	59.59	58.37
รพช.ควนกาหลง (S)	30	2,270	2,622	2,680	6,605	7,551	8,227	48.91	57.47	75.13
รพช.ท่าแพ (S)	30	2,171	3,320	5,505	6,212	20,001	40,843	56.73	79.42	104.57
รพช.ละงู (S ⁺)	90	6,333	6,866	8,307	22,549	23,804	25,443	66.43	47.95	77.45
รพช.ทุ่งหว้า (S)	35	2,269	2,195	2,087	6,107	5,554	5,624	50.70	50.72	44.02
รพช.มะนัง (S)	32	2,026	2,437	2,455	6,187	7,850	8,101	52.97	67.21	69.35

ที่มา : <http://cmi.healtharea.net/site/index> ปี พ.ศ.2566 – 2568 ข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม 2569

สถานการณ์ทางระบาดวิทยา

สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดสตูล พ.ศ. 2568

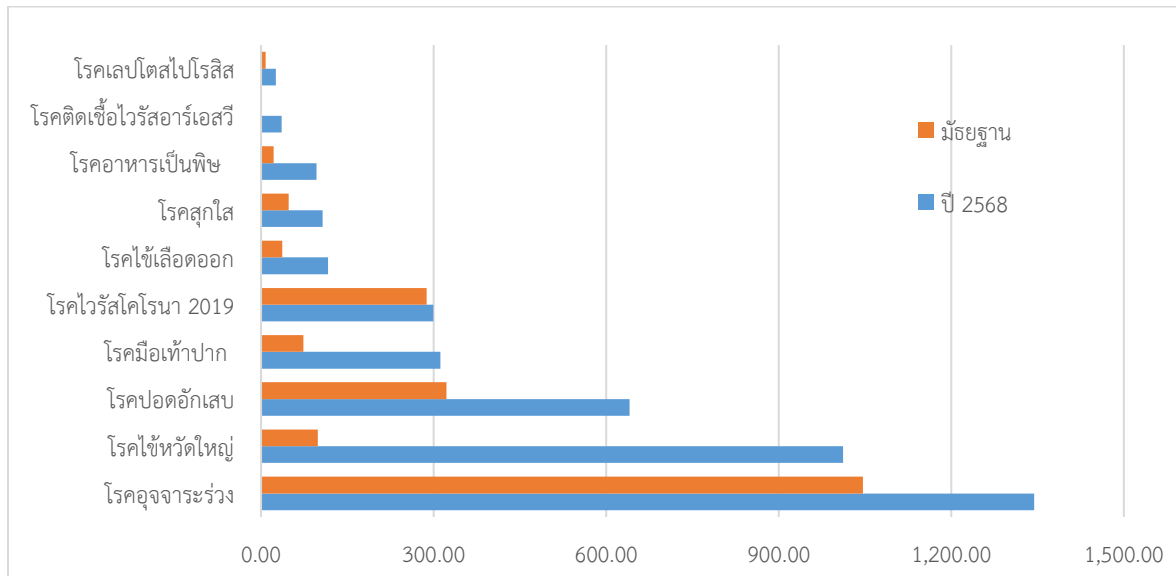
จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากแพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance สถานบริการในพื้นที่จังหวัดสตูล พบว่า โรคที่มีความสำคัญและต้องเร่งดำเนินการติดตามปัญหา ป้องกัน และควบคุมโรค ในปี พ.ศ.2568 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568) โรคที่มีอัตราป่วยสูงกว่าค่ามัธยฐานในช่วงเวลาเดียวกัน ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้หวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบ โรคมือเท้าปาก โรคไวรัสโคโรนา 2019 โรคไข้เลือดออก โรคสுகไส โรคอาหารเป็นพิษ โรคเลปโตสไปโรซิส และโรคติดต่อที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง มีอัตราป่วยสูงสุด 1,344.10 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ โรคไข้หวัดใหญ่ มีอัตราป่วย 1,011.90 ต่อประชากรแสนคน และโรคปอดอักเสบ มีอัตราป่วย 640.81 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (รายละเอียดตารางที่ 16)

ตารางที่ 16 จำนวนป่วย อัตราป่วยต่อแสนประชากร จำนวนตาย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568

ลำดับ	โรค	ป่วย (ราย)			อัตราป่วย (ต่อแสน ประชากร)	ตาย (ราย)	มัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	อำเภอที่มีอัตราป่วย ต่อแสนประชากร สูงสุด
		IPD	OPD	รวม				
1	อุจจาระร่วง	379	3,986	4,365	1,344.10	0	3,046 (1046.5)	ควนโดน, พังงา
2	ไข้หวัดใหญ่	343	2,947	3,287	1,016.93	0	320 (98.74)	มะนัง, ท่าแพ
3	ปอดอักเสบ	601	1,460	2,061	637.63	0	1,045 (322.43)	มะนัง, ท่าแพ
4	มือเท้าปาก	47	965	1,012	311.63	0	238 (73.55)	มะนัง, พังงา
5	ไวรัสโคโรนา 2019	65	909	974	301.33	0	(936) 287.73	เมืองสตูล, พังงา
6	ไข้เลือดออก	180	199	379	116.71	0	119 (36.72)	มะนัง, ท่าแพ
7	สுகไส	4	344	348	107.16	0	(157) 48.26	ควนโดน, เมืองสตูล
8	อาหารเป็นพิษ	52	262	314	96.691	0	72 (22.13)	ควนโดน, เมืองสตูล
9	ติดเชื้อไวรัสฮาร์เอสวี	60	57	117	36.028	0	-	ละงู, ท่าแพ
10	เลปโตสไปโรซิส	52	32	84	25.866	0	25 (7.73)	มะนัง, ควนกาหลง

ที่มา : แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

แผนภูมิที่ 1 อัตราป่วยต่อแสนประชากร โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2568



ที่มา : แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 17 จำนวนป่วย อัตราป่วย โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 5 อันดับ ปี 2566 - 2568

ปี 2566			ปี 2567			ปี 2568		
โรค	จำนวน	อัตรา	โรค	จำนวน	อัตรา	โรค	จำนวน	อัตรา
โรคปอดอักเสบ	1,347	414.08	โรคปอดอักเสบ	2,518	774.05	โรคอุจจาระร่วง	4,365	1,344.10
โรคไวรัสโคโรนา 2019	936	287.73	โรคไข้หวัดใหญ่	1,959	602.21	โรคไข้หวัดใหญ่	3,287	1,016.93
โรคไข้หวัดใหญ่	823	252.99	โรคไวรัสโคโรนา 2019	900	276.67	โรคปอดอักเสบ	2,061	637.63
โรคไข้เลือดออก	647	198.89	โรคไข้เลือดออก	217	66.71	โรคมือเท้าปาก	1,012	311.63
โรคมือเท้าปาก	297	91.30	โรคสุกใส	183	56.26	โรคไวรัสโคโรนา 2019	974	301.33

ที่มา : แพลตฟอร์มเฝ้าระวังโรคดิจิทัล Digital Disease Surveillance ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568



ยุทธศาสตร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 - 2570 ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

วิสัยทัศน์ (Vision)

วิสัยทัศน์เป็นเข็มทิศนำไปสู่การพัฒนาในอนาคต เป็นภาพฝันที่ใช้เป็นเส้นทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพของจังหวัดสตูลในช่วงเวลาดังตั้งปี พ.ศ. 2566 - 2570 โดยกำหนดไว้ดังนี้

**“ระบบสุขภาพเป็นเลิศ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล ภายในปี พ.ศ.2570”**

คำอธิบายวิสัยทัศน์

1. ระบบสุขภาพเป็นเลิศ หมายถึง ระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการที่ดี ใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เป็นธรรม เท่าเทียม และมีความยั่งยืน โดยมี การดำเนินงานด้านระบบสุขภาพให้เป็นเลิศติด 1 ใน 3 ของจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 12 ใน 4 ด้านหลัก ดังนี้

- 1.1 ด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 1.2 ด้านสถานบริการผ่านมาตรฐานสิ่งแวดล้อม
- 1.3 ด้านระบบสุขภาพดิจิทัล
- 1.4 ด้านเศรษฐกิจสุขภาพ

2. โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมายถึง การดำเนินงานร่วมกันของเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ ในพื้นที่จังหวัดสตูล มีการพัฒนาและขับเคลื่อนสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. สู่เป้าหมายสุขภาพะคนสตูล หมายถึง การดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนงานด้านสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดสตูล มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขลดลง และประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เท่าเทียม และครอบคลุมในทุกพื้นที่

พันธกิจ (Mission)

ภายในปี พ.ศ. 2570 หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดสตูล มีกรอบการดำเนินงานตามภารกิจ และความจำเป็นของการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ ดังนี้

1. พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค และการคุ้มครองผู้บริโภค
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก
3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและระบบบริการด้วยหลักธรรมาภิบาล
4. การพัฒนางานด้านสาธารณสุขด้วยระบบเทคโนโลยีสมัยใหม่
5. พัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนงานสุขภาพ

คำนิยาม

SATUN: ชีวิตที่ดีที่ “สตูล” งานได้ผล คนเป็นสุข

คำนิยาม SATUN คือหลักยึดที่ขับเคลื่อนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดคือ “สตูล...สุขที่คุณสัมผัสได้” โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1. S: SMART SYSTEM/ SMART SERVICE/ SMART PEOPLE

1.1 SMART SYSTEM: การพัฒนาระบบการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ทันสมัย และสอดคล้องกับยุคดิจิทัล เช่น ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน การลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน

1.2 SMART SERVICE: การให้บริการที่เข้าถึงง่าย สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างตรงจุด

1.3 SMART PEOPLE: การพัฒนาบุคลากรให้เป็น "คนเก่ง" ที่มีความรู้ความสามารถ มีทักษะที่ทันสมัย และพร้อมเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ

2. A: ACHIEVEMENT AND ACTIVE

2.1 ACHIEVEMENT: การมุ่งมั่นสร้างผลงานที่เป็นรูปธรรมและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยไม่หยุดนิ่งในการพัฒนา

2.2 ACTIVE: การทำงานเชิงรุก มีความกระตือรือร้น และพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์อย่างทันท่วงที

3. T: TALENT AND TECHNOLOGY

3.1 TALENT: การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้เป็นผู้ที่มีความสามารถพิเศษ (Talent) ในด้านต่าง ๆ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนองค์กร

3.2 TECHNOLOGY: การนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการทำงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับการให้บริการ

4. U: UTILITY

4.1 UTILITY: การทำงานที่เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนและส่วนรวม ทั้งในด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ

5. N: NETWORK

5.1 NETWORK: การสร้างและรักษาความร่วมมือกับทุกภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน เพื่อให้การทำงานด้านสาธารณสุขเป็นของทุกคนในสังคม

เป้าประสงค์สูงสุดของแผนยุทธศาสตร์ (Ultimate Goal)

“คนสตูลมีสุขภาพที่ดี”

ประชาชนจังหวัดสตูล มีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และปัญญา โดยมีการกำหนดเป้าประสงค์ย่อย และตัวชี้วัดผลลัพธ์ (KPI Final Outcome) ที่ชี้วัดความสำเร็จ ภายในปี พ.ศ. 2570 ดังนี้

1. สุขภาวะด้านกาย

1.1 เป้าประสงค์ย่อย: ประชาชนสตูลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากโรคสำคัญในพื้นที่

1.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

1.2.1 อายุคาดเฉลี่ย (LE) ประชากรจังหวัดสตูล ไม่น้อยกว่า 80 ปี

1.2.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ประชากรจังหวัดสตูล ไม่น้อยกว่า 73 ปี

1.2.3 อัตราป่วยและเสียชีวิตของโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข 5 อันดับแรก ลดลง ร้อยละ 20

2. สุขภาวะด้านจิต

2.1 เป้าประสงค์ย่อย: ประชาชนสตูลมีสุขภาพจิตที่ดี ลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด การฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด

2.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

2.2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อแสนประชากร

2.2.2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) $\geq$ ร้อยละ 72

3. สุขภาวะด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม

3.1 เป้าประสงค์ย่อย: ปัจจัยกำหนดสุขภาพไม่ได้ขึ้นอยู่กับแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สะอาด อาหารปลอดภัย น้ำสะอาด และความร่วมมือทางสังคม การยกระดับมาตรฐาน Green & Clean Hospital การเฝ้าระวังคุณภาพสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนจาก อปท. เป็นหัวใจสำคัญของเป้าประสงค์นี้

3.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

3.2.1 ร้อยละสถานบริการสุขภาพผ่านมาตรฐาน Green & Clean Hospital $\geq 90\%$

4. สุขภาวะด้านปัญญา

4.1 เป้าประสงค์ย่อย: การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ประชาชนสามารถป้องกันโรคได้ด้วยตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยง และลดภาระของระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งจังหวัดสตูลมีทุนทางสังคม เช่น ศาสนาและภูมิปัญญาท้องถิ่น ที่สามารถใช้สร้างค่านิยมสุขภาพที่ดีในระยะยาว

4.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์

4.2.1 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป $\geq$ ร้อยละ 84

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

ประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดสตูล ประกอบด้วย 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วย
วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัล

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ 1 : พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ประชาชนมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ด้วยระบบสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคที่เข้มแข็ง

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก
- 2.2 พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 2.3 สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 3 ตัว ดังนี้

- 3.1 ความครอบคลุมในส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย
 - 3.1.1 ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (CAVITY FREE)
 - 3.1.2 ร้อยละของเด็กปฐมวัยสูงวัยดีสมบูรณ์
 - 3.1.3 ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะพึ่งพิง
 - 3.1.4 ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน EPI
 - 3.1.5 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม
 - 3.1.6 ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 3.1.7 ร้อยละการคัดกรองยาเสพติด
- 3.2 อัตราป่วยรายใหม่และอัตราตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง
 - 3.2.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี
 - 3.2.2 อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตรายใหม่ลดลง
 - 3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี
 - 3.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
 - 3.2.5 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
 - 3.2.6 อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีวิตคน
- 3.3 ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คบส./อวล.
 - 3.3.1 ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้มาตรฐาน
 - 3.3.2 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการด้านเภสัชกรรม ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ
 - 3.3.3 ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 : พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ เท่าเทียม รวดเร็ว และปลอดภัย

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ
- 2.2 พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล
- 2.3 พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก 2 ตัว ดังนี้

- 3.1 ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 90)
- 3.2 ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

การบริหารจัดการสุขภาพจังหวัดสตูลมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ เพื่อยอมรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
- 2.2 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร
- 2.3 ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร
- 2.4 พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 7 ตัว ดังนี้

- 3.1 ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือ ไม่เกินร้อยละ 3
- 3.2 ร้อยละหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2
- 3.3 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน
- 3.4 ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ
- 3.5 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์ ITA
- 3.6 จำนวนงานวิจัย/R2R /นวัตกรรม
- 3.7 ร้อยละของบุคลากรที่มีทักษะ/สมรรถนะใหม่

ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 : สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วย วิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

จังหวัดสตูลมีระบบสุขภาพดิจิทัลที่ทันสมัย ปลอดภัย เชื่อมโยงไร้รอยต่อ และใช้เทคโนโลยี นวัตกรรมเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ

2. กลยุทธ์

- 2.1 พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร
- 2.2 พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน
- 2.3 พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ เชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน
- 2.4 สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล
- 2.5 สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 7 ตัว ดังนี้

- 3.1 ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการดิจิทัล ($\geq 85\%$)
- 3.2 ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อ Personal Health Record (PHR) $\geq 90\%$
- 3.3 จำนวนการให้บริการ Telemedicine $\geq 5,000$ ครั้ง/ปี

- 3.4 มีระบบ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบ Real-time (ระดับจังหวัด 1 ระบบ, ระดับอำเภอ 1 ระบบ)
- 3.5 จำนวนนวัตกรรม ด้านดิจิทัล นำมาใช้จริง (อำเภอละ 1 ผลงาน)
- 3.6 ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ($\geq 80\%$)
- 3.7 ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Cybersecurity (CTAM) $\geq 90\%$

ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 : พัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ

1. เป้าประสงค์ของประเด็นยุทธศาสตร์ (Outcome Goal)

ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานสุขภาพและสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน

2. กลยุทธ์

- 2.1 บูรณาการเครือข่ายสุขภาพชายแดนและแรงงานข้ามชาติ
- 2.2 เสริมพลังชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพอย่างยั่งยืน
- 2.3 เสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพ

3. ตัวชี้วัดประเด็นยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก จำนวน 2 ตัว ดังนี้

- 3.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 100)
- 3.2 จำนวนโครงการ/กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 60)

กลยุทธ์

- 1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก
- 2. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น
- 3. สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ
- 4. พัฒนาศูนย์สุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ
- 5. พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล
- 6. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ
- 7. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
- 8. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร
- 9. ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร
- 10. พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร
- 11. พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร
- 12. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน
- 13. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะ เชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน
- 14. สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล
- 15. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยึดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร

ตารางที่ 18 สรุปกลยุทธ์และตัวชี้วัดหลักตามประเด็นยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ด้าน

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
<u>ประเด็นยุทธศาสตร์ 1</u> พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค	- พัฒนาระบบเฝ้าระวังและตอบโต้โรคอุบัติใหม่และภัยสุขภาพเชิงรุก - พัฒนาศลินิกสุขภาพชุมชนเชิงรุกตามวิถีวัฒนธรรมท้องถิ่น - สร้างแผนปฏิบัติการเฉพาะกิจรองรับภาวะฉุกเฉินและวิกฤตสุขภาพ	- ความครอบคลุมในส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย - ร้อยละของเด็ก 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (CAVITY FREE) - ร้อยละของเด็กปฐมวัยสูงที่สุดมีส่วน - ร้อยละของผู้สูงอายุไม่มีภาวะฟันผุ - ความครอบคลุมในการฉีดวัคซีน EPI - ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม - ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - ร้อยละการคัดกรองยาเสพติด - อัตราป่วยรายใหม่และอัตราตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ลดลง - อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี - อัตราป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตรายใหม่ลดลง - ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถคุมระดับน้ำตาลได้ดี - ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถคุมระดับความดันโลหิตได้ดี - อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน - อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน - ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คส./อวล. - ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้มาตรฐาน - ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการด้านเภสัชกรรม ในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ - ร้อยละของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน SAN

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
ประเด็นยุทธศาสตร์ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ	1. พัฒนาบริการสุขภาพเฉพาะทางและปฐมภูมิ 2. พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมสากล 3. พัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางแบบบูรณาการ	1. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 90) 2. ร้อยละของสถานบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
ประเด็นยุทธศาสตร์ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการ	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ 2. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ขับเคลื่อนนวัตกรรมและแรงจูงใจบุคลากร 3. ปรับโครงสร้างการบริหารและระบบงานเพื่อลดความเปราะบางด้านงบประมาณและบุคลากร 4. พัฒนาระบบกฎหมาย ระเบียบ และการวิจัยเชิงนวัตกรรม เพื่อเสริมความมั่นคงองค์กร	1. ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ 3 2. ร้อยละหน่วยงานที่ประสบภาวะวิกฤตการเงิน ระดับ 7 ไม่เกินร้อยละ 2 3. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบภายใน 4. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ 5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์ ITA 6. จำนวนงานวิจัย/R2R /นวัตกรรม 7. ร้อยละของบุคลากรที่มีทักษะ/สมรรถนะใหม่
ประเด็นยุทธศาสตร์ 4 สร้างคุณค่าและผลิตภาพระบบสาธารณสุขด้วยวิจัย นวัตกรรมและเทคโนโลยีดิจิทัล	1. พัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัลครบวงจร 2. พัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพชุมชน 3. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะเชื่อมโยง ปลอดภัย และลดภาระงาน 4. สร้างความมั่นคงทางสุขภาพและข้อมูลในสังคมดิจิทัล 5. สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ยืดหยุ่นและเสริมแรงจูงใจบุคลากร	1. ระดับความพึงพอใจของประชาชนต่อการใช้บริการดิจิทัล ($\geq 85\%$) 2. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่เชื่อมต่อ Personal Health Record (PHR) $\geq 90\%$ 3. จำนวนการให้บริการ Telemedicine $\geq 5,000$ ครั้ง/ปี 4. มีระบบ Dashboard วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพแบบ Real-time (ระดับจังหวัด 1 ระบบ, ระดับอำเภอ 1 ระบบ) 5. จำนวนนวัตกรรม ด้านดิจิทัล นำมาใช้จริง (อำเภอละ 1 ผลงาน) 6. ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ($\geq 80\%$) 7. ร้อยละหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ Cybersecurity (CTAM) $\geq 90\%$

ประเด็นยุทธศาสตร์	กลยุทธ์	ตัวชี้วัดหลัก
ประเด็นยุทธศาสตร์ 5 พัฒนาส่งเสริมและสนับสนุนภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพ	1. บูรณาการเครือข่ายสุขภาพชายแดนและแรงงานข้ามชาติ 2. เสริมพลังชุมชนท้องถิ่นขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพอย่างยั่งยืน 3. เสริมความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายสุขภาพ	1. ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 100) 2. จำนวนโครงการ/กิจกรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพิ่มขึ้น (มากกว่าร้อยละ 60)

**ประเด็นการตรวจราชการ
ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. 2569 รอบที่ 1**



ประเด็นที่ 1

มรดกตาย ทารกตาย

ประเด็นที่ 1 : มารดาตาย การกตายน

มารดาตาย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 15 ต่อ แสนการเกิดมีชีวิต

2. สถานการณ์

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดสตูล 3 ปี ย้อนหลัง ปี 2566-2568 จังหวัดสตูลไม่มีมารดาตาย อัตราส่วนการตายมารดาเป็นศูนย์ จังหวัดสตูลได้มีการดำเนินการ ดังนี้ 1) ANC High Risk Clinic โดยจัดให้มี High Risk case management มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ร่วมกันระหว่าง สูติแพทย์ และ แพทย์ MFM 2) One Province One labor room สูติแพทย์รับทราบ Case จากทุก รพช. ผ่านไลน์กลุ่ม และให้คำแนะนำ 3) มีการใช้ยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Carbetocin (Duratocin)) เพื่อลดอัตราตายและคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดรัดตัว 4) จัดให้มีการส่งต่อภายในจังหวัดอย่างไร้รอยต่อ ในกลุ่มโรค Fast track Refer ข้อมูลการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์คลอด ภายในจังหวัด ดังนี้ ปี 2566 จำนวน 168 ราย (เฉลี่ย 14 ราย/เดือน ปี 2567 จำนวน 69 ราย (เฉลี่ย 8 ราย/เดือน) และปี 2568 จำนวน 127 ราย (เฉลี่ย 13 ราย/เดือน) มีการโทรปรึกษาสูติแพทย์ (Direct consult to staff) นอกเวลาราชการ เฉลี่ย 9 ราย/เดือน 5) ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลและส่งต่อ 6) จัด conference near miss case เพื่อปรับปรุงและพัฒนางาน

ตารางที่ 19 อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีวิต) ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และ จังหวัด

ปีงบประมาณ	ประเทศ	เขตสุขภาพที่ 12	จังหวัดสตูล
2566	25.86	23.57	0
2567	25.86	21.98	0
2568	19.89	32.39	0
2569	25.03	38.60	0

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 20 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เรื่อง อนามัยแม่และเด็ก

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ค.ค.-ธ.ค.68)	ข้อมูล	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละ งู	ทุ่ง หว้า	มะ นัง
1	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ ≤ 12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	83.95	81.62	78.78	เป้าหมาย	302	107	32	20	25	60	38	20
					ผลงาน	231	81	28	18	25	37	29	13
					ร้อยละ	76.49	75.7	87.5	90	100	61.67	76.32	65
2	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 75)	76.46	71.77	69.30	เป้าหมาย	300	107	31	20	24	60	38	20
					ผลงาน	195	69	23	17	21	29	25	11
					ร้อยละ	65	64.49	74.19	85	87.5	48.33	65.79	55
3.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแล 8 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 50)	19.27	17.74	13.63	เป้าหมาย	300	107	31	20	24	60	38	20
					ผลงาน	38	18	3	3	5	1	6	2
					ร้อยละ	12.67	16.82	9.68	15	20.83	1.67	15.79	10
4	ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ร้อยละ 75)	91.27	85.23	79.18	เป้าหมาย	487	168	54	32	42	107	47	37
					ผลงาน	301	100	41	26	38	56	27	13
					ร้อยละ	61.81	59.52	75.93	81.25	90.48	52.34	57.45	35.14
5	ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ (น้อยกว่า 14)	27.04	20.23	15.37	เป้าหมาย	229	83	26	19	13	38	33	17
					ผลงาน	42	18	5	3	0	8	6	2
					ร้อยละ	18.34	21.69	19.23	15.79	0	21.05	18.18	11.76

ที่มา : HDC ณ 31/12/ 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. 4 P <u>P1 Plan of pregnancy ก่อนการตั้งครรภ์</u> - ควบคุมโรค NCD และโรคเรื้อรังในวัยเจริญพันธุ์ - มีการวางแผนครอบครัวเพื่อการเตรียมตัวตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ - การจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร - ให้คำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยคู่สมรสที่มีปัญหา มีบุตรยาก - เตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร <u>P 2 Plan of ANC การฝากครรภ์คุณภาพ</u> - มีการคัดกรองความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์ - มีแผนการดูแลครรภ์เสี่ยง แยกเป็นรายโรคมีระบบติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับหญิงที่มีโรคร่วม - มีป้องกันการคลอดก่อนกำหนด บูรณาการเครือข่ายระดับจังหวัด - ป้องกันภาวะช็อคด้วยยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต <u>P 3 Plan of Delivery การคลอด</u> One province One Labor Room - จัดให้มีการตรวจติดตามโดยแพทย์ เช่น การทำอัลตราซาวด์ การคัดกรองและติดตามความเสี่ยง ฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงครอบคลุม High Risk Care

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	มีระบบดูแล ให้คำปรึกษา การส่งต่อครรภ์ปกติและครรภ์เสี่ยง โดยสูติแพทย์และอายุรแพทย์อย่างต่อเนื่อง - วางระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง - การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง - มีห้องคลอดคุณภาพ ประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกก่อนคลอด พร้อมใช้เครื่องมือ เช่น NST และ Partogram ดูแลการ คลอด และมีมาตรการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด - การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และ แผนอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแก่บุคลากรในเครือข่าย - สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอกในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มเปราะบาง และด้อยโอกาส เช่น หญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงและมีฐานะยากจน - ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.สำหรับจัดทำโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหางานอนามัยแม่และเด็ก แผนการดูแลหลังคลอด - ขับเคลื่อนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก MCH Board/service plan /Near miss conference <u>P 4 Plan of postpartum การดูแลหลังคลอดคุณภาพ</u> - เยี่ยมบ้านหลังคลอดตามเกณฑ์ 3 ครั้ง ที่กำหนด - จัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีการเฝ้าระวัง ภาวะ Postpartum Blues - Discharge Planning วางแผนการจำหน่ายพร้อมติดตามต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มี ความเสี่ยงและส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หากพบภาวะที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง การวางแผนครอบครัว ให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดหลังคลอด 2. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มีระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงหลังคลอดเชื่อมโยงกับหน่วยสุขภาพจิต มีการสื่อสารข้อมูลหญิงเสี่ยงระหว่าง ANC→LR → PP care มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงคลินิกสุขภาพจิต มีข้อมูลการติดตามประเมินสุขภาพจิตด้วย EPDS หลังคลอด มีการให้ความรู้/สื่อให้คำปรึกษา เช่น การเลี้ยงลูก การจัดการความเครียด 3. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ มีการคัดกรองการใช้สารเสพติดทั้งในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดในจังหวัดสตูล มีการออกแบบการดูแลร่วมกับจิตเวชยาเสพติด และสังคมสงเคราะห์ประกอบด้วยกระบวนการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกหลังคลอดและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน 4. มีระบบ One Province One Labor room แยกเป็น 2 Node 1) Node ละงู-ทุ่งหว้า รพ.ละงู มีสูติแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 1 คน รับผิดชอบ รพ.ละงู รพ.ทุ่งหว้า ในวันราชการ 2) Node รพ.สตูล มีสูติแพทย์ 5 คน กุมารแพทย์ 5

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	คน รับผิดชอบ รพ.ควนโดน รพ.มะนัง รพ.ท่าแพ รพ.ควนกาหลง ในวันราชการ และรับผิดชอบ รพช.ทุกแห่ง ในวันหยุดราชการ ผ่านไลน์กลุ่ม “One province one labour room satun” กำหนดให้รายงานเคส และแผนการดูแลต่อเนื่อง ทุกวันภายในเวลา 10.00 น. เพื่อ Active Refer (Early Refer ใน Case ที่ไม่มี Indication ในการ Refer) หลัง 10.00 น. หากมีรับใหม่ให้รายงาน Case ทุกราย
กำลังคนที่ให้บริการ	5. ศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแลหญิงตั้งครรภ์ – คลอดเสี่ยงสูงและการจัดสรรบุคลากร - บุคลากรมีแผนการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมทุก รพช. และมีการประชุมช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดในปี 2569 - ทบทวน case near miss ในการประชุม MCH board มีการจัดประชุมเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ในจังหวัดสตูล
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	6. ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูล SP สาขาแม่และเด็ก ข้อมูลครรภ์เสี่ยงครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้ - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูล - ความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา-การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุ-การทบทวน Near Miss - การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน พัฒนา และลด MMR
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	7. มีระบบ Fast Track OB Refer - คลังเลือด/ยา พร้อม 24 ชม. - การตรวจ NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล - ห้องคลอดและหอผู้ป่วยมีเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฉุกเฉินครบ เช่น MgSO ₄ , oxytocin, methergine, Cytotec, Blood Product มีการสำรองเตียง ICU สำหรับผู้ป่วยสูติกรรม
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	8. มีคณะกรรมการMCH Board ,SP สาขาแม่และเด็ก และ SP ทารกแรกเกิด เพื่อขับเคลื่อนสู่ Zero MMR ระดับจังหวัด/เขต กำหนดประชุม 2 ครั้ง - มีแผนขับเคลื่อนและติดตามผลทุก 6 เดือน ในการประชุม MCH Board

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน

1. ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ

1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทย : จังหวัดสตูล อัตราส่วนการตายมารดาเป็นศูนย์ต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2566 - 2569 ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

1.2 อัตราการตายทารกแรกเกิด (≤ 28 วัน) : มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยในปี 2568 ลดลงเหลือ 1.35 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ (เกณฑ์ร้อยละ < 3.40) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 12 และระดับประเทศ

1.3 การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรก : หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ คิดเป็น ร้อยละ 76.49 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่ร้อยละ 75

2. ผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพและระบบบริการ

2.1 One Province One Labor Room : ประสบความสำเร็จในการบูรณาการเครือข่ายสูติแพทย์และโรงพยาบาลชุมชนผ่านระบบ Line Group เพื่อให้คำปรึกษา (Direct consult) และบริหารจัดการเคสเสี่ยงสูงตลอด 24 ชั่วโมง

2.2 ระบบส่งต่อไร้รอยต่อ (Fast Track OB Refer) : พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ พร้อมสำรองคลังเลือด ยา (เช่น Carbetocin) และเตียง ICU สำหรับผู้ป่วยสูติกรรมโดยเฉพาะ

2.3 การดูแลครรภ์เสี่ยงสูง (High Risk Case Management) : จัดตั้ง ANC High Risk Clinic โดยมีการดูแลร่วมกันระหว่างสูติแพทย์และแพทย์ MFM (เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์)

2.4 การเฝ้าระวังเชิงรุก : มีระบบคัดกรองสุขภาพจิต (ภาวะซึมเศร้าหลังคลอด) และการคัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ พร้อมเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด และชุมชน

Gap ของการดำเนินงาน

1. อัตราการเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพยังไม่ได้เป้าหมายที่กำหนด โดยพบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 65.00 (เกณฑ์ ร้อยละ 75) และหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแล 8 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 12.67 (เกณฑ์ ร้อยละ 65) ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในบางพื้นที่ เช่น อำเภอลงู มีผลการดำเนินงานการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง เพียงร้อยละ 48.33

2. ประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และคลอด แม้อัตราส่วนการตายมารดาจะเป็นศูนย์ แต่ตัวชี้วัดด้านสุขภาพทารกยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.98 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 9 ตามลำดับ) ซึ่งสัมพันธ์กับความท้าทายในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเพื่อติดตามครรภ์เสี่ยงและวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึกในระดับพื้นที่

3. มีหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่มาฝากครรภ์ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.99 มารดาคลอดที่ไม่ได้ฝากครรภ์ พบว่า มีภาวะซีด จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 55.56) คลอดก่อนกำหนด จำนวน 1 ราย น้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 1 ราย สาเหตุที่ไม่มาฝากครรภ์ปี 2569 มีการใช้สารเสพติด 3 ราย ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ จำนวน 5 ราย ไม่สะดวกในการไปฝากครรภ์ จำนวน 1 ราย

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1) งานฝากครรภ์คุณภาพและดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเชิงรุก เน้นการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ และครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย เพื่อติดตามดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเปราะบางในชุมชนอย่างใกล้ชิด

2) บูรณาการป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เร่งรัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ระบบสารสนเทศติดตามข้อมูลครรภ์เสี่ยงให้มีความถูกต้อง ทันสมัย เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์สาเหตุและทบทวนกรณีศึกษา (Near Miss Case) สำหรับวางแผนป้องกันปัญหาในระดับพื้นที่อย่างแม่นยำ

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1) ประชุมติดตามประเมินความพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมผ่านการจำลองสถานการณ์ร่วมกับ รพช.

2) ประชุมคณะกรรมการคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด/MCH board จังหวัดสตูล

3) โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้แก่ อสม หมอคนที่ 1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้งานระบบสารสนเทศ โครงการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด
- การประชุม นิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

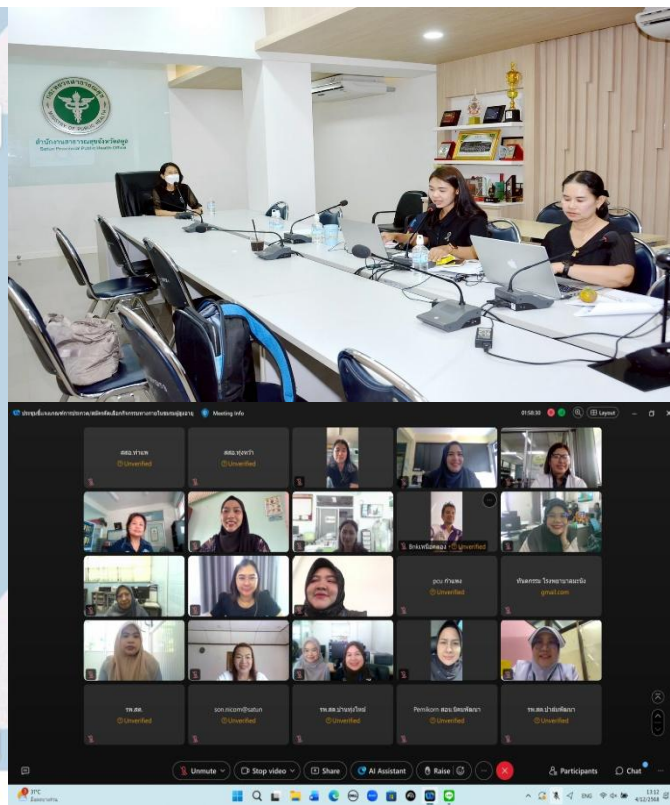
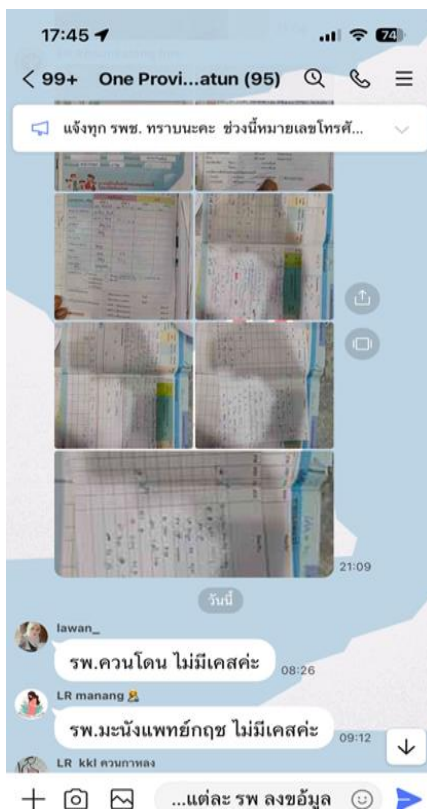
5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ในหญิงครรภ์เสี่ยงที่ไม่ยอมรับบริการวางแผนครอบครัวให้หน่วยบริการในพื้นที่ลงบริการวางแผนครอบครัวเชิงรุก และติดตามใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. จำนวนมารดาคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์ แนวทางการแก้ไขโดยการเร่งรัดค้นหาหญิงตั้งครรภ์โดย อสม. รณรงค์ “ฝากครรภ์เร็ว ทารกปลอดภัย” ผ่านเวที พขอ. และติดตามการดำเนินงานระดับอำเภอโดยสาธารณสุขอำเภอ

6. ภาพการดำเนินงาน

One province one labour room satun

ชี้แจงการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก



ผู้รายงาน นางเบญจวรรณ ใจเย็น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 093-6653887
E-mail Benjawanjaiyen@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2569

การกตย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. อัตราตยทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป้าหมาย : < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต

2.1 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ เป้าหมาย : ≤1:300 ทารกเกิดมีชีวิต

2.2 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมาย : > ร้อยละ 65

2. สถานการณ์

สถานการณ์การตยของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ พ.ศ.2566-2568 คิดเป็น 2.01, 2.21 และ 1.35 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีวิต ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สตุลมีจำนวนทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน 1 ราย คิดเป็น 1.64 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีวิตต่อแสนการเกิดมีชีวิต สาเหตุมาจาก severe birth asphyxia with MAS

สถานการณ์เตียง NICU ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จำนวนเตียง NICU เท่ากับ 1 ต่อ 452 ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) (2,711/6)

สถานการณ์การใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 คิดเป็นร้อยละ 88.65 และปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม - ธันวาคม 2568) คิดเป็นร้อยละ 95.98

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตยทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน เป้าหมาย : < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต

ตารางที่ 21 อัตราตยทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เกิดมีชีพ	ทารกตาย	อัตรา
ระดับประเทศ			< 3.60 ต่อ 1,000 ทารก เกิดมีชีพ	เมืองสตูล	480	1	2.08
7.04	4.33	4.21		ควนโดน	11	0	0
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	17	0	0
4.67	5.21	4.57		ท่าแพ	0	0	0
จังหวัดสตูล				ละงู	71	0	0
2.01	2.21	1.35		ทุ่งหว้า	22	0	0
				มะนัง	7	0	0
				รวม	608	1	1.64

ตัวชี้วัด : จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) เป้าหมาย : $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีพ

ตารางที่ 22 จำนวนเตียง NICU $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีพ

ปีงบประมาณ	จำนวนเตียง NICU $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีพ		
	B	A	$(A/B) \times 1000$
2567	6	2,711	-
2568	6	2,430	-
2569	6	608 (2,432)	-
เฉลี่ย 3 ปีงบประมาณ	6/8	2,524	420/315

หมายเหตุ : A: จำนวนทารกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปีงบประมาณเฉลี่ย 3 ปี B: จำนวนเตียง NICU

A/B: จำนวนเตียง NICU 1:300 ทารกเกิดมีชีพ

*คำนวณเมื่อครบปีงบประมาณ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน (เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)

ตารางที่ 23 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่		
	ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน (เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)		
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค. 68 – ธ.ค. 68)		
	A	B	$(A/B) \times 100$
เมืองสตูล	213	220	96.8
ละงู	26	29	89.7
รวม	239	249	95.98

หมายเหตุ : A = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยได้รับนมแม่อย่างเดียวหรือได้รับนมแม่ร่วมกับการ Fortified เมื่อจำหน่าย

B = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยจำหน่ายทั้งหมด

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด - มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตด้วย RCA ทุกราย - ทบทวนการ Resuscitate NB ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุง Guideline NCPR ใน รพ.สตูล (กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow NCPR Team การสื่อสารของทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นใน OR) - พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : จัดทำโครงการฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สู้ติกรรมและ MCH board ในการเยี่ยมประเมิน รพช.

