

# เอกสารตรวจราชการ และนิเทศงาน



โรงพยาบาลสตูล  
Satun Hospital

## รอบ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

21 - 23 มกราคม 2569



**Service Plan Satun**

## คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ระหว่างวันที่ 21 – 23 มกราคม 2569 เสนอนายแพทย์อภิชาติ วชิรพันธ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 12 และคณะตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสตูล สถิติ การให้บริการ ตามเขตบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1/2569

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

ภรภัทร มณีโชติ

นักวิเคราะห์นโยบายและแผน

คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จังหวัดสตูล  
(Service Plan)

มกราคม 2569

## สารบัญ

### เรื่อง

### ข้อมูลทั่วไป

บทสรุปผู้บริหาร

### ข้อมูลสถิติการให้บริการ

ผลการดำเนินงานตามเขตบริการสุขภาพ : Service Excellence (Service Plan)

สาขา แม่และเด็ก (สูติกรรม)

สาขา ทารกแรกเกิด (New Born)

สาขา สุขภาพจิตและยาเสพติด

สาขา อายุรกรรม (Sepsis)

สาขา โรคไต (CKD)

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : DM HT)

สาขา โรคมะเร็ง (CANCER)

สาขา โรคหัวใจและหลอดเลือด (STEMI)

สาขา วัณโรค (TB)

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Stroke)

สาขา บริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม

สาขา การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

สาขา สุขภาพช่องปาก

สาขา วิสัญญี

สาขา ออโธปิดิกส์

สาขา ศัลยกรรม

สาขา พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยขั้นระยะวิกฤต (intermediate Care : IMC)

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (COPD)

สาขา กุมารเวชกรรม

สาขา จักษุ

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

## บทสรุปของผู้บริหาร (Executive summary)

โรงพยาบาลสตูนเป็นโรงพยาบาลทั่วไป เดิมมีจำนวนเตียงตามกรอบทั้งหมด 186 เตียง แต่ปัจจุบันมีเตียงใช้งานจริงทั้งหมด 300 เตียง อ้างอิงจากกองบริการการสาธารณสุข ซึ่งจำนวนเตียงที่ให้บริการจริง (Active bed) ในปีงบประมาณ 257 เท่ากับ 245 เตียง และปีงบประมาณ 2568 เท่ากับ 240 เตียง ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-พ.ย.68) 247 เตียง เมื่อพิจารณาจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการทุกประเภท ระหว่างปีงบประมาณ 2566– 2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68- ธ.ค.68) พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสตูน จำนวนทั้งสิ้น 103,682 ราย ผู้รับบริการเฉลี่ย 1,700 ราย/วัน เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 80,147 ราย ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย อยู่ที่ 1,314 ราย/วัน โดยโรงพยาบาลสตูนได้ดำเนินการพัฒนาในส่วนของการให้บริการโดยเน้นด้านการรักษา

สำหรับข้อมูลสถิติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68) พบว่า

### 5 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยมาทำการรักษามากที่สุด ได้แก่

- 1.โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)
- 2.โรคความดันโลหิตสูง (Essential (primary) hypertension)
- 3.โรคปวดท้อง (Abdominal and pelvic pain)
- 4.โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)
- 5.โรคหอบหืด (Asthma)

สถานการณ์ผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2566– 2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2568 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 23,765 ราย และในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-พ.ย.68) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 4,140 ราย ซึ่งโรงพยาบาลสตูนมีอัตราการครองเตียง ปีงบประมาณ 2568 80.52 % ปีงบประมาณ 2569 82.35 % (ข้อมูลจาก กองบริการการสาธารณสุข) สำหรับจำนวนวันนอนเฉลี่ย/คน อยู่ที่ 4 วัน เมื่อพิจารณาสถิติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน (In Patient Department) ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68) พบว่า

### 5 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุด ได้แก่

- 1.โรคปอดบวมไม่ระบุเชื้อต้นเหตุ (Pneumonia, organism unspecified)
- 2.การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Intracranial injury)
- 3.โรคท้องเสีย (Diarrhoea)
- 4.โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 5.โรคหลอดลมอักเสบ (Bronchitis)

สถานการณ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ระหว่างปีงบประมาณ 2566-2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2569 (ต.ค.68- ธ.ค.68) พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อเฉลี่ย จำนวน 34 ราย/วัน และผู้ป่วยที่รับจากการส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชนเฉลี่ย จำนวน 23 ราย/วัน

สถานการณ์ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Mortality) ในปีงบประมาณ 2566 – 2568 มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68- ธ.ค.68) มีอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 1.30 ซึ่งพบว่า

#### 5 อันดับของโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ คือ

- 1.โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
- 2.โรคปอดบวม (Pneumonia)
3. โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)
- 4.โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure) โรคมะเร็งหลอดลมและปอด (Malignant neoplasm of bronchus and lung)
- 5.โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) วัณโรคปอด (Tuberculosis of lung) โรคท้องเสียและกระเพาะ-ลำไส้อักเสบจากการติดเชื้อ (Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin) มะเร็งเต้านม (Malignant neoplasm of breast) และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) นอกจากนี้ยังพบว่ารายงาน

#### โรคระบาดของโรงพยาบาลสตูนที่พบบ่อย ได้แก่

- 1.อุจจาระร่วง
- 2.โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)
- 3.ปอดอักเสบ
- 4.โรคสุกใส
- 5.อาหารเป็นพิษ
- 6.RSV
- 7.ไข้เลือดออก
- 8.โรคฉี่หนู
- 9.หูดอวยวะเพศ
- 10.ซิฟิลิส

ด้านการส่งเสริมการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ณ คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Cluster), เปิดคลินิกพิเศษให้บริการนอกเวลา, พัฒนาระบบคิว (Kiosk) การจองคิวออนไลน์, ระบบนัดหมายตามช่วงเวลา, ระบบระยะเวลารอคอยห้องทันตกรรม, IPD Paperless ระบบผู้ป่วยใน (IPD) ของโรงพยาบาล Paperless ซึ่งการเปลี่ยนจากระบบเอกสารในรูปแบบกระดาษไปเป็นระบบดิจิทัลทั้งหมด ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มความปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย แพทย์ทางไกลตามพื้นที่เกาะเพื่อลดระยะเวลาเดินทางและค่าใช้จ่าย, พัฒนาระบบการเชื่อมต่อข้อมูลน้ำหนักร่างกาย และความดัน เข้าระบบ HIS

ของโรงพยาบาลเพื่อลดขั้นตอนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์, การบริการส่งยาทางไปรษณีย์ถึงบ้าน (Health Rider) เป็นโครงการที่ลดความแออัดภายในโรงพยาบาลและเพิ่มความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วยที่มาใช้บริการภายในโรงพยาบาล, EKG Digital : ระบบตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบดิจิทัล ที่ใช้เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์ในการบันทึก/แสดงผล/จัดเก็บ/ส่งต่อข้อมูลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบเรียลไทม์ โดยไม่ต้องใช้กระดาษเหมือนเครื่อง EKG แบบเดิม, รวมถึง MOPH OB : ฐานข้อมูลออนไลน์ที่กระทรวงสาธารณสุขจัดทำขึ้น เพื่อรวบรวมและติดตามข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ฝากครรภ์ จนถึงคลอดและดูแลหลังคลอด โดยเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลสถานอนามัย และหน่วยบริการทั่วประเทศ, Retina AI : ระบบคัดกรองโรคจอประสาทตาโดยใช้ปัญญาประดิษฐ์ AI เพื่อคัดกรองเบาหวานขึ้นตา ช่วยให้ตรวจได้เร็ว แม่นยำ และลดการสูญเสียการมองเห็นของประชาชน, NCD Registry : (Ministry of Public Health-MOPH) ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases:NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน เป็นต้น, MOPH Alert : ระบบแจ้งเตือนและประชาสัมพันธ์จากกระทรวงสาธารณสุข (MOPH) สำหรับส่งข้อมูลไปยังประชาชนผ่านแพลตฟอร์ม **หมอมพร้อม** ในรูปแบบต่างๆ เช่น การแจ้งเตือนนัดหมาย การเปลี่ยนแปลงนัดหมาย การแจ้งข่าวสารสุขภาพ หรือการส่งแบบสำรวจ ช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขสามารถบริหารจัดการการบริการและสื่อสารกับประชาชนได้สะดวกขึ้น, การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย MOPH Refer และ Imaging Hub ร่วมกับ 12 เขตสุขภาพ การเชื่อมโยงระบบส่งต่อทั่วประเทศด้วยใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ 1). ลดขั้นตอนในการรับบริการส่งตัวผู้ป่วย 2). เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อจาก HIS, Refer Platform และ MOPH Digital HealthPlatform ทั่วประเทศ 3). ต่อยอดสู่การนำข้อมูลไปพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ในอนาคต โดยดำเนินการภายใต้กรอบธรรมาภิบาลข้อมูลและความปลอดภัยไซเบอร์ และระบบส่งต่อ online MOPH Refer เป็นระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข ช่วยให้หน่วยบริการต่างๆ สามารถส่งต่อผู้ป่วยระหว่างกันได้อย่างปลอดภัยและรวดเร็ว โดยใช้ใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์แทนใบส่งตัวกระดาษ ยังมีส่วนช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ และช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกและรวดเร็ว, ระบบ Lab Online ณ. PCU ระบบออนไลน์สำหรับการส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ไปยัง PCU (หน่วยบริการสุขภาพชุมชน) และการอ่านผลตรวจนั้น ณ PCU ได้เช่นกัน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ใน PCU สามารถเข้าถึงข้อมูลผลตรวจได้ง่ายและทันเวลา ใช้เทคโนโลยีออนไลน์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็วและสะดวก ระบบยังมีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบ Lab Online ในโรงพยาบาล (HOSxP) และ (PCU) มีลักษณะดังนี้ 1.การเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลผู้ป่วย:ระบบ Lab Online จะเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (เช่น HOSxP) และ PCU. ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น 2.การส่งตรวจวิเคราะห์ทาง Lab:แพทย์สามารถส่งตรวจวิเคราะห์ทาง Lab ผ่านระบบ Lab Online ได้ 3.การส่งผลการตรวจวิเคราะห์:ผลการตรวจวิเคราะห์จาก Lab จะถูกส่งกลับไปยังระบบข้อมูลผู้ป่วยโดยอัตโนมัติ 4.การเข้าถึงผลการตรวจวิเคราะห์:บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงผลการตรวจวิเคราะห์ผ่านระบบ Lab Online ได้ตลอดเวลา 5.การรายงานผลการตรวจวิเคราะห์:ระบบ Lab Online สามารถสร้างรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ได้, ระบบจองคิวออนไลน์

ผ่านหมอฟร้อม สภาพความแออัดของผู้ป่วยที่มารับบริการตามโรงพยาบาลต่างๆ ของรัฐ และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นปัญหาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ล่าช้ามากขึ้น ความพึงพอใจลดลงซึ่งระยะเวลาการรอคอยสะท้อนถึงคุณภาพการให้บริการและมีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการและการพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการจองคิวตรวจล่วงหน้าผ่าน Application หมอฟร้อมในโรงพยาบาลต่อไป

เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข 2569 ภายใต้สโลแกน "สานต่อ วางรากฐาน ร่วมพัฒนา เพื่อระบบที่ยั่งยืน" มุ่งเน้น 5 ด้านหลัก คือ 1. เพิ่มประสิทธิภาพบริการลดเหลื่อมล้ำ (One Region-One Province-One Hospital, พัฒนาปฐมภูมิ), 2. สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย (ลด NCDs, สุขภาพจิต), 3. เพิ่มขีดความสามารถทางการแพทย์ (ดิจิทัล, นวัตกรรม, Telemedicine), 4. เพิ่มมูลค่าเศรษฐกิจสุขภาพ (ผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง, การแพทย์แม่นยำ), และ 5. เสริมพลังบุคลากร (สวัสดิการ, คุณภาพชีวิต) โดยให้ความสำคัญกับการยกระดับ อสม. เป็นผู้ช่วยสาธารณสุข และการขับเคลื่อนนโยบายสำคัญ เพื่อบริหารทรัพยากรเขตสุขภาพ. พัฒนาบริการปฐมภูมิให้มีหมอฟร้อมประจำตัวทุกคน. เสริมความพร้อมรับมือภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ สร้างสุขภาพดีทุกช่วงวัย คนไทยแข็งแรง: ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน ให้มีสุขภาพดี พัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตและการบำบัดยาเสพติด เพื่อให้การพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว สร้างคลังข้อมูลสุขภาพ (Big Data). ขยายการใช้ Telemedicine, AI ทางการแพทย์ และเทคโนโลยีการแพทย์แม่นยำ (Precision Medicine) โดยเพิ่มมูลค่าเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ (Healthcare Economy): สนับสนุนการวิจัยและผลิตผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง (ATMPs) พัฒนานวัตกรรมเพื่อสร้างเศรษฐกิจสุขภาพไทย ที่สำคัญการเสริมพลังบุคลากร กำลังใจ คุณภาพชีวิตการทำงาน:บริหารจัดการกำลังคนให้คล่องตัว ปรับกฎหมาย สร้างเสริมสวัสดิการ ความก้าวหน้า และสภาพแวดล้อมที่ดี (เช่น No Gift Policy) นโยบายเด่นเฉพาะ:ยกระดับ อสม.: พัฒนา อสม. เป็น "ผู้ช่วยสาธารณสุข" เพื่อสวัสดิการที่ยั่งยืน ขับเคลื่อนนโยบาย "รักษาฟรี เพื่อคนไทยห่างไกลมะเร็งตับ" สุขภาพจิต: ส่งเสริม "Playful Mindset" ในครอบครัว เพื่อสร้างความผูกพันที่ดีให้กับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย

# ข้อมูลสถิติ

ลำดับโรคผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนครั้ง
1	E10-E14	Diabetic mellitus	11,957
2	I10	Hypertension	10,934
3	J00-J069	Acute nasopharyngitis	7,095
4	M17	Osteoarthritis of knee	7,057
5	R10	Abdominal and pelvic pain	7,021
6	J45 -J46	Asthma	6,209
7	M54	Low back pain	5,352
8	J09-J18,J44,J06	Influenza and Pneumonia	4,515
9	J20-J209	Bronchitis	3,798
10	M79	Myalgia	3,668
11	A090-A099	Diarrhea	3,078
12	B20-B24	HIV	3,030
13	I60-I64	Stroke	2,287
14	I25	Chronic ischaemic heart disease	2,067

ลำดับโรคผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนครั้ง
1	E10-E14	Diabetic mellitus	3,750
2	I10	Hypertension	2,960
3	R10	Abdominal and pelvic pain	1,876
4	M17	Osteoarthritis of knee	1,736
5	J00-J06	Acute nasopharyngitis	1,711
6	J09-J18,J44,J06	Influenza and Pneumonia	1,636
7	J45-J46	Asthma	1,458
8	M54	Low back pain	1,408
9	M79	Myalgia	864
10	J20	Bronchitis	822
11	A090-A099	Diarrhea	706
12	I25	Chronic ischaemic heart disease	623
13	B20-B24	HIV	510
14	I60-I64	stroke	577

ลำดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	J09-J18, J440, J69	Pneumonia	1,259
2	A09	Diarrhoea and gastroenteritis	932
3	I60-I64	Stroke	778
3	S00-S09	Head injury	753
4	H25	Senile cataract	752
5	J441-J449	COPD	528
6	K35-K38	Acute appendicitis	515
7	J20	Bronchitis	509
8	J45-J46	Asthma	496
9	I50	Heart failure	344
10	I21	Acute myocardial infarction	302
11	E10-E149	DM	265

ลำดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68- พ.ย.68)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	J09-J18, J440, J69	Pneumonia	191
2	S00-S09	Head injury	167
3	A09	Diarrhoea and gastroenteritis	163
4	I60-I64	Stroke	119
5	J20	Bronchitis	118
6	H25	Senile cataract	112
7	J45-J46	Asthma	102
8	J441-J449	COPD	98
9	K35-K38	Acute appendicitis	80
10	I50	Heart failure	78
11	E10-E149	DM	66
12	I21	Acute myocardial infarction	35

ลำดับโรคผู้ป่วยในเสียชีวิตปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	J09-J18, J440, J69	Pneumonia	61
2	I60-I64	Stroke	38
3	I500-I509	Heart failure	21
4	S06-S09	Intracranial injury	20
5	N390	Sepsis from UTI	19
6	I21	Acute myocardial infarction	17
7	C349	Lung cancer	8
7	N184-N185	Chronic kidney disease	8
8	K920-K921	Gastrointestinal bleeding	4
9	I711-I73	Aortic aneurysm and dissection	3
9	P070-P071	Low birth weight	3
9	S720-S721	Fracture of femur	3
10	A150-A162	Tuberculosis of lung	2

ลำดับโรคผู้ป่วยในเสียชีวิตปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	จำนวนคน
1	I60-I64	Stroke	8
2	J09-J18, J440, J69	Pneumonia	6
3	N184-N185	Chronic kidney disease	4
4	I500-I509	Heart failure	3
4	C349	Malignant neoplasm of bronchus and lung	3
5	S06-S09	Intracranial injury	1
5	I214	Acute myocardial infarction	1
5	A150-A162	Tuberculosis of lung	1
5	A09	Diarrhoea and gastroenteritis of presumed infectious origin	1
5	C41	Malignant neoplasm of bone and articular cartilage of other and unspecified sites	1
5	C50	Malignant neoplasm of breast	1
5	A41	Sepsis	1

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Acute myocardial infarction	189	I21
2	Psychotic disorder	87	F12-F32
3	Stroke (Infarction, hemorrhage)	56	I60-I64
4	Pneumonia	48	J09-J18, J440, J69
5	Congestive heart failure	42	I500-I509
6	Bile duct disease (cholecystitis, cholangitis, calculus of bile dug)	22	K80-K83
6	Spinal stenosis/Spondylosis	22	M47-M48
7	Hip fracture	11	S720-S721
7	Supraventricular tachycardia	11	I471
8	Calculus of kidney	8	N20

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Acute myocardial infarction	27	I21
2	Psychotic disorder	15	F12-F32
3	Stroke (Infarction, hemorrhage)	10	I60-I64
4	Pneumonia	9	J09-J18, J440, J69
5	Hydronephrosis with renal and ureteral calculous obstruction	4	N132
5	Epilepsy	4	G409
6	Congestive heart failure	2	I500-I509
7	Spinal stenosis/Spondylosis	1	M47-M48
7	Hip fracture	1	S720-S721
7	Chronic kidney disease	1	N183-N185

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Myocardial infarction	186	I21-I25
2	Spondylosis/Spinal stenosis	159	M47-M48
3	Diabetic retinopathy (DR)	115	E113
4	Dermatitis/Psoriasis	105	L30-L40
5	Calculus of kidney	103	N20
6	Cervix cancer	82	C539
6	Chronic kidney disease	82	N183-N185
7	Glaucoma	69	H40
8	Systemic lupus erythematosus	68	M32-M34
9	Hypertension	61	I10
10	Stroke (infarction/hemorrhage)	57	I60-I64
10	Breast cancer	57	C509
11	Thyroid cancer	52	C73

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Diabetic retinopathy (DR)	55	E113
2	Myocardial infarction	43	I21-I25
3	Spondylosis/Spinal stenosis	31	M47-M48
4	Dermatitis/Psoriasis	29	L30-L40
5	Systemic lupus erythematosus	28	M32-M34
6	Glaucoma	25	H40
7	Cervix cancer	24	C539
8	Breast cancer	22	C509
9	Calculus of kidney	21	N20
10	Chronic kidney disease	19	N183-N185
10	Thyroid cancer	19	C73
11	Hypertension	10	I10
12	Stroke (infarction/hemorrhage)	9	I60-I64

ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Head injury	303	S00-S09
2	Stroke (infarction/hemorrhage)	285	I60-I64
3	Appendicitis	281	K35-K38
4	Pneumonia	120	J09-J18,J440,J69
5	Acute gastroenteritis	57	A090-A099
6	Cholecystitis, cholangitis, calculus of bile duct	49	K80-K83
7	Acute myocardial infarction	46	I21
8	Hip fracture	33	S720-S721
9	Urinary tract infection	30	N39
10	Schizophrenia	29	F209
10	Chronic kidney disease stage 5	29	N185
11	Gastrointestinal bleeding	8	K92

ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)

ลำดับ	รหัสโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Head injury	73	S00-S09
2	Stroke (infarction/hemorrhage)	52	I60-I64
3	Appendicitis	51	K35-K38
4	Pneumonia	41	J09-J18,J440,J69
5	Acute gastroenteritis	19	A090-A099
6	Hip fracture	9	S720-S721
7	Acute myocardial infarction	8	I21
8	Cholecystitis, cholangitis, calculus of bile duct	7	K80-K83
8	Schizophrenia	7	F209
9	Chronic kidney disease stage 5	4	N185
9	Gastrointestinal bleeding	4	K92
9	Urinary tract infection with sepsis	4	N39
10	Epilepsy	2	G409

ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2568

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Senile cataract	230	H250-H259
2	Head injury	196	S00-S09
3	Stroke	159	I60-I64
4	Breast mass	144	N63
5	Osteoarthritis of knee	143	M170-M179
6	Thyroid disease (hyper-hypothyroid, thyroid nodule)	134	E03-E06
7	Abdominal pain	114	R10
8	Chronic kidney disease	98	N183-N189
9	Hearing loss	96	H90-H91
10	Spondylosis/Spinal stenosis	87	M47-M48
11	Glaucoma	75	H400-H409
12	Mass	65	R220-R229
13	Viral hepatitis	43	B16-B18

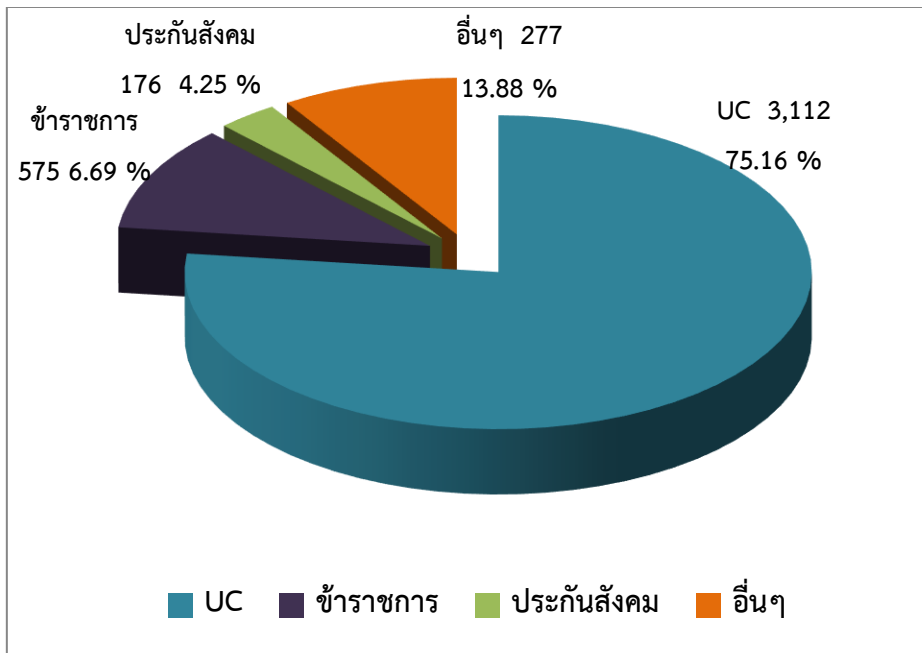
ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2569

ลำดับ	ชื่อโรค	จำนวนราย	รหัสโรค
1	Senile cataract	36	H250-H259
2	Osteoarthritis of knee	30	M170-M179
3	Spondylosis/Spinal stenosis	26	M47-M48
4	Chronic kidney disease	26	N183-N189
5	Breast mass	23	N63
6	Abdominal pain	22	R10
7	Glaucoma	16	H400-H409
8	Mass	15	R220-R229
8	Hearing loss	15	H90-H91
9	Head injury	14	S00-S09
10	Viral hepatitis	9	B16-B18
11	Stroke	6	I60-I64
12	Thyroid disease (hyper-hypothyroid, thyroid nodule)	2	E03-E06

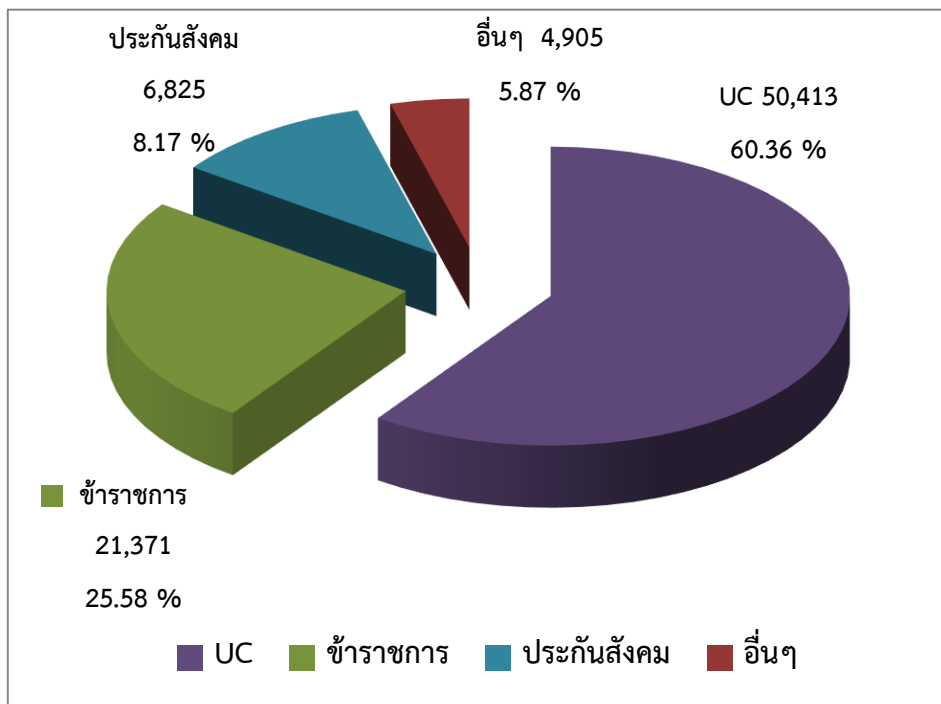
ลำดับโรคระบาด ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)

ลำดับ	โรค	รวมจำนวนทั้งหมด	
	จำนวนป่วย/อัตราป่วยต่อแสน	รวมผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน
1	อุจจาระร่วง	567	498.8
2	ไข้หวัดใหญ่	556	489.1
3	ปอดอักเสบ	146	128.4
4	สุกใส	32	28.2
5	อาหารเป็นพิษ	27	23.8
6	RSV	18	15.8
7	ไข้เลือดออก	12	10.6
8	ฉีหนู	8	7.0
9	หูดอวัยวะเพศ	7	6.2
10	ซิฟิลิส	6	5.3

จำนวนผู้ป่วยใน แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.68 – พ.ย.68)



จำนวนผู้ป่วยนอก แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)



ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562 – 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68)

รายการ	จำนวน	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567	ปีงบ2568	ปีงบ2569
									(ต.ค.68-ธ.ค.68)
ผู้รับบริการทุกประเภท	ราย	215,942	212,163	248,369	230,558	234,143	247,429	255,224	66,358
	ครั้ง	342,344	328,508	377,894	355,524	370,375	397,962	404,556	103,682
ผู้รับบริการทุกประเภทเฉลี่ย/วัน	ราย	1,409	1,346	1,588	1,494	1,550	1,658	1,714	1,700
ผู้ป่วยนอก	ราย	179,411	176,075	198,134	152,334	192,443	201,042	216,442	48,563
	ครั้ง	282,566	261,222	278,765	216,531	291,075	309,469	333,115	80,147
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย/วัน	ราย	1,163	1,071	1,171	910	1,218	1,289	1,412	1,314
ผู้ป่วยใน Admit	ราย	20,999	18,421	18,658	17,924	23,397	23,848	22,467	3,956
ผู้ป่วยใน จำหน่าย	ราย	21,381	19,154	19,613	17,897	23,363	23,955	23,765	4,140
จำนวนวันนอน รพ.	วัน	89,385	77,776	87,368	92,434	93,899	89,816	87,543	15,070
ผู้ป่วยรับใหม่	วัน	58	55	54	49	64	65	65	69
จำนวนวันนอนเฉลี่ย/คน	วัน	4.18	4.06	4.45	5.16	4.02	3.75	3.66	3.64
จำนวนผู้ป่วยนอนรพ.เฉลี่ย/วัน	ราย	245	213	239	253	257	245	240	247
อัตราผู้ป่วยนอก : ผู้ป่วยใน		13.46	13.80	14.32	12.08	12.44	12.98	14.04	14.04

รายการ	จำนวน	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567	ปีงบ2568	ปีงบ2569
									(ต.ค.68-ธ.ค.68)
Active bed	เตียง	245	213	239	253	257	245	240	247
จำนวนผู้ป่วย Refer in	คน	14,728	13,864	13,403	11,850	16,680	16,187	13,053	2,076
Refer in เฉลี่ย/วัน	วัน	40	38	37	32	46	44	36	34
จำนวนผู้ป่วย Refer out	คน	4,460	4,228	4,635	4,860	5,996	6,487	6,415	1,382
Refer out เฉลี่ย/วัน	วัน	12	12	13	13	16	18	18	23
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต IPD	คน	299	278	346	477	341	321	317	54
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต	%	1.40	1.45	1.76	2.67	1.46	1.34	1.33	1.30
<b>Sum AdjRw CMI@MOPH</b>							30,533.40	30,581.63	5,391.74
<b>CMI@MOPH</b>							1.2746	1.2819	1.3024
<b>อัตราครองเตียง 300 เตียง</b>							82.02	80.52	82.35
ค่า Sum AdjRw [ยกเว้น NB+NL]		20,291.83	21,828.96	22,859.84	22,940.70	29,295.63	30,040.09	8,067.68	5,355.39
ค่า CMI [ยกเว้น NB+NL]		1.1062	1.2716	1.3201	1.3586	1.3800	1.3400	1.3500	1.37
ค่า Sum AdjRw ทุกโรค		21,029.50	20,039.21	23,685.45	23,314.03	30,386.33	30,546.36	8,183.6465	5,432.50
ค่า CMI ทุกโรค		0.9763	1.1332	1.2028	1.2658	1.2900	1.2900	1.2900	1.31
จำนวนวันทำการ (ต.ค.-พ.ย.68)	วัน	243	244	238	238	239	240	236	61
จำนวนวันทั้งหมด (ต.ค.-ธ.ค.68)	วัน	365	366	365	365	365	366	365	92

ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)

ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ย.68)



# Service Plan

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา สูติกรรม

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 15 ต่อ แสนการเกิดมีชีพ

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

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 จากทุกรพช. ผ่านไลน์กลุ่ม และให้คำแนะนำ 3) มีการใช้ยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด (Carbetocin (Duratocin)) เพื่อลดอัตราตายและคุณภาพของสตรีตั้งครรภ์ในภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมดลูกไม่หดตัว 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

สถานการณ์การตายของทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ย้อนหลัง 3 ปี 2566-2568 คิดเป็น ,2.01,2.21 และ1.35 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ ปี 2569 สตูลมีจำนวนทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน 1 ราย คิดเป็น 1.64 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุมาจาก severe birth asphyxia with MAS

ตาราง อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีพ) ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และจังหวัด สตูล ปี 2566-2569

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

ตาราง อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน ระดับประเทศ เขตสุขภาพที่ 12 และ จังหวัด สตูล ปี 2566-2569

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์	ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เกิดมีชีพ	ทารกตาย	อัตราส่วน
ระดับประเทศ			เมือง	480	1	2.08	
7.04	4.33	4.21		ควนโดน	11	0	0
เขต 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	

### 3.3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

#### 3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ต.ค.-ธ.ค.68)	ข้อมูล	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
1	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุ≤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	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการ ดูแล 5 ครั้ง ตาม เกณฑ์คุณภาพ (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

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ต.ค.-ธ.ค.68)	ข้อมูล	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่า แพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
3.	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ดูแล 8 ครั้ง ตาม เกณฑ์คุณภาพ (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	ร้อยละของหญิง หลังคลอดได้รับการ การดูแลครบ 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	ภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ (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
6	ร้อยละทารกแรก เกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม (ไม่ เกินร้อยละ 7)	8.37	8.51	8.58	เป้าหมาย	241	74	33	28	27	44	21	14
					ผลงาน	17	6	1	2	4	2	2	0
					ร้อยละ	7.05	8.11	3.03	7.14	14.81	4.55	9.52	0
7	ร้อยละของทารก คลอดก่อนกำหนด (ไม่เกิน ร้อยละ 9)	10.97	9.29	11.39	เป้าหมาย	337	291	0	0	0	33	7	6
					ผลงาน	37	32	0	0	0	3	1	1
					ร้อยละ	10.98	11	0	0	0	9.09	14.29	16.67