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	เครือข่าย และมีแผนส่งบุคลากร NICU SNB LR และ PP อบรม Update NCPR ของทุกปี - ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และ มีการทบทวน case miss/Near miss conference 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด - พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สูติกรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิด ทารกคลอดก่อนกำหนด : คัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยง Early ANC และเพิ่มอัตรา การได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%, Intra uterine transfer - มีระบบการดูแลและคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยง : Warning sign RD score, SOS score, Screening Preterm Guideline, CPG/CNPG กลุ่มโรคสำคัญ Preterm with RDS - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress - พัฒนาการดูแลทารก PPHN เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี 2569 - 2570 : ด้านการรักษาด้วย Nitric Oxide (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI ใน case PPHN ย้อนหลังปี 2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน) 3. พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด - มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบ Fast Track Transfer Newborn ในทุก case ที่เกินศักยภาพ - พัฒนาศักยภาพ รพช. Node สะงู ในการรับผู้ป่วย sick newborn สามารถใช้ HHHFNC ได้ และรับ Refer Back ใน case รอเลี้ยงโต BW>1,200 gm - พัฒนาศักยภาพ รพช.เครือข่าย รับ Refer Back ใน case stable รอฉีดยา ATB - มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม ใน case ที่มีกายอุปกรณ์ เช่น Home O₂ On OG tube, Case CP และ Anomaly และเชื่อมการส่งต่อข้อมูล การส่งกลับกับทีมคณะกรรมการ service plan ทั้งจังหวัดในการติดตามต่อเนื่อง ที่รพช.เครือข่าย 4. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารก Palliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม Palliative care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
กำลังคนที่ให้บริการ	1.พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด - มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (Neonatal Nurse Practitioner : NNP) ร้อยละ 50 และมีแผนพัฒนาส่งอบรมทุกปี - มีการสอนฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ. สตูล ร้อยละ 93.10 และมีแผนทบทวน Flow NCPR ปีละ 2 ครั้ง ร่วมกับ ลงประเมิน รพช.เครือข่ายปีละ 1 ครั้ง ปี 2568 รพช. เครือข่าย 6 แห่ง ได้รับการนิเทศร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 (รพช.มะนัง 1

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ ในประเด็นสมรรถนะบุคลากร ตามทีมไม่ได้ พยาบาลตอบไม่ได้ และอุปกรณ์ไม่พร้อม) บุคลากรมีสมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด > ร้อยละ80 (เฉลี่ยรวมร้อยละ 89.94)
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัด ใน SP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและเสียชีวิตครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้ - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาต่อเนื่องได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันผ่าน Google drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อติดตามและพัฒนาร่วมกันผ่าน Line Application - การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตจากการทบทวน RCA ร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผ่าน online/on site Conference
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	- มีระบบ Fast Track Transfer Newborn เพื่อให้ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความจำเป็นต้องได้รับสาร Surfactant ทุกราย - NICU มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในภาวะวิกฤติ เช่น HFOV และมี Neo puff พร้อมใช้ที่ห้องคลอด OR และNICU/SNB มี set กู้ชีพ ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก แต่มีข้อจำกัดของอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นใน รพช. เครือข่าย ที่ไม่มี คือ Neo puff ครบทุกแห่ง (มะนังและควนกาหลงไม่มี Neo puff) - มีแผนพัฒนาการดูแลทารก PPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียงNICU ในปี2569-2570 (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI ใน case PPHN ย้อนหลัง ปี 2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน และอัตราการ refer out เกินศักยภาพใน case PPHN)
การเงิน การคลังด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	- มีคณะกรรมการ SP ทารกแรกเกิด ทำงานร่วมกับ MCH Board และ SP สาขาแม่และเด็ก เพื่อขับเคลื่อนการดูแลทารกระดับจังหวัด กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน - รพ.สต.เป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ขับเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกัน โดยจัดทำคู่มือการดูแลต่างๆ เช่นคู่มือการส่งต่อทารกในจังหวัด คู่มือNCPR และแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิด เป็นต้น

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

1. อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี 2566 - 2568 คิดเป็น ร้อยละ 12.14, 12.9 และ 18.48 ตามลำดับ ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อัตราการเกิด BPD และ ROP ถึงแม้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราตายที่แนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ในปี 2567 จึงปรับแนวทางการดูแล Sepsis ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ PCT ทุมการเวชกรรมและพัฒนาโครงการ CQI CLABSI เพื่อลดการเกิด NEC ส่งผลให้ในปี 2568 อัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง และอัตราการเกิด NEC มีแนวโน้มลดลง ปี 2566 - 2568 คิดเป็นร้อยละ 10.71, 11.29 และ 10.08 ในปี 2568 พบทารกเสียชีวิตที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด 3 ราย โดยทั้ง 3 รายเสียชีวิตจาก Early sepsis ทั้งสิ้น

2. แนวทางการเฝ้าระวัง Neonatal Sepsis ยังไม่ครอบคลุม ในปี 2568 พบทารกเสียชีวิตทั้งหมด 4 ราย โดยทั้ง 4 รายเสียชีวิตจาก Early sepsis ทั้งสิ้น จึงมีแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis เพิ่มการ Early detection Neonatal Sepsis (EOS, LOS) โดยการจัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี 2569

3. จำนวนทารกป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2567-2568 มีจำนวน 28 และ 38 ราย ตามลำดับ เป็นทารกคลอด preterm 10 ราย GA เฉลี่ย 35 wks. น้ำหนักเฉลี่ย 2,576 กรัม และทารกคลอด Term 28 ราย NB NAS Score > 8 คะแนน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 พบภาวะแทรกซ้อนหายใจเร็ว 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.05 มีภาวะ Hypoglycemia 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 และมีอาการชัก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 ทั้งนี้ทารกทั้งหมดสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เนื่องจากมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับ เพื่อเตรียมผู้ดูแลและป้องกันทารกถูกทอดทิ้งจากความไม่พร้อมของบิดา มารดา แต่ยังมีพบปัญหาการติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านในผู้ป่วยนอกเขตเมือง

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : Warning sign RD score, SOS score และส่งบุคลากร LR NICU PP อบรม Update NCPR ทุกปี พร้อมปรับปรุง Guideline NCPR ใน รพ.สตูล และจัดทำโครงการ ฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สู่กิจกรรม ในรพช.

2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS, LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี 2569

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress

4. พัฒนาการดูแลทารก PPHN เพื่อรองรับการขยายเตียง NICU ในปี 2569-2570 : การรักษาด้วย Nitric Oxide (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI และอัตราการ refer out เกินศักยภาพใน case PPHN ย้อนหลัง ปี 2567 - 2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าต้นทุนในการจัดซื้อ Nitric Oxide)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น severe RDS, sepsis และเสียชีวิตตามมา
2. ปัญหามารดาติดเชื้อเสฟติค และส่งผลให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนตามมาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมทุกราย โดยเฉพาะนอกเขตเมือง
3. สมรรถนะการช่วยชีวิตใน NB/NCPR ของ รพช.เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน รพ.สตูล
4. พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สูติกรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด และติดตามอัตราการได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%
5. การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกป่วยที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเสฟติค ควรมีการวางแผนดำเนินการให้สามารถติดตามต่อเนื่องในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย
6. การพัฒนาสมรรถนะฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ควรมีแผนทบทวน Flow NCPR ทุกไตรมาส ร่วมกับลงประเมิน รพช.เครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง หลังจากจัดโครงการ NCPR รพ.สตูล

ผู้รายงาน นางสาวสุวรรณา อาแว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 097-3457072
E-mail suwanna.awae@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2569



ประเด็นที่ 2

พัฒนาการเด็ก

ประเด็นที่ 2 : พัฒนาการเด็ก

พัฒนาการสมวัย

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 88

2. สถานการณ์

สถานการณ์ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการตามเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 87) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบร้อยละ 87.76, 87.99 และ 91.48 ตามลำดับ (HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568) ในรายละเอียดของการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 91.56, 90.15 และ 94.15 ตามลำดับ พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20) แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 17.91, 18.98 และ 19.94 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม น้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90) โดยติดตามได้ ร้อยละ 87.29, 89.97 และ 88.02 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามและพบพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 2.46, 1.87 และ 2.35 ตามลำดับ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า พบสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความเข้าใจภาษา ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา และด้านการช่วยเหลือและสังคม จากการติดตามการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยในคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขหลายแห่ง บันทึกข้อมูลผลการคัดกรองพัฒนาการไม่เป็นปัจจุบัน การติดตามเด็กมารับบริการคัดกรองพัฒนาการ และกระตุ้นติดตามพัฒนาการเชิงรุกในชุมชนยังน้อย ขาดการนำข้อมูลมาใช้ในเฝ้าระวัง หรือวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน เด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองบางส่วนเป็นเด็กที่พ่อแม่/ผู้ปกครอง เลือกรับบริการฉีดวัคซีนจากคลินิกเอกชน เนื่องจากไม่สามารถลงงานเพื่อพาบุตรหลานมารับบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดี ตามวันที่หน่วยบริการสาธารณสุขกำหนดไว้ ก่อปรกับพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็กไม่ให้ความสำคัญของปัญหาด้านพัฒนาการและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก (รีบมารับบริการและรีบกลับบ้าน) ทำให้เด็กขาดการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัยที่บ้าน และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับข้อมูลการสัมภาษณ์พ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้เลี้ยงดูเด็ก ขณะมารับบริการที่คลินิกเด็กสุขภาพดี ซึ่งส่วนใหญ่ไม่เคยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หลังได้รับมาจากแผนกหลังคลอด และบางส่วนสูญหายหรือชำรุดด้านการจัดบริการในคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐาน และจากการสุ่มติดตามการดำเนินงานคลินิกเด็กสุขภาพดีตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก หน่วยบริการสาธารณสุข จำนวน 29 แห่ง พบว่า หน่วยบริการส่วนใหญ่จัดบริการไม่ครบถ้วนตามมาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ พบปัญหาเรื่อง 1) สถานที่ ไม่มีห้องให้ความรู้และคำปรึกษาสำหรับพ่อแม่และผู้ปกครอง ส่วนใหญ่ใช้บริเวณหน้าห้องให้บริการคลินิกเด็กสุขภาพดี และบริเวณจุดรับบริการซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง 2) บุคลากร หน่วยบริการที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานใหม่ และไม่ได้รับการถ่ายทอดงานจากผู้รับผิดชอบงานคนเก่า ทำให้ไม่ทราบแนวทางการดำเนินงานมาก่อน จึงไม่มีการจัดกิจกรรม และ 3) รูปแบบการสอนมีรูปแบบการสอนที่ไม่ชัดเจน ขาดการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการเรียนการสอน รวมถึงขาดการปรับรูปแบบให้สอดคล้องกับผู้รับบริการ 4) จัดกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง มีเพียงบางแห่งที่ดำเนินการโดยการให้ความรู้รายบุคคล และสอดแทรกไปกับการจัดโครงการต่างๆ

สถานการณ์ด้านภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 - 12 เดือน พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 เด็กอายุ 6 - 12 เดือน ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้น โดยได้รับการตรวจ ร้อยละ 64.74, 78.36 และ 84.67 ตามลำดับ พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 17.21, 20.09 และ 13.71 ตามลำดับ โดยพบภาวะโลหิตจางลดลง เด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 88.92, 82.83 และ 89.12 ตามลำดับ (HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568) จากการติดตามการดำเนินงาน พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขหลายแห่งดำเนินการตรวจภาวะโลหิตจางได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ผลมาจากการเป็นจังหวัดนำร่องการดำเนินงานตามโครงการลดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 12 ผู้บริหารเห็นความสำคัญ มีการจัดซื้อเครื่องตรวจระดับฮีโมโกลบินแบบพกพา ครอบคลุมหน่วยบริการในหลายๆ อำเภอ (อำเภอมะนัง อำเภอควนโดน และอำเภอท่าแพ) และได้รับการสนับสนุนเครื่องตรวจระดับฮีโมโกลบินแบบพกพา จากเขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 27 เครื่อง แต่ยังมีเด็กกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขบางแห่งดำเนินการคัดกรองภาวะโลหิตจาง และจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเฉพาะในวันที่ให้บริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี ขาดการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง และรับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก รวมถึงพ่อแม่ผู้ปกครองยังขาดความตระหนักเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย อาหารที่มีธาตุเหล็ก และการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ด้านโภชนาการในเด็กปฐมวัยจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า เด็กปฐมวัยจังหวัดสตูล มีภาวะเตี้ย และภาวะผอม เกินเกณฑ์ที่กำหนด จึงมีผลให้สูงตีสัดส่วนต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบ ร้อยละ 52.89, 58.82 และ 57.34 ตามลำดับ (HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568) ในรายละเอียดของการดำเนินงาน พบว่า เด็กปฐมวัยได้รับการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการยังไม่ครอบคลุม โดยพบว่า ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ 87.65, 91.87 และ 89.78 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90) เด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ส่วนสูง พบว่า มีภาวะเตี้ย ร้อยละ 14.05, 11.26 และ 10.72 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 9) มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 10.11, 6.74 และ 7.18 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 8) และมีภาวะผอม ร้อยละ 6.79, 6.71 และ 7.0 ตามลำดับ (เกณฑ์ไม่เกิน ร้อยละ 5) ด้านส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี พบว่า เด็กชายมีส่วนสูงเฉลี่ย 103, 106.63 และ 108.58 เซนติเมตร ตามลำดับ เด็กหญิงมีส่วนสูงเฉลี่ย 102.88, 105.81 และ 107.59 เซนติเมตร ตามลำดับ (เกณฑ์ปี 2568 เด็กชายสูงไม่น้อยกว่า 113 เซนติเมตร เด็กหญิงสูงไม่น้อยกว่า 112 เซนติเมตร) จากการติดตามการดำเนินการให้บริการโภชนาการในคลินิกเด็กสุขภาพดี พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ดำเนินการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงโดย อสม. (ที่มาช่วยในวันที่มีคลินิกเด็กสุขภาพดี) บางแห่งให้พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ทั้งนี้พบว่า วิธีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ถูกต้อง และการอ่านค่ามีความคลาดเคลื่อน เนื่องจากไม่ได้รับการสอน/ฝึกปฏิบัติ หรือฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง จากการสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้ปกครอง พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้บันทึกผลการเจริญเติบโตในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ส่วนน้อยที่มีการบันทึก แต่บันทึกไม่ครบทั้ง 3 กราฟ รวมถึงไม่สามารถสาธิตการบันทึกข้อมูลในกราฟได้ พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ไม่ได้รับการแจ้งผลภาวะโภชนาการ รวมถึงไม่ได้รับคำแนะนำวิธีการส่งเสริมโภชนาการหรือการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ หน่วยบริการสาธารณสุขขาดการประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหารของเด็กอายุ 1 - 3 ปี และอายุ 4 - 5 ปี ทำให้ไม่สามารถทราบสาเหตุของปัญหา ตลอดจนการแก้ไขปัญหาโภชนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้

ตารางที่ 24 ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 – 2568

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง 3 ปี		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	81.53	83.06	79.72
2567	87.99	77.42	75.47
2568	91.48	82.41	79.61

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (เกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88)

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและผลการคัดกรอง จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	จำนวนเด็ก อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทั้งหมด	ได้รับ คัดกรอง พัฒนาการ	ร้อยละ ร้อยละ	พบเด็ก พัฒนาการ สงสัย ล่าช้า	ร้อยละ ร้อยละ	เด็ก พัฒนาการ สงสัยล่าช้า ได้รับการ ติดตาม	ร้อยละ	สมวัย	ร้อยละ
เมืองสตูล	607	564	92.92	79	13.83	57	72.15	541	89.13
ควนโดน	182	174	95.60	30	17.24	19	63.33	163	89.56
ควนกาหลง	174	173	99.43	41	23.70	30	73.17	161	92.53
ท่าแพ	209	207	99.04	55	26.57	49	89.09	199	95.22
ละงู	454	422	92.95	69	16.35	59	85.51	411	90.53
ทุ่งหว้า	165	163	98.79	59	36.20	50	84.75	153	92.73
มะนัง	124	122	98.39	24	19.67	21	87.50	118	95.16
รวม	1,915	1,825	95.30	357	19.51	285	79.83	1,746	91.17

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ที่ได้รับการตรวจภาวะโลหิตจาง และร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ที่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

อำเภอ	จำนวนเด็ก อายุครบ 12 เดือน	ได้รับการ ตรวจ ภาวะ โลหิตจาง	ร้อยละ	พบ โลหิต จาง	ร้อยละ	จำนวน เด็กอายุ 6เดือน-5ปี	ได้รับ ยาน้ำเสริม ธาตุ เหล็ก	ร้อยละ
เมืองสตูล	644	175	27.17	12	6.94	353	308	87.25
ควนโดน	204	89	43.63	19	21.84	104	98	94.23
ควนกาหลง	189	82	43.39	3	3.70	105	103	98.1
ท่าแพ	265	80	30.19	9	11.39	150	140	93.33
ละงู	470	152	32.34	6	4.00	249	235	94.38
ทุ่งหว้า	148	60	40.54	8	14.04	81	78	96.3
มะนัง	133	46	34.59	9	21.43	79	68	86.08
รวม	2,053	684	33.32	66	9.87	1,121	1,030	91.88

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 27 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และผลการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต จำแนกรายอำเภอ จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการ ชั่งน.และ วัดส่วนสูง	ร้อยละ	สูงดี สม ส่วน	ร้อยละ	เตี้ย	ร้อยละ	เริ่มอ้วน และอ้วน	ร้อยละ	พอม	ร้อยละ
เมืองสตูล	3,776	78.86	1,988	52.65	534	14.14	321	8.5	313	8.29
ควนโดน	1,401	94.03	798	56.96	189	13.49	84	6	104	7.42
ควนกาหลง	1,162	82.53	751	64.63	145	12.48	67	5.77	47	4.04
ท่าแพ	1,542	92.28	933	60.51	123	7.98	105	6.81	121	7.85
ละงู	2,257	65.12	1,127	49.93	389	17.24	185	8.2	164	7.27
ทุ่งหว้า	1,119	95.72	741	66.22	84	7.51	87	7.77	50	4.47
มะนัง	871	91.11	501	57.52	109	12.51	81	9.3	35	4.02
รวม	12,128	81.13	6,839	56.39	1,573	12.97	930	7.67	834	6.88

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
P - Partner การมีส่วนร่วมของเครือข่าย	สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบบูรณาการ 1. เครือข่ายระดับนโยบาย - มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เพื่อบูรณาการการทำงานระหว่างอำเภอและจังหวัด ให้เป็นไปอย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ตลอดจนเป็นกลไกสำคัญในการกำกับติดตามการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ 126/2567 และคำสั่งเพิ่มเติมที่ 216/2568 จัดประชุมครั้งที่ 1/2569 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 โดยมีการนำเสนอผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2568 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2569 ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 2. เครือข่ายท้องถิ่น - ลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นอนามัยแม่และเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ร่วมกับ อบจ.สตูล อบต. และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ทุกแห่ง เมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ณ ห้องประชุมศูนย์ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการท่องเที่ยวจังหวัดสตูล โดยมีการกำหนดเจตนารมณ์ วัตถุประสงค์ ขอบเขตความร่วมมือและบทบาทหน้าที่ร่วมกัน - ประสานความร่วมมือกับ อบต. พมจ.สตูล ศธ.จังหวัดสตูล อบจ.สตูล เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ได้แก่ การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพ แก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน” การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย การรณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย เป็นต้น 3. เครือข่ายระดับปฏิบัติการ - บูรณาการการทำงานกับทีมผู้ดูแลเด็กและครอบครัว (CFT) ครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล ในการติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายช่วงอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน เข้ารับการคัดกรองและติดตามกระตุ้นพัฒนาการในหน่วยบริการสาธารณสุข เนื่องจากทุกตำบลได้เข้าร่วมการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน ตามคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลที่มีการดำเนินงานร่วมกันทั้ง 4 องค์ประกอบ ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล และทีมผู้ดูแลเด็กและครอบครัว

Building Block	ผลการดำเนินงาน
I - Intervention ระบบบริการและการจัดการ	จัดบริการที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และรวดเร็ว ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข 1. ผลการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 95.30 เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้น ภายใน 30 วัน ร้อยละ 79.83 และเด็กกลับมา มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 91.17 จากผลการดำเนินงาน พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขมีการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามช่วงอายุที่สำคัญ (9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน) แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย หลายแห่งขาดการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กให้เป็นปัจจุบัน และขาดการวางแผน ดำเนินการเชิงรุก เพื่อติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มาตามนัด 2. ผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 – 12 เดือน ร้อยละ 31.58 พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 10.02 และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 90.14 จากผลการดำเนินงาน พบว่า หน่วยบริการขาด การจัดการข้อมูล การจัดทำแผนการคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการจัดทำ แผนการจัดซื้อแผ่นซับเลือด 3. เด็กปฐมวัยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและป้องกันฟันผุในคลินิกเด็ก สุขภาพดี (WCC) และการให้บริการเชิงรุก ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน อนุบาล ตามแผนของงานทันตสาธารณสุขในพื้นที่ รวมถึงมีการบูรณาการ ทำงานร่วมกันในการขับเคลื่อนงานตำบลมหัศจรรย์ 1000 วัน พลัส สู่ 2500 วัน และการยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย 4D
R – Regulate กำหนด ทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล	กำหนดทิศทาง ควบคุมคุณภาพ และการจัดการข้อมูล เทคโนโลยี และ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนการทำงานให้มีประสิทธิภาพ 1. การควบคุมและกำกับดูแล - ใช้กลไกการกำกับติดตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่าน คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสตูล ที่กำหนดการประชุมฯ ไตรมาสละ 1 ครั้ง 2. การบริหารข้อมูล - นำข้อมูลจาก HDC มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ และค้นหาข้อมูลใน เวทีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็ก ปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อวางแผนการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาระดับจังหวัด และในอำเภอต่อไป 3. วัสดุอุปกรณ์และยา - จังหวัดจัดสรรคู่มือ DSPM ที่ได้รับการสนับสนุนจากส่วนกลางปีละ 2 งวด ให้แก่ห้องคลอดในโรงพยาบาลที่ให้บริการคลอด โดยคำนวณจากจำนวน เด็กที่คลอดในแต่ละเดือน ส่วนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กโรงพยาบาลมียาน้ำเสริม ธาตุสนับสนุนให้หน่วยบริการในพื้นที่อย่างเพียงพอ พบปัญหายาน้ำเสริมธาตุ ที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมผลิตไม่ทันในระยยะสั้นๆ 4. งบประมาณ - จังหวัดได้แนะนำให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใช้เวทีการประชุม ขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน เพื่อ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	คืนข้อมูลสถานการณ์เด็กปฐมวัยในพื้นที่ และขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัย - อบจ.สตูล ภายใต้อัตถกถลงร่วมสมทบทุนกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ตามประเด็นอนามัยแม่และเด็ก 1,000 วันแรกของชีวิต สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน
A - Advocacy การสื่อสารและผลักดันนโยบาย	การขับเคลื่อนเชิงสังคมและนโยบายเพื่อสร้างความตระหนักและความสำคัญของงานพัฒนาการเด็ก - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้กำหนดให้ตัวชี้วัดร้อยละของเด็กอายุครบ 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง เป็นตัวชี้วัดการประเมินผลงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ (MOU) ระดับ คปสอ. ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 – 2569 เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็น 2) ด้านบริการเป็นเลิศ 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล รวมถึงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นตรวจราชการ ประเด็นหรือจุดเน้นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสตูล และประเด็นปัญหาของจังหวัดสตูล เพื่อใช้ในการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในระดับอำเภอ และใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน - จัดประชุมเพื่อถ่ายทอดนโยบายให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยทุกระดับ
B - Building Capacity การพัฒนาศักยภาพคน	การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน - จังหวัดได้ดำเนินการให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกคนเข้ารับการอบรม DSPM ภาคทฤษฎี และดำเนินการสอบ DSPM ภาคปฏิบัติแล้ว จำนวน 2 รุ่น มีผู้เข้ารับการสอบภาคปฏิบัติ ปี 2566 จำนวน 50 คน ปี 2567 จำนวน 27 คน และ ปี 2568 พัฒนาทักษะการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วย DSPM สำหรับเจ้าหน้าที่ประเมินพัฒนาการ คนที่ 2 จำนวน 49 คน ปี 2569 ได้ประสานสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสตูล และสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสตูล กำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาล เข้าอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM-1) ภาคทฤษฎี และประชาสัมพันธ์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (4D) การสร้างเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบออนไลน์ และจังหวัดจะจัดสอบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM-2) ภาคปฏิบัติ โดยวิทยากรครู ก

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอดจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง - จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดีทุกแห่ง

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น : เป็นจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจาง ภายใต้อแคมเปญ “เด็กฉลาดด้วยธาตุเหล็ก” สูงสุดระดับประเทศ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

- 1) พัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือ DSPM ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย สำหรับครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
- 2) อบรมหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยในคลินิกเด็กสุขภาพดี
- 3) อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอด

4.1.2 พัฒนาคุณภาพบริการ

- 1) พัฒนามาตรฐานคลินิกเด็กสุขภาพดี (WCC)
- 2) ยกระดับมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ 4D

4.1.3 ขับเคลื่อนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม

- 1) ดำเนินกิจกรรม 1,000 วัน พลัส สู่ 2,500 วัน
- 2) ส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพ แก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน”

4.1.4 ติดตามและประเมินผล

- 1) คณะกรรมการเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
- 2) ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมรูปแบบออนไลน์
- 3) เยี่ยมติดตามหน้างาน รวมถึงสุ่มประเมินการเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโต การคัดกรองภาวะโลหิตจาง และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1) ประชุมชี้แจงงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 เมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2568 มีการนำเสนอผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2568 และแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปี 2569 ระดับจังหวัด ทั้งนี้ กำหนดแผนติดตามการดำเนินงานในการประชุมคณะกรรมการเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ในเดือนมีนาคม และมิถุนายน 2569

2) ขอความร่วมมือผู้ประกอบการสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) ทุกแห่ง ขับเคลื่อนนโยบาย Our Children Our Future โดยการแนะนำผู้ปกครองให้นำบุตรหลานไปรับบริการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในเด็ก

ที่อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน รับบริการตรวจความเข้มข้นของเลือดในเด็กที่มีช่วงอายุ 9 – 12 เดือน และรับยาเสริมธาตุเหล็กในเด็กที่มีช่วงอายุ 6 เดือน – 5 ปี ณ สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน

3) ประสานสำนักงานท้องถิ่นจังหวัดสตูล และสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสตูล กำหนดให้ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนที่มีระดับชั้นอนุบาลเข้าอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM-1) ภาคทฤษฎี และประชาสัมพันธ์หลักสูตรพัฒนาศักยภาพตนเองที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้อำนวยการเล่น (Play Worker) การยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย (4D) การสร้างเสริมและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปาก ผ่านระบบออนไลน์ ให้แล้วเสร็จภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2569 ทั้งนี้ จังหวัดจะจัดสอบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM-2) ภาคปฏิบัติ โดยวิทยากรครู ก ในเดือนมีนาคม 2569

4) จัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมหลังคลอดจากหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติกับแม่หลังคลอดให้เข้าใจและใช้เครื่องมือ DSPM ติดตามพัฒนาการลูกตั้งแต่แรกเกิด เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย ทั้งนี้ จังหวัดกำหนดอบรมฯ ในเดือนมกราคม 2569

5) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ตามหลักการพัฒนาสมอง ให้แก่ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกเด็กสุขภาพดี ในเดือนกุมภาพันธ์ 2569

6) ยกระดับคุณภาพสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ 4 มิติ (พัฒนาการ โภชนาการ วัคซีน และสุขภาพช่องปากและฟัน) เป้าหมายดำเนินการ คือ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่มีผลการประเมินตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับต้องปรับปรุง จำนวน 10 แห่ง ให้มีผลการประเมินอยู่ในระดับที่สูงขึ้น ทั้งนี้ จังหวัดกำหนดแผนเยี่ยมติดตามสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อยกระดับการดำเนินงานด้านสุขภาพ (4D) ในเดือนกรกฎาคม 2569

7) พัฒนาศักยภาพการจัดบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีในหน่วยสถานบริการสาธารณสุข (WCC) ตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก โดยจังหวัดกำหนดให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่งดำเนินการประเมินตนเองและทีมระดับอำเภอลงพื้นที่ประเมินฯ ซ้ำ เพื่อพัฒนาคลินิกเด็กสุขภาพดีก่อนทีมระดับจังหวัดสุ่มประเมินในหน่วยบริการ ทั้งนี้ กำหนดแผนการประเมินการจัดบริการฯ ในเดือนเมษายนและพฤษภาคม 2569

8) ดำเนินงานส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทย ภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพ แก้ไขปัญหาเตี้ย ผอม อ้วน” ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ทั้งนี้ เป็นการดำเนินการต่อเนื่องในพื้นที่เดิม คือ ตำบลวังประจัน อำเภอควนโดน และตำบลควนกาหลง อำเภอกวนกาหลง เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานการนำรูปแบบ “พลัง 3 สร้างฯ” ไปใช้ในการแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่ ทั้งนี้ กำหนดแผนการประชุมติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานฯ ในเดือนเมษายน 2569

9) ดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน เพื่อบูรณาการความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยกับท้องถิ่น และชุมชน ทั้งนี้ ปีงบประมาณพ.ศ.2569 ดำเนินการต่อเนื่องและขยายพื้นที่การรับประเมินเป็นตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน จากปี 2567 - 2568 จำนวน 15 ตำบล อยู่ระหว่างการดำเนินการให้ทุกตำบลดำเนินการประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯ

10) ติดตามการใช้โปรแกรม Kid diary school จากครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง ที่ผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้ระบบเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการเจริญเติบโตในเด็ก ภายใต้โครงการยกระดับโภชนาการเด็กอันดามันสู่ IQ มาตรฐาน จำนวน 180 แห่ง ผ่านระบบออนไลน์ ในเดือน มีนาคม 2569

11) ติดตามการดำเนินงานผ่านการประชุมรูปแบบออนไลน์ เยี่ยมติดตามหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ การคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการ การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และการป้องกันภาวะโลหิตจาง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
ด้านพัฒนาการ	
1. การคัดกรองพัฒนาการเด็กไม่ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะช่วง 9 และ 18 เดือน เนื่องจากหน่วยบริการสาธารณสุขขาดการติดตามเชิงรุก กรณีพ่อแม่ผู้ปกครองไม่นำเด็กมารับการตรวจคัดกรองในวัน เวลาที่มีคลินิกสุขภาพเด็กดี ซึ่งพบมากในเด็กกลุ่มเป้าหมายที่พ่อแม่ผู้ปกครองเลือกใช้บริการในคลินิกเอกชน	- หน่วยบริการสาธารณสุขจัดทำแผนติดตามเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มาตามนัดและเด็กที่ขาดการติดตามให้มารับการตรวจพัฒนาการนอกวันและเวลาที่หน่วยบริการสาธารณสุขกำหนดในคลินิกเด็กสุขภาพดี
2. การบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กไม่เป็นปัจจุบัน	ติดตามการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูลผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล และกลุ่มไลน์เด็กปฐมวัยจังหวัดสตูล
3. ผู้ปกครองเด็กไม่เห็นความสำคัญเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ไม่ใช่คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และไม่พาเด็กมารับบริการตามนัด	ส่งเสริมกิจกรรม - HL 9 อย่าง เพื่อสร้างลูก - โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฝากครรภ์ หลังคลอด และคลินิกสุขภาพเด็กดี
ด้านโภชนาการ	
1. การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ขาดการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และการแก้ไขปัญหามลพิษโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) อย่างจริงจัง	1. ขับเคลื่อนงานผ่านกลไกตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ผ่านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ 2. ติดตามผลการดำเนินการส่งเสริมโภชนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยไทยภายใต้รูปแบบ “พลัง 3 สร้าง สร้างเด็กปฐมวัยไทยคุณภาพแก้ไขปัญหเตี้ย ผอม อ้วน ในพื้นที่อำเภอควนโดน และอำเภอควนกาหลง
2. พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กไม่เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และไม่มีองค์ความรู้ในการส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้สุขภาพด้านการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ให้แก่พ่อแม่ และผู้เลี้ยงดูเด็ก

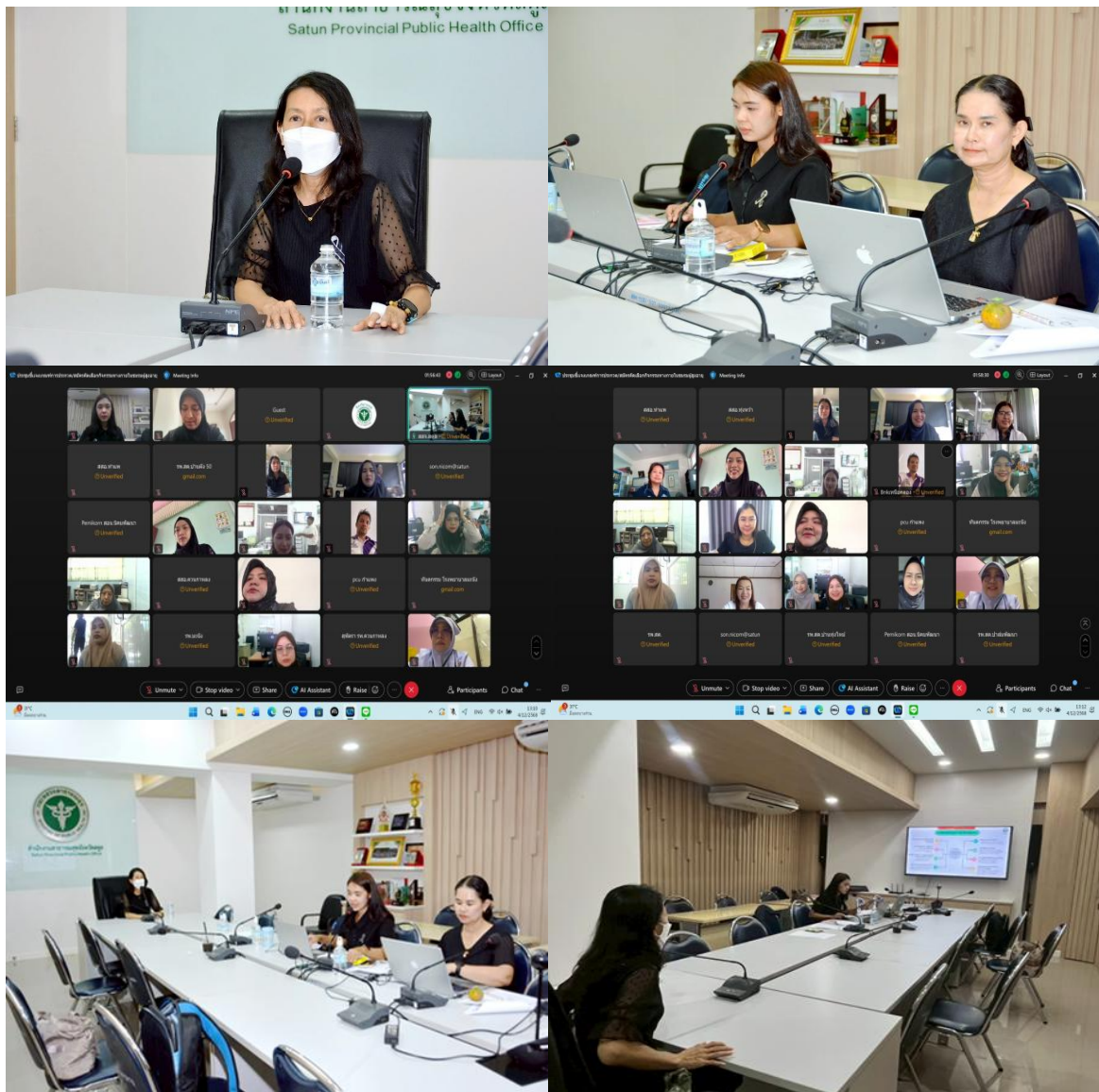
ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
	2. ส่งเสริมกิจกรรม HL โฆษณาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย โรงเรียนพ่อแม่ ในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยจากทุกสำนักที่เกี่ยวข้องในกรมอนามัย และจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กระทรวง กรม กอง ทบวง สังกัดต่างๆ) ตลอดจนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติที่ง่ายต่อผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่

7. ภาพการดำเนินงาน

7.1 กิจกรรมประชุมชี้แจงงานส่งเสริมสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569



7.2 กิจกรรมลงนามบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นอนามัยแม่และเด็ก



ผู้รายงาน นางสาวเจนจิรา นาคำ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 086-9655023
E-mail hprospho@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 ธันวาคม 2568

เด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) เป้าหมาย : (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

2. สถานการณ์

สถานการณ์สุขภาพช่องปากเด็กอายุ 0-5 ปี จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 8 มกราคม 2569) พบว่า ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ในภาพรวมจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 63.65 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายขั้นสูง (เกณฑ์กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

เมื่อจำแนกรายอำเภอ พบว่า ไม่มีอำเภอใดผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80 โดยอำเภอที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด 2 ลำดับแรก คือ อำเภอท่าแพ (ร้อยละ 76.43) และ อำเภอเมืองสตูล (ร้อยละ 76.42) ตามลำดับ ในขณะที่อำเภอทุ่งหว้าและอำเภอมะนัง มีผลการดำเนินงานน้อยที่สุด (ร้อยละ 41.75 และ 42.34 ตามลำดับ)

แม้ผลการดำเนินงานในรอบที่ 1 จะยังไม่บรรลุเป้าหมาย แต่เมื่อพิจารณาจากข้อมูลรายอำเภอพบว่า มีศักยภาพในการเร่งรัดติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อตรวจและปรับปรุงคุณภาพข้อมูลได้ โดยจังหวัดได้กำหนดกรอบระยะเวลาในการดำเนินงานเชิงรุก (Catch-up plan) เพื่อยกระดับผลงานให้ผ่านเกณฑ์ภายในเดือนกรกฎาคม 2569 โดยเฉพาะในกลุ่มอำเภอที่มีผลงานเกินร้อยละ 70 ที่มีโอกาสบรรลุเป้าหมายได้สูง หากมีการบริหารจัดการกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นระบบ"

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และได้รับการตรวจสุขภาพช่อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

ตารางที่ 28 ผลการดำเนินงานร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

อำเภอ	เป้าหมาย 0-5 ปี (C)	ได้รับการ ตรวจ สุขภาพช่อง ปาก (B)	ร้อยละ (B/C)	ฟันดีไม่มีผุ (A)	ร้อยละ (A/C)
เมืองสตูล	4,574	653	14.28	499	76.42
ควนโดน	1,418	156	11.00	102	65.38
ควนกาหลง	1,401	275	19.63	139	50.55
ท่าแพ	1,579	280	17.73	214	76.43
ละงู	3,309	411	12.42	242	58.88
ทุ่งหว้า	1,133	194	17.12	81	41.75
มะนัง	961	111	11.55	47	42.34
รวม	14,375	2,080	14.47	1,324	63.65

ที่มา : กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 8 มกราคม 2569

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $(A/B \times 100)$

รายการข้อมูล 1 A = เด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ณ วันที่มารับบริการตรวจช่องปาก และเป็นประชาชนไทย

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 เชิงคุณภาพ(ด้านผลลัพธ์)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- บูรณาการงานทันตกรรมป้องกันในคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) อย่างครบวงจร - จัดบริการเชิงรุกในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) เน้นการทาฟลูออไรด์วาร์นิช SMART technique และการตรวจคัดกรองความเสี่ยงรายบุคคล
กำลังคนที่ให้บริการ	- พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครูพี่เลี้ยงเด็ก ให้สามารถตรวจสุขภาพช่องปากเบื้องต้นและแนะนำการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี (Hands-on) ได้
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- กำกับติดตามความครอบคลุมและความถูกต้องของการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม DENTAL) ผ่านระบบ HDC เพื่อให้สะท้อนผลงานจริง (Data Audit)
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- สนับสนุนวัสดุทันตกรรมป้องกัน (แปรงสีฟัน ยาสีฟัน และฟลูออไรด์วาร์นิช) ให้เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมายในระดับ รพ.สต. และ ศพด.
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	- สนับสนุนให้หน่วยบริการจัดทำโครงการเพื่อขอรับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (กปท.) ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	- ขับเคลื่อนนโยบายโรงเรียน/ศพด. ปลอดภัยน้ำดื่มและขนมกรุบกรอบ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

3.2.2 เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)

1. ด้านคุณภาพชีวิตและพัฒนารเด็ก : เด็กปฐมวัย (0-5 ปี) ที่ปราศจากโรคฟันผุ และอาการปวดฟัน มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ส่งผลให้มีพัฒนาการทางร่างกายและสมองที่สมวัย ลดปัญหาการหยุดเรียนจากการเจ็บป่วยทางทันตกรรม

2. ด้านเศรษฐกิจและสังคม : ลดภาระค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมของผู้ปกครอง (เช่น ค่าเดินทาง, การขาดรายได้จากการลางานเพื่อพาบุตรหลานมาพบแพทย์) ในการรักษาโรคฟันผุที่มีความซับซ้อนหรือรุนแรง

3. ด้านระบบบริการสุขภาพ : การเน้นมาตรการป้องกันจนทำให้อัตรา Cavity Free สูงขึ้น ช่วยลดภาระงานรักษาทางทันตกรรม (Curative Care) ในโรงพยาบาล ลดความแออัด และช่วยให้บริหารจัดการทรัพยากรที่มีจำกัดไปสู่การดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนหรือกลุ่มเป้าหมายอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

1. มาตรการเชิงรุก (Active Case Finding) : เร่งรัดการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปากให้ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ 50)

2. มาตรการบูรณาการ : เชื่อมโยงระบบนัดหมายระหว่างคลินิกทันตกรรมและคลินิกวัคซีน (WCC) เพื่อให้เด็กกลุ่มเป้าหมายได้รับการทันตกรรมพร้อมกับการมารับวัคซีนตามนัด

3. มาตรการสื่อสารความเสี่ยง : รมรณรงค์ให้ความรู้ผู้ปกครองเรื่อง "ฟันสะอาดตั้งแต่ซี่แรก" และการเลิกขวดนม ผ่านช่องทางออนไลน์และหอกระจายข่าวหมู่บ้าน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงบริการ : กลุ่มเป้าหมายบางส่วนไม่มารับบริการตามนัดในคลินิกเด็กดี (WCC) เนื่องจากผู้ปกครองติดภารกิจ ทำให้ความครอบคลุมของการตรวจต่ำกว่าเป้าหมาย

2. พฤติกรรมการบริโภค : เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบางแห่งยังมีการบริโภคขนมหวานและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคฟันผุ

3. ระบบข้อมูล : การบันทึกข้อมูลรหัสโรคและการให้บริการในบางหน่วยบริการยังมีความคลาดเคลื่อน (Human Error) ส่งผลให้ข้อมูลในระบบ HDC ต่ำกว่าความเป็นจริง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ด้านการบริหารจัดการ : ควรส่งเสริมให้มีการใช้ Tele-dentistry หรือการให้คำปรึกษาทางไกล ในการติดตามผลการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดภาระการเดินทางของผู้ปกครอง และลดความแออัดในโรงพยาบาล

2. ด้านวิชาการ : สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ระหว่างพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงาน Cavity Free สูง (เช่น อ.ท่าแพ และ อ.เมืองสตูล) เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จขยายผลไปยังอำเภออื่นๆ

3. ด้านนโยบายสาธารณะ : ผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเทศบัญญัติ หรือ มาตรการทางสังคมในการควบคุมการจำหน่ายขนมและน้ำหวานบริเวณรอบสถานศึกษาและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

ผู้รายงาน นายศุภเดช สุกใส

ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 081 9598689

E-mail supadetpbk@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน เป้าหมาย : ร้อยละ 30

2. สถานการณ์

พัฒนาการในช่วงปฐมวัย (อายุ 0-5 ปี) ถือเป็นช่วงเวลาสำคัญของชีวิตมนุษย์ที่ส่งผลต่อการพัฒนา ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมในระยะยาว การพัฒนาที่เหมาะสมในช่วงวัยนี้จะเป็นรากฐานสำคัญ ในการสร้างความพร้อมด้านการเรียนรู้ ความสามารถในการปรับตัว และศักยภาพของเด็กในอนาคต ทั้งนี้ การส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างการ ดูแลสุขภาพ การพัฒนาทักษะ และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

จากสถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 (ที่มา : รายงาน HDC จังหวัดสตูล ผลงาน Special pp กันยายน 2566, 2567 และ 2568) จังหวัดสตูล พบว่า การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ช่วงวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน โดยใช้ เครื่องมือ DSPM ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ ร้อยละ 90.41, 90.15, 94.27 ตามลำดับ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 74.09, 73.03, 75.39 ตามลำดับ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18.05, 18.98, 20.01 ตามลำดับ (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20), เด็กอายุ 0-5 ปีที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 90.42, 92.59, 91.99 ตามลำดับ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90), มีพัฒนาการสมวัย ครั้งที่ 2 ร้อยละ 88.49, 88.83, 92.82 ตามลำดับ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 86)

ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ที่มา : รายงาน HDC จังหวัดสตูล ผลงาน Special pp ตุลาคม 2566 – ธันวาคม 2568) จังหวัดสตูล พบว่า การคัดกรอง พัฒนาการเด็กปฐมวัย 5 ช่วงวัย อายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน โดยใช้เครื่องมือ DSPM ได้รับการคัด กรองพัฒนาการตามช่วงอายุ ร้อยละ 22.64 (เกณฑ์ร้อยละ 90) มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก ร้อยละ 18.27 (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 90) พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 19.28 (ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20), เด็กอายุ 0-5 ปีที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ คิดเป็นร้อยละ 72.90 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90), มีพัฒนาการ สมวัยครั้งที่ 2 คิดเป็น ร้อยละ 23.07 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 87) **เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการ พัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 26.67 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 18)**

จากผลการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า การพัฒนาที่ดีขึ้นในหลาย ตัวชี้วัดสำคัญ เช่น การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นจนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในบางปี และการติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้า ซึ่งมีความครอบคลุมสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กลับแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มลดลงในตัวชี้วัดสำคัญหลายด้าน เช่น อัตราการคัดกรองพัฒนาการเด็กที่ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน อัตราเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก และครั้งที่สองลดลง รวมถึงการติดตามเด็กที่สงสัยล่าช้าที่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งปัญหาเกิดจากปัจจัย แวดล้อมหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็ก ได้แก่

- การจำกัดพื้นที่เล่นและกิจกรรมกลางแจ้ง การพัฒนาการของเด็กปฐมวัยต้องการพื้นที่ที่เหมาะสม สำหรับการเคลื่อนไหวและการสำรวจสิ่งแวดล้อมรอบตัว แต่ในบางพื้นที่อาจขาดแคลนพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย และเหมาะสม เช่น พื้นที่ในชุมชนเมืองที่มีความแออัดสูง ซึ่งส่งผลให้เด็กมีโอกาสน้อยในการเล่นกลางแจ้ง

- ความไม่พร้อมของผู้ปกครองในการสนับสนุนพัฒนาการของเด็กผู้ปกครองบางกลุ่มอาจขาดความรู้ หรือทรัพยากรที่เพียงพอในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในด้านกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ เช่น การเล่น การอ่านนิทาน หรือการสื่อสารที่มีคุณภาพ

- พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) เด็กที่มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอและใช้เวลาส่วนใหญ่ กับกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหว เช่น การดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมบนหน้าจอ อาจประสบปัญหาพัฒนาการล่าช้าทั้งในด้านการเคลื่อนไหวและการพัฒนาการทางสมอง

ปัญหาเหล่านี้มีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การให้ความรู้และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงการสร้างความตระหนักในบทบาทของกิจกรรมทางกายและการใช้เทคโนโลยีอย่างสมดุล ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนามาตรฐานด้านสุขภาพและการเรียนรู้ในระยะยาว

ตารางที่ 29 สถานการณ์เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ปี 2567 - 2568

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2567	9.79	-	-
2568	12.35	-	-

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (เกณฑ์ร้อยละ 18)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของเด็กปฐมวัยอายุ 0 – 5 ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าที่เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน จำแนกรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	เด็กที่พบสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA4I	ร้อยละ
เมืองสตูล	2	0	0
ควนโดน	2	0	0
ควนกาหลง	1	1	100
ท่าแพ	3	0	0
ละงู	4	1	25.00
ทุ่งหว้า	1	0	0
มะนัง	2	2	100
รวม	15	4	26.67

ที่มา : รายงาน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	จัดบริการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการสำหรับเด็กที่สงสัยล่าช้าโดยทีมสหวิชาชีพตามบริบทพื้นที่ พร้อมระบบการติดตามและส่งต่อที่ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ รพ.สต. ถึง รพท.
กำลังคนที่ให้บริการ	กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบหลักในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีแผนพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.) อย่างต่อเนื่อง
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	บันทึกข้อมูลการให้บริการผ่านระบบ 43 แฟ้ม และรายงานผลผ่านระบบ HDC เพื่อการเฝ้าระวังสถานการณ์
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	สนับสนุนนวัตกรรมและเทคโนโลยีบริการสุขภาพ พร้อมการใช้เครื่องมือ DSPM ในการคัดกรอง 5 ช่วงวัย
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	จัดทำแนวทางการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อรองรับการเบิกจ่ายและบริหารจัดการงบประมาณด้านบริการสุขภาพ
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	ขับเคลื่อนงานผ่านคณะกรรมการเด็กปฐมวัยระดับเขตและจังหวัด เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ครอบครัว และชุมชน

Input & Activities (สิ่งที่ดำเนินการ)

- ใช้มาตรการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรและบูรณาการแผนงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ
- คืบข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อสร้างความตระหนักให้ผู้ปกครอง

Outputs (ผลผลิต)

- การคัดกรอง : เด็กปฐมวัย 5 ช่วงวัยได้รับการคัดกรองด้วย DSPM
- การเข้าถึงบริการ : เด็กพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการมาตรฐานร้อยละ 26.67 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 18)

Outcomes (ผลลัพธ์)

- อัตราพัฒนาการสมวัย : พบพัฒนาการสมวัยครั้งที่สองเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา เนื่องจากแนวโน้มลดลงจากปีก่อน

Impact (ผลกระทบระยะยาว)

เด็กปฐมวัยในจังหวัดสตูลมีรากฐานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่แข็งแรง พร้อมต่อการเรียนรู้และมีศักยภาพในอนาคต

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น มีการจัดบริการการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าโดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามบริบทพื้นที่

GAP ที่มีอยู่ ระบบการติดตาม ส่งต่อ รักษาอย่างครอบคลุมตั้งแต่ระดับ รพ.สต., รพช., รพท.

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มาตรการที่ 1 เสริมสร้างพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D

1. ค้นข้อมูลและเฝ้าระวังสถานการณ์พัฒนาการและโภชนาการเด็กปฐมวัย
2. ชี้แจงแนวทาง กำกับ ติดตามและย้อนรอยกระบวนการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย
3. สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย 4D และเด็กไทยเล่นเปลี่ยนโลก

มาตรการที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

1. พัฒนาคุณภาพกระบวนการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย (4D)
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และครูศพด. ในการติดตามดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย
3. ประเมินติดตามการดำเนินงานตามมาตรฐานเด็กปฐมวัยแห่งชาติ
4. พัฒนาองค์ความรู้ วิจัย นวัตกรรม และเทคโนโลยีบริการสุขภาพ

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

สร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

1. ขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยผ่านกลไกคณะทำงานต่างๆ (คณะกรรมการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพ และจังหวัดยะลา)
2. บูรณาการแผนการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ
3. สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาการเข้าถึงเทคโนโลยีและการใช้งานที่ไม่เหมาะสมในขณะที่เทคโนโลยีสามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เช่น โปรแกรมเรียนรู้ผ่านเกมที่เน้นพัฒนาทักษะ แต่ในบางกรณีการใช้งานเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กใช้จออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มากเกินไป อาจส่งผลเสียต่อพัฒนาการทางร่างกายและสังคมของเด็ก

ปัญหาเหล่านี้มีความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การให้ความรู้และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น รวมถึงการสร้างความตระหนักในบทบาทของกิจกรรมทางกายและการใช้เทคโนโลยีอย่างสมดุล ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเสริมสร้างพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอย่างยั่งยืน และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนามาตรฐานด้านสุขภาพและการเรียนรู้ในระยะยาว

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. พัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปกครองเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน เช่น ใช้เครื่องมือคัดกรองพัฒนาการ
2. พัฒนาศักยภาพสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทุกปี

7. ภาพการดำเนินงาน



ประชุมพัฒนาศักยภาพสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

ผู้รายงาน นางสาวเสาวภา หมาดแน่น
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 084 6318939
E-mail saosao1329@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

ความคลุมการคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 4. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิด เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 95

2. สถานการณ์

การคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิดทุกรายถือเป็นมาตรฐานหนึ่ง เพื่อให้เกิดความครอบคลุม เนื่องจากการเกิดการสูญเสียการได้ยินในทารกที่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการฟื้นฟู ทำให้เสียโอกาสในการพัฒนาการฟัง การพูด การศึกษาและการทำงาน นำมาซึ่งความพิการทางหูอาจถึงหูหนวก การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกคลอด เป็นการตรวจค้นหาทารกที่มีปัญหาการได้ยิน ซึ่งนำไปสู่การวินิจฉัย ฟื้นฟูในเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้มีพัฒนาการเท่าเทียมเด็กปกติและสามารถใช้ชีวิตในสังคม

ผลการดำเนินงานความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิด ข้อมูลจากพื้นที่รวมจังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569 พบว่า มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 97.84 และร้อยละ 98.40 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิดข้อมูลจาก HDC ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 83.35, 87.50 และร้อยละ 85.56 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพที่ 12 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า มีผลการดำเนินการ ร้อยละ 40.63, 57.96 และร้อยละ 66.69 ตามลำดับ ผลการดำเนินงานระดับประเทศ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568 มีพบว่า ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 40.87, 51.76 และร้อยละ 62.89 ตามลำดับ

ตารางที่ 31 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของการรแรกเกิด ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 -2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	83.35	40.63	40.87
2567	87.50	57.96	51.76
2568	85.56	66.69	62.89

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 95

ตารางที่ 32 ผลการดำเนินงานร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569					
อำเภอ	จำนวนทารก คลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละการตรวจ	จำนวน พบปัญหา	การส่งต่อ
เมืองสตูล	494	483	97.77	0	-
ควนโดน	0	0	0	0	-
ควนกาหลง	0	0	0	0	-
ท่าแพ	0	0	0	0	-
ละงู	71	49	69.01	9 (12.68)	-
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	-
มะนัง	2	0	0	0	-
รวม	570	532	93.33	9 (1.57)	-

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2569

ตารางที่ 33 ผลการดำเนินงานร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิด

ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล

ปีงบฯ 2569 (1 ต.ค. 68 – 31 ธ.ค. 68)	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95				
	ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล				
อำเภอ	จำนวน ทารก คลอด	จำนวนการ ตรวจ	ร้อยละการ ตรวจ	จำนวนพบ ปัญหา	การส่งต่อ
เมืองสตูล	494	481	97.37	12	
ควนโดน	10				
ควนกาหลง	15				
ท่าแพ	0				
ละงู	68	67	98.53		
ทุ่งหว้า	9				
มะนัง	2				
รวม	562	553	98.40	12	3

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

พัฒนาการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดให้ได้รับการคัดกรองทั้งจังหวัด โดยเครือข่ายในจังหวัดสตูล มีการเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบทุกโรงพยาบาลสามารถตรวจคัดกรองการได้ยิน มีเครื่องคัดกรองการได้ยิน (OAE) ที่โรงพยาบาลละงูและโรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลละงูรับการคัดกรองการได้ยินของทารกแรกเกิดจากโรงพยาบาลทุ่งหว้า, โรงพยาบาลมะนังและโรงพยาบาลควนกาหลง ในส่วนโรงพยาบาลสตูลรับการคัดกรองการได้ยินทารกแรกเกิดจากโรงพยาบาลท่าแพ, โรงพยาบาลควนโดน และรับ refer จากโรงพยาบาลละงู หากเกินศักยภาพ/คัดกรองด้วยเครื่อง AABR โรงพยาบาลสตูล หากเกินศักยภาพจะ refer ไปโรงพยาบาลสงขลานครินทร์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เนื่องจากโรงพยาบาลสตูลไม่มี Audiologist แผนพัฒนาต่อไปจะให้มีการหมุนเวียนเครื่องตรวจ ตามโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอ เพื่อลดการเดินทางของผู้ป่วย

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	การแก้ไข
1. เครื่องมือการตรวจการคัดกรองการได้ยินมี OAE จำนวน 2 เครื่องที่โรงพยาบาลละงูและโรงพยาบาลสตูลและเครื่อง AABR 1 เครื่องที่โรงพยาบาลสตูล ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยมาคัดกรองการได้ยินในทารกแรกคลอดล่าช้าในบางรายและมีการผัดนัด	มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในไลน์กรุปและมีการติดตามในกรณีไม่มาตามนัด
2. มารดาอายุน้อยไม่เห็นความสำคัญ/ไม่มีผู้นำมารดาอายุน้อยและทารกมาตรวจการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกคลอด	มีการทำกรุปไลน์, ให้คำแนะนำสุศึกษา, ข้อดีข้อเสียของการมาตรวจและไม่มาตรวจและติดตามโดยทีมสุขภาพ(อสม.)
3. มารดาต่างดาวและมาทำงานย้ายถิ่นชั่วคราวมีการทำกรุปไลน์, ให้คำแนะนำสุศึกษา, ข้อดีข้อเสียของการมาตรวจและไม่มาตรวจและติดตามโทรประสานโดยทีมให้ไปตรวจโรงพยาบาลใกล้บ้าน	
4. ไม่มี Audiologist หากเกินศักยภาพมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสงขลานครินทร์	
5. ข้อมูลใน HDC มีจำนวนน้อยกว่าในการปฏิบัติจริงในพื้นที่จังหวัดสตูลได้มีการติดตามโดยเวชสถิติของโรงพยาบาลละงูและการตรวจสอบข้อมูลให้ถูกต้องครบถ้วนของโรงพยาบาลสตูล	

ผู้รายงาน นางปราณี นรพิน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 062 8764327
E-mail pranee64327@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569



ប្រព័ន្ធទី 3

របបសុខភាពប្រជុំរួម

ประเด็นที่ 3 : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 รอบ 12 เดือน ร้อยละ 90

2. สถานการณ์

ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ.2568) พบว่า จังหวัดสตูล บรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 อย่างต่อเนื่อง สะท้อนความเข้มแข็งเชิงระบบและการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ปี 2566 จังหวัดมีผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ ขณะที่ปี 2567 – 2568 ทุกระดับบรรลุเป้าหมายร้อยละ 100 แสดงถึงการขยายผลและความยั่งยืนของระบบ โดยมุ่งยกระดับคุณภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนต่อไป

ตารางที่ 34 ผลการดำเนินงานชุมชนจัดการสุขภาพย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2566 - พ.ศ. 2568)

ปี พ.ศ.	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	100	67.52	84.24
2567	100	100	100
2568	100	100	100

ที่มา : โปรแกรม Health gate กองสุขศึกษา

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของชุมชนมีการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน (เกณฑ์ : ร้อยละ 50)

ผลการดำเนินงาน : อยู่ระหว่างดำเนินการชี้แจงแนวทาง

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	รพช. รพ.สต.ทุกแห่ง ให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
กำลังคนที่ให้บริการ	เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ./คณะกรรมการชุมชน/ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน/ท้องถิ่นที่เข้าร่วม/อสม./นักเรียน
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ข้อมูลในการประเมินมาตรฐาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ/โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพฯ/รพ.สต.มาตรฐานงานสุศึกษา
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	ใช้ข้อมูลจากระบบปฏิบัติการ Health gate
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	โดยงบประมาณส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนตามโครงการที่ชุมชนจัดทำ
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติภาพ ระบบสุขภาพ	ควบคุมกำกับโดยผู้รับผิดชอบงานสุศึกษาในระดับจังหวัด

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. สร้างความร่วมมือ กลไกการขับเคลื่อน งานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่าย
2. มีแผนการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพที่สอดคล้อง เหมาะสม
3. ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
4. การประเมินผล
5. การแลกเปลี่ยน เรียนรู้

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

ตารางที่ 35 แผนการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา
1. ถ่ายทอดสร้างความเข้าใจ	สสอ./รพ.สต./โรงเรียน/ท้องถิ่น/ชุมชน	ไตรมาสที่ 1-2
2. พัฒนาศักยภาพ	สสอ./รพ.สต./โรงเรียน/ท้องถิ่น/ชุมชน	ไตรมาสที่ 1-2
3. สื่อสารสร้างความตระหนัก	โรงเรียน/ชุมชน	ไตรมาสที่ 2
4. คัดเลือกต้นแบบ	หมู่บ้าน/โรงเรียน/รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาสที่ 3
5. ติดตาม ประเมินผล	หมู่บ้าน/โรงเรียน/รพ.สต./ชุมชน	ไตรมาสที่ 4

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- การดำเนินงานคาบเกี่ยวระหว่างปีการศึกษาและปีงบประมาณ
- งบประมาณ
- ชุมชน/รพ.สต.ที่สังกัด อบจ.
- การเปลี่ยนแปลงบุคลากร

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- สนับสนุนงบประมาณสอดคล้องกับมาตรการ/ตัวชี้วัด
- ส่งเสริม/สนับสนุนการมีส่วนร่วมกับท้องถิ่นและเครือข่าย

ผู้รายงาน นางสาวรุ่งรัตน์ ดุลยาภรณ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 088 7828226
E-mail rungratdul@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 5 มกราคม 2569

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 80

2. สถานการณ์

ตามนโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายพัฒนา พร้อมพัฒน) “รอบรู้ เพื่ออยู่ อย่างมีคุณภาพชีวิต” ซึ่งมุ่งเน้นให้คนไทยมีความรอบรู้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ตระหนักรู้สถานะสุขภาพตนเอง และรอบรู้วิธีแก้ปัญหาสุขภาพ” การที่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถช่วยลดภาระของระบบสุขภาพและช่วยป้องกันโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ขับเคลื่อนตามนโยบายดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 – ปัจจุบัน มีจำนวนหน่วยบริการสุขภาพที่ขึ้นทะเบียนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 77 แห่ง ผ่านการเป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ 45 แห่ง

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปี 2566 - 2568 ข้อมูลรายงาน <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568 พบว่า ประชาชน 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูลมีอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 96.00, 95.49 และ 88.40 ตามลำดับ (เกณฑ์ ร้อยละ 82) แม้ว่าอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่ลดลงแต่ผ่านเกณฑ์ค่าเป้าหมาย การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น และนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี ข้อมูลจากแพลตฟอร์ม HL Hub จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการสุขภาพ จำนวน 12 แห่ง จัดทำโครงการส่งเสริมความรอบรู้ โลว์คาร์บ ไม่ใช่โลว์แคล โครงการชีวิตดี วิถีใหม่ ห่วงไกล NCDs โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรค NCDs

ตารางที่ 36 อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ย้อนหลัง 3 ปี

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง 3 ปี		
	จังหวัด	เขตสุขภาพที่ 12	ประเทศ
2566	96.00	92.64	93.56
2567	95.49	93.63	94.30
2568	88.40	88.82	90.05

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด : อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 80

ตารางที่ 37 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.- ธ.ค. 2568)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	จำนวนประชาชนที่ ประเมิน HL (คน)	จำนวนประชาชนที่มี HL เพียงพอ (คน)	อัตราความรอบรู้ด้าน สุขภาพของประชาชน (ร้อยละ)
เมืองสตูล	12	78	98.73
ควนโดน	79	11	91.67
ควนกาหลง	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	0	0	0
ทุ่งหว้า	137	130	94.89
มะนัง	0	0	0
รวม	228	219	96.05

ที่มา : <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th> ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน								
การให้บริการสุขภาพ	- ในปี 2569 มีการจัดบริการ/กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ รวม 15 กิจกรรม/บริการ แยกรายอำเภอ ดังนี้ <table> <tr> <td>อำเภอเมืองสตูล</td><td>จำนวน 8 กิจกรรม/บริการ</td></tr> <tr> <td>อำเภอควนโดน</td><td>จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ</td></tr> <tr> <td>อำเภอละงู</td><td>จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ</td></tr> <tr> <td>อำเภอทุ่งหว้า</td><td>จำนวน 5 กิจกรรม/บริการ</td></tr> </table> ทั้งนี้ยังไม่ได้ประเมินผล เนื่องจากกิจกรรมยังไม่สิ้นสุด	อำเภอเมืองสตูล	จำนวน 8 กิจกรรม/บริการ	อำเภอควนโดน	จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ	อำเภอละงู	จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ	อำเภอทุ่งหว้า	จำนวน 5 กิจกรรม/บริการ
อำเภอเมืองสตูล	จำนวน 8 กิจกรรม/บริการ								
อำเภอควนโดน	จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ								
อำเภอละงู	จำนวน 1 กิจกรรม/บริการ								
อำเภอทุ่งหว้า	จำนวน 5 กิจกรรม/บริการ								
กำลังคนที่ให้บริการ	ทุกหน่วยบริการสุขภาพ มีผู้รับผิดชอบงาน HL ทุกแห่ง มีบางแห่งเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ โดยไม่มีการส่งต่องาน ทำให้ขาดความเข้าใจในกระบวนการทำงาน								
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	หน่วยบริการสุขภาพที่ลงทะเบียนในระบบ HL Hub (สาสุขอุ้นใจ) มีจำนวน 77 แห่ง เป็นองค์กรรอบรู้สุขภาพ จำนวน 45 แห่ง มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 41 แห่ง (สะสม)								

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	นโยบายการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ คำสั่งคณะกรรมการ การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับ จังหวัด อยู่ระหว่างการดำเนินการ
การเข้าถึงบริการ	- จังหวัดสตูล มีกลุ่มเป้าหมาย เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพในชุมชน 3,510 คน มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 228 คน คิดเป็นร้อยละ 6.50 - ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จำนวน 219 คน คิดเป็นร้อยละ 96.05 - กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs เข้าร่วมกิจกรรมใน NCDs Prevention Center จำนวน 7 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 5,830 คน คิดเป็นร้อยละ 0.12
ประสิทธิภาพของการรักษา	ทุกหน่วยบริการยังไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์ของผู้ร่วม กิจกรรม หลังทำกิจกรรม

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

1. หน่วยบริการสาธารณสุขลงทะเลเป็นเข้าร่วมการเป็นองค์กรรอบรู้ทุกแห่ง แต่มีหน่วยบริการ
บางแห่งไม่ผ่านการประเมินการเป็นองค์กรรอบรู้ เนื่องจากขาดความเข้าใจในกระบวนการและขั้นตอนการ
ดำเนินงาน
2. กลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด
เนื่องจากไม่มีความเข้าใจในกระบวนการขั้นตอนการดำเนินงาน
3. ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง NCDs ใน NCD Prevention Center ต่ำ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน/แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

สร้างความเข้าใจในกระบวนการ ขั้นตอนการดำเนินงานและการใช้ HL Hub

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน การใช้ HL Hub

4.2.2 ติดตามการดำเนินงาน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- ผู้รับผิดชอบงานขาดความเข้าใจในขั้นตอน การประเมินองค์กรรอบรู้ การเก็บข้อมูลการวัด ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน - พื้นที่ยังไม่มีมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพหลัง ทำกิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมยังไม่เสร็จสิ้น จึงไม่สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพได้	- ชี้แจงสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานและการ เก็บข้อมูลHL

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- เพิ่มการแสดงผลข้อมูลรายงานในระบบสาสุขอุุ่นใจ ให้แสดงรายงานข้อมูลเป็นรายหน่วยบริการใน
ทุกรายงาน เพื่อ่ายในการติดตามงาน เนื่องจากบางตำบลมี 2-3 หน่วยบริการ

ผู้รายงาน นางนิรมล เผือกสม
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 095 9249178
E-mail -
วัน/เดือน/ปี 5 มกราคม 2569

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง

1. ประเด็นตรวจราชการ

- ตัวชี้วัด 3. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง
- 3.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70
 - 3.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80
 - 3.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 40
 - 3.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 60
 - 3.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 10

2. สถานการณ์

ปี 2565 – 2568 จังหวัดสตูล ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 91.97, 89.31, 79.08 และ 90.91 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90) พบกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 0.62, 0.83, 0.98 และ 0.82 กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัยร้อยละ 91.86, 85.58, 84.07 และ 78.87 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 70) และผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 22.34, 26.65, 33.44 และ 32.50 ตามลำดับ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 40)

ส่วนการเฝ้าระวัง ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในปี 2565 – 2568 จังหวัดสตูล โดยการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 92.51, 89.98, 79.61 และ 91.25 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 90) พบกลุ่มสงสัยป่วยร้อยละ 4.13, 5.29, 6.82 และ 6.13 กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามเพื่อยืนยันวินิจฉัยร้อยละ 98.36, 98.76, 87.02 และ 93.63 (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 43.69, 45.80, 53.21 และ 55.67 ตามลำดับ (เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 60)

จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 – 2568 ประเด็นป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ พบว่า ยังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด แต่แนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดสตูล จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ส่งเสริมการออกกำลังกาย

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 38 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	37,138	22,912	61.69
78.01	71.54	72.63		ควนโดน	10,020	2,880	28.74
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	12,998	10,030	77.17
90.11	77.81	81.24		ท่าแพ	10,212	7,055	69.09
จังหวัดสตูล			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90	ละงู	27,698	18,618	67.22
89.31	79.08	90.91		ทุ่งหว้า	8,331	7,467	89.63
ปี 2569				มะนัง	7,001	6,403	91.46
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	113,398	75,365	66.46
41.41	53.39	66.46					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 39 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	31,954	20,196	63.20
78.06	71.72	73.52		ควนโดน	8,064	2,179	27.02
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	11,184	9,007	80.53
90.01	77.83	81.86		ท่าแพ	7,688	5,416	70.45
จังหวัดสตูล			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90	ละงู	23,938	16,427	68.62
89.98	79.61	91.25		ทุ่งหว้า	6,813	6,072	89.12
ปี 2569				มะนัง	5,905	5,502	93.18
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	95,546	64,799	67.82
42.05	53.68	67.82					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 40 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 50	เมืองสตูล	211	69	32.70
69.47	69.80	71.81		ควนโดน	60	24	40.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	29	28	96.55
77.50	72.47	76.15		ท่าแพ	67	36	53.73
จังหวัดสตูล			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 70	ละงู	86	66	76.74
85.58	84.07	78.87		ทุ่งหว้า	64	15	23.44
ปี 2569				มะนัง	49	21	42.86
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	566	259	45.76
26.98	41.07	45.76					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 41 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	1,688	568	33.65
89.32	82.96	80.92		ควนโดน	278	183	65.83
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	200	146	73.00
92.75	85.85	86.16		ท่าแพ	368	265	72.01
จังหวัดสตูล			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 80	ละงู	362	314	86.74
98.76	87.02	93.63		ทุ่งหว้า	530	250	47.17
ปี 2569				มะนัง	305	234	76.72
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	3,731	1,960	52.53
36.59	50.85	52.53					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 42 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 40	เมืองสตูล	5,436	913	16.80
33.23	35.49	35.68		ควนโดน	1,403	310	22.10
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	1,417	216	15.24
29.88	32.28	32.02		ท่าแพ	2,200	483	21.95
จังหวัดสตูล				ละงู	3,194	553	17.31
26.65	33.44	32.50		ทุ่งหว้า	1,101	179	16.26
ปี 2569				มะนัง	930	260	27.96
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	15,681	2,914	18.58
20.22	16.05	18.58					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 43 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	11,419	4,376	38.32
55.04	57.63	57.83		ควนโดน	3,437	1,760	51.21
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	3,329	1,711	51.40
49.51	51.12	51.58		ท่าแพ	5,362	2,366	44.13
จังหวัดสตูล				ละงู	7,417	4,677	63.06
45.80	53.21	55.67		ทุ่งหว้า	2,672	1,272	47.60
ปี 2569				มะนัง	2,102	1,128	53.66
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	35,738	17,290	48.38
44.33	39.75	48.38					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 44 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด $\geq$ ร้อยละ 40 (ตัวชี้วัด Service Plan ระดับเขตสุขภาพที่ 12)

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	DM Type 2 ที่เข้าเกณฑ์	สมัครใจ เข้าร่วม	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 40	เมืองสตูล	1,518	21	1.38
-	-	-		ควนโดน	311	306	98.39
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	551	288	52.27
-	-	-		ท่าแพ	660	318	48.18
จังหวัดสตูล				ละงู	888	111	12.50
-	-	-		ทุ่งหว้า	310	15	4.84
ปี 2569				มะนัง	282	119	42.20
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	4,520	1,178	26.06
2.16	10.28	18.45					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

ตารางที่ 45 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 14 มกราคม 2569)			
2566	2567	2568		อำเภอ	สมัครใจ เข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 60	เมืองสตูล	21	0	0.00
-	-	0.12		ควนโดน	306	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	288	0	0.00
-	-	0.02		ท่าแพ	318	0	0.00
จังหวัดสตูล				ละงู	11	0	0.00
-	-	0.00		ทุ่งหว้า	15	0	0.00
ปี 2569				มะนัง	119	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	1,178	0	0.00
0.10	0.02	0.00					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 14 มกราคม 2569

การคัดกรอง/ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย/การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต

จังหวัดสตูล ดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 113,398 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานจำนวน 75,365 คน คิดเป็นร้อยละ 66.46 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 566 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 259 คน คิดเป็นร้อยละ 45.76 และมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 15,681 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 2,914 คน คิดเป็นร้อยละ 18.58

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 95,546 คน ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 64,799 คน คิดเป็นร้อยละ 67.82 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 3,731 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 1,960 คน คิดเป็นร้อยละ 52.53 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 35,738 คน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จำนวน 17,290 คน คิดเป็นร้อยละ 48.38

ผลการดำเนินงาน ด้านการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้ เนื่องจากสถานการณ์อุทกภัยในภาคใต้ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 ส่งผลกระทบในพื้นที่บางอำเภอของจังหวัดสตูล ในสถานการณ์นี้ ทำให้การดำเนินงานล่าช้า รวมถึงในบางอำเภอ เช่น อำเภอทุ่งหว้า มีการปรับระบบการตรวจติดตามยืนยันฯ โดยการนัดกลุ่มสงสัยป่วยมารับบริการเจาะเลือดที่ รพ.สต. โดยมีทีม จนท.จากโรงพยาบาลมาให้บริการเจาะเลือด เพื่อแก้ปัญหาการไม่มาตามนัด, อำเภอท่าแพ มีแนวทางปฏิบัติให้กลุ่มสงสัยป่วย ปรับพฤติกรรมอย่างน้อย 80 วัน ก่อนนัดตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ อย่างไรก็ตาม ในส่วนของการดำเนินงานต่อเนื่อง มีเป้าหมายร่วมกันที่จะดำเนินงานให้เสร็จสิ้นภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2569 โดยในส่วนของ การติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ จะใช้วิธีชี้เป้าจำนวนเป้าหมายให้แต่ละอำเภอทุกเดือน เพื่อเป็นการแจ้งเตือนไม่ให้เกิดกำหนดเวลาในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ โดยผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าเกณฑ์จะนำเข้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับบริการใน NCDs Remission Clinic ต่อไป

NCDs Remission Clinic

จังหวัดสตูลขับเคลื่อนนโยบายโดยทีม Service Plan DM, HT ระดับจังหวัด มีการจัดตั้งและดำเนินการ NCDs Remission Clinic ครอบคลุมทั้งใน รพท. (1/1), รพช. (6/6) และ รพ.สต.(ที่ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ) รวมถึง รพ.สต.ที่ไม่ใช่แม่ข่าย (52/31) ครบ 100% โดยให้พื้นที่ดำเนินการโดยมี รพท./รพช. ในแต่ละพื้นที่เป็นพี่เลี้ยง ในการดำเนินงานระดับ รพ.สต.