ที่มา : HDC ณ 31/12/ 2568

### 3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks ,Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	<p>4 P</p> <p>P1 Plan of pregnancy ก่อนการตั้งครรภ์</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ควบคุมโรค NCD และโรคเรื้อรังในวัยเจริญพันธ์</li> <li>- มีการวางแผนครอบครัวเพื่อการเพื่อเตรียมตัวตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ</li> <li>- การจัดบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร</li> <li>- ให้คำปรึกษาและตรวจสุขภาพก่อนการตั้งครรภ์ เพื่อช่วยคู่ สมรสที่มีปัญหา มีบุตรยาก</li> <li>- เตรียมความพร้อมก่อนมีบุตร</li> </ul> <p>P 2 Plan of ANC การฝากครรภ์คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการคัดกรองความเสี่ยง ในหญิงตั้งครรภ์</li> <li>- มีแผนการดูแลครรภ์เสี่ยง แยกเป็นรายโรคมีระบบติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับหญิงที่มีโรคร่วม</li> <li>- มีป้องกันการคลอดก่อนกำหนด บูรณาการเครือข่ายระดับ จังหวัด</li> <li>- ป้องกันภาวะซีดด้วยยาเสริมธาตุเหล็กและโฟเลต</li> </ul> <p>P 3 Plan of Delivery การคลอด</p> <p>One province One Labor Room</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีการตรวจติดตามโดยแพทย์ เช่น การทำอัลตราซาวด์ การคัดกรองและติดตามความเสี่ยง ฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงครอบคลุม High Risk Care มีระบบดูแล ให้คำปรึกษา การส่งต่อครรภ์ปกติและครรภ์ เสี่ยง โดยสูติแพทย์และอายุรแพทย์อย่างต่อเนื่อง</li> <li>- วางระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงไปยัง โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง</li> <li>- การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง</li> <li>- มีห้องคลอดคุณภาพ ประเมินความเสี่ยงของมารดาและทารกก่อน คลอด พร้อมใช้เครื่องมือ เช่น NST และ Partogram ดูแลการ คลอด และมีมาตรการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด</li> <li>- การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และ แผนอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมแก่บุคลากรในเครือข่าย</li> </ul>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	<p>- สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายภายนอกในการดูแลหญิง ตั้งครรภ์ในกลุ่มเปราะบาง และด้อยโอกาส เช่น หญิงตั้งครรภ์ เสี่ยงและมีฐานะยากจน - ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.สำหรับจัดทำโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาทางอนามัยแม่และเด็ก</p> <p>แผนการดูแลหลังคลอด</p> <p>-ขับเคลื่อนคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก MCH Board/service plan/Near miss conference</p> <p>P 4 Plan of postpartum การดูแลหลังคลอดคุณภาพ</p> <p>- เยี่ยมบ้านหลังคลอดตามเกณฑ์ 3 ครั้ง ที่กำหนด</p> <p>- จัดการดูแลต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มีโรคร่วม เช่น เบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง มีการเฝ้าระวัง ภาวะ Postpartum Blues</p> <p>- Discharge Planning วางแผนการจำหน่ายพร้อมติดตามต่อเนื่องสำหรับมารดาที่มีความเสี่ยงและส่งต่อเคสไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหาก พบภาวะที่ต้องการการดูแลเฉพาะทาง การวางแผนครอบครัว ให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดหลังคลอด</p> <p>2.2. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ มีระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามหญิงตั้งครรภ์ต่อเนื่องจนถึงหลังคลอดเชื่อมโยงกับหน่วยสุขภาพจิต มีการสื่อสารข้อมูลหญิงเสี่ยงระหว่าง ANC →LR → PP care มีระบบส่งต่อเชื่อมโยงคลินิกสุขภาพจิต มีข้อมูลการติดตามประเมินสุขภาพจิตด้วย EPDS หลังคลอด มี การให้ความรู้/สื่อให้คำปรึกษา เช่นการเลี้ยงลูก การจัดการความเครียด</p> <p>3. มีการเฝ้าระวัง คัดกรองสารเสพติดในหญิงตั้งครรภ์ มีการคัดกรองการใช้สารเสพติดทั้งในคลินิกฝากครรภ์และห้องคลอดในจังหวัดสตูล มีการออกแบบการดูแลร่วมกับ จิตเวชยาเสพติด และสังคมสงเคราะห์ประกอบด้วยกระบวนการดูแล ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ทารกหลังคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</p> <p>4. มีระบบ One Province One Labor room แยกเป็น 2 Node 1) Node ละงู-ทุ่งหว้า รพ.ละงูมีสูติแพทย์ 2 คน กุมารแพทย์ 1 คน รับผิชอบ รพ.ละงู รพ.ทุ่งหว้า ในวันราชการ 2) Node รพ.สตูล มีสูติแพทย์ 5 คน กุมารแพทย์ 5 คน</p>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	รับผิดชอบ รพ.ควนโดน รพ.มะนัง รพ.ท่าแพ รพ.ควนกาหลง ในวันราชการ และรับผิดชอบรพช.ทุกแห่ง ในวันหยุดราชการ ผ่านไลน์กลุ่ม “One province one labour room satun” กำหนดให้รายงานเคส และแผนการดูแล ต่อเนื่องทุกวัน ภายในเวลา 10.00 น. เพื่อ Active Refer (Early Refer ใน Case ที่ยังไม่มี Indication ในการ Refer) หลัง 10.00 น. หากมีรับใหม่ให้รายงาน Case ทุกราย
กำลังคนที่ให้บริการ	5. ศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายการดูแลหญิงตั้งครรภ์-คลอดเสี่ยงสูงและการจัดสรรบุคลากร - บุคลากรมีแผนการซ่อมแผนภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ทุกรพช. และมีการประชุม ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ในปี 2569 ทบทวน case near miss ในการประชุม MCH board มีการจัดประชุมเรื่องการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด แก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดสตูล
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	6. ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูล SP สาขาแม่และเด็ก ข้อมูลครรภ์เสี่ยงครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้-ระบบการเก็บและรายงานข้อมูล- ความถูกต้องครบถ้วน ทันทเวลา-การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุ-การทบทวน Near Miss -การใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผน พัฒนา และลด MMR
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	7. มีระบบ Fast Track OB Refer - คลังเลือด/ยา พร้อม 24 ชม. - การตรวจ NIPT (Non-Invasive Prenatal Testing) ครอบคลุมทุกโรงพยาบาล - ห้องคลอดและหอผู้ป่วยมีเวชภัณฑ์/อุปกรณ์ฉุกเฉินครบ เช่น MgSO4, xylocin, methergine, Cytotec, Blood Product มีการสำรองเตียง ICU สำหรับผู้ป่วยสูติกรรม
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	8. มีคณะกรรมการMCH Board ,SP สาขาแม่และเด็ก และ SP ทารกแรกเกิด เพื่อ ขับเคลื่อนสู่ Zero MMR ระดับจังหวัด/เขต กำหนดประชุม 2 ครั้ง - มีแผนขับเคลื่อนและติดตามผลทุก 6 เดือน ในการประชุม MCH Board

## ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน

### 1. ผลสัมฤทธิ์เชิงปริมาณ

- 1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทย: จังหวัดสตูล อัตราส่วนการตายมารดาเป็น ศูนย์ ต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2566 - 2569 ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 15 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
- 1.2 อัตราการตายทารกแรกเกิด ( $\leq 28$  วัน): มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยในปี 2568 ลดลงเหลือ 1.35 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ (เกณฑ์ ร้อยละ  $< 3.40$ ) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 12 และระดับประเทศ
- 1.3 การเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรก: หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  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): พัฒนาระบบส่งต่อกลุ่มโรคเร่งด่วนที่มีประสิทธิภาพ 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 อำเภอละงู มีผลการดำเนินงานการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง เพียง ร้อยละ 48.33
2. ประสิทธิภาพในการควบคุมภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และคลอด แม้อัตราส่วนการตายมารดาจะเป็นศูนย์ แต่ตัวชี้วัดด้านสุขภาพทารกยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยพบว่า ทารกคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 10.98 (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 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 ไม่ทราบที่ตั้งครรภ์ จำนวน 5 ราย ไม่มีเหตุผล (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) ประชุมติดตามประเมินความพร้อมภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมผ่านการจำลองสถานการณ์ ร่วมกับ รพช.

2) ประชุมคณะกรรมการคณะทำงานขับเคลื่อนโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนด/MCH board จังหวัดสตูล

3) โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ.

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ความรู้ แก่ อสม. หมอคนที่ 1 โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกเพื่อลดภาวะคลอดก่อนกำหนดฯ.

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การใช้งานระบบสารสนเทศ โครงการลดภาวะคลอดก่อนกำหนด

- การประชุม นิเทศ กำกับติดตามและประเมินผล

#### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

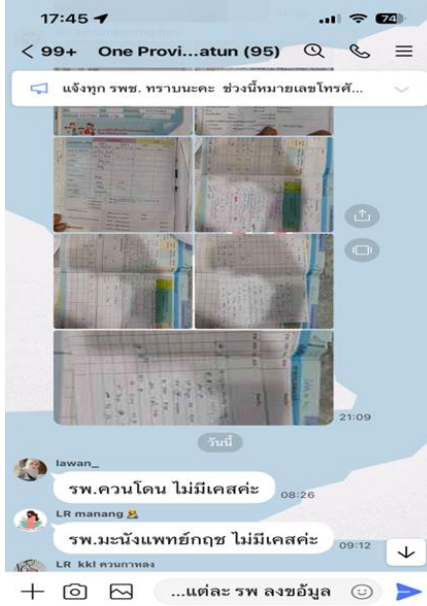
1.ในหญิงครรภ์เสี่ยงที่ไม่ยอมมารับบริการวางแผนครอบครัวให้หน่วยบริการในพื้นที่ลงบริการวางแผนครอบครัวเชิงรุก และติดตามใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.จำนวนมารดาคลอดที่ไม่มาฝากครรภ์ แนวทางการแก้ไขโดยการเร่งรัดค้นหาหญิงตั้งครรภ์โดย อสม. รณรงค์ “ฝากครรภ์เร็ว ทารกปลอดภัย “ผ่านเวที พขอ. และติดตามการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยสาธารณสุขอำเภอ

6. ภาพการดำเนินงาน

One province one labour room satun

ชี้แจงการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก



ชี้แจงการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก



ผู้รับผิดชอบ เพ็ญศรี วัฒนยากร  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร. 090-9545730  
อีเมล pensri.pream@gmail.com

ผู้รายงาน นางเบญจวรรณ ใจเย็น  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทรศัพท์ 093-6653887  
อีเมล Benjawanjaiyen@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา ทารกแรกเกิด

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต  
คำนิยาม: ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก  $\geq 500$  กรัม มีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัด  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพตำบล)

1.2 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ คำนิยาม: เตียง NICU หมายถึง ครุภัณฑ์การแพทย์ตามเกณฑ์มาตรฐาน  
ของสถานพยาบาลแต่ละระดับ รวมถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน  $\leq 1:300$  ทารกเกิดมีชีวิต

1.3 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน > ร้อยละ 65

คำนิยาม: ทารกแรกเกิดป่วย ทารกแรกเกิดทุกรายที่เป็นผู้ป่วยใน ของหออภิบาลทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วย  
ทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) หรือทารกแรกเกิดที่ถูกแยกและไม่ได้จำหน่ายพร้อมมารดา

### 2. สถานการณ์ (ภาพรวมของ Newborn)

2.1 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารก  
แรกเกิดมีชีวิต) ผลงาน : อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq 28$  วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด  $\geq 500$  กรัม เท่ากับ 1.64 ต่อ  
1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต (1ราย/403) สาเหตุการเสียชีวิตจาก severe birth asphyxia with MAS Case Term  
มารดา G<sub>2</sub>P<sub>1</sub> GA 37<sup>+6</sup> wks. BW 3,720 gms. คลอด C/S due to p/s in labor Apgar 4,4T,4T อายุ 1 ชั่วโมง 35 นาที