ผลการดำเนินงาน

ปี 2568 ผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ทั้งหมดจำนวน 14,905 คน เข้าสู่ระยะ Remission จำนวน 428 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 จำนวนผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับบริการใน NCDs Remission Clinic จำนวน 1,145 คน และผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะ Remission ต่อผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม คิดเป็นร้อยละ 37.38 ผ่านเป้าหมายกำหนดไว้ เนื่องจากในบางพื้นที่ ได้ดำเนินงานคลินิก DM Remission มาตั้งแต่ ปี 2566 จึงสามารถที่จะพัฒนาต่อยอดเป็น NCDs Remission Clinic ได้ รวมถึงเป็นต้นแบบและขยายรูปแบบการดำเนินงานแก่ รพ.สต.ในพื้นที่ต่อไป และสามารถลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 7,777,080 บาท/ปี โดยปี 2558 ใช้ระบบจัดเก็บข้อมูลจากพื้นที่โดยใช้แบบฟอร์มที่กองสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้กำหนด

ปี 2569 มีการเปลี่ยนแปลงการจัดเก็บข้อมูล เป็นข้อมูลรายปี โดยให้บันทึกข้อมูลในระบบ HDC และไม่นับรวมผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะ Remission ในปี 2568 โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์และสามารถเข้าร่วม NCDs Remission Clinic ซึ่งกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยที่เข้าร่วมคลินิก ในปี 2568 จึงทำให้ต้องเก็บข้อมูลเป็น 2 ระบบ ปี 2569 มีผู้ป่วยเบาหวาน type 2 ทั้งหมดจำนวน 15,681 คน เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 4,520 คน สมัครใจเข้ารับบริการใน NCDs Remission Clinic จำนวน 1,178 คน คิดเป็นร้อยละ 26.06 แต่ยังไม่เข้าสู่ระยะ Remission ทั้งนี้เพราะยังไม่ครบกำหนดการติดตามผล HbA1c

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- มีการคัดกรองและจำแนกกลุ่มตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย โดยมีการขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วย และนัดเพื่อตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรค ในกลุ่มที่ไม่มาตามนัด มีระบบติดตามโดย อสม./จนท.สาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการตรวจติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด ถึงแม้ว่าในการดำเนินงานตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยจะยังไม่บรรลุเป้าหมายในบางอำเภอ เนื่องจากระบบแนวทางปฏิบัติแต่ละอำเภอแตกต่างกัน แต่ยังไม่เกินเวลาที่กำหนด และมีแผนการดำเนินให้ได้ตามเป้าหมายภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2568 - ปี 2568 ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล มีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดี - ดีเด่น ($\geq$ร้อยละ 75 ขึ้นไป) - โรงพยาบาลสูง จังหวัดสตูล ได้รับโล่เกียรติคุณ รางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง การประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดรูปแบบบริการ (Service Model) เชิงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร เข้าร่วมการประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก
กำลังคนที่ให้บริการ	มีบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิรวมถึง อสม.ที่ดำเนินการในการคัดกรอง และได้รับการอบรมเรื่องโรคทาง NCD ปีละ 1 ครั้ง ทุกอำเภอมี CM (Case Manager) และ SM (System Manager) รวมถึงมีทีมสหวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด โภชนาการ มาร่วมในทีมดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงในทุกระดับ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ทุกอำเภอมีผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HOSxP, JHCIS และส่งแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลจาก HDC วิเคราะห์และใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการดำเนินงาน

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ภาวะผู้นำและ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกล NCD, คณะกรรมการ Service Plan NCD และมีแผนการประชุมทุก 6 เดือน เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกันกับคณะกรรมการอิสลามและผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและดูแลสุขภาพผู้นำศาสนาและพระสงฆ์

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตาม มาตรฐานคุณภาพ บริการ	
การให้บริการดูแล รักษากลุ่มป่วย DM และ HT	- มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการ - มีการให้การรักษาตามมาตรฐานและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยร่วมกับสหวิชาชีพ - DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 18.58 - HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 48.38
ให้บริการดูแล รักษากลุ่มผู้ป่วย เบาหวานระยะ สงบ	- มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน ผ่านการอบรม DM Remission - มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีการประเมินพฤติกรรมรายบุคคล - มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น - ปี 2568 มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ จำนวน 428 คน - ปี 2569 ยังไม่มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ เพราะยังไม่ครบกำหนดการตรวจ HbA1C ซ้ำ

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

การให้บริการสุขภาพ ในบางพื้นที่มีนโยบาย ให้กลุ่มสงสัยป่วยเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ก่อนที่จะนัดมาตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรค ทำให้ผลการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันฯ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

กำลังคนที่ให้บริการ มี CM (Case Manager) และ SM (System Manager) แต่ไม่ได้รับการอบรมครบทุกอำเภอ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

Service (ด้านบริการ)

- เพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มสงสัยป่วยเพื่อติดตามยืนยันวินิจฉัย โดยจัดให้ 2 รูปแบบ คือ
 - นัดมารับบริการเจาะเลือด, วัดความดันโลหิต ที่หน่วยบริการใกล้บ้าน
 - บริการเชิงรุกในชุมชน และที่บ้าน ในรายที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ
- ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน เพื่อยืนยันผลการตรวจ และนำเข้าสู่กระบวนการรักษา

3. เพิ่มความครอบคลุมของการเจาะ HbA1C และการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มป่วย โดยให้ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ดำเนินการแบบ One stop service ที่หน่วยบริการ ลงชุมชน และบริการที่บ้าน กรณีมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ
4. การจัดการปัญหาภาระงาน (Case management) ในรายที่ควบคุมไม่ได้
5. กรณีพบภาวะแทรกซ้อน ส่งพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อเข้ารับบริการ

System (ด้านระบบบริการ)

1. ติดตามผลการดำเนินงานเรื่องติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโดยเพิ่มการชี้เป้ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม (HbA1C >7 กับ HbA1C 7.00-7.99)
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C >7 คือ จำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
 - กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C 7.00-7.99 คือ จำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสตรวจครั้งที่ 2 แล้ว HbA1C < 7

Structure (เครื่องมือและโครงสร้าง)

1. จัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health Station) ในพื้นที่ที่เข้าถึงบริการสถานพยาบาลได้ยากด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น พื้นที่ห่างไกลจากสถานบริการ การเดินทางไม่สะดวก
2. ระบบการ Consult Case ที่รับยาที่ รพ.สต. และ Case ที่ติดตามเยี่ยมบ้านรายที่มีข้อจำกัดด้านเข้าถึงบริการ โดยใช้ช่องทาง Telemedicine ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
3. การบริการคลินิกโรคเรื้อรังแยกจากการบริการโรคทั่วไป เพื่อความสะดวกในการจัดการติดตามรายบุคคลและครอบคลุมทุกราย

Stuff (ปัจจัยต่าง)

1. การของบประมาณกองทุนตำบลของแต่ละพื้นที่ในการจัดกิจกรรมโครงการตามสภาพปัญหาในพื้นที่
2. การจัดยาให้เพียงพอในรายที่ส่งกลับรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และลดระยะเวลารอคอย และได้รับการกลับบ้าน

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. คัดกรองเชิงรุก ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ ติดตาม HbA1c ให้ครอบคลุม
2. นำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (Pre-Remission) และติดตามต่อเนื่อง โดยใช้กลไกป้องกัน 7 สี
3. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่, เบาหวานในกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข, อสม.และผู้ต้องขัง ในเรือนจำ ที่เข้าเกณฑ์ เข้า NCDs Remission Clinic 100%
4. กำหนดเป้าหมายผู้เข้าร่วม NCDs Remission Clinic $\geq 60\%$ ของผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่เข้าเกณฑ์
5. ส่งเสริม Role Model NCDs ในกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข, อสม. เพื่อเป็นต้นแบบสุขภาพในแต่ละพื้นที่

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ด้านระบบการติดตามยืนยันวินิจฉัย มีความแตกต่างกันในแต่ละอำเภอ ทำให้อาจเกิดความล่าช้าของข้อมูล
2. ด้านเครื่องมือ และอุปกรณ์ เครื่องเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และแผ่นตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว ยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะใน NCDs Remission Clinic
3. ด้านผู้ให้บริการ มีภาระงานที่มากขึ้น การทำงานที่ต้องการวัดเชิงคุณภาพที่มากขึ้น แต่บุคลากรอัตรากำลังเท่าเดิม ทำให้ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การเพิ่มอัตรากำลัง หรือ เพิ่มค่าตอบแทนในผู้ปฏิบัติงาน

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางสาวชนนรี ท้าวบุญ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 087 9691321
E-mail yayeeas@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 14 มกราคม 2568

การเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 3

2.1 จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ในระดับจังหวัด เป้าหมาย : ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 3

2.2 จำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี) ในระดับจังหวัด เป้าหมาย : ลดลงอย่างน้อยร้อยละ 3

2. สถานการณ์

ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนนโลก ปี 2023 (2566) ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตทางถนน จำนวน 1.3 ล้านคนต่อปี คิดเป็นอัตรา 15 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ประเทศไทย ปี 2563 - 2567 มีผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน รวมทั้งสิ้น 87,142 ราย โดยเสียชีวิตเฉลี่ย 17,428 รายต่อปี โดยการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 จากการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทุกสาเหตุและมีผู้บาดเจ็บกว่า 1 ล้านรายต่อปี โดยเป็นผู้บาดเจ็บรุนแรงกว่า 200,000 รายต่อปี และในจำนวนนี้มีผู้พิการเฉลี่ย 10,000 รายต่อปี สะท้อนให้เห็นว่าอุบัติเหตุทางถนน เป็นปัญหาการเสียชีวิตและการบาดเจ็บของประชาชนไทย

จากการบูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน กลุ่มอายุที่มีการสูญเสียมากที่สุดเป็นเด็กและเยาวชนอายุ 10 - 19 ปี ซึ่งมีการเสียชีวิตที่สูงมากถึง 26,126 คน ในช่วง 9 ปี ที่ผ่านมา หรือคิดเป็นเฉลี่ย 2,902 คนต่อปี จากการประมาณการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน 10 - 19 ปี โดยการวิเคราะห์อนุกรมเวลา Time series ในช่วง 10 ปีต่อจากนี้ (ปี 2564 - 2573) หากไม่มีการแก้ไขปัญหอย่างจริงจัง จะมีเด็กและเยาวชนไทยตายจากอุบัติเหตุทางถนน 37,321 คน หรือเฉลี่ยปีละ 3,732 คน

อุบัติเหตุทางถนนยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับวิกฤตที่สร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมหาศาลให้กับประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรวัยเด็กและเยาวชน (อายุ 1 - 18 ปี) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ข้อมูลเชิงประจักษ์จากหลายปีที่ผ่านมาบ่งชี้ว่ากลุ่มวัยนี้มีความเสี่ยงสูงสุดต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการใช้รถใช้ถนน โดยเฉพาะรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นพาหนะหลักในการเดินทางของคนในพื้นที่ต่างจังหวัด รวมถึงจังหวัดสตูล

ถ้าหากมีการดำเนินการและกำหนดเป้าหมายลดการตายของเด็กและเยาวชนจากอุบัติเหตุทางถนนให้ลดลง ร้อยละ 5 ต่อปี ตามแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน จะสามารถลดการสูญเสียกำลังของชาติในอนาคตถึง 14,752 คน ในห้วงเวลา 10 ปี หรือคิดเป็นลดอัตราการตายในภาพรวมได้ ปีละ 2.7 - 4.5 ต่อประชากรแสนคน เพื่อลดการตายในภาพรวมของประเทศให้ได้ตามเป้าหมาย

สถิติจำนวนการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี จากอุบัติเหตุจราจรทางถนนของจังหวัดสตูลย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2566 - พ.ศ. 2568 พบว่ามีจำนวน 920, 1,040 และ 748 ราย ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 1 - 18 ปี ปี พ.ศ. 2568 รายอำเภอ พบว่า อำเภอที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บ สูงสุด คือ อำเภอละงู จำนวน 344 ราย รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล จำนวน 172 ราย อำเภอมะนัง จำนวน 136 ราย อำเภอทุ่งหว้า จำนวน 29 ราย อำเภอควนกาหลง จำนวน 25 ราย อำเภอควนโดน จำนวน 21 ราย และอำเภอท่าแพ จำนวน 21 ราย ตามลำดับ (ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ)

ตารางที่ 46 จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง (ไม่น้อยกว่า 3 ปี)		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	968	10,249	131,505
2567	1,036	11,205	137,008
2568	843	10,424	129,593

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 47 ค่าเฉลี่ยผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนกลุ่มอายุ 1 – 18 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 – 2568 จังหวัดสตูล

ลำดับ	อำเภอ	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568	ค่าเฉลี่ย 3 ปี ปีงบประมาณ 66 - 68
1	เมืองสตูล	346	379	231	319
2	ควนโดน	32	35	28	32
3	ควนกาหลง	47	49	33	43
4	ท่าแพ	32	34	26	31
5	ละงู	336	361	341	346
6	ทุ่งหว้า	44	36	41	40
7	มะนัง	131	142	143	139
	รวม	968	1,036	843	949

ตารางที่ 48 เป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ลำดับ	อำเภอ	เป้าหมาย ไตรมาสที่ 1		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 2		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 3		เป้าหมาย ไตรมาสที่ 4	
		ตุลาคม-ธันวาคม		ตุลาคม-มีนาคม		ตุลาคม-มิถุนายน		ตุลาคม-กันยายน	
		ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %	ค่าเฉลี่ย 3 ปี	ลดลง 3 %
1	เมืองสตูล	94	91	175	169	241	233	319	309
2	ควนโดน	6	5	18	17	25	24	32	31
3	ควนกาหลง	11	10	20	19	31	30	43	41
4	ท่าแพ	11	10	19	18	24	23	31	30
5	ละงู	80	77	178	172	261	253	346	335
6	ทุ่งหว้า	12	11	22	21	33	32	40	38
7	มะนัง	28	27	63	61	104	100	139	134
	รวม	245	237	495	480	719	697	949	920

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี)
ลดลงร้อยละ 3

ตารางที่ 49 อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 -18 ปี)
จังหวัดสตูล ไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2568)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย (ค่าเฉลี่ย 3 ปี)	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	94	23	-75.53
ควนโดน	6	4	-33.33
ควนกาหลง	11	5	-54.54
ท่าแพ	11	1	-90.90
ละงู	80	72	-10.00
ทุ่งหว้า	12	7	-41.66
มะนัง	28	25	-10.71
รวม	245	137	- 44.08

ที่มา : ThaiRSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
1) Partner และ Invest	- จัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อชี้ประเด็นปัญหา
2) Build Capacity	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี) 1. มีทีมวิทยากร TSY (อบรมปี พ.ศ. 2567 จำนวน 8 คน) 2. อบรมวิศวกรจราจร “TSY Program” จำนวน 58 คน วันที่ 10 – 11 กุมภาพันธ์ 2568 ถ่ายทอดสดผ่านช่องทาง YouTube โดยกองป้องกันการบาดเจ็บ 3. ฝึกอบรม Train the Trainer สำหรับหลักสูตร “ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดจากภัยบนท้องถนน” (Thailand Safe Youth Program : TSY) จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จำนวน 220 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น ๆ ละ 110 คน รุ่นที่ 1 ครูในสถานศึกษาจังหวัดสตูล ดำรงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่เครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนน ในพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอควนโดน และอำเภอควนกาหลง จำนวน 110 คน ระยะเวลา 2 วัน วันที่ 24 - 25 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยชุมชนสตูล

PIRAB	ผลการดำเนินงาน
	รุ่นที่ 2 ครูในสถานศึกษาจังหวัดสตูล ดำรงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่เครือข่ายด้านความปลอดภัยทางถนนในพื้นที่อำเภอท่าแพ อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง จำนวน 110 คน ระยะเวลา 2 วัน วันที่ 26 - 27 มิถุนายน 2568 ณ ห้องประชุมวิทยาลัยชุมชนสตูล
3) Advocate	-
4) R : Regulate and Legislate	- การส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาลสตูล และเข้าร่วมโครงการ “๑๐๐ โรงพยาบาล ๑๐๐ ธนาคารที่นั่งนิรภัย ร้อยดวงใจผูกพัน”

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มาตรการหลัก กลยุทธ์ PIRAB เน้นการทำงานแบบบูรณาการการทำงานทุกภาคส่วน

PIRAB	มาตรการหลัก
1) Partner และ Invest	1) การจัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง และการบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาแผนงาน และกระตุ้นให้เกิดการเกิดลงทุนโดยเฉพาะด้านงบประมาณ
2) Build Capacity	2) พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี)
3) Advocate	3) ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสนับสนุนให้ผู้บริหารของอำเภอและสถานศึกษาให้ความสำคัญประกาศเป็น “ปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน” โดยใช้แนวทาง TSY Program
4) R : Regulate and Legislate	4) มีการจัดอบรม ความปลอดภัยทางถนน แก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร”
	5) สนับสนุนให้สถานศึกษามีชมรมวัคซีนจราจร ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย 100% ในสถานศึกษาในจังหวัดระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) และอาชีวศึกษา
	6) มีการส่งเสริมการใช้ที่นั่งนิรภัยเด็ก (Car Seat) ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทัวไป และจัดให้มีโครงการ “100 โรงพยาบาล 100 ธนาคารที่นั่งนิรภัย ร้อยดวงใจผูกพัน”

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

รูปแบบการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 1 - 18 ปี)

องค์ประกอบ	รายละเอียดการดำเนินงาน	หน่วยงานดำเนินการ
1) Partner and invest	จัดทำข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวังปัญหาและปัจจัยเสี่ยง และบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาแผนงาน กระตุ้นการลงทุน (งบประมาณ) และติดตามประเมินผล	ระดับจังหวัด
2) Build Capacity	พัฒนาศักยภาพบุคลากร (นับจำนวนย้อนหลัง 2 ปี)	ระดับจังหวัด/อำเภอ ตร./ ปก./ ขบ./ สธ. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
3) Advocate	ขับเคลื่อนเชิงนโยบายและสนับสนุนให้ผู้บริหารของอำเภอและสถานศึกษาให้ความสำคัญประกาศเป็น “ปีแห่งการจัดการความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน” โดยใช้แนวทาง TSY Program	ระดับอำเภอ เน้นอำเภอเสี่ยงสูงสีแดง/ สีส้ม ภายใต้กลไก ศปถ.อำเภอ/ พขอ. หรือ อื่น ๆ
4) R: Regulate and Legislate	มีการจัดอบรม ความปลอดภัยทางถนนแก่เด็กและเยาวชน ตามหลักสูตร “วัคซีนจราจร”	อำเภอ/ท้องถิ่น/สถานศึกษา
5) ชมรมวัคซีนจราจร	สนับสนุนให้สถานศึกษามี “ชมรมวัคซีนจราจร” ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้หมวกนิรภัย 100%	สถานศึกษาระดับ (มัธยมศึกษา สังกัด สพฐ. และอาชีวศึกษา)

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ด้านงบประมาณและทรัพยากร :

1.1. กระบวนการอนุมัติงบประมาณจากกองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) มีความล่าช้า (มักได้รับจริงในช่วงไตรมาส 3 - 4) ซึ่งไม่สอดคล้องกับปฏิทินการเปิดเทอมและการดำเนินกิจกรรมตามแผน

1.2 โรงพยาบาลมีข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดซื้อคาร์ซีทตั้งต้น สำหรับโครงการ Car Seat Bank

2. ด้านพฤติกรรมและวัฒนธรรม :

ประชาชนขาดความตระหนักเรื่องความปลอดภัย โดยเฉพาะการสวมหมวกนิรภัยและการใช้คาร์ซีท ผู้ปกครองมักมองว่าเป็นภาระค่าใช้จ่ายและคิดว่าการเดินทางระยะสั้นในชุมชนไม่มีอันตราย

3. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน :

3.1 ถนนสายรองในชุมชนหลายแห่งมีจุดเสี่ยงทางกายภาพที่รบกวนการแก้ไข เช่น ไหล่ทางแคบ ไม่มีไฟส่องสว่างเพียงพอ พื้นผิวถนนชำรุด และจุดตัดทางแยกที่ไม่มีป้ายเตือนชัดเจน

3.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บางแห่งมีงบประมาณจำกัดในการปรับปรุงวิศวกรรมจราจร และขาดวิศวกรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน

4. ด้านระบบข้อมูล :

ข้อมูลผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ยังไม่ถูกเชื่อมโยงเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลกลาง (RTIDC/ThaiRSC) อย่างครบถ้วน ทำให้ตัวเลขผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (Minor Injury) ตกหล่นไปจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงระดับพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

เพื่อให้การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนของจังหวัดสตูลและระดับประเทศ เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรม ขอเสนอแนะเชิงนโยบายดังนี้:

1. การปฏิรูประบบงบประมาณ : ให้องค์การเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พิจารณาจัดสรรงบประมาณในรูปแบบ Block Grant ให้กับจังหวัด เพื่อให้สามารถบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณลงสู่พื้นที่อำเภอ/ตำบล ได้อย่างรวดเร็วและสอดคล้องกับบริบทของปัญหาในแต่ละช่วงเวลา

2. การบูรณาการหลักสูตรการศึกษา : ให้กระทรวงศึกษาธิการพิจารณาบรรจุหลักสูตร "วัคซีนจราจร" หรือ "ความปลอดภัยทางถนน" เป็นวิชาบังคับ

3. การประยุกต์ใช้เทคโนโลยี : สนับสนุนงบประมาณในการติดตั้งกล้องตรวจจับความเร็วและกล้องตรวจจับการไม่สวมหมวกนิรภัยด้วยระบบ AI (Artificial Intelligence) ในพื้นที่เสี่ยงหน้าโรงเรียนและชุมชนหนาแน่น เพื่อช่วยลดภาระกำลังพลของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องปรามผู้กระทำความผิดอย่างต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง

4. นโยบายส่งเสริมความปลอดภัยเด็ก : ให้กระทรวงสาธารณสุขผลักดันนโยบาย "คาร์ซีท แกร็บ" หรือ "คาร์ซีท เอื้ออาทร" โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณส่วนหนึ่งหรือจัดหาคาร์ซีทราคาประหยัดให้เป็นสวัสดิการพื้นฐานสำหรับเด็กแรกเกิดทุกคน หรือออกมาตรการลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ซื้อคาร์ซีท เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงอุปกรณ์ความปลอดภัยของครอบครัวรายได้น้อย

ผู้รายงาน นายมะรอฟี เจ๊ะสือแม

ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 0 8878 43046

E-mail chesuemae.mar@mail.com

วัน/เดือน/ปี 3 มกราคม 2569

ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 5. ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 95

2. สถานการณ์

ข้อมูลการเฝ้าระวังโรคหัดจากฐานข้อมูลโปรแกรมกำจัดโรคหัด กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปี พ.ศ.2566 – 2568 พบว่า จังหวัดสตูลมีรายงานผู้ป่วยไข่ออกผื่นหรือสงสัยโรคหัดทั้งสิ้น 173 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันผลตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคหัด 33 ราย ไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด 140 ราย ปี พ.ศ.2568 พบผู้ป่วยไข่ออกผื่นทั้งหมด 74 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 22.74 ต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็นผู้ป่วยยืนยัน 4 ราย (1.23) และผู้ป่วยไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด 70 ราย ดังตาราง (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)

ตารางที่ 50 จำนวนและอัตราป่วยโรคหัดและไข่ออกผื่น ย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2566 - 2568)

ปี	จำนวนผู้ป่วยสะสม				
	ไข่ออกผื่น (สงสัย)		ยืนยันหัด		ไข่ออกผื่นที่ไม่ใช่หัด (negative)
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	
2566	6	1.84	0	0.00	6
2567	93	28.57	29	8.91	64
2568	74	22.74	4	1.23	70

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี (เกณฑ์ $\geq$ 95)

ตารางที่ 51 ร้อยละความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เข็มที่2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	195	177	90.77
ควนโดน	49	48	97.96
ควนกาหลง	52	48	92.31
ท่าแพ	61	59	96.76
ละงู	137	121	88.32
ทุ่งหว้า	41	40	97.56
มะนัง	27	25	92.59
รวม	562	518	92.17

ที่มา : Health Data Center ข้อมูล ณ วันที่ 31 มกราคม 2568

ผลการดำเนินงานความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน เชื้อที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 95 การดำเนินงานจังหวัดสตูล ความครอบคลุมอยู่ที่ร้อยละ 92.17 อำเภอที่ผ่านเกณฑ์มี 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอกวนโดน อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอท่าแพ อีก 4 อำเภอ ไม่ผ่านเกณฑ์

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- แผนดำเนินการติดตามการให้บริการฉีดวัคซีน MMR2 - ติดตามเด็กที่ตกหล่น หรือเด็กที่ไม่มารับวัคซีนตามนัด - จัดทำแผนที่เป็นวัคซีน แผนติดตามเด็กมารับบริการวัคซีน
กำลังคนที่ให้บริการ	- จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	- ติดตามผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลให้พื้นที่ทุกเดือน - เอกสารคู่มือวัคซีน
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- มาตรการแนวทางบริหารจัดการวัคซีน - บันทึกสมุดเบิก-จ่ายวัคซีน - ระบบจัดการลูกโซ่ความเย็น
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- นโยบายเร่งรัดการขับเคลื่อนนโยบายการกำจัดหัดและกวาดล้างโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ตัวชี้วัดจากผู้บริหาร - MOU จังหวัด

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- มีแผนติดตามเด็กมารับบริการวัคซีนตามกลุ่มอายุ
- ทำหนังสือแจ้งสถานบริการเอกชน คลินิก แนวทางการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เชื้อที่ 2 (MMR2) ในเด็กอายุครบ 2 ปี เพื่อให้สอดคล้องนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตามกลุ่มอายุที่กำหนด
- ติดตามลงข้อมูลให้ครบถ้วน ทันเวลา

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. นำเสนอความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน เชื้อที่ 2 (MMR2) ในที่ประชุมคณะกรรมการ วางแผนและประเมินผล เพื่อใช้ติดตามผลงานและคืนข้อมูลกลับไปยังพื้นที่
2. นิเทศ ติดตาม ประเมินผลงาน EPI ทุกเดือน
3. EPI Meeting ผู้รับผิดชอบงานทุกไตรมาส
4. กำหนดแผนให้พื้นที่ทำทะเบียนวัคซีน มีแผนติดตามเด็กที่ตกหล่น เด็กที่ไม่มาตามนัด มารับบริการฉีดวัคซีน
5. ติดตามเด็กที่ได้รับวัคซีนจากพื้นที่อื่น / คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน เพื่อบันทึกข้อมูลวัคซีนในโปรแกรม HDC ให้ทันเวลา

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

กิจกรรม	เป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ
- ยกระดับคุณภาพการให้บริการวัคซีนและการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	รพ. และ รพ.สต.	จังหวัดสตูล	ไตรมาส 3 - 4

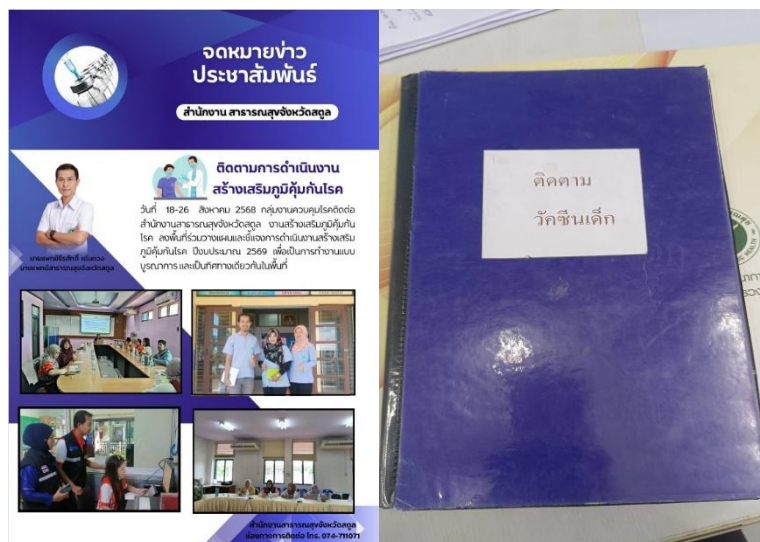
5. ปัญหา อุปสรรค

- การบันทึกรหัสวัคซีนผิด
- เด็กที่รับบริการฉีดวัคซีนจากคลินิก หรือ โรงพยาบาลเอกชน ไม่เป็นไปตามช่วงอายุที่กำหนด ทำให้ขาดความครอบคลุมตามกลุ่มอายุ เช่น วัคซีน MMR 2 กำหนดฉีดเมื่อเด็กอายุ 18 เดือน - 2 ปี นัดฉีดวัคซีนอายุ 2 ปี 1 เดือน
- การลงบันทึกข้อมูลล่าช้า ทำให้ขาดความครอบคลุมตามกลุ่มอายุ
- บ่ายเบี่ยง/ปฏิเสธการรับวัคซีนในบางพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

การทำความเข้าใจด้านวัคซีนแก่ผู้ปกครอง แนวทางการสื่อสารข้อมูลด้านวัคซีน ประชาสัมพันธ์เชิงรุกสู่สาธารณชน เพื่อให้มีการสื่อสารข้อมูลด้านวัคซีนที่ถูกต้อง

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางมีเนาะ แห่ทองคำ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081-7670078
E-mail meenaoh.cd@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 31 ธันวาคม 2568

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 6. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เป้าหมาย รอบ 6 เดือน และ รอบ 12 เดือน : ร้อยละ 85

- 6.1 เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
- 6.2 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ
- 6.3 ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน
- 6.4 ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน
- 6.5 ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- 6.6 อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มี 7 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต./ศสม./PCU จำนวน 59 แห่ง กำหนดแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี ตั้งแต่ปี 2563-2572 เป้าหมายขึ้นทะเบียนเต็มพื้นที่ ทั้งหมด 31 ทีม 12 Cluster ภายในปี พ.ศ.2569 ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2560 – 2563 มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) สะสม จำนวน 20 ทีม คิดเป็นร้อยละ 64.51 ปี 2564 เปิดดำเนินการเพิ่ม 7 ทีม รวมสะสม 27 ทีม คิดเป็นร้อยละ 87.10 ปี 2565 เปิดดำเนินการจำนวน 2 ทีม รวมสะสม 29 ทีม คิดเป็นร้อยละ 93.54 ปี 2567 เปิดดำเนินการเต็มพื้นที่ 7 อำเภอ จำนวน 31 ทีม คิดเป็นร้อยละ 100 มีหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จำนวน 12 ทีม เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) จำนวน 19 ทีม ในปี 2568 เป้าหมายแม่ข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) 31 ทีม ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 17 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 54.84 (17 ทีม)

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570 ในปี 2569 มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบรวมจำนวน 65 หน่วยบริการ ดำเนินการประเมินตนเอง และบันทึกผลการประเมินฯ ลงในระบบ PCUstandard.moph.go.th จำนวน 40 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 61.54 ยังไม่ประเมินตนเอง จำนวน 25 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 38.46 และหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ขึ้นทะเบียนตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (คปค.) ระดับจังหวัด สะสมจำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.69 จากเป้าหมายทั้งหมด 65 แห่ง รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 52 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน (สะสม ปี 68)	ร้อยละ
ระดับประเทศ			ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85/ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 80 (รอบ 6 เดือน)	เมืองสตูล	21	6	28.57
N/A	N/A	74%		ควนโดน	5	1	20.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	8	2	25.00
N/A	N/A	55%		ท่าแพ	6	2	33.33
จังหวัดสตูลรวม 31 ทีม				ละงู	12	5	41.67
93.54%	93.54%	55%		ทุ่งหว้า	8	1	12.50
		(ผลงาน17 ทีม)		มะนัง	5	1	20.00
ปี 2569				รวม	65	18	27.69
ประเทศ	เขต	จังหวัด					
N/A	N/A	27.69					

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 53 ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดสตูล ในระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569

สถานบริการสาธารณสุข	เป้าหมาย ในระบบ (แห่ง)	ผลประเมินตนเอง (แห่ง)					
		ผ่าน	ร้อยละ	ไม่ผ่าน	ร้อยละ	ยังไม่ ประเมิน	ร้อยละ
รพ.สต. (ในสังกัด)	52	30	57.69	0	0	22	42.31
ศูนย์สุขภาพชุมชน/PCU	5	3	60	0	0	2	40
รพ.สต./PCU เรือนจำ นอกสังกัด	4	4	100	0	0	0	0
ฝ่ายเวชปฏิบัติ รพช.	4	3	75	0	0	1	25
รวม	65	40	61.54	0	0	25	38.46

ที่มา : ข้อมูลระบบ PCUstandard.moph.go.th ปี 2569 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 54 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดย่อยแยกรายอำเภอในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 6 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมือง สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ รับผิดชอบของหน่วย บริการ ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ (รอบ 6 และ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	607	182	174	209	454	165	124	1,915
	ผลงาน (คน)	564	174	173	207	422	163	122	1,825
	ร้อยละ (%)	92.92	95.60	99.43	99.04	92.95	98.79	98.39	95.30
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของ หน่วยบริการได้รับวัคซีน ครบ (รอบ 6 และ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	163	59	57	72	115	46	36	548
	ผลงาน (คน)	148	44	30	61	100	36	31	450
	ร้อยละ (%)	90.80	74.58	52.63	84.72	86.95	78.26	86.11	82.12
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน (รอบ 6 เดือน $\geq 40\%$, 12 เดือน 80%)	เป้าหมาย (คน)	37,244	10,041	13,019	10,355	27,728	8,337	7,009	113,733
	ผลงาน (คน)	19,033	2,273	9,558	6,918	18,369	6,658	6,194	69,453
	ร้อยละ (%)	51.10	27.12	73.42	66.81	66.25	79.86	88.37	61.07
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ใน พื้นที่รับผิดชอบของหน่วย บริการได้รับการคัดกรอง สุขภาพ 9 ด้าน (รอบ 6 เดือน $\geq 40\%$, 12 เดือน 80%)	เป้าหมาย (คน)	15,829	4,106	4,913	4,077	10,070	3,419	2,536	45,950
	ผลงาน (คน)	8,578	2,975	4,132	3,729	8,501	3,302	1,953	33,170
	ร้อยละ (%)	54.19	72.45	84.10	91.46	76.79	96.58	77.01	72.19
5. ผู้ป่วยเบาหวานใน หน่วยบริการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ (รอบ 6 เดือน $\geq 25\%$, 12 เดือน $\geq 40\%$)	เป้าหมาย (คน)	5,301	1,377	1,398	1,570	3,118	1,087	928	14,779
	ผลงาน (คน)	764	300	207	232	429	177	254	2,363
	ร้อยละ (%)	14.41	21.79	14.81	14.78	13.76	16.28	27.37	15.99

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 6 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมือง สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
6. อัตราส่วนจำนวนครั้ง ของประชาชนที่เข้ารับ บริการในหน่วยบริการ เทียบกับโรงพยาบาลแม่ ข่าย (อัตราส่วน 50 : 50)	จำนวน ผู้รับบริการ (ครั้ง)	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 79,753	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 9,903	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 26,524	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 26,325	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 45,690	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 21,352	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 19,771	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 229,318
		รพท. สตูล 91,660	รพช. ควนโดน 22,960	รพช. ควน กาหลง 22,353	รพช. ท่าแพ 8,063	รพช. ละงู 28,204	รพช. ทุ่งหว้า 19,486	รพช. มะนัง 16,277	รวมแม่ ข่าย 209,003
	ผลงาน ร้อยละ	87.01	43.13	118.70	326.50	162.00	109.60	121.50	109.72
	ผลงาน เทียบ ค่า เป้าหมาย (ร้อยละ)	>50 %	<50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 4 มกราคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 (รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน: ร้อยละ 85)

ตารางที่ 55 ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 6 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 6 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569						
อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง) (สะสมปี 2568)	ร้อยละ	ผลงาน (แห่ง) (ปี 2569)	ผลงานสะสมรวม ปี 2568 - 2569	
					แห่ง	ร้อยละ
เมืองสตูล	21	6	28.57	0	6	28.57
ควนโดน	5	1	20.00	0	1	20.00
ควนกาหลง	8	2	25.00	0	2	25.00
ท่าแพ	6	2	33.33	0	2	33.33
ละงู	12	5	41.67	0	5	41.67
ทุ่งหว้า	8	1	12.50	0	1	12.50
มะนัง	5	1	20.00	0	1	20.00
รวม	65	18	27.69	0	18	27.69

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568

3.2.1 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ปี 2569	
	รอบ 6 เดือน (ร้อยละ 85)	การแปลผลระดับคุณภาพ
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	ร้อยละ 27.69	ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข

ผลการดำเนินงาน จังหวัดสตูลมีหน่วยบริการสุขภาพเป้าหมายรวม จำนวน 65 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.69 เมื่อนำผลงานมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย มีผลงานน้อยกว่าร้อยละ 50 และ แปลผลระดับคุณภาพอยู่ในระดับ 1 ซึ่งต้องดำเนินการเร่งแก้ไข

3.2.2 เชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- มีระบบให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น มีระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การตั้งศูนย์คนไทยทางไกล NCDs ครอบคลุมทุกหน่วยบริการจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็นในระดับชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ในหน่วยบริการ เช่น ER, ANC, WCC, NCD, และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครบวงจร ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ - มีระบบการรักษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทุกหน่วยบริการ
กำลังคนที่ให้บริการ	มีทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว(ทีม 3 หมอ) ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ มีแพทย์ FM ประจำทีมทุกทีม มีพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยบริการ และ อสม.เพียงพอ
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	มีระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ มีระบบการสำรองข้อมูล และมีการตรวจสอบระบบการรักษาความปลอดภัย ใช้ข้อมูลจาก HDC เพื่อใช้ในการวางแผนงาน ตัดสินใจ และติดตามประเมินผล ในทุกสถานบริการ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	มีระบบการสนับสนุนยา/วัคซีนและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบสนับสนุนงบประมาณการบริการสุขภาพพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ลูกข่าย) และมีกองทุนสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงานในระดับชุมชนรวมไปถึงการดำเนินงานเพื่อขอรับเงินค่าบริการจาก สปสช.

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	มีระบบการสั่งการและมีการถ่ายทอดนโยบาย/แผนงาน/ตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีระบบการติดตามงานผ่านการประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล และผู้บริหารให้ความสำคัญติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ที่ขึ้นทะเบียนแล้ว จำนวน 65 หน่วยบริการ (31 ทีม) ได้ดำเนินการรับรองมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) ตั้งแต่วันที่ 2568 สะสม จำนวน 18 หน่วยบริการ (17 ทีม) คิดเป็นร้อยละ 27.69 ในปี 2569 มีมาตรการและแผนการดำเนินงาน ดังนี้

แผนการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 1 : จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานฯ แล้วเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2568 และ หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการบันทึกข้อมูลการประเมินตนเองในระบบ PCUstandard.moph.go.th

แผนการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 2 : (ม.ค.-มี.ค.69)

1. ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 4 ทีม
2. พัฒนาศักยภาพทีมครู ก. ระดับจังหวัด และพัฒนาศักยภาพ ทีมครู ข. ระดับอำเภอ
3. กำหนดเป้าหมาย PCU/NPCU และจัดทำแผนตรวจประเมิน ค.ป.ค.ม.

แผนการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 3 : (เม.ย.-ส.ค.69)

1. ดำเนินการตามแผนตรวจประเมินฯ
2. ทีมประเมินระดับ คปสอ. ลงพื้นที่และตรวจประเมินรับรอง
3. ทีมประเมินระดับจังหวัด ค.ป.ค.ม. ลงตรวจประเมินรับรอง
4. สรุปผลการตรวจประเมินฯ
5. แจ้งผลการตรวจประเมินฯ ให้หน่วยบริการทราบ
6. บันทึกและรับรองผลข้อมูลการตรวจประเมินของทีม ค.ป.ค.ม. ลงในระบบ PCU Standard

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายตัวชี้วัดจากเดิมประเมินหน่วยบริการเฉพาะแม่ข่ายเป็นประเมินทุกหน่วยบริการ ทำให้จำนวนเป้าหมายงานเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราร้อยละกับผลงานสะสมจากปีที่ผ่านมา ทำให้มีผลงานต่ำกว่าเดิม

2. ในช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 เกิดสถานการณ์น้ำท่วมหนักภายในจังหวัด ทำให้การขับเคลื่อนงานหยุดชะงัก

3. มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างแยกกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ทำให้มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานที่มีอยู่จริง

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ควรมีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดเป็นผลงานสะสมแบบขั้นบันได ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

2. สืบเนื่องจากการปรับเปลี่ยนโครงสร้างแยกกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ทำให้มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานที่มีอยู่จริง เสนอในระดับนโยบาย ควรกำหนดกรอบโครงสร้างจำนวนบุคลากรที่ชัดเจนและเพิ่มกรอบตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและนักสาธารณสุขในกลุ่มงานใหม่

7. ภาพการดำเนินงาน



ภาพการตรวจประเมินหน่วยบริการฯ ของ ค.ป.ค.ม.จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ผู้รายงาน นางสาวต่วนปรีณี ดาราหามนเศษ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่าย
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 065-6699391
E-mail beeneegb@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2569



ประเด็นที่ 4

ระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นที่ 4 : ระบบบริการสุขภาพ

การค้นหาวินโรค

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. การค้นหาวินโรค

1.1 Treatment coverage : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เป้าหมาย : ร้อยละ 85

1.2 Success rate : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ไตรมาสที่ 1/2569 เป้าหมาย : ร้อยละ 88

2. สถานการณ์

ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2566 – 2568 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท จำนวน 752 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 263 ราย ปี พ.ศ.2567 จำนวน 257 ราย และปี พ.ศ.2568 จำนวน 232 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 701 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลว และรักษาซ้ำภายหลังขาดการ รักษา) จำนวน 47 ราย

หากพิจารณาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำระหว่าง พ.ศ.2566 - 2568 พบว่า มีแนวโน้ม ลดลง ในปี พ.ศ.2566 จำนวน 263 ราย (ค่าคาดประมาณ 143 ต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ.2567 จำนวน 267 ราย (ค่าคาดประมาณ 155 ต่อแสนประชากร) และปี พ.ศ.2568 จำนวน 232 ราย (ค่าคาดประมาณ 157 ต่อแสนประชากร)

ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ขึ้นทะเบียนรักษา พ.ศ.2566 – 2568 ตามตำแหน่งที่เป็น โรค พบว่า ผู้ป่วยเป็นวัณโรคปอด (pulmonary tuberculosis : PTB) จำนวน 645 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.77 และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอด (Extrapulmonary tuberculosis : EPTB) จำนวน 107 คิดเป็นร้อยละ 14.23

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ.2566 – 2568 พบว่า การรักษาสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้น ปี พ.ศ.2567 ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจาก มีเสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.43 ปี พ.ศ.2566 อยู่ที่ร้อยละ 3.64 และในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 4.45

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 45 ราย พบว่า มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.10 และเสียชีวิตก่อนเริ่มหรือระหว่างรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 เสียชีวิตกลุ่มผู้ติดเชื้อเสฟติด อายุ 33 ปี จำนวน 1 ราย มีปัญหาเรื่องเกลือแร่ต่ำ ไม่รับประทานยาวัณโรคกลับบ้านและเสียชีวิตที่บ้าน ชายชาวต่างชาติ อายุ 55 ปี subcutaneous emphysema และ pneumothorax โอนออกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 ผลการดำเนินงานทั้ง 7 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอควนโดน อำเภอควนกาหลง อำเภอบ้านฉาง อำเภอละงู อำเภอ พงษ์หว้า และอำเภอมะนัง อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล

ตารางที่ 56 ร้อยละความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียนระดับจังหวัด ระดับเขตฯ 12 และระดับประเทศ ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2565 - 2569

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2565	81.08	89.94	83.42
2566	96.36	87.73	80.72
2567	86.79	86.65	80.60
2568	91.10	83.70	79.30
2569	รอประเมิน	รอประเมิน	รอประเมิน

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (เกณฑ์>ร้อยละ 85)

ตารางที่ 57 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	162	20	12.34
ควนโดน	39	1	2.56
ควนกาหลง	52	4	7.92
ท่าแพ	44	4	9.09
ละงู	106	9	8.49
ทุ่งหว้า	36	2	5.55
มะนัง	27	2	7.40
รวม	466	42	9.01

ที่มา : โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตัวชี้วัด : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เกิดขึ้นทะเบียน ไตรมาสที่ 1/2569 เป้าหมาย : ร้อยละ 88

ผลการดำเนินงาน : อยู่ระหว่างรอประเมิน

ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของทุกประเภท (ชายไทย ไม่ใช่คนไทย เรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 42 ราย อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.34 อำเภอละงู จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.49 และอำเภอควนกาหลง จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.92 อำเภอท่าแพ จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 และไม่มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ขาดยา

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนและอัตราการรายงานมากกว่าทุกกลุ่ม จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมา คือ อายุ 25 -34 ปี จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ อายุ 45 – 54 ปี จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.80

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่าการรักษาสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นยกเว้น ปี พ.ศ.2567 ผลการรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากมีเสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.43 ปี พ.ศ.2566 อยู่ที่ร้อยละ 3.64 และในปี พ.ศ. 2568 ร้อยละ 4.45

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	งานวัณโรคเป็นบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกัน ค้นหา วินิจฉัย รักษา และติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง - มีการให้บริการตรวจคัดกรองวัณโรคในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ - ใช้แนวทาง DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course) เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน - มีระบบส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคระหว่างหน่วยบริการ ปัญหา/อุปสรรค : ผู้ป่วยบางกลุ่มเข้าถึงบริการยาก เช่น แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง หรือผู้ติดเชื้อ HIV
กำลังคนที่ให้บริการ	การดำเนินงานวัณโรคต้องอาศัยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ - แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทสำคัญ - อสม.ช่วยติดตามการกินยาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในชุมชน ปัญหา/อุปสรรค : บุคลากรมีภาระงานมาก ขาดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านวัณโรคในบางพื้นที่
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	มีการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามผู้ป่วยวัณโรค - ระบบทะเบียนวัณโรค (TB Register) และรายงานผลการรักษา - ใช้ข้อมูลเพื่อประเมินอัตราการรักษาหาย อัตราขาดยา และอัตราการเสียชีวิต ปัญหา/อุปสรรค : ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วน การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานยังไม่สมบูรณ์
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	- มียาวัณโรคที่เป็นยาหลัก (First-line drugs) และยาวัณโรคดื้อยา - มีการใช้เทคโนโลยีวินิจฉัย เช่น X-ray ปอด, GeneXpert - มีวัคซีน BCG สำหรับป้องกันวัณโรคในเด็ก ปัญหา/อุปสรรค : การดื้อยาเกิดจากการกินยาไม่ครบ และต้นทุนเทคโนโลยีวินิจฉัยสูง

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	• รัฐสนับสนุนงบประมาณในการตรวจ รักษา และติดตามผู้ป่วยวัณโรคโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย • ครอบคลุมภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปัญหา/อุปสรรค : งบประมาณอาจไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในระยะยาว
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	• มีนโยบายและแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ • ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายให้งานวัณโรคเป็นงานที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการเพื่อให้สู่เป้าหมาย • มีความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และมีการติดตามในการประชุมสาธารณสุขระหว่างประเทศและมาเลเซีย (Boder Health) ปัญหา/อุปสรรค : การบังคับใช้นโยบายในระดับพื้นที่ยังไม่เท่าเทียมกัน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

การเสียชีวิตระหว่างการรักษา เป้าหมาย <ร้อยละ 5 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดยการเอกซเรย์ทำได้น้อย เนื่องจากภาระงานและผู้ป่วยมีจำนวนมาก การบันทึกผลการคัดกรองในระบบ NTIP ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากระบบ NTIP ไม่เสถียร จึงใช้ระบบลงข้อมูลในโปรแกรม excel และเมื่อโปรแกรม NTIP เข้าสู่ระบบปกติให้ดำเนินการลงข้อมูลในโปรแกรมให้สมบูรณ์ การคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยงทำได้น้อย พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง วิธีการตรวจเสมหะและคุณภาพของเสมหะ วิเคราะห์ความเสี่ยงและคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม (verbal) กลุ่มเสี่ยงที่เข้าหลักเกณฑ์ควรได้รับการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทุกราย

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มที่เสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีโรคร่วม ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไต ผู้ติดสารเสพติด สูบบุหรี่ พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง วิธีการตรวจเสมหะและคุณภาพของเสมหะ วิเคราะห์ความเสี่ยงและคัดกรองโดยใช้แบบสอบถาม(verbal) กลุ่มเสี่ยงที่เข้าหลักเกณฑ์ควรได้รับการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ทุกราย การบันทึกข้อมูลในระบบ NTIP ต้องมีการยืนยันบุคคลเน้นกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. ทบทวนและวิเคราะห์ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงานวัณโรคปีงบประมาณ พ.ศ.2569 และทบทวนมาตรการ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในแต่ละพื้นที่
2. จัดทำแผนปฏิบัติการและกิจกรรมสำคัญ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
3. กำหนดเป้าหมายการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม และดำเนินการตามแผน
4. จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้สัมผัสร่วมบ้านที่สัมผัส Index case ที่ขึ้นทะเบียนตามจริง และดำเนินการคัดกรองภายใน 1 เดือน
5. ทบทวนสาเหตุการตายโดยแพทย์ แยกสาเหตุการตายจากวัณโรคหรือสาเหตุการตายจากโรคร่วม (From TB / with TB)
6. จัดทำแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในการส่งตรวจ Igra

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การตรวจวินิจฉัย รักษาให้เร็วขึ้น โดยการเร่งรัดคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่โรคร่วม กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ติดสารเสพติด สูบบุหรี่ โดยเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

2. มีการจัดการ Dead case conference เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษาโดยสหวิชาชีพ

3. เน้นการกำกับติดตาม การกินยาของผู้ป่วย โดยมีพี่เลี้ยง (DOTS) แบบมีคุณภาพ

4. เสียชีวิตระหว่างการรักษา ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค ได้แก่ 7 กลุ่มเสี่ยง
2. พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่น คุณภาพเสมหะ วิธีการตรวจ
3. พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินความเสี่ยงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา
4. การกำกับการกินยา กรณีเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางสาวรณมา ยาเบโด

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 087 2929157

E-mail naya 202011@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 31 ธันวาคม 2568

RLU Hospital

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด

2. สถานการณ์

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use : RLU) เป็นประเด็นใหม่ที่กำหนดในการตรวจราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เป็นปีแรก โดยปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้ปรับเปลี่ยนชื่อตัวชี้วัดเป็นร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด โดยมีเพิ่มตัวชี้วัดเชิงปริมาณและผู้มารับบริการ เพื่อให้การสังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล กำหนดชี้แจงนโยบายดังกล่าว ให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อดำเนินการตามนโยบายและแนวทางดังกล่าว ซึ่งมีผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ดังรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 58 ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital) ตามที่กำหนด

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2568	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 90.79

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงระบบ

ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU Hospital Plus) ตามที่กำหนด

3.1.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL - Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL - Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
6. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Total Cholesterol ซ้ำภายใน 90 วัน
7. ร้อยละของผู้มารับบริการ ได้รับการตรวจ Triglycerides ซ้ำภายใน 90 วัน

ผลการดำเนินงานอยู่ระหว่างดำเนินการ เนื่องจากข้อมูลรายงาน HDC ณ วันที่ 5 มกราคม 2568 ยังไม่สามารถดึงข้อมูลรายงานจาก HDC ได้ เนื่องจากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ระหว่างการทดสอบระบบยังไม่แล้วเสร็จ

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	โรงพยาบาลทุกแห่ง มีประกาศเจตนารมณ์นโยบายการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU) ทุกสหวิชาชีพในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการใช้คู่มือและแนวทางเวชปฏิบัติ(Clinical Practice Guideline) ลดการที่ไม่จำเป็น เพิ่มการเข้าถึงที่สำคัญ วินิจฉัย แม่นยำ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ
กำลังคนที่ให้บริการ	มีคำสั่งคณะกรรมการ วิเคราะห์ กำกับ ดูแล ตามนโยบาย RLU มีการประชุมสื่อสาร และสร้างความตระหนัก และพัฒนาความรู้ เรื่องการสั่งตรวจอย่างเหมาะสม
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	กำกับ ติดตามรายงานจาก www.rluthailand.com และติดตามหน้างานในการพัฒนาระบบงาน RLU ตั้งแต่การสั่งตรวจ การรายงานผลการติดตามการใช้ lab อย่างสมเหตุผล มีระบบข้อมูลและตัวชี้วัด RLU การวิเคราะห์ข้อมูลการสั่งตรวจ และการใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	การใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมมีการควบคุมคุณภาพการตรวจ การใช้ระบบ LIS/IT สนับสนุน RLU และการเลือกใช้การตรวจที่มีความถูกต้อง แม่นยำ
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	มีแนวทางใช้โปรแกรม Labex เพื่อประมวลผลค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการต้นทุนการตรวจทางห้องปฏิบัติ การลดค่าใช้จ่ายจากการตรวจที่ไม่จำเป็น การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และการนำผลลัพธ์ทางการเงินมาสนับสนุนการพัฒนาระบบ RLU อย่างยั่งยืน
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	ผู้บริหารโรงพยาบาล มีการติดตามกำกับการทำงานอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผลผ่านตัวชี้วัด

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

- ผู้บริหารระดับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และผู้บริหารระดับจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับนโยบายและเป็นผู้ดำเนินการ RLU และเป็นผู้กระตุ้นการขับเคลื่อนนโยบาย
- บุคลากรในองค์กรมีความสามัคคีและมีความมุ่งมั่นในการพัฒนางานให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรความรู้
- การสื่อสารทั่วทั้งองค์กรของทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้รับทราบและถือปฏิบัติโดยทั่วกัน

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

กิจกรรม	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ
1. กำหนดจัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดตัวชี้วัด RLU Hospital Plus	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิกและผู้เกี่ยวข้อง	9 ม.ค.69	สสจ.สตูล
2. จัดอบรม RLU Surveyor	หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ฯ และนักเทคนิคการแพทย์	15 ม.ค.69	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ผ่านระบบออนไลน์)
3. ประเมินผลการดำเนินงาน self assessment ตามบันได 4 ขั้นด้วยตนเองพร้อมแนบหลักฐานผ่านระบบ e-Report บนเว็บไซต์ www.rluthailand.com	โรงพยาบาล 7 แห่ง	31 ม.ค.69	หน.กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ฯ
4. จัดทีม RLU Surveyor ตรวจสอบระบบ One site และ one line	โรงพยาบาล 7 แห่ง	ม.ค.- ก.ย.69	สสจ.สตูล
5. โรงพยาบาลวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดฯ จาก HDC หากตรวจซ้ำเกินเป้าหมายที่กำหนด ให้ดำเนินการ ระบุสาเหตุ, กำหนดมาตรการเพื่อลดการตรวจซ้ำ	โรงพยาบาล 7 แห่ง	ม.ค.- ก.ย.69	โรงพยาบาลทุกแห่ง
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตามตัวชี้วัดจาก HDC	โรงพยาบาล 7 แห่ง	ม.ค.- ก.ย.69	สสจ.สตูล
7. สุ่มตรวจผล external approved	โรงพยาบาล 7 แห่ง	ม.ค.- ก.ย.69	ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่12/1 ตรัง

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การวางแผนระบบการจัดการระบบรายงานตัวชี้วัดโดยดึงจากรายงาน HDC ไม่สัมพันธ์กับระยะเวลา การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รายงาน นางลักขณา ละอองวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 5165194
E-mail Lukana015@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

2. สถานการณ์

สถานการณ์ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2568 พบว่า มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึง 30.88% (จาก 68 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 89 ราย) และสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ไตรมาส 1) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจากช่วงไตรมาส 1 ของปีงบประมาณก่อนหน้าถึง 40.90% ซึ่งให้เห็นถึงเป้าหมายที่ต้องการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ให้ลดลงมากกว่า 5% เป็นเรื่องท้าทายและต้องมีการดำเนินการเชิงรุกด้านการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น

ตารางที่ 59 สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2568	68	89	- 30.88

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

ตารางที่ 60 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	33	11	66.67
ควนโดน	5	2	60.00
ควนกาหลง	8	1	87.50
ท่าแพ	9	1	88.89
ละงู	25	11	56.00
ทุ่งหว้า	6	4	33.33
มะนัง	3	1	66.67
รวม	89	31	65.17

GAP การดำเนินงานที่มีอยู่

- การเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเปราะบาง ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง และผู้ป่วยบางรายไม่มารับบริการตามนัดหมายและไม่สามารถติดต่อได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่มีรถโดยสารประจำทาง
- การดำเนินการเชิงรุกประสาน รพ.สต. ลงติดตามเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจการคัดกรองไต ดำเนินการคัดกรองแล้ว แต่ไม่ได้บันทึกข้อมูลทำให้ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน
- ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันระหว่าง CKD NCD และ Palliative
- มีการผลิตเปลี่ยนผู้ดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลเท็จจริงขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การรับประทานยา เพื่อวางแผนการดูแลในการปรับพฤติกรรมได้ถูกต้อง
- การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการติดตาม การแจ้งเตือนต่างๆ เช่น การขาดนัด
- ควรมี CKD manager ประจำคลินิก มีการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วย CKD ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะได้วิเคราะห์ และดำเนินแก้ปัญหา

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ร้อยละ 30.88 จากการควบคุมโรค NCD ไม่ได้ ส่งผลให้ไม่สามารถชะลอไตเสื่อมนำไปสู่ไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68) เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ.2568 คิดเป็น 40.90% โดยให้ผู้ป่วยในคลินิกโรคไต ได้เข้าถึงให้คำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ โภชนากร เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และเภสัชกรเพื่อการรับประทานยาที่ถูกต้องควบคุมอาการของโรค เพื่อการชะลอการเสื่อมของไต ลดผู้ป่วยรายใหม่ และการ Shared decision making ทุกฝ่ายเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนในการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วย NCD และกระบวนการให้คำปรึกษา การเข้าถึงให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อการชะลอการเสื่อมของไต
2. ปรับรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกันทุกโรงพยาบาล
3. ติดตามการจัดการระบบติดตามผู้ป่วยที่ Lose F/U จากคลินิก CKD
4. จัดโครงการวันไตโลกรณรงค์ให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมให้แก่บุคลากร อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแล
5. การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน ร่วมวิเคราะห์ และแก้ปัญหาในพื้นที่โดยทีม CKD

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
- การควบคุมโรค NCD ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง การคัดกรองดำเนินการได้ไม่ถึงเป้าหมาย และการชะลอไตเสื่อมต่ำกว่าเกณฑ์ - CKD clinic ไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในเรื่องของกระบวนการให้คำปรึกษาส่งผลต่อการเกิดภาวะ unplanned dialysis - ขาดความตระหนักไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหาร - ไม่มี CKD manager ประจำคลินิก	- ดำเนินการบูรณาการร่วมกันระหว่าง CKD, NCDs และ palliative care เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการคัดกรองไต การชะลอไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธฟอกไต - สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็งและเสริม health literacy - สนับสนุนให้มีการเพิ่มการเข้าถึงการ Shared decision making - การนิเทศติดตามการดำเนินงาน CKD clinic ภายในจังหวัด และในเขตสุขภาพ - ควรมี CKD managers รับผิดชอบติดตามและวางแผนประจำคลินิก

ผู้รายงาน ชาลินี หลั่งเกาะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 089 8799623
E-mail chalineee1863@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 13 มกราคม 2569

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 4. อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 24

4.1 อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 40

4.2 อัตราผู้ป่วยด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired ใน

โรงพยาบาลทุกระดับ เป้าหมาย : มีการเก็บข้อมูล

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ทั้งหมด 344 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 120 ราย คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 34.88 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่แนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา จากการทบทวนเวชระเบียนผู้เสียชีวิต พบประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่ออัตราตาย ดังนี้ การวินิจฉัยล่าช้า (Delayed diagnosis) ทำให้เกิดการรักษาล่าช้า (Delayed treatment) เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ (ATB) ไม่ได้ภายในเวลาที่เหมาะสม และผู้ป่วยบางส่วนมีการแสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาแบบช่วยชีวิต ได้แก่ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการกดนวดหัวใจ และ/หรือปฏิเสธการให้ยากระตุ้นความดัน ส่งผลให้การดูแลรักษาไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน และอาจกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการคัดกรองและวินิจฉัยให้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการการรักษาทันท่วงที และการสื่อสารทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะโรค

ตารางที่ 61 สถานการณ์อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2566	459	174	37.91
2567	446	164	36.77
2568	344	120	34.88

ตารางที่ 62 สถานการณ์อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
2566	21	8	38.10
2567	28	9	32.10
2568	30	9	30

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 24

ตารางที่ 63 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	61	18	29.51
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	4	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	15	3	20
ทุ่งหว้า	0	0	0
มะนัง	2	0	0
รวม	82	31	25.61

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตัวชี้วัด : อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired

เป้าหมาย : <ร้อยละ 40

ตารางที่ 64 อัตราป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital – acquired

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	0	0	0
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	0	0	0
ทุ่งหว้า	2	0	0
มะนัง	0	0	0
รวม	2	0	0

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 24

จังหวัดสตูลตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 344 ราย เสียชีวิต จำนวน 108 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.88 และไตรมาสแรก ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 82 ราย เสียชีวิต จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.61 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว จากการวิเคราะห์ พบว่า มีการหมุนเวียนของแพทย์ พยาบาลจบใหม่ ที่มีสมรรถนะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพียงพอ รวมถึงการนิเทศติดตาม ไม่สม่ำเสมอ

อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired < ร้อยละ 40

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ทั้งหมดจำนวน 30 ราย เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว และไตรมาสแรก ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired จำนวน 2 ราย และไม่พบผู้เสียชีวิต เนื่องจากมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และการจำหน่ายโดยเร็วเพื่อลดการนอนโรงพยาบาลนาน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

จังหวัดสตูล มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้กับเขตบริการสาธารณสุข และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูล โดยเรามี CPG (แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด) ที่เป็นฉบับเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการให้คำปรึกษาพร้อมรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน การพัฒนาแก้ไขที่ได้ดำเนินการในปี 2568 ได้แก่

1. ปรับปรุง Standing order Sepsis
2. ปรับปรุงแนวทางการเก็บข้อมูลพร้อมกับการทบทวน case โดยใช้ใบ CRF (case record from sepsis)
3. จัดโครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในเครือข่ายจังหวัดสตูล
4. Flow Sepsis Ward/Flow RRT
5. CNPG sepsis สำหรับพยาบาล
6. ทำ Sepsis case review (M&M) เพื่อลด delayed diagnosis/treatment

4.2 แผนการพัฒนา

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับบุคลากรทุกระดับในเครือข่ายจังหวัดสตูล เน้นสร้างความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติจริง
2. แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจ เพื่อกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง 1-hour bundle อย่างใกล้ชิด
3. จัดทำคู่มือ E-learning Sepsis ฉบับย่อ เพื่อให้บุคลากรเข้าถึงแนวทางการดูแลได้สะดวกและรวดเร็ว
4. พัฒนาการเก็บข้อมูลและรายงาน Case Sepsis Realtime (Dashboard Sepsis)
5. พัฒนาทีม RRT

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรใหม่ขาดสมรรถนะ ในการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย Sepsis ทำให้เกิด diagnostic error และนำไปสู่การรักษาล่าช้า จึงต้องมีการอบรม/ประชุมวิชาการต่อเนื่องทุกปี
2. ระบบ RRT ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากอัตรากำลังไม่เพียงพอ
3. ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม/Audit ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่สม่ำเสมอ
4. พบผู้ป่วย D/C against advice ที่ไม่ได้ลงรหัส Z51.5 ประมาณ 10% ทุกไตรมาส กระทบต่อความครบถ้วนของข้อมูล

6. ผลงานเด่น

1. ระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัย
2. CPG ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด
3. การ Auto Lactate
4. การรายงาน Case Sepsis Real time (Dashboard Sepsis)

ผู้รายงาน นางชัตติยา เสมอภพ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล

เบอร์ติดต่อ 099 0047999

E-mail kuttiya251027@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 13 มกราคม 2569

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 5. อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1) เป้าหมาย : อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ

2. สถานการณ์

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A)

- ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ
- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงค์บริจาคดวงตา 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 = 423 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 147 ราย อวัยวะ 137 ราย ร่างกาย 139 ราย

ปี 2568 = 325 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 106 ราย อวัยวะ 107 ราย ร่างกาย 112 ราย

ปี 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68) = 209 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 87 ราย อวัยวะ 77 ราย ร่างกาย 45 ราย

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M1)

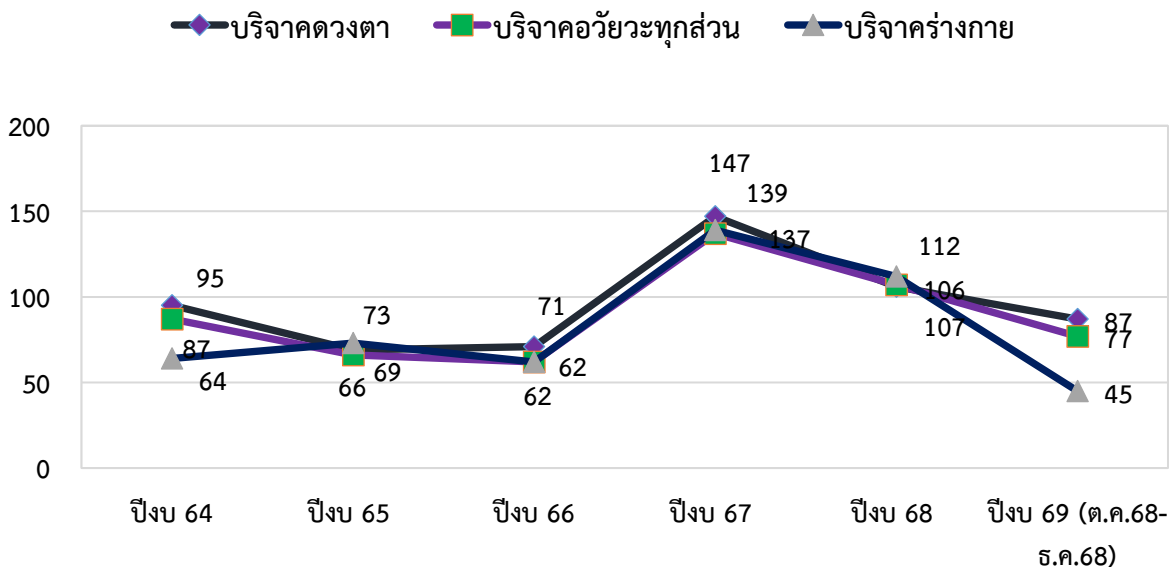
ผลการดำเนินงาน ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ

ตารางที่ 65 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อ จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย ≥ 0.35		
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	106	0	0

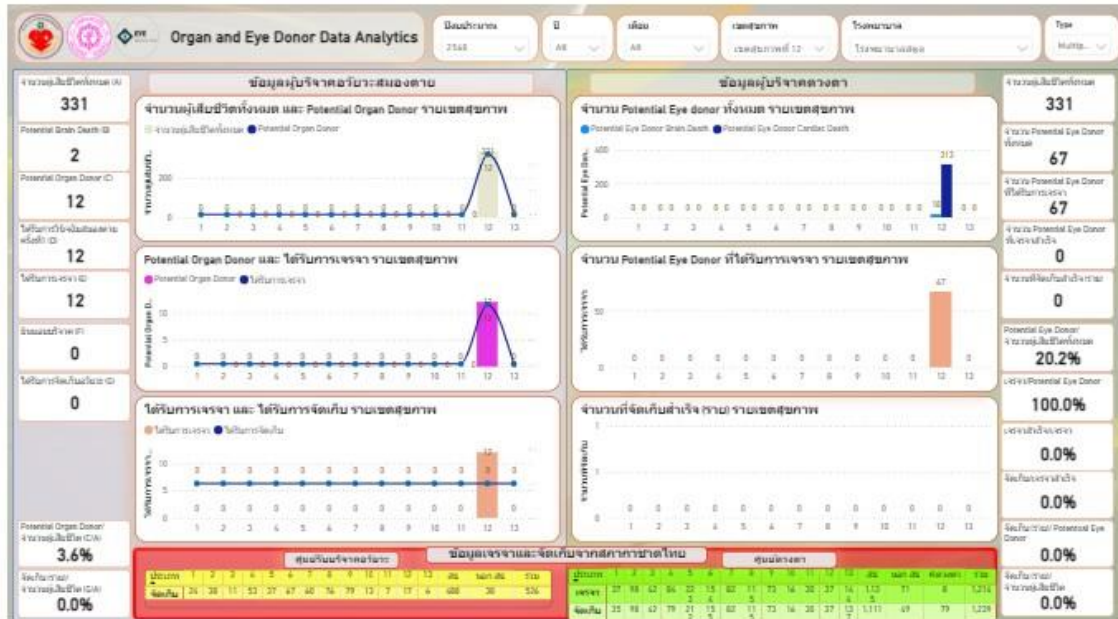
3.1.1 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล

แผนภูมิที่ 2 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2569



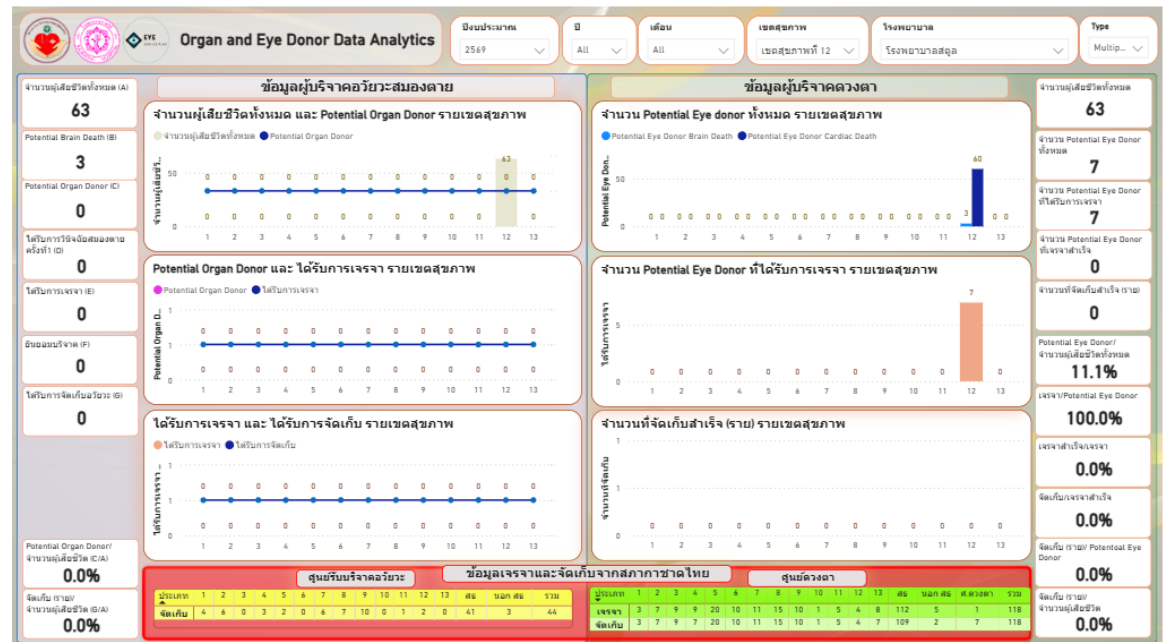
*** ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 มีผู้บริจาคดวงตา 1 คู่ คิดเป็นร้อยละ 0.33

3.1.2 ข้อมูล Dashboard ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา ปีงบประมาณ พ.ศ.2568



ข้อมูลการเจรจาผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2568													
รายการ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
ยอดผู้ป่วย dead	34	33	27	27	20	28	23	26	25	26	33	29	331
Brain dead	1	2	4	2	1	0	1	0	0	2	1	2	16
Cardiac dead	33	31	23	7	19	28	22	26	25	24	32	27	297
พิเศษชั้น 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
พิเศษชั้น 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
พิเศษชั้น 4	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	5
ถาวร	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	5
อัม./Stroke	7	4	7	8	5	4	7	7	2	7	6	4	68
อัม.	7	7	4	8	2	4	2	4	8	0	6	6	58
ศษ.	3	2	0	1	0	2	0	0	1	0	1	1	11
ศส.	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8
NICU	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
ICU	5	9	8	6	6	5	10	6	9	12	6	8	88
Semi ICU	7	8	2	1	6	6	5	3	4	3	4	6	55
ER	0	1	3	2	1	2	1	0	2	3	3	2	20
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม dead	34	33	27	27	20	28	23	26	25	26	33	29	331
ยอดผู้ป่วย Donor ได้รับการเจรจา	12	8	5	5	7	3	4	5	6	3	6	3	67
พิเศษชั้น 6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
พิเศษชั้น 5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
พิเศษชั้น 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ถาวร	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อัม./Stroke	2	1	1	1	0	0	0	1	2	0	3	0	11
อัม.	3	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	9
ศษ.	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
ศส.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
NICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ICU	1	3	2	2	3	1	2	4	2	3	3	2	28
Semi ICU	2	2	1	1	3	1	1	0	1	0	0	1	13
ER	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม เจรจา	12	8	5	5	7	3	4	5	6	3	6	3	67

3.1.3 ข้อมูล Dashboard ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการเจรจาอวัยวะบริจาคอวัยวะและดวงตา ปีงบประมาณ พ.ศ.2569



3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A จำนวน 134 โรงพยาบาล ไม่รวม A ยกระดับ) (เป้าหมายอัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ) โดยหน่วยบริการสาธารณสุขได้ดำเนินกิจกรรม ดังนี้

- ดำเนินงานตามตัวชี้วัดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- มีคำสั่งผู้รับผิดชอบงานสาขาการรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพที่ 12
- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา และอวัยวะ และบริจาคร่างกายทุกหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดสตูล และจัดกิจกรรมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข “รวมพลังแห่งความภักดี” บริจาคโลหิต บริจาคดวงตา และบริจาคอวัยวะ ถวายเป็นพระราชกุศลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวงในห้วง 100 วัน
- มีจุดขอแสดงความจำนงบริจาคดวงตาและอวัยวะเห็นชัดเจนในหน่วยบริการ
- มีแนวทางการปฏิบัติงาน
- มีระบบการรายงานข้อมูลจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะของสภาวิชาชีพ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

- มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ (ไม่มี TC Nurse ประจำศูนย์)
- พัฒนาศูนย์บริการโดยเข้าร่วมอบรมฟื้นฟูความรู้ของเขต 12
- ร่วมกับเหล่ากาชาด จ.สตูล ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทุกครั้งที่ออกรับบริจาคโลหิต

- จัดบูธออกหน่วยรณรงค์การบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายในงานกาชาดจังหวัดทุกปี
 - จัดบูธกิจกรรมเวที Mini Stage เวทีเรื่องเล่าความดี องค์กรคุณธรรม สร้างคนดี สู้สังคมดี
- โรงพยาบาลสตูล
- จัดบูธประชาสัมพันธ์รับบริจาคอวัยวะดวงตา ในวันพิเศษสำคัญต่างๆ
 - ร่วมงานแถลงข่าวคณะแพทยศาสตร์ มอ.ปลุกถ่ายหัวใจสำเร็จรายแรกของภูมิภาค
- พลังความร่วมมือของโรงพยาบาลเครือข่าย
- มี QR code ในการประชาสัมพันธ์ เข้าถึงการแสดงความจำนงค์ได้สะดวกและง่าย
 - เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ผ่านช่องทาง facebook , LINE ของโรงพยาบาลกลุ่มงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตามากขึ้น
 - เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ผ่านช่องทางเสียงตามสายภาคภาษาไทยและภาษามลายูของโรงพยาบาลทุกวัน
 - พัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูล Pop up ผู้แสดงความจำนงค์บริจาคอวัยวะและดวงตาในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล
 - ลงโปรแกรม Dashboard บันทึกข้อมูลผู้รับบริจาคเชิงรุก เพื่อวิเคราะห์และประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- การรับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทัศนคติของญาติ/ กลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน/ ให้จากไปอย่างสงบ/ กลัวเสียภาพลักษณ์
 - ไม่มี TC Nurse ประจำโรงพยาบาล
 - ประชาสัมพันธ์คำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ ผ่านสื่อออนไลน์
- ประสานความร่วมมือประธานชมรมมุสลิมของโรงพยาบาลกับผู้นำทางศาสนา และกลุ่มข้าราชการ/บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงค์บริจาคอวัยวะและดวงตา

ผู้รายงาน นางสาววิมลศรี สังข์แก้ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 085 0772720
E-mail wimonsri737@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

ผู้รายงาน นางลักขณา ละอองวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 5165194
E-mail Lukana015@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

มะเร็ง

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 6. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA Test ตั้งแต่ปี 2564 ซึ่งเริ่มให้บริการครั้งแรกที่โรงพยาบาลสตูล จำนวน 38 ราย ในปีต่อมาเริ่มให้บริการในทุกอำเภอ ตั้งแต่ปี 2565 - 2568 จำนวน 2,649 ราย, 6,872 ราย, 6,365 ราย และ 4,843 ราย รวมทั้งสิ้น 20,767 ราย การติดตามให้ประชาชนมารับบริการยากมากขึ้น ต้องมีการค้นหาที่ครอบคลุม เป็นรายชุมชนหรือกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น กลุ่มที่ทำงานช่วงกลางวัน กลุ่มที่ไปทำงานนอกพื้นที่ กลุ่มโรงงาน หรือชุมชนต่างๆ เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เข้าถึงบริการ และกลุ่มที่ไม่ต้องการตรวจคัดกรอง ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้ทำการเบิกชุดตรวจไปแล้วทั้งสิ้น 4,374 ชุด ในไตรมาสแรกการวางแผนดำเนินการตรวจอาจล่าช้า เนื่องจากเกิดสถานการณ์อุทกภัย ช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน 2568 เป้าหมายสะสม ร้อยละ 25 ปี 2568 ทำได้ ร้อยละ 10.21 ผลงานปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568) คิดเป็นร้อยละ 10.41 แนวโน้มการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคาดว่าจะผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 25 ภายในปีงบประมาณ

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยวิธี FIT test โดยแต่ละอำเภอจะดำเนินการจัดสรรชุดตรวจให้หน่วยบริการต่างๆ ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลกำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายตามประชากรในแต่ละหน่วยบริการ มีการวางแผนในการตรวจคัดกรองให้เร็วขึ้น เมื่อพบผลผิดปกติส่งส่งกล้อง ณ โรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลละงู

ตารางที่ 66 สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ย้อนหลัง 3 ปี

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2564	-	-	-
2565	63.71	28.93	35.96
2566	69.03	46.36	50.11
2567	63.85	-	67.06
2568	10.21	-	11.58

ตารางที่ 67 สถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ย้อนหลัง 3 ปี

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2564	94.58	-	-
2565	67.81	39.01	40.06
2566	69.03	84.52	69.10
2567	63.85	-	67.06
2568	10.21	-	11.58

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี) (เกณฑ์ ร้อยละ ≥ 25)

ตารางที่ 68 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม 5 ปี)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	4,432	427	9.63
ควนโดน	806	268	33.25
ควนกาหลง	1,189	53	4.45
ท่าแพ	1,092	193	17.67
ละงู	2,701	229	8.47
ทุ่งหว้า	919	99	10.77
มะนัง	723	65	8.99
รวม	11,862	1,334	11.24

ที่มา : ข้อมูล HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง เป้าหมาย ≥ 50

ตารางที่ 69 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	2,017	544	26.97
ควนโดน	459	130	28.32
ควนกาหลง	533	178	33.39
ท่าแพ	490	0	0
ละงู	1,259	0	0
ทุ่งหว้า	422	372	88.15
มะนัง	336	33	9.82
รวม	5,516	1,257	22.78

ที่มา : ข้อมูล HDC ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy

โรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลละงู มีเครื่องส่องกล้อง colonoscopy จำนวน 1 เครื่อง และมีศัลยแพทย์ 2 คน ผู้ที่มีผลผิดปกติในแต่ละพื้นที่สามารถประสานโรงพยาบาลเพื่อส่งตัวรักษาต่อได้ทันทีที่คลินิกศัลยกรรมทุกวัน ในเวลาราชการ ระยะเวลารอคอย 2 เดือน ลดระยะเวลาโดยการทำให้ในเวลา/นอกเวลาเสาร์-อาทิตย์ และขยายห้องผ่าตัด เพื่อให้บริการต่อไป

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	แต่ละอำเภอมีการจัดกิจกรรมรณรงค์คัดกรองตามบริบทพื้นที่
กำลังคนที่ให้บริการ	มีการทำงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกระดับ
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ข้อมูลรายงานผ่าน HDC คู่มือเป็นรายหน่วยบริการไม่ได้ ข้อมูลจาก สป.สช กับ HDC ไม่ตรงกัน ไม่มีการเชื่อมโยง การรายงานผลส่องกล้องไม่มี
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	การเข้าถึงชุดตรวจได้ทั่วถึงเพียงพอ
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	ตามสิทธิผู้ป่วย
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	นิเทศติดตาม

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

การเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก เช่น กลัวการตรวจ การตรวจอยู่ในช่วงเวลาทำงาน อยู่ต่างจังหวัดกลับบ้านเป็นช่วงๆ โดยการติดตามอย่างใกล้ชิดหรือหารูปแบบในการติดตามที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นรายบุคคล เพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ครบถ้วน และหน่วยบริการทุก รพ.สต มีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน รอดำเนินการตรวจ ตามแผนที่ได้วางไว้ เร่งรัดให้บางพื้นที่ยังไม่ได้ดำเนินการ คัดกรองดำเนินการคัดกรองให้ผ่านเกณฑ์ในไตรมาสที่ 2

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มีการวางแผนการดำเนินงานตั้งแต่ช่วงไตรมาสแรก โดยการกำหนดเป้าหมาย ค้นหาเป้าหมาย เป็นรายครัวเรือน ดำเนินการคัดกรอง มีการติดตามกลุ่มเป้าหมายมาตรวจ การดำเนินงานแก้ไขปัญหา กลุ่มเป้าหมายที่ไม่ต้องการตรวจเป็นรายบุคคล มีการติดตามจากคณะกรรมการ SP cancer อย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

แพทย์เรียนต่อเฉพาะทางด้านนรีเวช เพื่อพัฒนาระบบผ่าตัดและเพิ่มการผ่าตัดมะเร็งนรีเวช และการให้ยาเคมีบำบัดที่โรงพยาบาลสตูล ลดการส่งต่อ

งบประมาณ พ.ศ.2569 แต่ละพื้นที่วางแผนจัดซื้อชุดตรวจและคัดกรองให้แล้วเสร็จในไตรมาสที่ 1 และ 2 เพื่อจะได้ดำเนินการตามผู้ที่มีผลบวกมารับการส่องกล้องต่อไป

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการวางแผนการตรวจคัดกรองและเบิกชุดตรวจ ช่วงปลายเดือน พฤศจิกายน และเดือนธันวาคม มีการเบิกชุดตรวจไปแล้วทั้งสิ้น 3,543 ชุดและเดือนมกราคม เบิก 831 ชุด รวมทั้งสิ้น 4,374 ชุด เพื่อทำการตรวจคัดกรองในช่วงไตรมาสแรก และเนื่องจากประสบปัญหาสถานการณ์อุทกภัยในทุกอำเภอของจังหวัดสตูล จึงเลื่อนการตรวจมาดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2569 จึงทำให้การคัดกรองให้บรรลุเป้าหมายตั้งแต่ไตรมาส 1, 2 ล่าช้า ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีการวางแผนการตรวจคัดกรองและเบิกชุดตรวจไปแล้ว บางพื้นที่ทำการตรวจคัดกรองในช่วงไตรมาสแรกแล้วเสร็จ และเนื่องจากประสบปัญหาสถานการณ์อุทกภัยในทุกอำเภอของจังหวัดสตูล บางพื้นที่จึงต้องเลื่อนการตรวจมาดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2569 จึงทำให้การคัดกรองให้บรรลุเป้าหมายตั้งแต่ไตรมาส 1, 2 ล่าช้า ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน ร่วมวิเคราะห์ และแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยทีม Service plan cancer
2. สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง และเสริม health literacy
3. ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการคัดกรอง และเสริมพลังให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานซึ่งต้องใช้ความเข้มแข็งของทีมในการติดตามผู้มารับบริการให้มาตรวจคัดกรอง
4. โปรแกรมการบันทึกข้อมูล ไม่เป็นปัจจุบันและไม่เชื่อมโยงข้อมูล

7. ภาพการดำเนินงาน





ผู้รายงาน นางคงขวัญ วิทยาศาสตร์กุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 089 - 1997889
E-mail kongkwanlove@hotmail.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

STROKE

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 7. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) เป้าหมาย : < ร้อยละ 7

7.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้เรียนรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้ารับการรักษาทันท่วงที

โรงพยาบาลสตูล เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและแตก อัตราการครองเตียง 85-90% รองรับการรักษารพ.ในเครือข่าย ได้รับรองการประเมินเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify) มีการ Re-accredit SSCC ครั้งที่ 1 ในเดือนเมษายน 2568 ประเมินผ่านในระดับ 5 ดาว ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2568 - 31 สิงหาคม 2571 และได้รับการประเมินผ่านประเมินเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Program and Disease Specific certification PDSC) มีโรงพยาบาลละงู เป็นโรงพยาบาลระดับ M มี CT scan และอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และรับผู้ป่วยไว้ในการรักษาเฉพาะในพื้นที่ของโรงพยาบาลละงู แต่ในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยพื้นที่ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานใน Stroke Unit โรงพยาบาลสตูลมีการปรับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยให้ยาที่ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา (Door to needle time) กรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Large vessel occlusion) จะมีการส่งต่อไปทำ Thrombectomy ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในการดูแลผู้ป่วยหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโรงพยาบาลท่าแพ รองรับผู้ป่วย โดย IMC จำนวน 6 เตียง โดยรับผู้ป่วย IMC ทุกโรงพยาบาล

การบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บริการรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินการกลืนในผู้ป่วยทุกราย เผื่อระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 คะแนน ได้รับการรักษาโดยทีม IMC มีการส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลชุมชน นอนพักในหอผู้ป่วยมี stroke corner 2 เตียง ทุกโรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนมีการส่ง HHC เพื่อติดตามการดูแลป้องกัน การเกิดซ้ำ มีการรณรงค์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy จะดำเนินการปรึกษาจาก Neuro intervention โรงพยาบาลหาดใหญ่ และส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษา และรับกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่