2.2 จำนวนเตียง NICU  $\leq 1:300$  ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด)  
ผลงาน : ในปี 2568 จำนวนเตียง NICU เท่ากับ 1:452 ทารกเกิดมีชีวิต (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด) (2,711/6)

2.3 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน > ร้อยละ 65  
ผลงาน : การใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ในปี 2568 ร้อยละ 88.65  
และปี 2569 (ตุลาคม-ธันวาคม 2568) ร้อยละ 95.98

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ Newborn) (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน ๖ Building Blocks ,Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	<p>1. พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตด้วยRCA ทุกราย</li> <li>- ทบทวนการ Resuscitate NB ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุง Guideline NCPR ใน รพ.สตูล (กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow NCPR Team การสื่อสารของทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในOR)</li> <li>- พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : จัดทำโครงการฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สุนัขกรรมและMCH board ในการเยี่ยมประเมิน รพช.เครือข่าย และมีแผนส่งบุคลากร NICU SNB LR และ PP อบรม Update NCPR ของทุกปี</li> <li>- ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และมีการทบทวน case miss/Near miss conference</li> </ul> <p>2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สุนัขกรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด : คัดกรองมารดาในกลุ่มเสี่ยง Early ANC และเพิ่มอัตราการได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%, Intra uterine transfer</li> <li>- มีระบบการดูแลและคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยง : Warning sign RD score, SOS score, Screening Preterm Guideline, CPG/CNPG กลุ่มโรคสำคัญ Preterm with RDS</li> <li>- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis</li> <li>- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress</li> <li>- พัฒนาการดูแลทารกPPHN เพื่อรองรับการขยายเตียงNICUในปี2569-2570 : ด้านการรักษาด้วยNitric Oxide (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI ในcase PPHN ย้อนหลังปี2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน)</li> </ul> <p>3. พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบ Fast Track Transfer Newborn ในทุก case ที่เกินศักยภาพ</li> <li>- พัฒนาศักยภาพ รพช. Node ละงู ในการรับผู้ป่วย sick newborn สามารถใช้HHHFNC ได้ และรับ Refer Back ในcase รอเลี้ยงโต BW&gt;1,200gm</li> <li>- พัฒนาศักยภาพ รพช.เครือข่าย รับRefer Back ในcase stable รอฉีดยาATB</li> </ul>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	<p>-มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม ในcase ที่มีกายอุปกรณ์ เช่น Home O<sub>2</sub> On OG tube, Case CP และ Anomaly และเชื่อมการส่งต่อข้อมูลการส่งกลับกับ ทีมคณะกรรมการ service plan ทั้งจังหวัดในการติดตามต่อเนื่องที่รพช.เครือข่าย</p> <p>4. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารกPalliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม Palliative care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p>
กำลังคนที่ให้บริการ	<p>1.พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด</p> <p>-มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (Neonatal Nurse Practitioner: NNP) ร้อยละ 50 และมีแผนพัฒนาส่งอบรมทุกปี</p> <p>-มีการสอนฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ร้อยละ 93.10 และมีแผนทบทวน Flow NCPR ปีละ2ครั้ง ร่วมกับลงประเมิน รพช. เครือข่ายปีละ1ครั้ง ปี2568 รพช. เครือข่าย 6 แห่ง ได้รับการนิเทศร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.33 (รพช.มะนัง 1 แห่งไม่ผ่านเกณฑ์ ในประเด็นสมรรถนะบุคลากร ตามทีมไม่ได้ พยาบาลตอบไม่ได้ และอุปกรณ์ไม่พร้อม) บุคลากรมีสมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด &gt; ร้อยละ80 (เฉลี่ยรวมร้อยละ 89.94)</p>
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	<p>-ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดในSP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและเสียชีวิตครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้</p> <p>-ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถใช้อ้างอิงเพื่อการวางแผนพัฒนาต่อเนืองได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันผ่านgoogle drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อติดตามและพัฒนาาร่วมกันผ่าน line application</p> <p>-การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตจากการทบทวน RCA ร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผ่าน online/on site Conference</p>
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	<p>-มีระบบ Fast Track Transfer Newborn เพื่อให้ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความจำเป็นต้องได้รับสาร Surfactant ทุกราย</p> <p>- NICU มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในภาวะวิกฤติ เช่น HFOV และมี Neo puff พร้อมใช้ที่ห้องคลอด OR และNICU/SNB มีsetกู้ชีพ ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก แต่มีข้อจำกัดของอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็น ใน รพช. เครือข่าย ที่ไม่มีคือ Neo puff ครบทุกแห่ง (มะนังและควนกาหลงไม่มี Neo puff)</p> <p>- มีแผนพัฒนาการดูแลทารกPPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียงNICU ในปี2569-2570 (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI ในcase PPHN ย้อนหลัง</p>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	ปี2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน และอัตราการrefer out เกินศักยภาพใน case PPHN)
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	-มีคณะกรรมการ SP ทารกแรกเกิด ทำงานร่วมกับ MCH Board และ SP สาขาแม่และเด็ก เพื่อขับเคลื่อนการดูแลทารกระดับจังหวัด กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน - รพ.สตูลเป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ขับเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกัน โดยจัดทำคู่มือการดูแลต่างๆ เช่นคู่มือการส่งต่อทารกในจังหวัด คู่มือNCPR และแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิด เป็นต้น

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายของทารก $\leq 28$ วัน ( $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต
เมืองสตูล	2,029	6	2.96	1,859	4	2.15
ควนโดน	44	0	0	55	0	0
ควนกาหลง	38	0	0	66	0	0
ท่าแพ	3	0	0	2	0	0
ละงู	257	0	0	313	0	0
ทุ่งหว้า	37	0	0	81	0	0
มะนัง	58	0	0	54	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2,466	6	2.43	2,430	4	1.65

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราการตายของทารก $\leq 28$ วัน ( $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต
เมืองสตูล	327	1	3.06
ควนโดน	4	0	0
ควนกาหลง	4	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	44	0	0
ทุ่งหว้า	13	0	0
มะนัง	7	0	0
ภาพรวมจังหวัด	399	1	2.51

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่						
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 500$ กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)						
	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	ร้อยละ	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต
เมืองสตูล	3.16 (8/2,533)	2,401	5	2.08	2,301	5	2.17
ควนโดน	0 (0/54)	88	0	0	78	-	0.00
ควนกาหลง	0 (0/112)	105	0	0	91	1	10.99
ท่าแพ	-	-	-	-	8	1	125.00
ละงู	7.17 (2/279)	275	0	0	347	0	0
ทุ่งหว้า	0 (0/94)	101	0	0	98	0	0
มะนัง	0 (0/67)	62	0	0	68	0	0
ภาพรวมจังหวัด	3.16 (10/3,161)	2,791	5	1.79	2,991	7	2.34

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่						
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 500$ กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)						
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568			
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตายต่อการเกิดมีชีวิต	
เมืองสตูล	2,059	6	2.91	1,859	4	2.15	
ควนโดน	69	0	0	55	0	0	
ควนกาหลง	65	0	0	66	0	0	
ท่าแพ	8	0	0	2	0	0	
ละงู	387	0	0	313	0	0	
ทุ่งหว้า	68	0	0	81	0	0	
มะนัง	55	0	0	54	0	0	
ภาพรวมจังหวัด	2,711	6	2.21	2,430	4	1.65	

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่		
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ $\leq 28$ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด $\geq 500$ กรัม (เป้าหมาย : $< 3.6$ ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราตาย ต่อ การเกิดมีชีวิต
เมืองสตุล	480	1	2.08
ควนโดน	11	0	0
ควนกาหลง	17	0	0
ท่าแพ	0	0	0
ละงู	71	0	0
ทุ่งหว้า	22	0	0
มะนัง	7	0	0
ภาพรวมจังหวัด	608	1	1.64

### 3.2.2 จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ (เตียง NICU ภาพรวมจังหวัด)

(เป้าหมาย :  $\leq 1:300$  ทารกเกิดมีชีวิต)

อำเภอ	จำนวนเตียง NICU $\leq 1:500$ ทารกเกิดมีชีวิต								
	ปีงบประมาณ								
	2564			2565			2566		
	C	D	(D/C)	C	D	(D/C)	C	D	(D/C)
เมืองสตุล	6	2,533	422	6	2,401	400	6	2,301	384
ควนโดน	0	54	0	0	88	0	0	78	0
ควนกาหลง	0	112	0	0	105	0	0	91	0
ท่าแพ									
ละงู	0	279	0	0	275	0	0	347	0
ทุ่งหว้า	0	94	0	0	101	0	0	98	0
มะนัง	0	67	0	0	62	0	0	68	0
ภาพรวมจังหวัด	6	3161	526	6	2,791	465	6	2,991	499

C: จำนวนเตียง NICU D: จำนวนทารกเกิดมีชีวิต D/C: จำนวนเตียง NICU 1:500 ทารกเกิดมีชีวิต

หมายเหตุ : คำนวณเมื่อครบปีงบประมาณ

ปี	จำนวนเตียง NICU ≤1:300 ทารกเกิดมีชีพ					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	B	A	(A/B)×1000	B	A	(A/B)×1000
ปี2565	6	2,791				
ปี2566	6	2,991		6	2,991	
ปี2567	6	2,711		6	2,711	
ปี2568				6	2,430	
เฉลี่ย 3 ปีงบประมาณ	6	2,831	471	6	2,711	452

A: จำนวนทารกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปีงบประมาณเฉลี่ย 3 ปี B: จำนวนเตียง NICU

A/B: จำนวนเตียง NICU 1:300 ทารกเกิดมีชีพ

หมายเหตุ : คำนวณเมื่อครบปีงบประมาณ

ปี	จำนวนเตียง NICU ≤1:300 ทารกเกิดมีชีพ		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	B	A	(A/B)×1000
ปี2567	6	2,711	
ปี2568	6	2,430	
ปี2569	6	608(2,432)	
เฉลี่ย 3 ปีงบประมาณ	6/8	2,524	420/315

### 3.2.3 ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน

(เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่					
	ร้อยละของการใช้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน (เป้าหมาย : > ร้อยละ 65)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	A	B	(A/B) x 100	A	B	(A/B) x 100
เมืองสตูล	756	787	96.1	691	731	94.5
ละงู	111	124	89.5	106	168	89.9
ภาพรวมจังหวัด	867	911	95.17	797	899	88.65

A = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยได้รับนมแม่อย่างเดียวหรือได้รับนมแม่ร่วมกับการ Fortified เมื่อจำหน่าย

B = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยจำหน่ายทั้งหมด

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

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

- อัตราทารกคลอดก่อนกำหนดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500กรัม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี 2566-2568 คิดเป็นร้อยละ 12.14, 12.9 และ 18.48 ตามลำดับ ส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อัตราการเกิด BPD และ ROP ถึงแม้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายแต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอัตราตายที่แนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis ในปี 2567 จึงปรับแนวทางการดูแล Sepsis ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ PCT กุมารเวชกรรมและพัฒนาโครงการ 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

- 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

- จำนวนทารกป่วยที่เกิดจากมารดาใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 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 แต่ยังคงพบปัญหาการติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้านในผู้ป่วยนอกเขตเมือง