อย่างไรก็ตาม บริบทพื้นที่จังหวัดสตูลมีประชากรที่อาศัยตามพื้นที่เกาะห่างไกล สภาพดินฟ้าอากาศทำให้การเข้าถึงและการดูแลประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างยาก การพัฒนาการดูแลแบบ Sky doctor จึงเข้ามามีบทบาทในการส่งต่อ การดูแลรักษาผู้ป่วย และมีการ Telemedicine ในผู้ป่วย Post stroke ในพื้นที่เกาะ

ตารางที่ 70 สถานการณ์อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564-2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง(ไม่น้อยกว่า 3 ปี)		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2564	4.01	-	-
2565	5.75	6.09	8.81
2566	3.52	4.38	7.69
2567	3.89	5.02	7.41
2568	3.67	5.52	7.14

ตารางที่ 71 สถานการณ์ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80) ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2562-2568

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง(ไม่น้อยกว่า 3 ปี)		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2562	86.65	-	-
2563	88.96	-	-
2564	85.05	-	-
2565	85.16	-	-
2566	91.12	-	-
2567	93.23	-	-
2568	92.85	-	-

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) เป้าหมาย : $<$ ร้อยละ 7

ตารางที่ 72 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา
เมืองสตุล	99	5	5.05
ควนโดน	11	1	9.09
ควนกาหลง	18	1	5.56
ท่าแพ	12	0	0
ละงู	48	0	0
ทุ่งหว้า	12	0	0
มะนัง	8	0	0
รวม	208	7	3.37

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2568

ตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80)

ตารางที่ 73 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	89	82	92.10
ควนโดน	9	8	88.90
ควนกาหลง	11	10	90.90
ท่าแพ	8	8	100
ละงู	5	5	100
ทุ่งหว้า	5	5	100
มะนัง	7	7	100
รวม	134	125	93.30

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูลมีผลการดำเนินการต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวน พบว่า ส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ยินยอมผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิตจะเป็น Large Vessel Occlusion มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนาน เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มารับการรักษาหลัง 4.5 ชม. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้น มีการปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และมีการดูแลร่วมกับทีมรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยมีโรค NCD ขาดยาไม่มาตามนัด ไม่ควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีแนวโน้มการเข้าถึงการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็น 54.60% ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time เท่ากับ 46.66 นาที มีการปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา เฉลี่ย Door to needle time (มกราคม 2569) เท่ากับ 31.75 นาที ในราย Door to needle time มากกว่า 60 นาที มีการทบทวนพบว่า สาเหตุจากมีภาวะความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องให้ยาให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ให้ได้ บางรายญาติไม่สามารถตัดสินใจให้ยา ในราย Large occlusion มีการส่งต่อ Thrombectomy โดยมีการปรึกษา การพัฒนาการส่งต่อ และรับกลับมารักษาต่อเนื่องหลังผ่านภาวะวิกฤต ด้านกระบวนการส่งต่อจากเครือข่าย รพช. (seamless refer) ให้ได้ภายใน 30 นาที หลังโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เครือข่าย รพช.สามารถส่งต่อได้ภายใน 30 นาที (Door to refer) ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 35 นาที

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. การเข้าถึงบริการ เน้นการประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
2. ผู้ป่วย HT/DM ขาดยาและไม่มาตามนัด
3. วางแนวทางการคัดกรอง AF ในชุมชน ร่วมกับทีม Primary care ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในชุมชนบูรณาการร่วมกับทีม NCD เพื่อสร้าง Alert, Awareness
4. เพิ่มการศึกษาเฉพาะทาง Stroke Nurse
5. ประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
6. นิเทศติดตามการดำเนินงานของ รพช.อย่างต่อเนื่อง

4.2 แนวทางการพัฒนางาน

1. ทบทวน CPG Stroke ทั้งจังหวัด
2. Re-Accredit SSCC 2568
3. ประเมิน PDSC

ผู้รายงาน นางนันทนา ศรีคำแท้
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 081 - 9570931
E-mail off1969@hotmail.com
วัน/เดือน/ปี 13 มกราคม 2569

STEMI

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 8. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด

8.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย : < ร้อยละ 8

8.2 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 70

8.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 70 หรือ

8.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่

กำหนด เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ 70

8.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน

นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย : < ร้อยละ 9

2. สถานการณ์

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ผู้ป่วยต้องรีบได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ให้ได้มาตรฐานการรักษา โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) ภายใน 30 นาที และ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย จังหวัดสตูลมีข้อจำกัด คือ ไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ แต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสตูล โดยผ่านการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ และส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหัวใจ Cath Lab Center ของโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลตรังตามบริบทของพื้นที่

อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ของจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2568 พบว่า มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คิดเป็น 6.57, 6.66, 6.66, 8.78, 6.33 และ 3.00 ต่อพันประชากร ตามลำดับ

ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดของจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2568 คิดเป็น ร้อยละ 38.57, 87.75, 70.29, 70.94, 78.08 และ 77.5 ตามลำดับ โดยผลการดำเนินงานเรื่อง ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 – 2568 คิดเป็น ร้อยละ 88.24, 81.25, 57.14, 77.27, 60 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานเรื่อง ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 – 2568 คิดเป็น ร้อยละ 96.77, 28.57, 51.49, 84.28 และ 77.50 ตามลำดับ

อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ของจังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 คิดเป็น 5.26 ต่อพันประชากร

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย : <ร้อยละ 8

ตารางที่ 74 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568)			
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	อัตรา
เมืองสตูล	0	21	0
ควนโดน	0	7	0
ควนกาหลง	0	2	0
ท่าแพ	0	3	0
ละงู	0	4	0
ทุ่งหว้า	0	3	0
มะนัง	0	3	0
รวม	0	43	0

ตัวชี้วัด : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด เป้าหมาย : ≥ร้อยละ 70

ตารางที่ 75 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568)			
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ การทำการ Primary PCI /SK ได้ ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	14	21	66.67
ควนโดน	5	7	71.42
ควนกาหลง	2	2	100
ท่าแพ	1	3	33.33
ละงู	2	4	50
ทุ่งหว้า	1	3	33.33
มะนัง	3	3	100
รวม	28	43	65.11

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70

ตารางที่ 76 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568)			
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย ทั้งหมด ที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	-	-	-
ควนโดน	-	-	-
ควนกาหลง	-	-	-
ท่าแพ	-	-	-
ละงู	-	-	-
ทุ่งหว้า	-	-	-
มะนัง	1	1	100
รวม	1	1	100

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 70

ตารางที่ 77 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568)			
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ การทำ Primary PCI ได้ตาม มาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ ได้รับการทำ Primary PCI	ร้อยละ
เมืองสตูล	14	21	66.67
ควนโดน	5	7	71.42
ควนกาหลง	2	2	100
ท่าแพ	1	3	33.33
ละงู	2	4	50
ทุ่งหว้า	1	2	50
มะนัง	1	2	50
รวม	26	41	63.41

ในช่วงวิกฤตอุทกภัย เกิดความล่าช้าในการประสานงาน โรงพยาบาลหาดใหญ่ปิดศูนย์หัวใจ
เนื่องจากประสบภัยและไม่มีแนวทางรองรับ โรงพยาบาลตรังไม่มีความพร้อมให้บริการตลอดเวลา จึงได้
ประสานโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อส่งต่อผู้ป่วยทำ Primary PCI ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น

ตารางที่ 78 รายการส่งต่อ PCI ปี งบประมาณ พ.ศ.2569

การส่งต่อ PCI ปี 2569	รพ.หาดใหญ่	รพ.มอ.	รพ.ตรัง	รพ.กรุงเทพ หาดใหญ่	รพ.พัทลุง
เมืองสตูล	19				2
ควนโดน	3				3
ควนกาหลง					2
ท่าแพ	2	1			
ละงู			2		2
ทุ่งหว้า			3		
มะนัง			1		1
รวม	24	1	6		10

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เป้าหมาย : < ร้อยละ 9

ตารางที่ 79 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ตุลาคม 2568 - ธันวาคม 2568)			
อำเภอ	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30 วัน	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	อัตรา
เมืองสตูล	1	21	4.76
ควนโดน	0	7	0
ควนกาหลง	0	2	0
ท่าแพ	0	3	0
ละงู	0	4	0
ทุ่งหว้า	0	3	0
มะนัง	0	3	0
รวม	1	43	2.32

อัตราของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI พบว่าไม่มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลปลายทาง ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการรักษาความรุนแรงของโรคได้

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- ปัจจัยด้านระยะทางในการส่งต่อ และการแก้ปัญหาวิกฤติของผู้ป่วยทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อล่าช้าในบางเคส

- พื้นที่จังหวัดสตูลและจังหวัดใกล้เคียงประสบปัญหาอุทกภัย ทำให้ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับบริการ Primary PCI ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้ ทำให้มีการประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยัง Cath lab โรงพยาบาลพัทลุงชั่วคราว

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

การประสานความร่วมมือกับเวชกรรมสังคม/ปฐมภูมิในการดำเนินการแก้ปัญหา NCD เชิงรุก จะช่วยลดความรุนแรงและความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- ไม่มีแนวทางรองรับที่ชัดเจนกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อ Cath lab ในเขตอำเภอหาดใหญ่และจังหวัดตรังได้ เช่น กรณีเกิดเหตุอุทกภัย
- พื้นที่หลีเป๊ะ พบปัญหาการสำรองยา SK เป็นเวลานาน ไม่มีแผนรองรับ ทำให้ยาหมดอายุ

ผู้รายงาน นางสาวไลลา ตุงกัณฑ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 098 6949699
E-mail -
วัน/เดือน/ปี 9 มกราคม 2569

Palliative care

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 9. ผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (Palliative care)

- 9.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ระดับ 3
- 9.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 75
- 9.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 40
- 9.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) เป้าหมาย : ร้อยละ 55
- 9.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4) เป้าหมาย : ร้อยละ 85
- 9.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : 15 : 1000 ประชากร
- 9.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50
- 9.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC;Workload) (มิติที่ 5) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50
- 9.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 75

2. สถานการณ์

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)

ภาพรวมจังหวัดสตูลมีคะแนนความพร้อมอยู่ในเกณฑ์คุณภาพระดับที่ 1 โดยโรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 แห่ง มีโครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับต่างๆ มีโครงสร้างหน่วยงานของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ มีเวชภัณฑ์ยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งบางช่วงอาจมีไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการ และการมีหอผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล (รพศ./ รพท.) หรือมี Palliative Care Bed เป็นประเด็นที่ต้องขับเคลื่อนต่อไป เพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีมาตรการดำเนินงานดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 80 มาตรการดำเนินงานหลักเรื่อง Palliative care

มาตรการดำเนินงานหลัก	สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
1. หน่วยบริการ มีบุคลากรการด้าน Palliative care ตามเกณฑ์							
*แพทย์/พยาบาลผ่านการอบรม PC							
- รพ.ระดับ A/S แพทย์ (FTE 40H/W) 3-4 คน / 1:200 เต็ม	X (5 PT =1 FTE)						
- รพ.ระดับ M/F แพทย์ PC part time อย่างน้อย 1คน		✓	✓	✓	✓	✓	✓
- รพ.ระดับ A/S มีพยาบาล 3-4 คน / 1:200 เต็ม	✓ (FT=2)						
- รพ.ระดับ M/F มีพยาบาล PC full/part time 1 คน		✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. หน่วยบริการมีระบบ/แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วยระยะประคับประคอง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. มีรายการยา Opioid ตลอดจนยาจำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำ	✓	✓	✓	X	✓	X	✓
4. มีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน /ชุมชน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 81 ข้อมูลบุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care

อำเภอ	บุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care		
	ระยะสั้น (1-14วัน)	ระยะกลาง (2 สัปดาห์ -< 4เดือน)	ระยะยาว(4 เดือนขึ้นไป)
เมืองสตูล	แพทย์ 1	แพทย์ 4	พยาบาล 1
	พยาบาล 2		
	เภสัชกร 1		
ควนโดน	พยาบาล 2	-	-
	เภสัชกร 1		
ควนกาหลง	แพทย์ 1	พยาบาล 2	
	เภสัชกร 1		
ท่าแพ	พยาบาล 1	-	-
	เภสัชกร 1		
ละงู	พยาบาล 2	พยาบาล 1	แพทย์ 1
	เภสัชกร 1		
ทุ่งหว้า	-	-	พยาบาล 1
มะนัง	พยาบาล 1	-	-

2.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)

สถานการณ์ในปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยกลุ่มโรคที่ต้องดูแลแบบประคับประคองในผู้ใหญ่นิยมเพิ่มสูงขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะท้ายและเข้าสู่บริการประคับประคองต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80 ของค่าคาดการณ์)

2.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2)

อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative Care ในผู้ป่วยเด็ก เป็นประเด็นที่ท้าทายและดำเนินการไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 ของค่าคาดการณ์) เนื่องจากอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนน้อยและการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบ Palliative ในเด็กมีความซับซ้อน มี prognostication ที่ไม่แน่นอนกว่าผู้ใหญ่ แพทย์ผู้ให้การรักษามีความกังวลต่อประเด็น premature withdrawal treatment ปัจจุบันจังหวัดสตูลใช้วิธีการเชื่อมโยงเครือข่ายกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพ.สงขลานครินทร์) และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อรับส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง

2.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังของจังหวัดสตูล สามารถทำได้ตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละปี โดยโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลทุกแห่ง มีการวางระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับหน่วยบริการเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน palliative care ร่วมเยี่ยม และประสานข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านบางราย เป็นระยะ dying phase ที่จะเสียชีวิต 1 – 2 วันหลังการจำหน่าย ซึ่งได้รับการดูแลแบบ Home ward active dying ร่วมกับมีทีมติดตามที่บ้าน โดยดำเนินการติดตามทุกวันจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต

2.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังสามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายของแต่ละปี ผู้ป่วย Palliative Care มีการจัดทำกระบวนการ Family Meeting ในผู้ป่วยรายใหม่ และมีการทบทวนแผนการดูแลในผู้ป่วยรายเก่า เพื่อประเมินความต้องการและวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ที่ชัดเจน ลดความขัดแย้งระหว่างญาติในการตัดสินใจช่วงระยะท้าย และช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนการรักษาได้ตามเจตนารมณ์ของผู้ป่วย

2.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)

การดำเนินงานอยู่ในช่วงเริ่มต้น โดยโรงพยาบาลจังหวัดน่านและ รพ.ชุมชนเครือข่ายทยอยดำเนินการขึ้นทะเบียน โดยมีบุคลากรจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมาให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการขึ้นทะเบียนและใช้งานระบบ e-Living Will และขยายผล โดยเน้นการสื่อสารผ่านคลินิกโรคเรื้อรังและเครือข่าย ทั้ง รพ.ชุมชนและ รพ.สต. เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่อง มาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยในกลุ่มผู้ป่วยประคับประคอง พบว่ามีการสื่อสารและรับรู้เรื่องสิทธิการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็นเพิ่มมากขึ้น

2.7 ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)

เครือข่ายการดูแลประคับประคองจังหวัดสตูลได้ให้ความสำคัญในประเด็น Preferred Place of Death มาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจังหวัดสตูลเป็นพื้นที่พิเศษทางทะเล มีเกาะจำนวนมาก ทำให้การเดินทางและการเข้าถึงการดูแลจัดการอาการในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปได้ยากกว่าพื้นที่ทั่วไป จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในพื้นที่เกาะให้มีบทบาทเป็น Palliative Care Islands Nurse ควบคู่กับการพัฒนาระบบการนำส่งและการใช้ยามอร์ฟินชนิดฉีดเพื่อใช้ในพื้นที่ยาก โดยให้สามารถใช้งานได้ต่อเนื่องระยะยาวนานขึ้นกว่าในอดีต โดยมีการบริหารจัดการยาผ่านพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการอบรมจากหน่วยระดับประคับประคองโรงพยาบาลสตูล และจังหวัดสตูลมีผลการดำเนินงานด้าน “การตายดีที่บ้าน” ตามวิถีดนธรรมและบริบทของพื้นที่ (Peaceful Death at Home) โดยผู้ป่วยที่ได้ทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ส่วนใหญ่แสดงความประสงค์ขอเสียชีวิตที่บ้าน ซึ่งทีมเครือข่ายสามารถให้การสนับสนุนทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องให้ออกซิเจนและที่นอนลม รวมถึงยาที่จำเป็นในการควบคุมอาการส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิต ณ สถานที่ที่ตนเองต้องการได้อย่างสงบและสมศักดิ์ศรี

2.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังสามารถดำเนินการบรรลุเป้าหมายของแต่ละปี โดยผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ได้ครอบคลุม โรงพยาบาลในจังหวัดสามารถจ่ายยา Opioid ในรูปแบบฉีดและกิน ทั้งชนิดออกฤทธิ์ยาวและออกฤทธิ์สั้น โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งขาดยามอร์ฟินชนิด sustained release มีการบริหารจัดการด้วยการเข้ามารับในโรงพยาบาลจังหวัด และมีระบบการนำยาเสพติดให้เอื้อต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)

ปัจจุบันโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ดำเนินการให้บริการ Home ward for active dying patient ได้ครบทุกแห่ง ครอบคลุมผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพสามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้านต่อเนื่องได้ (Home ward for active dying patients) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีช่องทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินและติดตามอาการเสมือนการดูแลรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ระดับ 3

ตารางที่ 82 ข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

โรงพยาบาล	ระดับทรัพยากร (A1)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)	A1 x A2
รพ.สตูล	1	5	5
รพ.ละงู	1	1	1
รพ.ควนกาหลง	1	1	1
รพ.ควนโดน	1	1	1
รพ.ท่าแพ	1	1	1
รพ.มะนัง	1	1	1
รพ.ทุ่งหว้า	1	1	1
ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนัก			1

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์) ; Accessibility (มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 75

ตารางที่ 83 ข้อมูลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care

อำเภอ	อายุ 15 - 59 ปี	อายุ 60 ปีขึ้นไป	ประชากร รวม (15 ปี ขึ้นไป)	PC need Adult + Elderly	เข้าถึงบริการ PC (Z515)* ข้อมูลปีงบประมาณ 69	ร้อยละ
เมืองสตูล	50,939	15,828	66,767	482.73	105	21.75
ละงู	37,652	11,065	48,717	352.22	74	21.01
ควนกาหลง	17,479	4,912	22,391	161.89	15	9.27
ท่าแพ	14,860	4,088	18,948	136.99	72	52.56
ควนโดน	13,788	4,106	17,894	129.37	37	28.47
ทุ่งหว้า	11,511	3,419	14,930	107.94	84	77.82
มะนัง	10,450	2,536	12,986	93.89	8	8.52
รวม	156,679	45,954	202,633	1465.04	395	26.96

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility(มิติที่ 2) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 40

ตารางที่ 84 ข้อมูลผู้ป่วยเด็กในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care

อำเภอ	อายุ 0 - 14 ปี	PC need Pediatric (คน)	เข้าถึงบริการ PC (Z515)	ร้อยละ
เมืองสตูล	16,142	16.63	2	12.03
ละงู	11,144	11.48	0	0
ควนกาหลง	5,011	5.16	0	0
ท่าแพ	5,394	5.56	3	53.96
ควนโดน	4,790	4.93	0	0
ทุ่งหว้า	3,854	3.97	1	25.19
มะนัง	3,290	3.39	0	0
รวม	49,625	51.11	6	11.74

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) เป้าหมาย : ร้อยละ 55

ตารางที่ 85 ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน

อำเภอ	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569 (ข้อมูล 13/1/69)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	55.56	63.53	47	7	14.89
ควนโดน	0	3.7	22	15	68.18
ควนกาหลง	12.5	0	13	3	23.08
ท่าแพ	30	61.9	50	28	56
ละงู	89.29	73.97	48	26	54.17
ทุ่งหว้า	80.65	92.71	85	80	94.12
มะนัง	0	60.98	14	7	50
รวม	56.43	68.82	279	166	59.5

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning (มิติที่ 4) เป้าหมาย : ร้อยละ 85

ตารางที่ 86 ข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning

อำเภอ	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569 (ข้อมูล 13/1/69)		
			เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	65.22	85.88	120	104	86.67
ควนโดน	44.19	64.91	37	25	67.57
ควนกาหลง	89.66	86.84	18	11	61.11
ท่าแพ	57.89	86.42	72	61	84.72
ละงู	83.06	78.26	84	60	71.43
ทุ่งหว้า	47.13	97	115	113	98.26
มะนัง	20	73.02	15	9	60
รวม	61.05	85.43	461	383	83.08

ตัวชี้วัด : อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)

เป้าหมาย : 15 : 1000 ประชากร

ตารางที่ 87 ข้อมูลการดำเนินการแต่ละรพ.ขึ้นทะเบียน e-living will ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

การดำเนินการขึ้นทะเบียน e-living will	
อำเภอ	การขึ้นทะเบียน e-living will
เมืองสตูล	รพ.สตูล
ควนโดน	-
ควนกาหลง	-
ท่าแพ	-
ละงู	-
ทุ่งหว้า	-
มะนัง	-
รวม	1 แห่ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50

ตารางที่ 88 ข้อมูลผู้ป่วยระดับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้าอย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death)

อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	61	59	96.72
ควนโดน	8	8	100
ควนกาหลง	15	14	93.33
ท่าแพ	19	18	94.73
ละงู	48	40	83.33
ทุ่งหว้า	4	3	75
มะนัง	0	0	0
รวม	155	142	91.61

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระดับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC ;Workload) (มิติที่ 5) เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50

ตารางที่ 89 ข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรคระยะเรื้อรังระดับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37 - D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid

อำเภอ	ปี 2568	ปี 2569 (ข้อมูล 13/1/69)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	56.8	47	20	42.55
ควนโดน	61.9	10	6	60
ควนกาหลง	75	9	2	22.22
ท่าแพ	26.09	16	5	31.25
ละงู	70.97	30	20	66.67
ทุ่งหว้า	29.03	28	4	14.28
มะนัง	13.33	6	0	0
รวม	51.52	146	54	36.98

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)

เป้าหมาย : รอบ 6 เดือน ร้อยละ 75

ตารางที่ 90 ข้อมูลโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

โรงพยาบาล	จำนวนเคสที่ทำ HW active dying
รพ.สตูล	18
รพ.ละงู	10
รพ.ควนโดน	4
รพ.มะนัง	2
รพ.ทุ่งหว้า	1
รพ.ท่าแพ	1
รพ.ควนกาหลง	1
รวม	100%

ตารางที่ 91 ข้อมูลสรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ

ประเด็นตรวจราชการ	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) (เกณฑ์เป้าหมาย 4)	1	1
2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)	26.96	1
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)	11.74	1
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 50)	59.50	8
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning	83.08	7
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร)	N/A	N/A
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60)	91.61	10
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5)	36.98	4
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)	100	10
คะแนนเชิงปริมาณ = คะแนนทั้งหมด/80*100		52.50

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

ตารางที่ 92 ข้อมูลด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลลัพธ์	คะแนนของแต่ละโรงพยาบาล							เฉลี่ย
1.เกณฑ์การประเมินผล	เมือง สตูล	ควน โดน	ท่าแพ	ละงู	ควน กาหลง	มะนัง	ทุ่ง หว้า	แต่ละ ด้าน
การให้บริการสุขภาพ	78	40	40	80	40	40	40	51.14
กำลังคนที่ให้บริการ	90	70	50	95	78	45	85	73.28
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	95	40	80	70	50	50	80	66.43
ระบบพัฒนาคุณภาพและ งานวิจัย	78	40	55	75	40	40	55	54.71
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	95	90	70	95	86	86	70	84.57
การเงิน การคลังด้านการ ให้บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	40	40	40	40	40	40	40	40
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวมทุกด้าน / 6)	79.33	53.33	55.83	75.83	55.67	50.17	61.67	61.69

ผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลลัพธ์ (Outcome) ของจังหวัดสตูล คือ 61.69 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 3 = พอใช้ อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า เป็นระบบบริการสุขภาพดำเนินการได้ตามมาตรฐานพื้นฐาน มีบางส่วนต้องปรับปรุง อยู่ในระดับกำลังพัฒนา

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

ตารางที่ 93 ข้อมูลด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)	ระดับของแต่ละรพ.							เฉลี่ย
2.เกณฑ์การประเมินผล	เมือง สตูล	ควน โดน	ท่า แพ	ละ งู	ควน กาหลง	มะนัง	ทุ่ง หว้า	แต่ละ ด้าน
การเข้าถึงบริการ	51	45	51	45	45	45	51	47.57
ความครอบคลุมการรักษา	95	93	95	95	93	93	93	93.86
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพ บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ประสิทธิภาพของการรักษา	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวม / 2)	73	69	73	70	69	69	72	70.71

ผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดสตูล คือ 70.71 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 4 = ดี อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมายชัดเจน สร้างผลกระทบเชิงบวกต่อประชาชน แต่ควรพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 94 ผลการดำเนินงานผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการ มีเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เป็นแบบประเมินผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก การคัดกรองในชุมชน มีระบบประสาน การดูแลแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด ทุก รพ. สามารถให้การดูแลผู้ป่วย Palliative Care แบบ IPD และ Palliative Home Care/Home ward active for active dying patient ได้ แต่ส่วนใหญ่ไม่มี OPD Palliative Care (ยกเว้นรพ.สตูล และ รพ.ละงู) และไม่มีระบบสำหรับ bereavement care
กำลังคนที่ให้บริการ	- ทุก รพ. มีพยาบาลผ่านการอบรมด้าน Palliative Care อย่างน้อยระยะสั้น ขึ้นไป - รพช. 4 แห่งจากทั้งหมด 6 แห่ง ขาดแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care - เกือบทุก รพ. มีเภสัชกรผ่านการอบรมด้าน Palliative Care ระยะสั้น (ยกเว้น รพ.ทุ่งหว้า, รพ.มะนัง) - มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่/พยาบาล รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการประเมินผู้ป่วย และส่งต่อข้อมูลปรึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - แผนพัฒนาศักยภาพหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลของบุคลากรในระดับ จังหวัด
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ทุก รพ. มีระบบจัดทำ ACP/living will และการบันทึกในเวชระเบียนเฉลี่ย ทุก รพ. มากกว่าร้อยละ 80 แต่ส่วนใหญ่ไม่เป็นเครือข่ายของ e-living will (ยกเว้น รพ.สตูล) ทุก รพช. กำลังดำเนินการ
ระบบพัฒนาคุณภาพ และงานวิจัย	ทุก รพ. มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอ รวมสนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนาคุณภาพ บาง รพ. มีผลงานพัฒนาคุณภาพ นำเสนอในระดับประเทศ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- ทุก รพ. พัฒนาให้มี syringe driver และสามารถนำยามอร์ฟีนชนิดฉีดไปใช้ นอก รพ. ที่บ้านของผู้ป่วยได้ จากที่ผ่านมาหลาย รพ. ไม่มี syringe driver - รพช. 3 แห่ง ไม่มียา morphine กลุ่ม sustained release
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	- งบประมาณอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ดูแลที่บ้าน - รายรับจาก UC ในการดูแลที่บ้านของแต่ละ รพ.
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติของ ระบบสุขภาพ	- ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง (Part-time) ด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO แต่ขาดโครงสร้างศูนย์ประคับประคอง Palliative Ward/ Palliative Bed ที่เหมาะสมกับระดับโรงพยาบาล

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- ด้านทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ที่เหมาะสม ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง (Part-time) ของด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO แต่ขาดโครงสร้างศูนย์ประคับประคอง Palliative Ward/ Palliative Bed ที่เหมาะสมกับระดับ รพ. ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบดูแลผู้ป่วยประคับประคองของโรงพยาบาลในจังหวัด = 1 (เป้าหมายระดับ 4)
- ด้านการเข้าถึงบริการ Palliative Care เมื่อเทียบกับคาดการณ์ดำเนินการไม่ได้ตามเป้าหมาย คือกลุ่มผู้ใหญ่มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 26.96 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ80) และกลุ่มเด็กมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 11.74 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ50)
- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 59.5 (เป้าหมายร้อยละ 55)
- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการทำ Family meeting และ Advance Care Planning มีผลการดำเนินงาน เฉลี่ยรวมร้อยละ 83.08 (เป้าหมายร้อยละ 85) จากการวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากในหลายเคสโดยเฉพาะกลุ่ม Non-cancer เช่น กลุ่มโรคไตวาย early diagnosis denied RRT แต่อาจมี performance status คืออยู่ PPS, KPS > 50 ตัวโรค response ต่อ disease management กลุ่มนี้มักได้รับ primary palliative care โดย nephrologist ก่อนในช่วงแรก จึงไม่มีการทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษรและลงรหัส Z718
- ด้านอัตราประชากรที่จัดทำ Living will เป้าหมาย 15 : 1000 ประชากร ได้ชี้แจงและเชิญเจ้าหน้าที่ สข. ชี้แจงและอธิบายรายละเอียดขั้นตอน ให้ทุก รพ.ดำเนินการขึ้นทะเบียน e-living will
- ด้านสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามประสงค์ (Preferred Place of Death) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 91.61 (เป้าหมายร้อยละ 60)
- ด้านผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน โดยใช้ Opioid มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 36.98 (เป้าหมายร้อยละ 55) โอกาสพัฒนา คือการสนับสนุนผลักดันให้ รพช.ที่มียามอร์ฟินชนิด sustained release ให้ครบทุก รพช. และเพิ่มการเข้าถึงยา opioid ได้มากขึ้น
- ด้านโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 100)

ตารางที่ 95 ข้อมูลสรุประดับคะแนนโดยรวม

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดตรวจราชการคิดอัตราส่วน 70:30			
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิง คุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15 %)	ระดับคะแนนเชิง คุณภาพ ด้านผลกระทบ (10 %)	ระดับคะแนนเชิง คุณภาพ ด้านการดำเนินงาน เครือข่าย (5%)
$[52.5/10] \times 0.7 = 3.68$ ข้อมูลไม่ครบ (ขาดข้อมูลประเด็นที่ 6)	$[คะแนนที่ได้ \div 10] \times$ 0.15 = 0.93	$[คะแนนที่ได้ \div 10] \times$ 0.10 = 0.71	$[คะแนนที่ได้ \div 10] \times$ 0.05 = 0
รวม = 5.32			

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

- ควรมีการทบทวนปัญหาและสาเหตุของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูลที่ผิดพลาดของแต่ละ รพ. ในระดับจังหวัด (PC, COC, IT) ด้วยการจัดทำคู่มือการลงข้อมูล/จัดอบรมทบทวน workshop การลงข้อมูล
- พัฒนาระบบให้คำปรึกษาให้มีความสะดวกรวดเร็ว ผ่าน PC Satun Network ผ่าน Line Official /Telemedicine ผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกล หรือนอกเขต
- ทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามความเหมาะสมของบริบทงาน (Primary PC, Secondary PC, Tertiary PC)
- การประชาสัมพันธ์ e-living will
- พัฒนาศักยภาพ palliative care approach ในชุมชนแก่ CG, อสม
- วางแผนเยี่ยมเสริมกำลังใจเครือข่ายรพช.

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

- การให้บริการ Palliative Care Bed โดยเฉพาะ Palliative Care Ward ให้ได้มาตรฐานจริง จำเป็นต้องมีการพิจารณาวางแผน และการจัดสรรกรอบอัตรากำลังของแต่ละ รพ. ไม่ควรใช้การปฏิบัติงานแบบควบหน้าที เพราะการให้บริการมีความจำเพาะ เพื่อให้การดูแลแบบ Intensive Palliative Care
- ความเหมาะสมของกรอบโครงสร้างอัตรากำลังด้าน Palliative Care กับการใช้ค่าประมาณการ Accessibility จาก WHO
- ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในเรื่องการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC มีความคลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน ความเข้าใจของบุคลากรต่อตัวชี้วัด ความถูกต้องของการส่งข้อมูลและดึงข้อมูล

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. การเข้าถึงยา strong opioid ในบางโรงพยาบาลมี essential opioid ไม่ครบทุก item (long acting opioid), ข้อจำกัดของระบบยืมยาระหว่างโรงพยาบาล (คืนเป็นยา)
2. ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ในบางโรงพยาบาลบุคลากรมีการเปลี่ยนงาน/ย้าย เช่น แพทย์ Intern ใน รพช. พยาบาลผู้มารับงานใหม่ขาดการอบรมเพิ่มเติม
3. บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วยไม่พร้อมในการ admit homeward dying เนื่องจากขาดเครื่องมือสื่อสาร คือ สมาร์ทโฟน สัญญาณอินเทอร์เน็ต ในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่กันตามลำพังไม่สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ ผู้ป่วยบางรายจึงอาจเหมาะสมกับการเสียชีวิตที่ รพ.
4. ขาดแคลนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ป่วย home ward active dying ทำให้บางช่วงไม่สามารถให้บริการได้ โดยเฉพาะ รพช. ที่บุคลากร palliative care ทั้งหมดเป็นตำแหน่ง part-time
5. Home ward for active dying patients ในแต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแลและมีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง/วันหยุด/กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน /การจำกัดเฉพาะเคส step down)
6. ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC มีความคลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน
7. คลังอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยทุกโรงพยาบาล มีไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น Home Oxygen, เครื่อง suction, เตียง, เบาะลม

7. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ระบบสารสนเทศสุขภาพ ควรมีการทบทวนปัญหาและสาเหตุของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูล ที่ผิดพลาดของแต่ละโรงพยาบาลในระดับจังหวัด เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ
2. พิจารณาความเป็นไปได้ในการเพิ่มกรอบอัตรากำลังแก่บุคลากร Palliative Care หรือพัฒนาเป็นกลุ่มงานประจำประคอง เป็นสัดส่วนชัดเจนตามระดับของ รพ. เพราะ Palliative Care เป็น Specific care และมีแนวโน้มต้องรองรับปริมาณผู้ป่วยประจำประคองจากสังคมสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และการพัฒนาคุณภาพการดูแล (High quality palliative care)
3. Home ward for active dying patients : แต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแลและมีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง / วันหยุด / กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน/ การจำกัดเฉพาะเคส step down) Home ward for active dying patients เป็นงานที่คาบเกี่ยวระหว่าง พยาบาลประจำประคอง, พยาบาลชุมชน, พยาบาล IPD คณะกรรมการของแต่ละ รพ.ควรกำหนดบทบาท/ แบ่งบทบาทตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละที่
4. ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ควรส่งเสริมบุคลากรที่สนใจศึกษาต่อด้านการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ตามความเหมาะสมของระดับของ รพ. และมีการทบทวนความรู้ บุคลากรเดิม/เปลี่ยนงาน

ผู้รายงาน นางสาวซอฟียะ หมาดปันจ่อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ 065 3488521
E-mail sofyah2565@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 15 มกราคม 2569



ประเด็นที่ 5

ระบบบริการสุขภาพจิต

และยาเสพติด

ประเด็นที่ 5 : ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมาย : ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน

1.1 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมาย : ร้อยละ 65

2. สถานการณ์

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 - 2568 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนของจังหวัดสตูล เท่ากับ 9.15, 8.64, 6.47, 5.23 และ 8.30 ตามลำดับ ในภาพรวมจังหวัด พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงในปี 2565 และ 2568 แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอในแต่ละปี พบว่าอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือ อำเภอมะนัง ควนกาหลงและละงู ดังตาราง

ตารางที่ 96 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร		
	Base Line		
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2566	ปีงบประมาณ พ.ศ.2567	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	4.32	2.60	6.10
ควนโดน	3.70	3.63	3.62
ควนกาหลง	0.00	2.80	14.06
ท่าแพ	13.49	6.70	0
ละงู	8.05	5.40	8.10
ทุ่งหว้า	12.32	16.24	16.25
มะนัง	16.21	10.69	21.46
รวม	5.24 (17 คน)	5.23 (17 คน)	8.30 (27 คน)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (เป้าหมาย : ร้อยละ 70)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค. 2568 - 30 ธ.ค. 2568) พบว่า ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ คิดเป็น ร้อยละ 100 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ผู้พยายามทำร้ายตนเองจากรายงาน 506S จำนวน 20 ราย ผู้พยายามทำร้ายตนเองจากระบบ HDC 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 125 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 2 ราย กลุ่มอายุมากที่สุด คือ วัยรุ่น 15 - 19 ปี 9 ราย และวัยทำงาน 20 - 59 ปี 9 ราย ใช้วิธีการมากที่สุด คือ กินยาเกินขนาด รองลงมาใช้สารพิษ สาเหตุการทำร้ายตนเอง คือ ป่วยเป็นโรคจิตเวช 9 ราย บุคลิกภาพ 4 ราย ใช้สารเสพติด 2 ราย สาเหตุจากสูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เป้าหมาย รอบ 6 เดือน : ≤ 5.0 ต่อประชากรแสนคน รอบ 10 เดือน : ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน)

ตารางที่ 97 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

อำเภอ	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 7.8 ต่อแสนประชากร		
	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (1 ต.ค. 68 – 30 ธ.ค.68)		
	ประชากร(คน)	ฆ่าตัวตายสำเร็จ (คน)	ร้อยละ
เมืองสตูล	114,713	1	0.87
ควนโดน	27,617	0	0
ควนกาหลง	35,572	1	2.81
ท่าแพ	29,916	0	0
ละงู	74,065	0	0
ทุ่งหว้า	24,611	0	0
มะนัง	18,639	0	0
รวม	325,133	2	0.62

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 30 ธ.ค.68

ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค.68 - 30 ธ.ค.68) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมจังหวัดจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.62 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ อำเภอควนกาหลง เท่ากับ 2.81 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล เท่ากับ 0.87 ต่อแสนประชากร เป็นเพศชาย 2 คน ศาสนาพุทธ 2 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน 20 - 59 ปี ใช้วิธีการมากที่สุด คือ ผูกคอ 2 ราย ส่งสัญญาณที่จะมีการทำร้ายตนเอง 2 ราย สาเหตุการฆ่าตัวตาย คือ ประสบปัญหาชีวิต 1 รายและสูญเสียความสัมพันธ์ 1 ราย มีปัญหาที่มาจาก การเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า 2 ราย อยู่ในระบบการรักษาที่รพ.สตูล 2 ราย ปัญหาการใช้ยาเสพติด 1 ราย

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 98 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

อำเภอ	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (รายงาน 506S)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด (ข้อมูล HDC)	ร้อยละ
เมืองสตูล	8	5	160
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	2	2	100
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	4	4	100
ทุ่งหว้า	1	1	100
มะนัง	4	4	100
รวม	20	16	100

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 30 ธ.ค.68

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- จัดบริการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้พยายามฆ่าตัวตาย - จัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง - มีระบบติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดซ้ำร่วมกับ อสม. ในพื้นที่ - ให้ความรู้การดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย
กำลังคนที่ให้บริการ	- จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต/จิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด - ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. แก่นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการคัดกรอง ดูแล และเฝ้าระวัง - นักจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาลเสริมทักษะให้แก่ครูที่ปรึกษาและประชาชนทั่วไป ในการสังเกตสัญญาณเตือนซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย - พัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- คณะทำงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน - คืบข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ - ใช้ข้อมูลติดตาม ประเมินความเสี่ยงซ้ำ และวางแผนการดูแลรายบุคคล
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน Service Plan สุขภาพจิตและยาเสพติด และมีแผนการประชุม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
ระบบสุขภาพ	ดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายต่าง เช่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ

3.2.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตามมาตรฐาน คุณภาพบริการ	
การให้บริการดูแลผู้ป่วย ชีวมเศร้าและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย	- อัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองลดลง - คุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวดีขึ้น - ชุมชนมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและยั่งยืน

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น (Achievements)

การให้บริการสุขภาพ

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษา อย่างเร่งด่วน ครอบคลุม และต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับห้องฉุกเฉินจนถึงการดูแลด้านสุขภาพจิต
- มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทำให้สามารถจำแนกระดับความเสี่ยงและวางแผนการดูแลได้เหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลด้านจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
- ครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
- มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ทำให้ ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

- บุคลากรมีความตระหนักและทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมากขึ้น

GAP ที่มีอยู่ (Gaps)

กำลังคนที่ให้บริการ

- บุคลากรด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ
- การติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหรือมีปัญหาสังคม
- การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ (โรงพยาบาล-ชุมชน-หน่วยงานท้องถิ่น) ไม่เป็นระบบเดียวกัน
- ผู้ป่วยบางราย ขาดความร่วมมือในการรักษา หรือไม่มาตามนัด
- ครอบครัวบางส่วนขาดความเข้าใจเรื่อง ภาวะสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังความเสี่ยง
- ระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตามเชิงรุกทำได้จำกัด
- พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานภาระงานสูง

การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ -

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1) Service (ด้านบริการ)

- จัดบริการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายแบบครบวงจรและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเริ่ม ระยะเวลาการรักษาจนถึงการติดตามหลังจำหน่าย
- ดำเนินการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ทุกกรณี
- จัดบริการให้คำปรึกษาและเยียวยาจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลงติดตามเยี่ยมครอบครัว ที่สูญเสียทุกรายเพื่อสอบสวนโรค
- กำหนดระบบ ติดตามเชิงรุก (โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน นัดติดตาม) ภายใน 2 สัปดาห์, 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน, 1 ปี