## 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- 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 สู่ตีกรรรม ในรพช.
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี2569
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress
- พัฒนาการดูแลทารกPPHN เพื่อรองรับการขยายเตียงNICUในปี2569-2570 : การรักษาด้วยNitric Oxide (แผนระยะแรก : เก็บข้อมูล OI และอัตราการrefer out เกินศักยภาพ ในcase PPHN ย้อนหลังปี2567-2568 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการจัดซื้อ Nitric Oxide)

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- ปัญหาการคลอดก่อนกำหนดในทารกที่มีอายุครรภ์น้อยมาก ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น severe RDS, sepsis และเสียชีวิตตามมา
- ปัญหามารดาติดเชื้อเสฟติค และส่งผลให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนตามมาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งการติดตามต่อเนื่องหลังจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมทุกราย โดยเฉพาะนอกเขตเมือง
- สมรรถนะการช่วยชีวิตในNB/NCPR ของ รพช.เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน รพ.สตูล

## 7. ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สู่ตีกรรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด และติดตามอัตราการได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%
- การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกป่วยที่เกิดจากมารดาใช้สารเสฟติค ควรมีการวางแผนดำเนินการให้สามารถตามต่อเนื่องในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย
- การพัฒนาสมรรถนะฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ควรมีแผนทบทวน Flow NCPR ทุกไตรมาส ร่วมกับลงประเมิน รพช.เครือข่าย ปีละ1ครั้งหลังจากจัดโครงการ NCPR รพ.สตูล

ผู้รายงาน นางสาวสุวรรณา อาแว  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร 0973457072  
E-mail: suwanna.awae@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา สุขภาพจิตและจิตเวช

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ชื่อตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดย่อย

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

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

**อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน)**

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2564 -2568 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ของจังหวัดสตูล เท่ากับ 9.15, 8.64, 6.47, 5.23 และ8.30 ตามลำดับ ในภาพรวมจังหวัดพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงในปี 2565 และ 2568 แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอ ในแต่ละปีพบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ใน อำเภอ มะนังควนกาหลงและละงู ดังตารางที่ 1 ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2569 (1 ต.ค.68- 30 ธ.ค.68) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมจังหวัดจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.62 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ อำเภอควนกาหลง เท่ากับ 2.81 รองลงมา คือ อำเภอเมือง เท่ากับ 0.87 เป็นเพศชาย 2 คน ศาสนาพุทธ 2 คน ส่วนอยู่ใน ช่วงวัยทำงาน 20- 59 ปี ใช้วิธีการมากที่สุดคือ ผูกคอ 2 ราย ส่งสัญญาณ ที่จะมีการทำร้ายตนเอง 2 ราย สาเหตุการฆ่าตัวตาย คือ ประสบปัญหาชีวิต1 ราย และสูญเสียความสัมพันธ์ 1 รายมีปัญหาที่มาจากเจ็บป่วยด้วย โรคซึมเศร้า 2 ราย อยู่ในระบบการรักษาที่ รพ.สตูล 2 ราย ปัญหาการใช้ยาเสพติด 1 ราย

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดสตูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบในคนกลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เมื่อวิเคราะห์คนที่ ทำร้ายตนเองสำเร็จ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสัญญาณเตือน มีทางคณะทำงานService planจังหวัดสตูลจึงได้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ร่วมกันเกิดจากปัญหา การใช้สารเสพติด เมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวจึง นำมาหาวิธีการคัดกรองกลุ่มผู้ติด สารเสพติด ให้เข้าถึง บริการในการบำบัดรักษา คัดกรองผู้ป่วย

### ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 70)

ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค.68- 30 ธ.ค.68) พบว่าร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 156.25) ปีงบประมาณ 2568 ผู้พยายามทำร้ายตนเองจากรง.506S จำนวน 20 ราย ผู้พยายามทำร้าย ตนเองจากระบบ HDC 16 รายคิดเป็น ร้อยละ 125 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 18 ราย เพศชาย 2 ราย กลุ่มอายุมากที่สุดคือ วัยรุ่น15-19 ปี 9 ราย และวัยทำงาน 20-59 ปี 9 ราย ใช้วิธีการมากที่สุดคือ กินยาเกินขนาด รองลงมาใช้สารพิษ สาเหตุการทำร้ายตนเอง ป่วยเป็นโรคจิตเวช 9 ราย บุคลิกภาพ 4 ราย ใช้สารเสพติด 2 ราย สาเหตุจากสูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว

### 3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

#### 3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ  $\leq 7.8$  ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			$\leq 7.8$ ต่อ ประชากร แสนคน	เมืองสตูล	114,713	1	0.87
7.94	8.03	7.83		ควนโดน	27,617	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	35,572	1	2.81
4.73	4.98	4.83		ท่าแพ	29,916	0	0.00
จังหวัดสตูล				ละงู	75,065	0	0.00
5.24	5.23	8.30		ทุ่งหว้า	24,611	0	0.00
ปี 2569				มะนัง	18,639	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	325,133	2	0.62
0.52	0.80	0.62					

ที่มา : ข้อมูลจาก 1.รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S )

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 30ธ.ค.68 ณ วันที่ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 35

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)				
				อำเภอ	จำนวน รง.506S	จำนวน HDC	ร้อยละ/อัตรา	
2568			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อย ละ 35	เมืองสตูล	8	5	100	
ระดับประเทศ				ควนโดน	0	0	0	
65.00				ควนกาหลง	2	2	100	
เขตสุขภาพที่ 12				ท่าแพ	0	0	0	
50.78				ละงู	4	4	100	
จังหวัดสตูล				ทุ่งหว้า	1	1	100	
91.07				มะนัง	4	4	100	
ปี 2569				รวม	20	16	100	
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 70				
NA	NA	100						

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S ) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 30ธ.ค.68 ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569 และ ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

### 3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตาม กรอบการประเมิน 6 Building Blocks ,Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดบริการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้พยายามฆ่าตัวตาย</li> <li>- จัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง</li> <li>- มีระบบติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดซ้ำร่วมกับ อสม.ในพื้นที่</li> <li>- ให้ความรู้การดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย</li> </ul>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
กำลังคนที่ให้บริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต / จิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด</li> <li>- ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. แก่นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการคัดกรอง ดูแล และเฝ้าระวัง</li> <li>- นักจิตฯของแต่ละโรงพยาบาลเสริมทักษะครูที่ปรึกษา ประชาชนทั่วไป ในการสังเกตสัญญาณเตือนซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย</li> <li>- พัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ</li> </ul>
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คณะทำงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน</li> <li>- คืบข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ</li> <li>- ใช้ข้อมูลติดตาม ประเมินความเสี่ยงซ้ำ และวางแผนการดูแลรายบุคคล</li> </ul>
ภาวะผู้นำ และ ธรรมเนียมปฏิบัติ ระบบสุขภาพ	<p>มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน Service Plan สุขภาพจิตและยาเสพติด และมีแผนการประชุม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายต่าง เช่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ</p>

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การให้บริการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองลดลง</li> <li>- คุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวดีขึ้น</li> <li>- ชุมชนมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและยั่งยืน</li> </ul>

(ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่)

## การให้บริการสุขภาพ

### 1. ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น (Achievements)

- ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการดูแลรักษา อย่างเร่งด่วน ครบถ้วน และต่อเนื่อง ตั้งแต่ระดับห้องฉุกเฉิน จนถึงการดูแลด้านสุขภาพจิต
- มีการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ทำให้สามารถ จำแนกระดับความเสี่ยงและ วางแผนการดูแลได้เหมาะสม
- ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลด้านจิตใจโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์
- ครอบครัว/ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการเฝ้าระวังอาการและการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย
- มีระบบการส่งต่อและติดตามผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ทำให้ ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
- บุคลากรมีความตระหนักและทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงมากขึ้น

### 2. GAP ที่มีอยู่ (Gaps)

- กำลังคนที่ให้บริการ • บุคลากรด้านสุขภาพจิต ยังไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ
- การติดตามต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุมทุกกรณี โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ขาดผู้ดูแลหรือมีปัญหาสังคม
  - การประสานงานระหว่างหน่วยบริการ (โรงพยาบาล-ชุมชน-หน่วยงานท้องถิ่น) ยังไม่เป็นระบบเดียวกัน
  - ผู้ป่วยบางราย ขาดความร่วมมือในการรักษา หรือไม่มาตามนัด
  - ครอบครัวบางส่วนยังขาดความเข้าใจเรื่องภาวะสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังความเสี่ยง
  - ระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตาย ยังไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตามเชิงรุก ทำได้จำกัด

กำลังคนที่ให้บริการ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ภาระงานสูง

### การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ -

### 4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

#### 4.1 มาตรการดำเนินงาน

##### 1) Service (ด้านบริการ)

- จัดบริการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายแบบ ครบวงจรและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ ระยะพักรักษา จนถึง การติดตามหลังจำหน่าย
- ดำเนินการ คัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ทุกกรณี

- จัดบริการให้คำปรึกษาและเยียวยาจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลงติดตามเยี่ยมครอบครัวที่สูญเสียทุกรายเพื่อสอบสวนโรค

- กำหนดระบบ ติดตามเชิงรุก (โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน นัดติดตาม) ภายใน 2 สัปดาห์, 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี

## 2) System (ด้านระบบบริการ)

- จัดทำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- พัฒนาระบบ การส่งต่อและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนอสม.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดระบบ Case Management สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย เพื่อการติดตามและประเมินผล
- มีการประชุมทบทวนเคสร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

## 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

- สร้างแรงจูงใจและบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพService (ด้าน

บริการ)

## 4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
2. การคืนข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงในวัยเรียน
3. ให้กับเครือข่ายและนำมาแก้ปัญหาเชิงระบบ
4. พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยยามฆ่าตัวตาย

5. พัฒนาศักยภาพญาติ ผู้ดูแล ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหา สุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
6. มีการเสริมทักษะให้แก่ประชาชนทั่วไป ครูที่ปรึกษาให้เข้าใจเกี่ยวกับ สัญญาณเตือนซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
7. มีระบบการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการซ้ำ และติดตาม

### 5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรค	การวางแผนแก้ไขปัญหา
1. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้กับประชาชนเรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย (ติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สาธารณะ)</li> <li>2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรอง ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย</li> </ol>
2. ผู้พยายามฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองซ้ำ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ค้นหาสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายซ้ำ</li> <li>2. เพิ่มการติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยครอบครัว ผู้ดูแลและชุมชน</li> <li>3. เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตาย (แผ่นพับ สัญญาณเตือนการทำร้ายตัวเอง)</li> <li>4. เพิ่มความถี่ในการติดตามเยี่ยมในผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ</li> </ol>

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

- ปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพจิต/โรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น
- เสนอให้เพิ่มกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น พยาบาลจิตเวช และยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ภาระงานสูง
- ขอเสนอแนะพิจารณาความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด
- เสนอให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการบำบัด การปรับพฤติกรรม ในวัยรุ่น

## 7. ภาพการดำเนินงาน



ประชุมคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดสตูล ครั้งที่ 1/2568  
วันที่ 8 สิงหาคม 2568

ประชุมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายเจ้าหน้าที่สุขภาพจิต ณ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์