2) System (ด้านระบบบริการ)

- จัดทำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- พัฒนาระบบการส่งต่อและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน อสม. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดระบบ Case Management สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เพื่อการติดตามและประเมินผล
- มีการประชุมทบทวนเคสร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

3) Structure (เครื่องมือและโครงสร้าง)

- ใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้า
- จัดพื้นที่ให้บริการที่ ปลอดภัย เป็นส่วนตัว และเหมาะสม ต่อการดูแลด้านจิตใจ
- จัดทำแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบติดตามผู้ป่วย โทรศัพท์ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จัดโครงสร้างทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

4) Staff (บุคลากรและปัจจัยสนับสนุน)

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย
- ส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบำบัด การประเมินความเสี่ยง และการจัดการภาวะวิกฤต
- สนับสนุนการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการดูแลบุคลากร (Care for the caregiver)
- จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- สร้างแรงจูงใจและบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ Service (ด้านบริการ)

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
2. การคืนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงในวัยเรียน
3. ให้กับเครือข่ายและนำมาแก้ปัญหาเชิงระบบ
4. พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย
5. พัฒนาศักยภาพญาติ ผู้ดูแลในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
6. มีการเสริมทักษะให้แก่ประชาชนทั่วไป ครูที่ปรึกษาให้เข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
7. มีระบบการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการซ้ำ และติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนแก้ไขปัญหา
1. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	1. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้กับประชาชนเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย (ติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สาธารณะ) 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรอง ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย
2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองซ้ำ	1. ค้นหาสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายซ้ำ 2. เพิ่มการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน 3. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตาย (แผ่นพับสัญญาณเตือนการทำร้ายตัวเอง) 4. เพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมในผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพจิต/โรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น
- เสนอให้เพิ่มกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานและภาระงานมาก
- ขอเสนอแนะพิจารณาความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด
- เสนอให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการบำบัด การปรับพฤติกรรมในวัยรุ่น

7. ภาพการดำเนินงาน



ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดสตูล ครั้งที่ 1/2568 วันที่ 8 สิงหาคม 2568



ประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเจ้าหน้าที่สุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์

ผู้รายงาน นายสุทธิมาศ บินสอาด
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 093 6186165
E-mail -
วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2569

ผู้รายงาน นางสาวดา ปิติเศรษฐ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน โรงพยาบาลสตูล
เบอร์ติดต่อ -
E-mail -
วัน/เดือน/ปี 12 มกราคม 2569

ยาเสพติด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เป้าหมาย : ร้อยละ 75

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 85

2. สถานการณ์

ข้อมูลร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568 ในพื้นที่จังหวัดสตูล เท่ากับ ร้อยละ 80.85, 67.33, 70.71 และ 81.50 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายในทุกๆ ปี

ตารางที่ 99 ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลังร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติด ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 - 2568

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง (ไม่น้อยกว่า 3 ปี)		
		จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2565	55	80.85	56.81	63.19
2566	60	67.33	75.77	56.01
2567	62	70.71	45.24	58.42
2568	70	81.50	59.06	80.06

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	2	1	50
ควนโดน	15	15	100
ควนกาหลง	45	40	88.89
ท่าแพ	141	70	49.96
ละงู	5	5	100
ทุ่งหว้า	1	1	100
มะนัง	3	3	75
รวม	212	135	63.68

ที่มา : ระบบ บสต. ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

ผลการดำเนินงานร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 เท่ากับ 63.68 โดยอำเภอที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือ อำเภอควนโดน ร้อยละ 100 รองลงมา คือ อำเภอควนกาหลง ร้อยละ 88.89 และอำเภอมะนัง ร้อยละ 75

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 85

ตารางที่ 100 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	33	ไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรงซ้ำในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 ธ.ค. 68)	ร้อยละ 100
ควนโดน	4		
ควนกาหลง	4		
ท่าแพ	0		
ละงู	5		
ทุ่งหว้า	0		
มะนัง	0		
รวม	46		

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด : <http://antidrug.moph.go.th> ณ 31 ธันวาคม 2568

ในส่วน of ข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการรักษา พบว่า ผู้เข้ารับการรักษา ยาเสพติด ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ.2568 จังหวัดสตูล มีผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด 1,352 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 111 ราย ได้เข้ารับการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบมากในอำเภอท่าแพ 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.46 รองลงมา คือ อำเภอเมืองสตูล 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.81 ตามลำดับ ในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (วันที่ 1 ต.ค.68 - 31 ธ.ค. 68) ผู้เข้ารับการรักษาทั้งหมด 209 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากระบบ บสต. และเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 46 ราย ตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรักษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่พบในอำเภอเมืองสตูล และอำเภอละงู

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีแผนการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มจำแนกตามสีตาม patient journey ทั้งนี้ยังมีแผน care map การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างเรื้อรังต่อ(นคริสโตยโมเดล) พร้อมทั้งสร้างบุคคลต้นแบบ เช่น การนำผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในมินิฯกลับมาเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้บำบัดหน้าใหม่และมีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนภายใต้โครงการ CBTx ร่วมกับภาคีเครือข่าย
กำลังคนที่ให้บริการ	จังหวัดสตูลอยู่ในช่วงการเปลี่ยนถ่ายบุคลากรใหม่ทำให้บุคลากรบางที่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าวได้มีแผนการส่งบุคลากรเข้าอบรมแล้วในปีงบประมาณ พ.ศ.2569
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	ระบบ บสต.ที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลในจังหวัดกับภาคีเครือข่ายสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ เช่น การประชุมติดตาม เป็นต้น
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	จังหวัดสตูลมีระบบการจัดการยาเพียงพอพร้อมใช้ระบบ Telemedicine สารสนเทศ ในการดูแลติดตามผู้ป่วย พร้อมทั้งมีระบบ Refilling ส่งยาทางไปรษณีย์
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	จังหวัดสตูลได้รับงบประมาณจากการกระทรวงการสร้งงบประมาณให้หน่วยงานในพื้นที่ ทั้งนี้ทางพื้นที่ได้มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายของงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม เช่น หน่วยงานท้องถิ่น เป็นต้น
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติภาพ ระบบสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีนโยบายการ ดูแล บำบัด ส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดบูรณาการเครือข่ายอย่างเรื้อรังต่อพร้อมทั้งมีการประชุมติดตามในที่ประชุม ติดตาม ประเด็นเรื่องยาเสพติดจังหวัดทุกเดือนและมีการลงนาม MOU กับภาคีเครือข่ายในการร่วมมือการดูแลบำบัดและส่งเสริมการประกอบการประกอบอาชีพ

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

จากผลการดำเนินการพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่ระบบการรักษาได้รับการดูแล บำบัดรักษา ในสถานบำบัดของรัฐได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งนี้ยังมีแผนการเพิ่มศักยภาพเตียงมินิรัฐยาพิษเพิ่ม ได้แก่ รพ.ควนกาหลงในเดือนมกราคม 2569 จำนวน 10 เตียง และรพ.มะนัง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2570 อีก 30 เตียง ปัญหาที่พบครอบครัวและญาติไม่ต้องการรับผู้ผ่านการบำบัดกลับบ้านและบางครอบครัวยินยอมให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเข้าสถานบำบัดยาเสพติดแบบเอกชนตามกำลังทรัพย์เพื่อบำบัดระยะยาว และพบปัญหาผู้ป่วยเข้ารับบริการจำนวนมาก และบุคลากรมีจำนวนจำกัดทำให้การลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในระบบ บสต.มีความล่าช้า

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. ติดตามประสานให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสมัครใช้งาน บสต.และขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-register ทุกแห่ง
2. มินิธัญญารักษ์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (1 แห่ง โรงพยาบาลท่าแพ ขยายเพิ่มเป็น 90 เตียง)
3. โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป้าหมาย: ร้อยละ 100 ผลงาน: ร้อยละ 100 (ครบทั้ง 7 แห่ง)
4. ดำเนินการเตรียมเปิดมินิธัญญารักษ์ ควณากหลง จำนวน 10 เตียง แบบ IMC
5. ส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลเข้ารับการบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด จำนวน 25 ราย
6. ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) โดยเพิ่มกลุ่มตำบลเป้าหมายในอำเภอ ละงู ได้แก่ ตำบลเขาขาว และปากน้ำ
7. จัดตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการขับเคลื่อนงานคัดกรอง บำบัดรักษา ส่งต่อ และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดจังหวัดสตูลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

จังหวัดสตูลขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, ฝ่ายปกครอง, ปปส.ภาค 9, ตำรวจภูธรจังหวัดสตูล, และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน และมีการสนับสนุนทักษะอาชีพให้กับผู้ป่วยหลังผ่านการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่าสามารถพึ่งพาตนเองได้

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไม่สมัครใจบำบัด
2. การบำบัดผู้ป่วยแบบสมัครใจ ม.113, ม.114 ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัด
3. ผู้รับการบำบัดเข้ารับการบำบัดไม่ต่อเนื่องและไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด
4. ปัญหาข้อมูลจากระบบ HDC และข้อมูลระบบ บสต. มีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูลจาก HDC ไม่อัปเดต
5. ขาดอาคารสถานที่รองรับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพ สำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากมีผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องการเข้ารับการบำบัด
6. ปัญหาการเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดสตูล จากข่าวการก่อเหตุความรุนแรงผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษา
7. ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดเอกชนเพื่อยุติระยะยาว

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. ให้มีการประชุมโดยใช้เวทีจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ในการประสานงาน บูรณาการในการดำเนินงาน เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามกฎหมายกำหนด
2. เขตสุขภาพที่ 12 จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการเขียนประเมินตนเองของ HA ยาเสพติด ในโรงพยาบาลทุกแห่ง
3. ทางสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ทางผู้ประสานงานระดับจังหวัดสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ในระบบ บสต. เพื่อได้ทราบปัญหาของพื้นที่เมื่อมีปัญหาทางระบบและได้แก้ไขอย่างทันท่วงทีรวดเร็วโดยไม่ต้องรอ การดำเนินการจาก Admin บสต.
4. เพิ่มอัตรากำลังและขวัญกำลังใจให้กับผู้ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด
5. ปรับระเบียบกฎหมายให้ยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้สถานบำบัดเอกชนสามารถเปิด ให้บริการได้อย่างถูกกฎหมาย

7. ภาพการดำเนินงาน

1. ภาพการเข้าร่วมประชุมติดตามแก้ไขปัญหายาเสพติดของศูนย์ยาเสพติดจังหวัดสตูลในทุกๆ เดือน



2. ภาพการลงตรวจเยี่ยมเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินการเปิดมินิศูนย์รักษารักษาโรงพยาบาลควนกาหลง จำนวน 10 เตียง แบบ IMC



3. ภาพการลงพื้นที่ที่ตรวจหาสารเสพติดในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและมาตรการกวาดบ้านตัวเองร่วมกับภาคีเครือข่าย



ผู้รายงาน นายนาท ครูอัน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 080 - 8750811
E-mail Nart_kru@hotmail.com
วัน/เดือน/ปี 1 มกราคม 2569

ประเด็นที่ 6

เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ
(HEALTH-RELATED
ECONOMY EXCELLENCE)

ประเด็นที่ 6 : เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence)

อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด เป้าหมาย : ร้อยละ 20

2. สถานการณ์

ในปัจจุบันจังหวัดสตูลมีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งหมด จำนวน 88 แห่ง ประกอบด้วยสถานประกอบการประเภทนวดเพื่อสุขภาพ 85 แห่ง นวดเพื่อเสริมความงาม 2 แห่ง สปาเพื่อสุขภาพ 1 แห่ง โดยมีสถานประกอบการที่ได้รับรางวัลนวดไทยพรีเมียม จำนวน 5 แห่ง และไทยเวลล์คลาสสปา จำนวน 1 แห่ง (ปี 2566 -2568) ทั้งนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้ปรับปรุงเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียมและเกณฑ์ไทยเวลล์คลาสสปา รวมเป็นเกณฑ์ใหม่เพียงเกณฑ์เดียวสำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทุกประเภทเพื่อการขอประเมินเพื่อรับรางวัล คือ เกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ผ่านมาตรฐานการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามเกณฑ์รางวัลนวดไทยพรีเมียมและไทยเวลล์คลาสสปา (ปี 2566 -2568) จำนวน 5 แห่ง ดังต่อไปนี้

ปีงบประมาณ	จำนวน (แห่ง)	ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
2566	1 แห่ง	บันดาหยา นวดเพื่อสุขภาพ
2567	2 แห่ง	ชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ และอามันดา สปา
2568	2 แห่ง	รีแลกซ์ อินน์ แคร่ นวดเพื่อสุขภาพ และไอดิลลิกนวดเพื่อสุขภาพ

บันดาหยา นวดเพื่อสุขภาพ

รางวัล
นวดไทยพรีเมียม



ชื่นชีวา นวดเพื่อสุขภาพ

รางวัล
นวดไทยพรีเมียม



อามันดา สปา

รางวัลนวดไทยพรีเมียม
และไทยสปาพรีเมียม



รีแลกซ์ อินน์ แคร่ นวดเพื่อสุขภาพ

รางวัล
นวดไทยพรีเมียม



ไอดิลลิก นวดเพื่อสุขภาพ

รางวัล
นวดไทยพรีเมียม



การดำเนินงานในปี 2569 เพื่อเป็นการยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย ให้มีศักยภาพในการแข่งขันและส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ บริการทุกระดับถูกต้องตามมาตรฐานและสามารถต่อยอดการบริการไปสู่สากลได้

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (เกณฑ์ร้อยละ 20)

สูตรคำนวณตัวชี้วัดเชิงปริมาณ : $(A/B \times 100)$

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองและได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด (สสจ. กำหนดจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อย 5 แห่งขึ้นไป ดังนั้น ร้อยละ 20 ของ 5 แห่งเท่ากับ 1 แห่งต่อจังหวัด)

โดยจังหวัดสตูลมีข้อมูลดังนี้

รายการข้อมูล 1 A = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านการประเมินตนเองและได้รับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)

รายการข้อมูล 2 B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด 3 แห่ง (บันดาหยานวดเพื่อสุขภาพ ,รีแล็กซ์ อินน์แคร์ นวดเพื่อสุขภาพ ,ไอดีลลิคนวดเพื่อสุขภาพ)

ตารางที่ 101 จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	3	0	0
ควนโดน	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0
มะนัง	0	0	0
รวม	3	0	0

ที่มา : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 เชิงคุณภาพ(ด้านผลลัพธ์)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	มีการให้บริการเชิงรุก
กำลังคนที่ให้บริการ	ระดับที่ 1 ประชาสัมพันธ์เชิงรุก (อย่างน้อย 2 ช่องทาง) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลประชาสัมพันธ์รายละเอียดเกี่ยวกับเกณฑ์การรับรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) ไปยังผู้ประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผ่านช่องทาง 1. กลุ่มไลน์สถานประกอบการเพื่อสุขภาพจังหวัดสตูล 2. เฟสบุ๊กกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 3. เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ระดับที่ 2 ประชุมชี้แจงเกณฑ์หรือมาตรฐาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบได้เข้าร่วมประชุมการชี้แจงเกณฑ์รางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award) วันที่ 8 มกราคม 2569
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	-
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	มีการใช้งาน IT การอนุญาตออนไลน์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ประกอบการ
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	ผู้บริหารให้ความสำคัญติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ

3.2.2 เชิงคุณภาพ (ด้านผลกระทบ)

1. การรักษามาตรฐานคุณภาพและบริการของสถานประกอบการให้คงอยู่เสมอ
2. ความปลอดภัยของผู้รับบริการและข้อมูล
3. เชิงคุณภาพ (อื่นๆ) – มีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพและการจัดการเรื่องร้องเรียน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ผู้ประกอบการทราบในเรื่องมาตรฐานรางวัลระดับพรีเมียม (Premium Award)
2. การพัฒนาเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสมัครรับรางวัลระดับพรีเมียม
3. ยกระดับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมายให้มีศักยภาพในการแข่งขันและส่งเสริมการท่องเที่ยว

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

กรมชี้แจงตัวชี้วัดล่าช้าทำให้จังหวัดเริ่มงานได้ช้าไปด้วย

ผู้รายงาน นายอำเภอ สัจจาพันธ์
ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ
ผู้รายงาน น.ส.อารีวรรณ ไชยรักษ์
ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 074 - 723566
E-mail satun_fda@yahoo.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

2.1 ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต เป้าหมาย 3 เดือน : ร้อยละ 19 ของค่าเป้าหมาย

2.2 จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก เป้าหมาย 3 เดือน : กำหนดผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายและจัดทำแผนพัฒนาให้มีศักยภาพส่งออก

2. สถานการณ์

ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ให้ความสำคัญกับการสร้างเศรษฐกิจฐานราก โดยกระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนให้ได้รับอนุญาต สร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้บริโภค ส่งเสริมการค้าและขยายตลาดทั้งในและต่างประเทศ และยกระดับศักยภาพผู้ประกอบการรายย่อยให้เติบโตอย่างมั่นคง ในปี พ.ศ.2565 ประเทศไทยมีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตเพียงร้อยละ 2.13 จังหวัดสตูลมีผลิตภัณฑ์อาหาร OTOP ได้รับการอนุญาตเพียงร้อยละ 5.73

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับอนุญาตตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ และปลอดภัย รวมทั้งสามารถช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ สร้างรายได้ และโอกาสทางธุรกิจให้แก่ผู้ประกอบการรายย่อย ซึ่งกำหนดเป้าหมายการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต ร้อยละ 50 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ร้อยละ 60 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และสูงขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 17 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 16.9 ล้านบาทต่อปี

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 6 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ตามแผนและนอกแผนอีก 12 รายการ รวมทั้งสิ้น 24 รายการ สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 13.4 ล้านบาทต่อปี

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ส่งเสริมให้ผลิตภัณฑ์อาหารได้รับอนุญาต 23 รายการ คิดเป็นร้อยละ 100 ตามแผนและนอกแผนอีก 14 รายการ รวมทั้งสิ้น 37 รายการ สูงกว่าค่าเป้าหมาย สร้างรายได้ 22.04 ล้านบาทต่อปี

สำหรับตัวชี้วัด : จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก เป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตารางที่ 102 ข้อมูลสถานการณ์ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต ย้อนหลัง 3 ปี

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566	100	100	97.94
2567	100	100	95.38
2568	100	100	99.28

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 103 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดจำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพในการส่งออก

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (รายการ)	ผลงาน (รายการ)	อัตรา/ร้อยละ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับการอนุญาต	26	11	42.31
ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออก	1	1 ผลิตภัณฑ์สาม เกลอ	100.00

ที่มา : ระบบรายงานตัวชี้วัด กิจกรรม งาน คบส. ส่วนภูมิภาค ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. มีแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุมัติในแผนปฏิบัติการสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล 2. กำหนดรายการผลิตภัณฑ์สุขภาพเป้าหมายที่จะส่งเสริมให้ได้รับการอนุญาต 3. เริ่มดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ 4. ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ประกอบการ 5. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาและอำนวยความสะดวกในการยื่นคำขออนุญาตแก่ผู้ประกอบการ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. มีการอนุญาตผลิตภัณฑ์ผ่านระบบ Skynet ร้อยละ 100 2. สสจ. มีการวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าทางเศรษฐกิจของผลิตภัณฑ์ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการสนับสนุนผู้ประกอบการ เช่น เพิ่มช่องทางการจำหน่าย ขยายสู่การส่งออก
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีการติดตามผลการปฏิบัติงาน

ผลสัมฤทธิ์ จังหวัดสตูลสามารถพัฒนาระบบการส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีความเข้มแข็ง ขออนุญาตผ่าน Skynet ทันเวลาทุกคำขอ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนได้รับอนุญาตแล้วร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย Quick Big Win และคิดเป็นร้อยละ 42.31 ของเป้าหมายทั้งปี ประเมินการมูลค่า 3,243,300 ล้านบาทต่อปี และได้มีการกำหนดเป้าหมายพัฒนาผลิตให้มีศักยภาพส่งออก ซึ่งได้รับพัฒนาต่อยอดจากผู้ประกอบการที่ได้รับรางวัล ออย.ควอลิตี้อวอร์ด ให้ได้รับรางวัล ผู้ประกอบธุรกิจส่งออกดีเด่น (Prime Minister's Export Award ประเภทรางวัลสินค้าหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ (Best OTOP)

จากกรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์ ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีศักยภาพในการส่งออกได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 1 รายการ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์สามเกลอบริษัท ไทย เข้าเทิร์น ฟู้ด อินดัสตรี จำกัด ตั้งอยู่เลขที่ 556 หมู่ที่ 1 ตำบลละงู อำเภอละงู จังหวัดสตูล

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์มาตรการพัฒนามาตรฐานการผลิตที่พร้อมสำหรับการส่งออกและส่งเสริมผลิตภัณฑ์ลด NCDs

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมและอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ให้กับผู้ประกอบการในเรื่องการพัฒนาผลิตภัณฑ์ลด หวาน มัน เค็ม เพื่อลด NCDs
3. พัฒนาสูตร กรรมวิธีในการผลิต จากหน่วยงานภาคีเครือข่าย เช่น ศูนย์ส่งเสริมอุตสาหกรรมภาคที่ 11 สถาบันอาหาร (NFI) ศูนย์สงขลา ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 12/1 ตรัง
4. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความรู้ในเรื่อง การส่งเสริมมาตรฐานผลิตภัณฑ์เพื่อร่วมค้นหา
5. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อพัฒนาและอำนวยความสะดวกให้การยื่นคำขออนุญาตแก่ผู้ประกอบการ
6. สร้างผู้ประกอบการต้นแบบเพิ่มแรงจูงใจ โดยพัฒนาผู้ประกอบการที่ได้รับอนุญาตให้ได้รับรางวัล ออ.ควอลิตี้อวอร์ด
7. บูรณาการพัฒนาผลิตภัณฑ์ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่าย

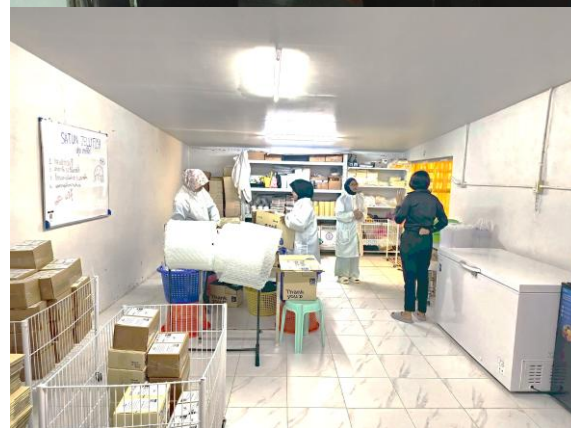
5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. สถานการณ์ความพร้อมของผู้ประกอบการ
2. สถานการณ์อุทกภัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 ที่ผ่านมาทำให้สถานประกอบการหยุดกิจการไปหลายแห่ง

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. สร้างแรงจูงใจให้กับผู้ประกอบการเพื่อเข้าร่วมการพัฒนาต่อยอดผลิตภัณฑ์ที่ได้รับอนุญาต เช่น การประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ต่อผู้บริโภคในวงกว้าง
2. พัฒนาการแจ้งเตือนและความรวดเร็วในการประมวลผลผ่านระบบ SKYNET

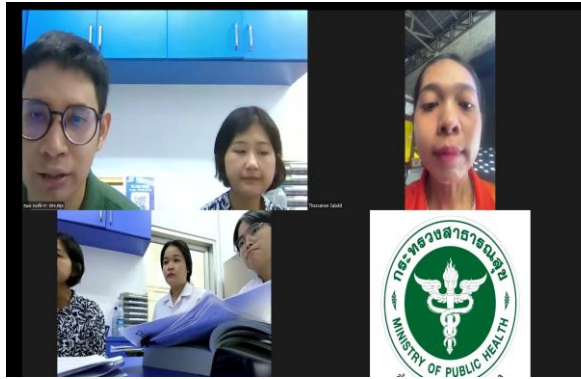
7.ภาพการดำเนินงาน



ภาพลงพื้นที่เพื่อค้นหาและประเมินความพร้อมของผลิตภัณฑ์เป้าหมาย



ภาพการเก็บตัวอย่างเพื่อส่งตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ



ภาพการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ
ในรูปแบบออนไลน์



ภาพการให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ
ณ ศูนย์บริการผลิตภัณฑ์สุขภาพเบ็ดเสร็จ



ภาพการลงพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้ประกอบการในการยื่นคำขอผ่านระบบ SKYNET
ณ สถานที่ผลิต



ผู้รายงาน นางสาวภากรณ์ รักศรีทอง
ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ
ผู้รายงาน นายสุเมธ พงศ์ดารา
ตำแหน่ง เกษีกรชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 074 - 723566
E-mail satun_fda@yahoo.com
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลควนโดน และโรงพยาบาลท่าแพ รวมถึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 55 แห่ง มีบุคลากรแพทย์แผนไทย รวมจำนวน 43 คน ซึ่งมีการถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล จำนวน 3 แห่ง โดยในปี 2568 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล จัดโครงการ “การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน” ให้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุขในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐจังหวัดสตูล จำนวน 120 คน เมื่อวันที่ 3 - 4 เมษายน 2568 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลสตูล

ตารางที่ 104 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล

บุคลากรแพทย์แผนไทย จ.สตูล ปี 2569	
ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร
แพทย์แผนไทย	33
แพทย์แผนจีน	4
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	10
รวม	47



ภาพที่ 6 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล

ตารางที่ 105 ผู้ใช้สิทธิ UC แยกรายอำเภอของจังหวัดสตูล

รหัสหน่วยบริการ	หน่วยบริการ	ผู้ใช้สิทธิ UC
10746	รพ.สตูล	92,481
11402	รพ.ควนโดน	18,807
11403	รพ.ควนกาหลง	25,643
11404	รพ.ท่าแพ	22,941
11405	รพ.ละงู	55,324
11406	รพ.ทุ่งหว้า	19,035
28786	รพ.มะนัง	15,010
รวม		249,241

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพชาติ (<https://www.nhso.go.th/th>)

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2566 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 1,656,167.98 บาท

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 7,344,653.66 บาท

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 7,147,224.11 บาท

ที่มา: <https://hdc.moph.go.th/stn/public> (ข้อ 1.6 มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร)

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตารางที่ 106 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสิทธิ UC ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ.2569)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2568)					
อำเภอ	มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรไตรมาส 1/2568	เป้าหมายปี 2569 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33)	ผลงานมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรไตรมาส 1/2569	มูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ	สรุปผล
เมืองสตูล	365,164.00	485,668.15	566,133.50	55.04	ผ่านเกณฑ์
ควนโดน	74,961.75	99,699.13	54,276.00	-27.60	ไม่ผ่านเกณฑ์
ควนกาหลง	197,963.50	263,291.46	209,734.00	5.95	ไม่ผ่านเกณฑ์
ท่าแพ	155,974.75	207,446.43	115,602.00	-25.88	ไม่ผ่านเกณฑ์
ละงู	807,703.00	1,074,245.00	387,457.00	-52.03	ไม่ผ่านเกณฑ์
ทุ่งหว้า	289,205.75	384,643.65	245,314.00	-15.18	ไม่ผ่านเกณฑ์
มะนัง	113,458.50	150,899.81	125,369.00	10.50	ไม่ผ่านเกณฑ์
รวม	2,004,431.25	2,665,893.62	1,703,885.50	-14.99	ไม่ผ่านเกณฑ์

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาสมุนไพรทดแทนแต่ละอำเภอ 2. มีกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน จำนวนอย่างน้อย 5 รายการ 3. วางแผนการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน 4. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหา และพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร
กำลังคนให้บริการ	1. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุขครอบคลุมทุกหน่วยบริการ ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2568 2. วางแผนอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2569
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ ร่วมมือกับกลุ่มงานสุขภาพดิจิทัลมีการประชุมติดตาม ลงพื้นที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูลการบริการและการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเมืองสตูล ท่าแพ ควนโดน พังงา ะนอง และละงู
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	1. ยาสมุนไพรที่ทุกหน่วยบริการจัดซื้อมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐผ่านมาตรฐาน GMP เช่น จากโรงพยาบาลละงู องค์การเภสัชกรรม 2. มีการสำรวจ รวบรวมข้อมูล การจัดซื้อยาสมุนไพร และแหล่งจำหน่ายยาสมุนไพร

ผลสัมฤทธิ์ จังหวัดสตูลวางแผนดำเนินการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านแพทย์แผนไทยและสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลผลงานการดำเนินงาน และได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานแต่ละพื้นที่ แต่ผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่เขตสุขภาพกำหนดไว้ เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณในการจัดซื้อยาสมุนไพรในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้จังหวัดสตูลได้วางแผนดำเนินการจัดประชุมชี้แจงการอบรม การลงพื้นที่เชิงรุก เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันและขับเคลื่อนผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์มาตรการการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพร
2. ประชุมชี้แจงการถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 วันที่ 19 มกราคม 2569 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
3. ติดตามผลการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ของแพทย์แผนไทยทั้งจังหวัด เพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4. วางแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันให้กับหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็น แพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทย ในปี 2569

5. มาตรการเชิงรุก ลงพื้นที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูลการบริการและการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละอำเภอ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. กรมการแพทย์แผนไทยชี้แจงตัวชี้วัดและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลล่าช้าส่งผลให้จังหวัดดำเนินงานได้ช้าไปด้วย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ไม่สามารถดูข้อมูลย้อนหลัง ปี 2568 แบบแยกรายอำเภอได้

3. หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทยประจำมีจำนวนน้อย (ร้อยละ 12.73) และไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการส่งผลให้แรงจูงใจการจ่ายยาสมุนไพรน้อย

4. พื้นที่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในการจัดซื้อยาสมุนไพรล่วงหน้าไปก่อน เพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในขณะงบประมาณมีจำกัด โดยจังหวัดสตูลมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทย โดยมีการจัดสรรงบประมาณฉุกเฉินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงูผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 หน่วยบริการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลละงูมูลค่า รวม 2,299,629 บาท

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้แจงแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน และการกำหนดราคายาสมุนไพรและบริการแพทย์แผนไทยควรเป็นจำนวนบาทและมีราคาใกล้เคียงกับกรมบัญชีกลางเพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ

2. สร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่นแรงจูงใจครอบคลุมไปยังแพทย์ หรือสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนขึ้น

3. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการสิทธิ UC เข้าถึงการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

4. พัฒนาระบบ dashboard ติดตามผลการดำเนินงานที่พื้นที่สามารถเข้าถึงและวิเคราะห์ได้สะดวก

7. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ผู้นำ/ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของจังหวัดสตูล และเชื่อมโยงโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรจังหวัดสตูล โดยการนำวัตถุดิบสมุนไพรที่ปลูกในพื้นที่ เช่น ไขมันชั้นไหล มาแปรรูปโดยโรงพยาบาลละงู ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP เป็นยาสมุนไพรกระจายให้หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล

8. ภาพการดำเนินงาน



ภาพกิจกรรมมอบประกาศนียบัตรแก่โรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก



ภาพการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน



ภาพกิจกรรมประชุม Service plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ภาพกิจกรรมประชุมติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณการจัดบริการแพทย์แผนไทย



ภาพลงพื้นที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในสิทธิ UC



ภาพเป็นวิทยากรบรรยายและให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในสิทธิ UC แก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล

ผู้รายงาน นางจันนง ปันดีกา
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 088 – 7838486
E-mail -
วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569



ประเด็นที่ 7

ด้านบริหารจัดการ

ประเด็นที่ 7 : ด้านบริหารจัดการ

GREEN & CLEAN Hospital Challenge

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)

1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป้าหมาย : ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95

1.2 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป้าหมาย : ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

2. สถานการณ์

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลท่าแพ โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลควนโดน โรงพยาบาลควนกาหลง และโรงพยาบาลมะนัง พร้อมกันนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าร่วมการพัฒนาโรงพยาบาล และดำเนินการให้ได้ตามมาตรฐานเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ทั้ง 7 แห่ง ทั้งนี้ตั้งแต่ ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เป็นต้นมา มีการพัฒนายกระดับมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital (Plus) สู่ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ที่มุ่งพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย) และเพิ่มความครอบคลุมในการดำเนินการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการดำเนินงาน 3 ปีย้อนหลัง พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีการผลักดันให้ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล เข้าร่วมการพัฒนาและดำเนินงานเพื่อให้ผ่านการประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ซึ่งผลการตรวจประเมินรับรอง มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีเยี่ยม จำนวน 4 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 57.14 (รพ.สตูล รพ.ละงู รพ.ท่าแพ และ รพ.ทุ่งหว้า) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ควนโดน รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สนับสนุนให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับดีเยี่ยม มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในระดับท้าทาย โดยมีโรงพยาบาลสตูลผ่านการรับรองมาตรฐานในระดับท้าทาย ประเด็นท้าทายด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีเยี่ยม จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ละงู รพ.ทุ่งหว้า และ รพ.ท่าแพ) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 (รพ.ควนโดน รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง) และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีการผลักดันขยายผลให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองระดับดีเยี่ยม มีการพัฒนานาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้านในระดับท้าทายเพิ่มขึ้น จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลทุ่งหว้า และโรงพยาบาลละงู ผ่านการรับรองในระดับท้าทาย ประเด็นด้านการจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) จนทำให้มีผลงานสะสมผ่านการรับรองระดับท้าทาย จำนวน 3 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.86 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ในระดับดีเยี่ยม จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (รพ.ควนโดน และ รพ.ท่าแพ) และผ่านการรับรองในระดับมาตรฐาน จำนวน 2 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 28.57 (รพ.ควนกาหลง และ รพ.มะนัง)

ผนวกกับในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้มีการกำหนดให้การพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge เป็นตัวชี้วัดในการติดตามผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นบริหารจัดการทรัพยากรสาธารณสุข โดยกำหนดตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย) ดังนี้

1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95

2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ร้อยละ 30

แต่ทั้งนี้พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 กรมอนามัยได้ยกเลิกประเด็นด้านการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ออกจากประเด็นการรับรองระดับท้าทาย จากเดิมนั้นมี 4 ประเด็นให้โรงพยาบาลเลือกดำเนินการรับรอง เหลือเพียง 3 ประเด็นท้าทาย ดังนี้ ประเด็นที่ 1 ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ประเด็นที่ 2 ด้านการจัดการพลังงาน และประเด็นที่ 3 การดำเนินงานโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ จึงส่งผลให้จากเดิมที่จังหวัดสตูลผ่านการรับรองระดับท้าทายในประเด็นดังกล่าวแล้ว จำนวน 3 แห่งนั้น ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ไตรมาสที่ 1 ไม่มีสถานบริการสาธารณสุข ผ่านการรับรองระดับท้าทาย

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล โดยกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัยยังคงมีความมุ่งมั่นพัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge อย่างต่อเนื่อง โดยผลักดันผ่านนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผ่านกลไกการขับเคลื่อนของคณะกรรมการประสานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อให้การขับเคลื่อนงานในประเด็นดังกล่าวมีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น ตลอดจนส่งผลให้ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานมีแนวโน้มในด้านผลลัพธ์มากยิ่งขึ้นด้วย

และในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ดังนี้

1. โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับดีเยี่ยม จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลควนกาหลง และโรงพยาบาลมะนัง

2. โรงพยาบาลยกระดับการพัฒนางานอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย จำนวน 5 แห่ง ดังนี้

2.1 ด้านการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลท่าแพและโรงพยาบาลทุ่งหว้า

2.2 ด้านการจัดการของเสียทางการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลละงู และโรงพยาบาลควนโดน

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569						
หน่วยบริการ	(1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ 95			(2) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ร้อยละ 30		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสตูล	1	ระดับดีเยี่ยม	100.00	1	0	00.00
โรงพยาบาลท่าแพ	1	ระดับดีเยี่ยม	100.00	1	0	00.00
โรงพยาบาลละงู	1	ระดับดีเยี่ยม	100.00	1	0	00.00
โรงพยาบาลทุ่งหว้า	1	ระดับดีเยี่ยม	100.00	1	0	00.00
โรงพยาบาลควนโดน	1	ระดับดีเยี่ยม	100.00	1	0	00.00
โรงพยาบาลควนกาหลง	1	ระดับมาตรฐาน	100.00	-	-	-
โรงพยาบาลมะนัง	1	ระดับมาตรฐาน	100.00	-	-	-
รวม	7	7	100.00	5	0	00.00
หมายเหตุ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดฯ			อยู่ระหว่างเตรียมการประเมินรับรองฯ		

ที่มา : ผลการประเมินรับรอง จากระบบประเมิน GREEN & CLEAN Hospital

(<https://gch.anamai.moph.go.th/>) กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568



หน่วยบริการ	การดำเนินงานตามกิจกรรม GREEN	ระบบข้อมูลและการประเมินคาร์บอนฟุตพริ้นท์
รพ.ท่าแพ	☒ জন.บุคลากรสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรม GREEN ให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ☒ জন.บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ตามกิจกรรม GREEN ผ่านระบบ Online และ Onsite ☒ มีผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแต่ละด้านตามกิจกรรม GREEN (อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจเก็บข้อมูล)	☒ รพ. มีข้อมูลปริมาณการใช้ไฟฟ้า การใช้ทรัพยากร การเกิดของเสีย และคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้นท์ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดมาตรการ/โครงการ และดำเนินการเพื่อแสดงผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์ (ดำเนินครบถ้วน)
รพ.สตูล	☒ জন.บุคลากรสามารถเป็นวิทยากรถ่ายทอดความรู้ตามกิจกรรม GREEN ให้แก่ জন.ในโรงพยาบาล ☒ জন.บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้ตามกิจกรรม GREEN ผ่านระบบ Online และ Onsite ☒ มีผลสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการแต่ละด้านตามกิจกรรม GREEN (อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจเก็บข้อมูล)	☒ รพ. มีข้อมูลปริมาณการใช้ไฟฟ้า การใช้ทรัพยากร การเกิดของเสีย และคาร์บอนฟุตพริ้นท์ในโปรแกรมคาร์บอนฟุตพริ้นท์ ☒ รพ. อยู่ระหว่างการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดมาตรการ/โครงการ และดำเนินการเพื่อแสดงผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์คาร์บอนฟุตพริ้นท์
รพ.ละงู		
รพ.ทุ่งหว้า		
รพ.ควนโดน		
รพ.ควนกาหลง		
รพ.มะนัง		

GAP การพัฒนา การดำเนินงานของทุกโรงพยาบาลขณะนี้อยู่ระหว่างการรวบรวมข้อมูลเพื่อบันทึกลงในระบบประเมินผลตามกิจกรรม GREEN และอยู่ระหว่างการนำข้อมูลในระบบคาร์บอนฟุตพริ้นท์มาวิเคราะห์กำหนดมาตรการ/โครงการ เพื่อแสดงผลและเปรียบเทียบผลลัพธ์ และทั้งนี้ทาง สสจ. ได้มีการกำหนดแผนในการกำกับติดตามการดำเนินงานของทุกโรงพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

1. สนับสนุนองค์ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
2. แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล
3. กำกับติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1. แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge สำหรับโรงพยาบาล ระดับจังหวัด

2. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้องในการพัฒนางานฯ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
3. รวบรวมฐานข้อมูล การวิเคราะห์ผลลัพธ์ ปริมาณของเสีย การใช้ไฟฟ้า และทรัพยากร รวมถึงผลการคำนวณคาร์บอนฟุตพริ้นท์ของโรงพยาบาล
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ลงพื้นที่เป้าหมายเพื่อเสริมพลัง ให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขจุดบกพร่อง ก่อนการตรวจประเมินรับรองมาตรฐานโดยคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด
5. กำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญระดับจังหวัด และ คปสอ.
6. นิเทศประเมินผลงานระดับ คปสอ. 2 ครั้ง/ปี

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหาอุปสรรค

1. ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนาบางกิจกรรม ให้ครบถ้วนทั้ง 5 ประเด็น คือ กิจกรรม Garbage Restroom Energy Environment และ Nutrition ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด
2. โรงพยาบาลบางแห่งประสบปัญหาเรื่องงบประมาณส่งผลให้การพัฒนาด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และเป็น GAP ในการพัฒนาสู่ระดับท้าทาย