ทบทวนการดูแลผู้ป่วย SMIV ในชุมชน



### พัฒนาศักยภาพครูในการช่วยเหลือนักเรียน



### ป้องกันฆ่าตัวตายในเยาวชน



### สัปดาห์สุขภาพจิต ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย



ผู้รายงาน นางสาวดา ปิติเศรษฐ์  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

## การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

### จังหวัด สตูล เขตสุขภาพที่ 12

#### สาขา ยาเสพติด

#### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) ร้อยละ 75
- 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ  $\geq$  ร้อยละ 85

#### 2. สถานการณ์

ข้อมูลร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2568 ในพื้นที่จังหวัดสตูลเท่ากับร้อยละ 80.85, 67.33, 70.71 และ 81.50 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายในทุกๆปี ในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 ธ.ค.68) อยู่ที่ร้อยละ 62.26 เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง(ไม่น้อยกว่า 3 ปี)

ปี	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง(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 ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามปีงบประมาณ 2569 ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม-31 ธันวาคม 2568 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 75)

ตารางที่ 2 ร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม แยกตามรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปี 2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	2	1	50
ควนโดน	15	15	100
ควนกาหลง	45	40	88.89
ท่าแพ	141	68	48.23
ละงู	5	5	100
ทุ่งหว้า	1	1	100
มะนัง	3	2	66.67
<b>ภาพรวม</b>	<b>212</b>	<b>132</b>	<b>62.26</b>

ที่มา :ระบบบสต. ข้อมูล ณ วันที่ ณ 31 ธันวาคม 2568

### สถานการณ์

ในส่วนของคุณข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดพบว่าผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติด ในช่วงปีงบประมาณ 2568 (ที่มา : ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด : <http://antidrug.moph.go.th>) จังหวัดสตูล มีผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 1,352 รายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 111 รายได้เข้ารับการรักษาทันทีคิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบมากในอำเภอท่าแพ 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.46 รองลงมาคือ อำเภอเมือง 22 รายคิดเป็นร้อยละ 19.81 ตามลำดับในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 ธ.ค. 68) ผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 209 รายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) จากระบบบสต. และเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 46 รายตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรับการรักษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่พบใน อำเภอเมือง และอำเภอละงู ตามลำดับแสดงรายละเอียดตารางที่ 3

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

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ผลการดำเนินงาน ปี 2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	33	ยังไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรงซ้ำในปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค. 68 - 31 ธ.ค. 68)	ร้อยละ 100
ควนโดน	4		
ควนกาหลง	4		
ท่าแพ	0		
ละงู	5		
ทุ่งหว้า	0		
มะนัง	0		
<b>ภาพรวม</b>	<b>46</b>		

ที่มา :ระบบ HDC ข้อมูล ณ วันที่ ณ 31 ธันวาคม 2568

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ติดตามประสานให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสมัครใช้งาน บสต.และขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-register ทุกแห่ง
- มีนิรภัยรณรงค์ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (1 แห่ง โรงพยาบาลท่าแพ ขยายเพิ่มเป็น 90 เตียง)
- โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป้าหมาย: ร้อยละ 100 ผลงาน: ร้อยละ 100 (ครบทั้ง 7 แห่ง)
- ดำเนินการเตรียมเปิดมินิธัญฯ ควนกาหลง จำนวน 10 เตียง แบบ IMC
- ส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลเข้ารับการรักษาในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามจำนวน 25 ราย
- ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) โดยเพิ่มกลุ่มตำบลเป้าหมายในอำเภอละงู ได้แก่ ตำบลเขาขาว และปากน้ำ
- จัดตั้งคณะกรรมการคณะกรรมการขับเคลื่อนงานคัดกรอง บำบัดรักษา ส่งต่อ และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดสตูลประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

#### 5. ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไม่สมัครใจบำบัด
- การบำบัดผู้ป่วยแบบสมัครใจ ม.113, ม.114 ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์เนื่องจากไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัด
- ผู้รับการบำบัดมาไม่ต่อเนื่องและไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด

4. ปัญหาข้อมูลจากระบบ HDC และข้อมูลระบบบสต. ข้อมูลจำนวนมีความแตกต่างกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูลจาก HDC ค่อนข้างไม่อัปเดต
5. ขาดอาคารสถานรองรับการบำบัดรักษาในมินิรัฐญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพสำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากมีผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องการเข้ารับการบำบัด
6. ปัญหาการเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดสตูลจากข่าวการก่อเหตุความรุนแรงผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารับบริการรักษา
7. ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดในสถานบำบัดเอกชนเพื่ออยู่ระยะยาว

## 6. ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีการประชุมโดยใช้เวทีจังหวัด(ศอ.ปส.จ.)ในการประสานงาน บูรณาการในการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามกฎหมายกำหนด
2. เขตสุขภาพที่ 12 จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการเขียนประเมินตนเองของ HA ยาเสพติดในโรงพยาบาลทุกแห่ง
3. ทางศคส.สธ.ควรให้ทางผู้ประสานงานระดับจังหวัดสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ในระบบบสต. เพื่อได้ทราบปัญหาของพื้นที่เมื่อมีปัญหาทางระบบและได้แก้ไขอย่างทันถ่วงทีรวดเร็วโดยไม่ต้องรอการดำเนินการจาก Admin บสต.
4. เพิ่มอัตรากำลังและขวัญกำลังใจให้กับผู้ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด
5. ปรับระเบียบกฎหมายให้ยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้สถานบำบัดเอกชนสามารถเปิดให้บริการได้อย่างถูกกฎหมาย

## 7. โอกาส พัฒนา

จังหวัดสตูลขับเคลื่อนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, ฝ่ายปกครอง , ปปส.ภาค 9, ตำรวจภูธรจังหวัดสตูล, และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน และยังมีการสนับสนุนทักษะอาชีพให้กับผู้ป่วยหลังผ่านการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมได้อย่างมีคุณค่าสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งนี้

ผู้ให้ข้อมูล: นาย นาท ครูอัน  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด  
โทร 080-8750811

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา อายุรกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด Community - acquired ในโรงพยาบาล  
ทุกระดับ เป้าหมาย < ร้อยละ 24
- 1.2 อัตราผู้ป่วยตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital - acquired  
เป้าหมาย < ร้อยละ 40
- 1.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)  $\geq$  ร้อยละ 90
- 1.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)  $\geq$  ร้อยละ 90
- 1.5 อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรง ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง  $\geq$  ร้อยละ 30
- 1.6 มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด  
(ระดับ A และ S)

### 2. สถานการณ์ (ภาพรวมของอายุรกรรม : Sepsis)

จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2568 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ทั้งหมด 344 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 120 ราย คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 34.88 ซึ่งยัง สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่แนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา จากการทบทวนเวชระเบียนผู้เสียชีวิต พบประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่ออัตราตาย ดังนี้ การวินิจฉัยล่าช้า (Delayed diagnosis) ทำให้เกิดการรักษาล่าช้า (Delayed treatment) เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ (ATB) ไม่ได้ภายในเวลาที่เหมาะสม และผู้ป่วยบางส่วนมีการแสดงเจตนา ปฏิเสธการรักษาแบบช่วยชีวิต ได้แก่ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการกดนวดหัวใจ และ/หรือปฏิเสธการให้ยากระตุ้นความดัน ส่งผลให้การดูแลรักษา ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน และอาจกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยให้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการการรักษาทันท่วงที และการสื่อสารทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะโรค

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของอายุรกรรม : Sepsis)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 24

จังหวัดสตูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 344 ราย เสียชีวิตจำนวน 108 ราย คิดเป็น ร้อยละ 34.88 และไตรมาสแรก ปีงบประมาณ 2569 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด 82 ราย เสียชีวิต จำนวน 21 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25.61 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว จากการวิเคราะห์พบว่าการหมุนเวียนของแพทย์ พยาบาลจบใหม่ที่ยังมีสมรรถนะในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไม่เพียงพอรวมถึงการนิเทศติดตามไม่สม่ำเสมอ

### อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired < ร้อยละ 40

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired ในช่วงปีงบประมาณ 2568 ทั้งหมดจำนวน 30 ราย เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว และไตรมาสแรก ปีงบประมาณ 2569 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired จำนวน 2 ราย และยังไม่พบผู้เสียชีวิต เนื่องจากมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด และการทำการจำหน่ายโดยเร็วเพื่อลดการนอนโรงพยาบาลนาน

#### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 3.2.1 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired					
	เป้าหมาย <24%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	423	164	38.77	384	149	39
ควนโดน	3	1	33.33	3	0	0
ควนกาหลง	12	2	16.67	7	0	0
ท่าแพ	1	0	0	3	0	0
ละงู	13	5	38.46	35	12	34
ทุ่งหว้า	6	2	33.33	9	3	33
มะนัง	1	0	0	5	0	0
ภาพรวมจังหวัด	459	174	37.91	446	164	36.77

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired					
	เป้าหมาย <24%					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.69)		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	276	108	39.13	61	18	29.51
ควนโดน	5	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	7	2	28.57	4	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	42	9	21.43	15	3	20
ทุ่งหว้า	5	1	20	0	0	0
มะนัง	9	0	0	2	0	0
ภาพรวมจังหวัด	344	120	34.88	82	21	25.61

3.2.2 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired <  
ร้อยละ 40

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired					
	เป้าหมาย < ร้อยละ 40					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	10	7	70	11	5	45.5
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	4	1	25	4	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0
ละงู	2	0	0	10	3	30
ทุ่งหว้า	3	0	0	1	0	0
มะนัง	0	0	0	2	1	50
ภาพรวมจังหวัด	21	8	38.1	28	9	32.1

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired เป้าหมาย < ร้อยละ 40					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	13	6	46.15	0	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	8	0	0	0	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0
ละงู	6	3	50	0	0	0
ทุ่งหว้า	1	0	0	2	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	30	9	30	2	0	0

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

อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	423	410	96	384	380	98
ควนโดน	3	3	100	3	3	100
ควนกาหลง	12	11	91	7	7	100
ท่าแพ	1	1	100	3	3	100
ละงู	13	12	92	35	32	91
ทุ่งหว้า	5	5	100	9	6	100
มะนัง	1	1	100	5	5	100
ภาพรวมจังหวัด	459	443	96	446	436	98

อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	252	91	61	58	95
ควนโดน	5	5	100	0	0	NA
ควนกาหลง	7	7	100	4	4	100
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA
ละงู	42	41	97	15	14	93
ทุ่งหว้า	5	5	100	0	0	NA
มะนัง	9	9	100	2	2	100
ภาพรวมจังหวัด	344	322	94	82	79	96

### 3.2.4 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90

อำเภอ	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	423	388	91	384	355	93
ควนโดน	3	3	100	3	3	100
ควนกาหลง	12	11	91	7	6	86
ท่าแพ	1	1	100	3	3	100
ละงู	13	11	84	35	31	89
ทุ่งหว้า	5	4	80	9	8	89
มะนัง	1	1	100	5	5	100
ภาพรวมจังหวัด	459	419	91	446	410	92

อำเภอ	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	234	86	61	55	90
ควนโดน	5	5	100	0	0	NA
ควนกาหลง	7	5	86	4	4	100
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA
ละงู	42	34	81	15	12	80
ทุ่งหว้า	5	4	80	0	0	NA
มะนัง	9	8	89	2	2	100
ภาพรวมจังหวัด	344	295	86	82	73	89