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. กระบวนการพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ให้ประสบผลสำเร็จนั้น ทีมงานในสถานบริการสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการผลักดัน ติดตาม และพัฒนางาน รวมถึงบูรณาการงานในแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล รวมถึงมีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
2. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพัฒนาเป็นหน่วยงานต้นแบบในการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวม
3. โรงพยาบาลทุกแห่งควรพัฒนาหน่วยงานสุขภาพสู่ความเป็นเลิศเฉพาะด้าน (ระดับท้าทาย) ทั้ง 3 ด้านตามเกณฑ์ Green & Clean Hospital Challenge

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

กรมอนามัย/ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ควรมีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน อาจจะกำหนดให้โรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองระดับท้าทายในแต่ละประเด็นได้ร่วมนำเสนอแนวทางการดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ เพื่อเป็นตัวอย่างและทิศทางในการดำเนินงานให้แก่โรงพยาบาลอื่นได้นำไปปรับใช้ตามบริบทพื้นที่ต่อไป

7. ภาพการดำเนินงาน

กิจกรรมประชุมสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำแผนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ภายใต้กิจกรรมการพัฒนางาน GREEN & CLEAN Hospital ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ระหว่างวันที่ 4 – 5 กันยายน 2568 ณ ภูผาล้อม รีสอร์ท ตำบลน้ำผุด อำเภอละงู จังหวัดสตูล



กิจกรรมเยี่ยมชมการดำเนินงานตามมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ด้านโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำ และเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ณ โรงพยาบาลท่าแพ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 22 ธันวาคม 2568



ผู้รายงาน นางสาววารภรณ์ เส้นสมมาตร
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 089 – 7390726

E-mail Ta14.waraporn@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 8 มกราคม 2569

การบริหารจัดการกำลังคน

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 2. ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนเพื่อรองรับระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ (สัดส่วนการกระจายแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

2. สถานการณ์

ตารางที่ 107 ร้อยละจังหวัดที่มีแพทย์ปฏิบัติงานจริงใน รพช. เป็นไปตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

รพช.	Active bed (ตค.68)	แพทย์ควรมีตามเกณฑ์ Active Bed	แพทย์ปฏิบัติงานจริง	ขาด/เกิน	จำนวนที่เต็มได้	เกณฑ์ตัวชี้วัด
ควนโดน	20.42	5	5	0	0	ผ่าน
ควนกาหลง	23.54	5	5	0	0	ผ่าน
ท่าแพ	83.29	20	7	-13	0	ไม่ผ่าน
ละงู	79.32	15	24	9	0	ผ่าน
ทุ่งหว้า	19.77	5	5	0	0	ผ่าน
มะนัง	24.83	5	5	0	0	ผ่าน
ร้อยละการกระจายแพทย์					$(5/6) \times 100 = 83.33$	

$$\text{สูตรคำนวณสัดส่วนการกระจายแพทย์ใน รพช.} = \frac{(A+B) \times 100}{C}$$

A = จำนวน รพช. ในจังหวัดที่มีแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวน รพช. ในจังหวัดที่มีแพทย์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

C = จำนวน รพช. ในจังหวัดทั้งหมด

3. ผลการดำเนินงาน

- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารอัตราากำลังแพทย์ของจังหวัดสตูล
- มีการจัดทำข้อมูลภาพรวมของแพทย์ (กรอบ/การปฏิบัติงานจริง/Active bed/ข้อมูลการลาศึกษา)

GAP การดำเนินงาน ปัจจุบันจังหวัดสตูลยังมีความขาดแคลนแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน แต่มีระบบการช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด ทำให้การบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนได้อย่างราบรื่น แต่ทั้งนี้ ยังไม่คล่องตัว เนื่องจากบางหน่วยงานมีชั่วโมงการทำงานเกิน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารอัตราากำลังสายงานแพทย์ที่ระบุโครงสร้างและกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการที่ชัดเจน (คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ที่ 421/2568 ลงวันที่ 030 ธันวาคม พ.ศ.2568)
2. จังหวัดได้ดำเนินการบริหารจัดการกำลังคนแพทย์อย่างเป็นระบบผ่านการวิเคราะห์ความเพียงพอของแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจากข้อมูลภาระงานจริง ณ เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2568
3. จัดทำการวิเคราะห์กำลังคนแต่ละโรงพยาบาลใช้ผลการวิเคราะห์ประกอบการพิจารณาจัดสรรและวางแผนกำลังคนสายงานแพทย์

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

มีการประชุมคณะกรรมการฯ กำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของแพทย์ตามรูปแบบ One province one hospital

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาการขาดแคลนแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วน เนื่องจากจำนวนแพทย์ที่ได้รับการจัดสรรเพิ่มเติมมีสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 50 ของความต้องการ จึงไม่เพียงพอสำหรับการเติมเต็มอัตรากำลังตามเกณฑ์ที่กำหนด แม้จะมีแพทย์ใช้ทุนปีที่ 1 ที่อยู่ระหว่างเพิ่มพูนทักษะไม่สามารถนำมาชดเชยการขาดแคลนได้อย่างครอบคลุมทุกโรงพยาบาล ประกอบกับ รพ.ท่าแพ มีการเปิดมินิธัญญารักษ์ทำให้มีอัตรา Active bed สูง ส่วนสำหรับ รพ.ละงู มีการขยายการให้บริการเพื่อรองรับการยกฐานะการให้บริการทั้งนี้ มีการหมุนเวียนแพทย์ปฏิบัติงานตามรูปแบบ One province one hospital ทำให้การบริการทางการแพทย์แก่ประชาชนเป็นไปอย่างราบรื่น แต่ยังไม่คล่องตัว

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

กรณีหน่วย รพ.ละงู มีการขยายการให้บริการ ควรมีการจัดสรรแพทย์เพิ่มเติมเพื่อรองรับการยกฐานะการให้บริการ

ผู้รายงาน อัครเดช ยาแบโด
ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
หน่วยงาน กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 0 74711 071 ต่อ 108
E-mail mad4789@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 25 ธันวาคม 2568

Total Performance Score (TPS)

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 3. ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) เป้าหมาย : ร้อยละ 55

2. สถานการณ์

ตารางที่ 108 ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ย้อนหลัง ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

หน่วยบริการ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง (ข้อมูล ณ ไตรมาสที่ 4 ประจำปีงบประมาณ)			
	2565	2566	2567	2568
รพท.สตูล	A	C	C	B
รพช.ควนโดน	A	F	F	F
รพช.ควนกาหลง	A	F	F	F
รพช.ท่าแพ	A	D	A	C
รพช.ละงู	A	D	C	A
รพช.ทุ่งหว้า	C	D	F	B
รพช.มะนัง	B	F	C	F
ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	6	0	1	3
คิดเป็นร้อยละ	89.71	0.00	14.29	42.86

จากตารางสถานการณ์ย้อนหลังข้างต้น จะเห็นว่า ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) นั้น มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ และคาดว่าจะในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ซึ่งจะมีการนำเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพด้านการบริหารจัดการคุณภาพ TPS (TP3S) มาประเมินด้วยนั้น หากมีการควบคุม ติดตาม และกำกับที่ดีน่าจะทำให้ผลการประเมินฯ ดีขึ้นและผ่านเกณฑ์ได้

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

หน่วย บริการ	1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators) 10 คะแนน													2.ตัวชี้วัดผลลัพธ์การดำเนินงาน						รวม	ระดับ การ ประเมิน	
	1.1 Planfin		1.2 สินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สิน หมุนเวียน				1.3 การบริหารจัดการ							2.1 ความสามารถในการ การทำกำไร			2.2 วัสดุภาพ					
							ต้นทุนและค่าใช้จ่าย					งบทดลอง	ผลผลิต									
	มิตินำได้ ± 5%	มิตินำจ่าย ± 5%	A Payment period	A Collection Period-UC	A Collection Period-CSMBS	Inventory Management	Unit Cost for IP	Unit Cost for OP	LC ค่าแรงบุคลากร	MC ค่ายา	MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	MC ค่าเวชภัณฑ์ที่มีไข้ยาและวัสดุการแพทย์	คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น	อัตราดอกเบี้ย IP 80 %	SumAdjRW เก็บค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือเพิ่มขึ้น 5%	Operating Margin	Return on Asset	EBITDA ≥ 0	NWC ≥ 0			Cash Ratio ≥ 0.8
	1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน	0.5 คะแนน	0.5 คะแนน	1 คะแนน	รวม 6 ประเด็น ได้ 2 คะแนน						1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน	1 คะแนน			1 คะแนน
สตูล	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	11.5	B
ควนโดน	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	5.5	F
ควนกาหลง	0.0	1.0	1.0	0.5	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	6.5	F
ท่าแพ	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	10.0	C
ละงู	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	12.0	A
ทุ่งหว้า	1.0	1.0	1.0	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	10.5	B
มะนัง	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.5	0.5	0.5	0.5	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	6.0	F
ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	3	6	4	3	3	7	3	3	1	5	4	3	7	1	4	5	5	3	3	1		3
คิดเป็นร้อยละ	42.86	85.71	57.14	42.86	42.86	100.00	42.86	42.86	14.29	71.43	57.14	42.86	100.00	14.29	57.14	71.43	71.43	42.86	42.86	14.29		42.86

เป้าหมาย : หน่วยบริการต้องผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพร้อยละ 55 (ปีงบประมาณ พ.ศ.2569) ในภาพรวม (TPS) จังหวัดสตูล ณ ไตรมาสที่ 4/2568 (กันยายน 2568) มีผลงานอยู่ที่ร้อยละ 42.86 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50)

เกณฑ์การประเมินผลเชิงปริมาณ :

วิธีการประเมินผล : เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมาย

ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย

รอบ 6 เดือน ร้อยละ 55

รอบ 10 เดือน ร้อยละ 55

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) จะต้องได้คะแนน ≥ 10.5 (ต้องผ่านเกณฑ์ A และ B)

ตารางที่ 109 ผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในจังหวัดสตูลที่มีการประเมินด้วยเครื่องมือการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

หน่วยบริการ	A	B	C	D	F	ผลการประเมิน (คะแนน)		ผลสัมฤทธิ์
รพ.สตูล		✓				B	11.5	5.37
รพ.ควนโดน					✓	F	5.5	2.57
รพ.ควนกาหลง					✓	F	6.5	3.03
รพ.ท่าแพ			✓			C	10.0	4.67
รพ.ละงู	✓					A	12.0	5.60
รพ.ทุ่งหว้า		✓				B	10.5	4.90
รพ.มะนัง					✓	F	6.0	2.80
ค่าเฉลี่ย						D	8.86	4.13
(แห่ง)	1	2	1	-	3	ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 แห่ง		
						ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 42.86		
						ไม่ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 57.14		

ที่มา : <https://hfo69.moph.go.th/> ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2568

จากตารางข้างต้น แม้จังหวัดสตูลจะมีการกำกับ ติดตามสถานการณ์หน่วยบริการ โดยการใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน TPS (Total Performance Score) ซึ่งจะมีการประเมินประสิทธิภาพทางการเงินในทุกไตรมาส มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่องโดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับวิกฤตทางการเงิน ตลอดจนการติดตามรายได้และค่าใช้จ่ายเปรียบเทียบกับแผนทางการเงิน (PLANFIN) เป็นรายเดือนและมีการนำเสนอข้อมูลต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กบป.) เพื่อให้ผู้บริหารได้รับทราบสถานการณ์การเงินของหน่วยบริการในจังหวัด และเพื่อนำข้อมูลต่างๆ ไปประกอบเพื่อการวางแผนการดำเนินงานของหน่วยบริการต่อไปแล้วก็ตาม แต่ในไตรมาสที่ 4/2568 พบว่า จังหวัดสตูลมีหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพด้วยเครื่องมือ TPS เพียง 3 แห่ง ได้แก่ รพ.สตูล รพ.ละงู และ รพ.ทุ่งหว้า คิดเป็นร้อยละ 42.86 และเมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ที่กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 50 จังหวัดสตูลไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ โดยหน่วยบริการส่วนใหญ่ในจังหวัดสตูลไม่ผ่านในประเด็นต่อไปนี้

1. ความสามารถในการทำกำไร (EBITDA ≥ 0)
2. การวัดสภาพคล่องทางการเงิน (NWC ≥ 0) และ (Cash Ratio)
3. การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง (มิตินายได้ $\pm$ ไม่เกิน 5%)
4. การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (A Payment period , A Collection period UC-CS)
5. การบริหารจัดการต้นทุนและค่าใช้จ่าย (Unit cost ด้าน IP, OP, LC-ค่าแรง และ MC-ค่าLab-เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาฯ)

ในภาพรวมแล้วประเด็นทั้งหมดข้างต้นนี้จำเป็นต้องมีการควบคุม กำกับและติดตามอย่างจริงจัง ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 เพื่อให้หน่วยบริการของจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพต่อไป

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

เนื่องจากปีงบประมาณ พ.ศ.2568 การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ยังไม่มีการนำตัวชี้วัดเชิงคุณภาพมาใช้ในการประเมินผล ซึ่งในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 ทางกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จะมีการเพิ่มเกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพในด้านการบริหารจัดการคุณภาพที่เรียกว่า TPS (TP3S) โดยจังหวัดสตูลจะมีการดำเนินการและจะนำผลจากการปฏิบัติงานมานำเสนอในครั้งต่อไป

ตารางที่ 110 คะแนนการส่งบทลงของหน่วยบริการ ณ เดือน พฤศจิกายน 2568

หน่วยบริการ	คะแนนการส่งบทลง	ผลการประเมิน
รพ.สตูล	100	ผ่าน
รพ.ควนโดน	100	ผ่าน
รพ.ควนกาหลง	100	ผ่าน
รพ.ท่าแพ	100	ผ่าน
รพ.ละงู	100	ผ่าน
รพ.ทุ่งหว้า	100	ผ่าน
รพ.มะนัง	100	ผ่าน
รวม	7 แห่ง (ร้อยละ 100)	ผ่าน

คะแนนการส่งบทลงของหน่วยบริการมีค่าเป้าหมายที่หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การตรวจสอบด้วยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 100 โดยบทลงจะต้องมีความครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลาตามหลักการทางด้านบัญชี คะแนนการส่งบทลงของหน่วยบริการในจังหวัดสตูล ณ เดือน พฤศจิกายน 2568 พบว่า หน่วยบริการในจังหวัดสตูลผ่านเกณฑ์คะแนนการส่งบทลงทุกแห่ง (7 แห่ง) โดยคิดเป็นร้อยละ 100

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

มาตรการสำคัญมี ดังนี้

- จัดสรรเงินกองทุน UC ในส่วนของเงินกันบริหารระดับเขต/ระดับประเทศ (เงิน CF) แก่หน่วยบริการที่มีปัญหาทางการเงิน
- มีการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลังอย่างต่อเนื่องในที่ประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO) ทุกเดือน
- มาตรการลงทุนตามความจำเป็น
- นำระบบ IT (Dash Board) เพื่อใช้สื่อสาร กำกับ และติดตามด้านการเงินการคลังของจังหวัด
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดเก็บรายได้และการเรียกเก็บเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาลโดยการจัดอบรมการใช้โปรแกรม Data Audit
- ลดต้นทุนด้าน Lab ด้วยวิธีการเช่าเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติพร้อมน้ำยาร่วมและมีราคาอ้างอิงวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ จำนวน 156 รายการ และลดต้นทุนด้านยาโดยวิธีการสืบราคาและการอ้างอิงราคาจาก รพ.สตูล จำนวน 136 รายการ และเวชภัณฑ์ที่มีขายประเภทวิทยาศาสตร์ใช้วิธีการสืบราคา จำนวน 50 รายการ

7. มาตรการตามจ่าย/ชำระหนี้ระหว่างกัน กรณี OP-AE ,OP-Refer และ OP Anywhere นอก CUP ในจังหวัด

8. ให้หน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.ละงู รพ.มะนัง และรพ.ทุ่งหว้า (ระดับวิกฤต 5-7 ณ 30 ก.ย. 2567) เปรียบเทียบตามมาตรการ LOI อย่างจริงจัง และมีแนวคิดจะให้หน่วยบริการทุกแห่งจัดทำมาตรการเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่ายด้วยเช่นกัน

9. หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการตามแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงอย่างเคร่งครัด

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงให้มีประสิทธิภาพและถูกต้อง
2. พัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ (มุ่งเน้นงานเฉพาะเป็นหน่วยบริการในจังหวัด)
3. มีการกำกับและติดตามหน่วยบริการโดยใช้เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน Total Performance Score: TPS (TP3S) / ตรวจสอบคุณภาพบัญชีทุกเดือน
4. มีการติดตาม เฝ้าระวังสถานการณ์ทางการเงินการคลังของหน่วยบริการในจังหวัดสตูล โดยมีการจัดประชุมคณะกรรมการบริหารการเงินการคลัง (CFO)ระดับจังหวัด และการประชุม กวป.ทุกเดือน

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. หน่วยบริการได้รับงบประมาณไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดบริการ
 - 1.1 หน่วยบริการที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบน้อย (จังหวัดสตูลได้รับเงินเหมาจ่ายรายหัวน้อย เนื่องจากสตูลเป็นจังหวัดที่มีประชากรเบาบาง โดยหน่วยบริการ 5 แห่ง จากทั้งหมด 7 แห่ง มีประชากรน้อยกว่า 30,000 คน)
 - 1.2 หน่วยบริการมีภาระการหักค่าใช้จ่ายด้านค่าแรงที่สูง เช่น ค่าตอบแทนเงินเดือนและค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รวมถึงเงินพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการ
2. หน่วยบริการยังไม่ดำเนินการตามมาตรการเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างจริงจัง
3. หน่วยบริการบริหารจัดการรายรับและรายจ่ายไม่เป็นไปตามแผนรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุง

6. ข้อเสนอแนะตอนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

1. อยากให้มีการพัฒนาโปรแกรมการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งเขตสุขภาพที่ 12
2. อยากให้มีการจัดการประชุมโดยส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นเครือข่าย สามารถสอบถามเกี่ยวกับงานเร่งด่วนและงานที่ทำประจำและสามารถขอความช่วยเหลือด้านข้อมูลได้ง่ายยิ่งขึ้น
3. อยากให้มีการจัดสรรเงินช่วยเหลือเพิ่มเติมแก่หน่วยบริการที่ประสบปัญหาด้านรายได้เงิน UC ที่ลดลง ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ

ผู้รายงาน นายเลิศวิทย์ รัตนะ

ตำแหน่ง นักสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ 061 -9939915

E-mail loedwittruttana@gmail.com

วัน/เดือน/ปี 25 ธันวาคม 2568



ประเด็นที่ 8

CYBER SECURITY

ประเด็นที่ 8 : Cyber Security

Cyber Security

1. ประเด็นตรวจราชการ

ตัวชี้วัด 1.ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง
เป้าหมาย : ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับสูง

2. สถานการณ์

ตามที่ คณะกรรมการการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์แห่งชาติ มีนโยบายและแผนปฏิบัติการว่าด้วยการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (พ.ศ. 2565 - 2570) เพื่อเป็นแผนแม่บทในการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ของประเทศไทย การพัฒนาความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ในภาพรวมที่ครอบคลุมทุกมิติ และเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการดำเนินการด้านการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ซึ่งสอดคล้องกับความมั่นคงแผนย่อย การป้องกันและแก้ไขปัญห (ความมั่นคงทางไซเบอร์)

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน (Cybersecurity Technical Assessment Matrix Plus: CTAM+) ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ให้กับหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้กำหนดเกณฑ์การประเมินเมื่อปีงบประมาณ พ.ศ.2568 ดำเนินการข้อ 1 – 11 ครบถ้วนทุกข้อ ระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์สูง (สีเขียว) ซึ่งหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้แก่ รพ.ทั่วไป 1 แห่ง รพ.ชุมชน 6 แห่ง สสจ. 1 แห่ง รวม 8 แห่ง ได้ดำเนินการครบทั้ง 11 ข้อ ร้อยละ 100 ทุกหน่วยบริการด้วยแนวทางการใช้ระบบเขตสุขภาพที่ 12 ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ดำเนินการแล้วจำนวน 15 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 88.24 โดยประเด็นอุปสรรคที่พบในหน่วยงาน คือ เรื่องของงบประมาณในการดำเนินการข้อ 15 ใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ และ ข้อ 16 Penetration Testing ทำให้ไม่สามารถดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานได้ในไตรมาสแรก

ตารางที่ 111 ผลการดำเนินงานร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 - 2569

ปีงบประมาณ	ข้อมูลสถานการณ์ย้อนหลัง		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2568	100	100	100
2569	100	100	100

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดต่อไปนี้

ตัวชี้วัด : หน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+) ตามที่กำหนดครบทุกข้อ

ตารางที่ 112 จำนวนหน่วยบริการมาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569			
หน่วยบริการ	เกณฑ์การประเมิน (ข้อ)	ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ (ข้อ)	อัตรา/ร้อยละ
สสจ.สตูล	17	15	88.24
รพ.สตูล	17	15	88.24
รพ.ควนโดน	17	15	88.24
รพ.ควนกาหลง	17	15	88.24
รพ.ท่าแพ	17	16	94.11
รพ.ละงู	17	15	88.24
รพ.ทุ่งหว้า	17	15	88.24
รพ.มะนัง	17	15	88.24
รวม	8	0	0

ที่มา : คณะกรรมการระดับจังหวัด ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM+)

ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	มีแผนสำรองข้อมูล (Backup) และแผนเผชิญเหตุ (BCP/DRP) ช่วยให้โรงพยาบาลสามารถ "ให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง" แม้จะเกิดการโจมตีทางไซเบอร์ ลดผลกระทบต่อผู้ป่วย 1. ความต่อเนื่องของบริการ (Business Continuity) : ระบบสารสนเทศบริการผู้ป่วย (HIS) สามารถกลับมาใช้งานได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด (RTO) ตามแผน BCP/DRP เมื่อเกิดอุบัติเหตุทางไซเบอร์ ทำให้การบริการไม่หยุดชะงัก 2. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) : ข้อมูลประวัติของผู้ป่วยมีความถูกต้องแม่นยำ (Data Integrity) ตลอดเวลา ไม่ถูกแก้ไขโดยผู้ไม่หวังดี ลดความเสี่ยงในการรักษาผิดพลาด 3. ความเชื่อมั่นในบริการ (Trust & Privacy) : ผู้รับบริการมีความมั่นใจในการใช้บริการ Digital Health (เช่น App หมอพร้อม, Telemedicine) เนื่องจากหน่วยงานมีระบบรักษาความลับข้อมูล (Confidentiality) ตามเกณฑ์ CTAM+ 4. การเข้าถึงบริการตลอด 24 ชม. (Availability) : ลดอัตราการปิดปรับปรุงระบบกะทันหันจากการถูกโจมตีด้วย Malware หรือ Ransomware ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการรักษาและข้อมูลสุขภาพได้ต่อเนื่อง

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	5. การตอบสนองต่ออุบัติการณ์ (Incident Response) : เมื่อพบความผิดปกติในระบบบริการ ทีม IT สามารถระบุและจำกัดวงความเสียหาย(Containment) ได้อย่างรวดเร็วผ่านระบบ Log และ SIEM ทำให้กระทบต่อผู้ป่วยที่รอรับบริการน้อยที่สุด
กำลังคนที่ให้บริการ	เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการสิทธิ์ของ "บุคลากร" ในการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเข้าถึงโดยมิชอบและสร้างวินัยด้านความปลอดภัย 1. สร้างความตระหนักรู้และความสามารถด้านดิจิทัล (Digital Literacy & Awareness) : บุคลากรทุกระดับได้รับการฝึกอบรมและมีความเข้าใจในความเสียหายทางไซเบอร์ ลดโอกาสการตกเป็นเหยื่อของการโจมตีแบบ Phishing หรือ Social Engineering 2. กำหนดสิทธิ์และความรับผิดชอบที่ชัดเจน (Role-based Accountability) : มีการใช้ระบบ Access Control เพื่อระบุตัวตนและหน้าที่ในการเข้าถึงข้อมูลอย่างชัดเจน ทำให้บุคลากรทำงานตามขอบเขตหน้าที่และมีความรับผิดชอบต่อข้อมูลที่เข้าถึง 3. ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกฎหมาย (Compliance & Protection) : บุคลากรปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับ พ.ร.บ. ไซเบอร์ฯ และ PDPA ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงทางกฎหมายส่วนบุคคลที่อาจเกิดจากการละเมิดข้อมูลโดยไม่เจตนา
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ปกป้องระบบสารสนเทศสุขภาพโดยตรง ทั้งในด้านความลับ (Confidentiality) และความพร้อมใช้งาน (Availability) 1. คงสภาพและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ (Data Integrity) : ระบบ Log Management และ SIEM ช่วยตรวจสอบการเข้าถึงและแก้ไขข้อมูล ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลสุขภาพดิจิทัลไม่มีการเปลี่ยนแปลงโดยไม่ได้รับอนุญาต 2. ระบบการจัดเก็บและกู้คืนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (Robust Data Storage & Recovery) : การดำเนินงานตามเกณฑ์ Backup ช่วยให้หน่วยงานมั่นใจว่าข้อมูลสุขภาพที่สะสมมาจะไม่สูญหาย และสามารถกู้คืนมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนงานสาธารณสุขได้เสมอ 3. โครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลที่มั่นคงปลอดภัย (Secure Digital Infrastructure) : การทำ OS Patching และ WAF อย่างสม่ำเสมอช่วยลดช่องโหว่ของระบบสารสนเทศ ทำให้ฐานข้อมูลกลางของโรงพยาบาลปลอดภัยจากการบุกรุกเชิงเทคนิค 4. ประเมินความเสี่ยงเชิงรุก (Proactive Information Risk Management) : การทำ VA & Pentest ช่วยให้หน่วยงานรับทราบจุดอ่อนของระบบสารสนเทศล่วงหน้า และสามารถปรับปรุงระบบข้อมูลให้ทันสมัยและปลอดภัยอยู่เสมอ 5. สนับสนุนการตัดสินใจด้วยข้อมูลที่โปร่งใส (Information Transparency for Decision Making) : รายงานความปลอดภัยจากระบบ SIEM และผลการตรวจสอบสิทธิ์การเข้าถึง ช่วยให้ผู้บริหารเห็นภาพรวมความมั่นคงของระบบข้อมูล เพื่อใช้ในการวางแผนลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างแม่นยำ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	ปกป้องระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับการเบิกจ่ายยาหรือคลังเวชภัณฑ์ออนไลน์ 1. ความถูกต้องของใบสั่งยาอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Prescription Integrity) : การใช้ Access Control และ PAM ช่วยป้องกันการแก้ไขรายการยาหรือจำนวนยาในระบบโดยผู้ไม่มีสิทธิ์ เพื่อความปลอดภัยสูงสุดในการจ่ายยาให้ผู้ป่วย 2. ความปลอดภัยของระบบจัดซื้อจัดจ้างออนไลน์ (Secure Procurement Portals): การติดตั้ง WAF ช่วยปกป้องระบบเว็บแอปพลิเคชันที่ใช้ในการสั่งซื้อยาและเวชภัณฑ์จากภายนอก ป้องกันการเจาะระบบเพื่อขโมยข้อมูลการประมูลหรือขัดขวางกระบวนการสั่งซื้อ 3. การคุ้มครองข้อมูลเทคโนโลยีทางการแพทย์ (Protection of Medical Technology Data) : การประเมินช่องโหว่ (VA & Pentest) ช่วยระบุความเสี่ยงของอุปกรณ์การแพทย์ที่เชื่อมต่อเครือข่าย (IoT) ทำให้มั่นใจได้ว่าเทคโนโลยีเหล่านี้จะทำงานได้อย่างปลอดภัยและไม่ถูกรบกวนการทำงานจากภายนอก 4. ความน่าเชื่อถือของระบบติดตามเวชภัณฑ์อัจฉริยะ (Reliability of Smart Tracking Systems) : ระบบ SIEM และ Log Management ช่วยตรวจสอบการทำงานของระบบติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บยาหรือคลังเลือด ทำให้มั่นใจได้ว่าข้อมูลการตรวจสอบคุณภาพเวชภัณฑ์มีความต่อเนื่องและเชื่อถือได้ตลอดเวลา
การเงิน การคลังด้านการให้บริการ	ลดความเสี่ยงจากการถูกเรียกค่าไถ่ข้อมูล (Ransomware) ซึ่งช่วยป้องกันความเสียหายทางการเงินของหน่วยงาน 1. ป้องกันความสูญเสียทางการเงินจากภัยคุกคาม (Financial Loss Prevention) : ลดความเสี่ยงและมูลค่าความเสียหายจากการถูกเรียกค่าไถ่ข้อมูล (Ransomware) หรือการโจรกรรมข้อมูลทางการเงิน ช่วยรักษาเสถียรภาพเงินบำรุงของหน่วยงาน 2. จัดสรรงบประมาณด้านไอทีอย่างมีประสิทธิภาพ (Cost-Effective IT Investment) : การทำ VA & Pentest และ SIEM ช่วยให้หน่วยงานเห็นจุดอ่อนที่แท้จริงและวางแผนงบประมาณปรับปรุงระบบได้ตรงจุด ลดรายจ่ายซ้ำซ้อนที่ไม่จำเป็น
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	เป็นเครื่องมือให้ผู้บริหารใช้ในการตรวจสอบ (Audit) และกำกับดูแลความเสี่ยงตามมาตรฐานกฎหมาย (พ.ร.บ. ไซเบอร์ฯ และ PDPA) 1. กำกับดูแลตามมาตรฐานกฎหมาย (Regulatory Compliance) : หน่วยงานปฏิบัติตาม พ.ร.บ. ไซเบอร์ฯ และ PDPA ได้อย่างครบถ้วนผ่านเกณฑ์ CTAM+ ลดความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาลและการถูกลงโทษทางกฎหมายขององค์กร 2. มีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของผู้นำ (Leadership Accountability) : ผู้บริหารทุกระดับมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจน โดยใช้รายงานจากระบบ SIEM และ VA เป็นเครื่องมือในการกำกับดูแลและตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ด้านความปลอดภัย

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	3. บริหารความเสี่ยงระดับองค์กร (Integrated Risk Management) : ผลการประเมินจุดอ่อน (VA & Pentest) ถูกนำมาใช้ในแผนบริหารความเสี่ยงภาพรวมของโรงพยาบาล ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาด้านเชิงรุกและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยจากนโยบายสู่การปฏิบัติ 4. ความโปร่งใสและตรวจสอบได้ (Transparency & Auditability) : ระบบ Log Management และ PAM ช่วยให้เกิดการตรวจสอบย้อนกลับ (Traceability) ในการดำเนินงานต่างๆ เสริมสร้างความโปร่งใสตามหลักธรรมาภิบาลภาครัฐ 5. ยกระดับวุฒิภาวะทางไซเบอร์ของหน่วยงาน (Cybersecurity Maturity Elevation) : การบรรลุเกณฑ์ CTAM+ ระดับสูงสะท้อนถึงวุฒิภาวะในการบริหารจัดการที่ทันสมัย พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงสู่ระบบสุขภาพดิจิทัล (Smart Hospital) อย่างยั่งยืน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

กลไกการดำเนินงาน (Implementation Measures)

1. การปรับปรุงระบบเครือข่ายและสารสนเทศ : ดำเนินการตามเกณฑ์เทคนิคทั้ง 11 ข้อ โดยให้ความสำคัญกับการทำ Hardening ระบบและอุปกรณ์
2. กลไกการตรวจประเมิน : หน่วยงานต้องประเมินตนเอง (Self-Assessment) หรือใช้ผู้เชี่ยวชาญอิสระในการตรวจสอบ และรวบรวมหลักฐานประกอบ (เช่น รายงานผล VA, ภาพหน้าจอการตั้งค่า Backup)
3. วงรอบการรายงานผล : ส่งผลประเมินพร้อมหลักฐานผ่านช่องทางที่ ศทส.สป.สธ. กำหนด (เช่น Google Form หรือ Email) ทุกวันพฤหัสบดี เพื่อให้มีการติดตามความคืบหน้าอย่างต่อเนื่อง
4. กลไกการควบคุมคุณภาพ : คณะทำงานระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ทำหน้าที่กำกับดูแลให้คำปรึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนส่งส่วนกลาง
5. การยืนยันผลและการแสดงผล : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) จะยืนยันผลการประเมิน ทุกวันศุกร์ และแสดงผลผ่าน Dashboard กลางเพื่อให้ผู้บริหารติดตามได้แบบ Real-time

ข้อเสนอแนะเชิงกลยุทธ์ (Strategic Recommendations)

1. การสนับสนุนจากส่วนกลางและเขตสุขภาพ : ควรมี “ทีมที่ปรึกษา (Cyber Security Mentor)” ในระดับเขต เพื่อช่วยสนับสนุนโรงพยาบาลขนาดเล็กที่ขาดแคลนบุคลากรไอที
2. การบูรณาการงบประมาณ : ควรกำหนดให้งบประมาณด้าน Cybersecurity เป็นส่วนหนึ่งของงบดำเนินงานปกติ ไม่ใช่งบโครงการชั่วคราว เพื่อความยั่งยืนในการต่ออายุ License หรือ Maintenance
3. การซ้อมแผนเผชิญเหตุ (Tabletop Exercise) : ผู้บริหารควรเข้าร่วมการซ้อมแผน BCP/DRP อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเมื่อเกิดเหตุจริงจะสามารถสั่งการได้ทันทั่วทั้งที่
4. ความร่วมมือกับภาคเอกชน/เครือข่าย : ในกรณีที่เกณฑ์เทคนิคบางข้อมีความซับซ้อนสูง (เช่น SIEM หรือ Pentest) หน่วยงานอาจพิจารณาใช้บริการแบบ Managed Security Service Provider (MSSP) เพื่อประสิทธิภาพสูงสุด
5. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย : กำหนดให้ “ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์” เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดความดีความชอบหรือผลงานของหน่วยงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตามเกณฑ์

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. การพัฒนาคน (People Development) :

- จัดตั้งทีม Cybersecurity Incident Response Team (CIRT) ของหน่วยงาน
- ส่งเสริมให้บุคลากรสาย IT ได้รับใบรับรองมาตรฐานสากล (เช่น Security+, CISSP)

2. การพัฒนากระบวนการ (Process Optimization) :

- ยกระดับจาก CTAM+ ไปสู่มาตรฐาน ISO/IEC 27001 หรือมาตรฐานที่สูงขึ้น
- ปรับปรุงนโยบายความปลอดภัยสารสนเทศ (ISMS) ให้ทันสมัยตามเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป

3. การพัฒนาเทคโนโลยี (Technology Innovation) :

- พิจารณาระบบ Zero Trust Architecture (ZTA) มาใช้ในอนาคต
- บูรณาการระบบ SIEM ร่วมกับ AI เพื่อตรวจจับภัยคุกคามแบบอัตโนมัติ (Automated Threat Detection)

4. การประเมินความคุ้มค่า (Impact Assessment) :

- ประเมินผลสัมฤทธิ์เชิงคุณภาพ (Outcome/Impact) ตามสัดส่วน 30% ของเกณฑ์กระทรวงฯ เพื่อดูความพึงพอใจและความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ต้องทำการทดสอบอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ในรูปแบบ Gray box หรือ Black box ซึ่งหากจ้างบริษัทเอกชนอาจมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องใช้เวลาในการเตรียมตัวระบบ

2. การใช้ซอฟต์แวร์ถูกลิขสิทธิ์ การรักษาลิขสิทธิ์ซอฟต์แวร์สำหรับระบบงานและเครื่องคอมพิวเตอร์สำคัญทั้งหมดมีค่าใช้จ่ายสูง รวมถึงค่าบำรุงรักษา (MA) ที่เป็นภาระทางการเงินต่อเนื่อง

6. ข้อเสนอแนะตอนนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

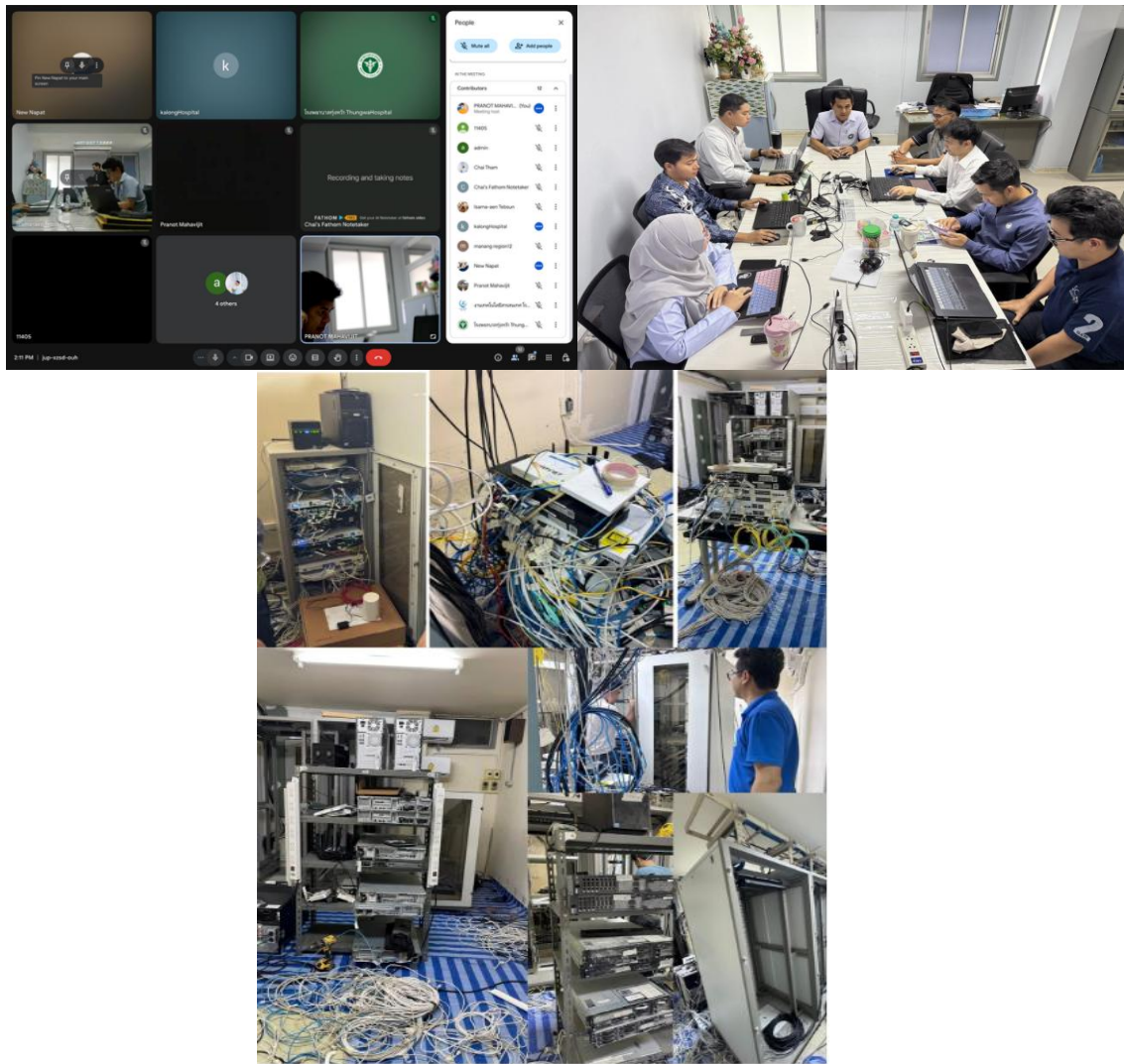
1. ใช้บริการสนับสนุนจากส่วนกลาง โรงพยาบาลควรทำหนังสือแจ้งความประสงค์ขอใช้บริการ Pentest จาก ศทส.สป.สธ. ซึ่งมีแผนจะเริ่มให้บริการจำลองการโจมตีจริงในเดือนมกราคม 2569 เพื่อลดภาระค่าใช้จ่าย

2. คณะทำงานระดับจังหวัด ให้คณะทำงานด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับจังหวัดหรือเขตสุขภาพ เข้ามาช่วยตรวจสอบและรับรองผล ซึ่งเกณฑ์ระบุว่า สามารถให้การรับรองได้เทียบเท่าเอกชน

3. ปรับเปลี่ยนไปใช้ซอฟต์แวร์ Opensource เสนอให้โรงพยาบาลนำซอฟต์แวร์แบบ Opensource มาใช้ในการดำเนินงาน เพื่อลดการพึ่งพาหน่วยงานเอกชน และลดภาระงบประมาณลิขสิทธิ์

4. กลไกการต่อรองงบประมาณร่วมกัน ภายในจังหวัดหรือเขตสุขภาพควรช่วยกันต่อรองในส่วนที่จำเป็นต้องใช้งบประมาณ เช่น ค่า MA, Server หรือ Firewall เพื่อให้ได้ราคาที่เหมาะสม

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นายประณต มหาวิจิตร
ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ
หน่วยงาน กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล
เบอร์ติดต่อ 085-8934713
E-mail mamyboyman@gmail.com
วัน/เดือน/ปี 5 มกราคม 2569



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

SATUN PROVINCIAL HEALTH OFFICE