### 3.2.5 อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรง ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง $\geq$ ร้อยละ 30

อำเภอ	อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรง ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง $\geq$ ร้อยละ 30					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	423	272	64	384	252	66
ควนโดน	3	2	66	3	3	100
ควนกาหลง	12	7	58	7	5	71
ท่าแพ	1	1	100	3	3	100
ละงู	13	8	62	35	33	94
ทุ่งหว้า	5	4	80	9	9	100
มะนัง	1	1	100	5	4	80
ภาพรวมจังหวัด	459	295	63	446	310	69

อำเภอ	อัตราผู้ป่วย Sepsis แบบรุนแรง ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชั่วโมง $\geq$ ร้อยละ 30					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	192	70	61	44	72
ควนโดน	5	4	80	0	0	NA
ควนกาหลง	7	5	71	4	4	100
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA
ละงู	42	40	95	15	15	100
ทุ่งหว้า	5	4	80	0	0	NA
มะนัง	9	6	67	2	2	100
ภาพรวมจังหวัด	344	251	72	82	65	79

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ (ภาพรวมตามตัวชี้วัดตรวจราชการ)

จังหวัดสตูล มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้กับเขตบริการสาธารณสุข และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูล โดยเรามี CPG (แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด) ที่เป็นฉบับเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการให้คำปรึกษาพร้อมรับ การส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้อย่างเป็นระบบ 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

#### 5. ปัญหา อุปสรรค (ภาพรวมตามตัวชี้วัดตรวจราชการ)

1. บุคลากรใหม่ยังขาดสมรรถนะ ในการประเมิน/คัดกรองผู้ป่วย Sepsis ทำให้เกิด diagnostic error และนำไปสู่การรักษาล่าช้า จึงต้องมีการอบรม/ประชุมวิชาการต่อเนื่องทุกปี
2. ระบบ RRT ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจาก อัตรากำลังไม่เพียงพอ
3. ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม/Audit ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่สม่ำเสมอ

4.พบผู้ป่วย D/C against advice ที่ไม่ได้ลงทะเบียน 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)

#### 7.แผนพัฒนา

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

ผู้รับผิดชอบ นางชัตติยา เสมอภพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 099-0047999

e-mail : [kuttiya251027@gmail.com](mailto:kuttiya251027@gmail.com)

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

จังหวัด สตูล เขตสุขภาพที่ 12

สาขา โรคไต

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

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

### 2. สถานการณ์

#### 2.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

สถานการณ์ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลปี 68 พบว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าถึง 30.88 % ( จาก 68 ราย เพิ่มขึ้นเป็น 89 ราย) และสำหรับปี 69 (ไตรมาส 1) จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ยังคงสูงอยู่ เพิ่มขึ้นจากช่วงไตรมาส 1 ของปีก่อนหน้าถึง 40.90% แต่ตัวเลขผู้ป่วยรายใหม่ยังคงมีอยู่มาก ซึ่งให้เห็นว่าเป้าหมายที่ต้องการลด จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ให้ลดลงมากกว่า 5 % ยังคงเป็นเรื่องท้าทาย และต้องมีการดำเนินการเชิงรุกด้านการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น

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

ผู้ป่วยหลังได้รับการคัดกรองโรคไต พบผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 3 มากที่สุด ปี 67,68,69 (ต.ค.68-ธ.ค.68) = 3168, 2,710, 1,062 ราย ส่งพบแพทย์อายุรแพทย์โรคไตและส่งรับคำปรึกษาจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม การชะลอไตเสื่อมอาจยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ผู้ป่วยบางรายไม่มีผู้ดูแล ไม่ตระหนัก รับคำปรึกษาไปแล้ว ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร รับประทานยาไม่ถูกต้อง กินไม่ครบทุกมื้อ ทำให้อัตราการลดลงของ  $eGFR$  ไม่ได้ตามเป้าหมายปี 67,68,69 (ต.ค.68-ธ.ค.68) = 63.9 % , 66.23 % , 59.36 %

#### 2.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

มีการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในสถานบริการที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายโดยเริ่มตั้งแต่ไตรมาสที่ 1,2 และ ไตรมาส3 พบปัญหาด้านการคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางรายไม่สะดวกในการเดินทาง ผู้ป่วยบางรายขาดนัด ติดต่оไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง ฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน คัดกรองแต่ไม่ได้ลงข้อมูล

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.1.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ปี 68 เพิ่มขึ้นจากปี 67 ร้อยละ 30.88 % จากการควบคุมโรค NCD ไม่ได้ ส่งผลให้การชะลอไตเสื่อมไม่ได้ นำไปสู่ไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 ปี 69 (ต.ค.68-ธ.ค.68) เพิ่มขึ้นจากปี 68 = 40.90 % โดยให้ผู้ป่วยในคลินิกโรคไต ได้เข้าถึงให้คำปรึกษา จากทีมสหวิชาชีพ โภชนาการ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และเภสัชกรเพื่อการรับประทานยาที่ถูกต้องควบคุมอาการของโรค เพื่อการชะลอการเสื่อมของไต ลดผู้ป่วยรายใหม่ และการ Shared decision making ทุกรายเพิ่มการเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

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

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr ปี 2568 ภาพรวมทั้งจังหวัดสตูล ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ 66.23 % อำเภอที่ผ่านเกณฑ์ คือ อำเภอเมืองควนกาหลง ท่าแพ ละงู ที่อำเภอยังไม่ผ่านเกณฑ์ คืออำเภอ ควนโดน ทุ่งหว้า มะนัง ร้อยละ 46.77% ,64.13 % ,64.10% ปีงบประมาณ 69 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 59.36 % ปัญหาที่เจอการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย และการให้รับคำปรึกษา ต้องคุยเป็นรายบุคคล ครอบครัว มิฉะนั้นจะไม่ได้ข้อมูลที่เป็นความจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว บางคนมารพ.คนเดียว ไม่มีผู้ดูแล รับคำปรึกษาไปแล้ว ไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร รับประทานยาไม่ครบทุกมื้อ ผู้ป่วยบางรายรับประทานอาหารเสริม ยาสมุนไพร ไบโกระท่อม กัญชา แต่ปกปิดข้อมูล ส่งผลให้การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยกลุ่มระยะ 3-4

##### 3.1.3 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปี 2568 ภาพรวมการคัดกรองได้ 72.72 % พบปัญหาด้านการคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย อำเภอที่มีการคัดกรองได้ผ่านเกณฑ์ อำเภอท่าแพ ได้ 83.73 % อำเภอที่คัดกรองได้น้อย อำเภอละงู ทุ่งหว้า 65.08,68.82 % ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ การติดต่อไม่ได้และผู้ป่วยขาดนัด ประสาน รพสต.ลงติดตามเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจการคัดกรองไต และฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบัน คัดกรองแต่ไม่ได้คีย์ข้อมูล ต้องช่วยกันดูข้อมูลและรหัสโรคให้ถูกต้อง เพื่อให้ระบบการทำงานสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน

3.2.1 ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง ร้อยละ 5)

อำเภอ	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง ร้อยละ 5)					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68) 7/1/69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	27	33	-22.22	33	11	66.67
ควนโดน	2	5	-150.00	5	2	60.00
ควนกาหลง	4	8	-100.00	8	1	87.50
ท่าแพ	6	9	-50.00	9	1	88.89
ละงู	21	25	-19.05	25	11	56.00
ทุ่งหว้า	7	6	14.29	6	4	33.33
มะนัง	1	3	-200.00	3	1	66.67
ภาพรวมจังหวัด	68	89	-30.88	89	31	65.17

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR < 5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr					
	เป้าหมาย > 66 %					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	729	491	67.35	830	480	57.83
ควนโดน	82	46	56.10	122	63	51.64
ควนกาหลง	178	118	66.29	151	95	62.91
ท่าแพ	212	134	63.21	207	146	70.53
ละงู	308	185	60.06	287	200	69.69
ทุ่งหว้า	181	114	62.98	210	97	46.19
มะนัง	182	119	63.35	180	140	77.78
ภาพรวมจังหวัด	1,881	1,209	64.27	1,987	1,221	61.45

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr					
	เป้าหมาย >66 %					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,216	776	63.82	1,584	1,073	67.74
ควนโดน	129	83	64.34	110	78	70.91
ควนกาหลง	172	102	59.3	253	143	56.52
ท่าแพ	292	187	64.04	301	210	69.77
ละงู	438	266	60.73	1,054	661	62.71
ทุ่งหว้า	204	85	41.67	257	143	55.64
มะนัง	196	101	51.53	280	145	51.79
ภาพรวมจังหวัด	2,647	1,600	60.45	3,839	2,453	63.9

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr					
	เป้าหมาย >66 %					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569ต.ค.68 - ธ.ค.68(7/1/69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,547	1,042	67.31	694	432	62.25
ควนโดน	186	87	46.77	100	64	64.00
ควนกาหลง	277	190	68.59	171	114	66.67
ท่าแพ	289	197	68.17	0	0	0.00
ละงู	644	440	68.32	323	142	43.96
ทุ่งหว้า	276	177	64.13	180	109	60.56
มะนัง	236	156	64.10	167	110	65.87
ภาพรวมจังหวัด	3,456	2,289	66.23	1,635	971	59.36

3.2.3 ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HTที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง  
เป้าหมาย>80% )

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง					
	เป้าหมาย>80%					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	9,872	5,776	58.51	9,929	5,197	52.34
ควนโดน	2,796	1,901	67.99	2,728	1,773	64.99
ควนกาหลง	2,484	1,656	66.67	2,576	1,719	66.73
ท่าแพ	2,700	2,246	83.19	2,682	2,142	79.87
ละงู	5,558	3,813	68.6	5,595	4,014	71.74
ทุ่งหว้า	1,625	1,074	66.09	1,417	830	58.57
มะนัง	906	666	73.51	867	603	69.55
ภาพรวมจังหวัด	25,941	17,132	66.04	25,794	16,278	63.11

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง					
	เป้าหมาย>80%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	10,305	6,805	66.04	10,075	7,132	70.79
ควนโดน	2,672	1,765	66.06	2,831	2,056	72.62
ควนกาหลง	2,665	1,894	71.07	2,740	1,954	71.31
ท่าแพ	2,800	2,298	82.07	2,824	2,333	82.61
ละงู	5,782	4,647	80.37	5,890	4,763	80.87
ทุ่งหว้า	1,388	941	67.80	1,500	1,036	69.07
มะนัง	906	674	74.39	919	711	77.37
ภาพรวมจังหวัด	26,518	19,024	71.74	26,779	19,985	74.63

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง					
	เป้าหมาย>80%					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)7/1/69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	9,998	7,258	72.59	9,136	4,150	45.42
ควนโดน	2,927	2,193	74.92	2,829	1,624	57.41
ควนกาหลง	2,752	1,961	71.26	2,653	1,213	45.72
ท่าแพ	2,785	2,332	83.73	3,013	965	32.03
ละงู	3,328	2,166	65.08	2,990	672	22.47
ทุ่งหว้า	1,536	1,057	68.82	1,476	675	45.73
มะนัง	1,018	737	72.40	905	522	57.68
ภาพรวมจังหวัด	24,344	17,704	72.72	22,002	9,821	42.70

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ภาพรวม เน้นร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (ลดลง ร้อยละ 5)

ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569
		ต.ค.68 - ธ.ค.687 (/1/69)
NA	68/89 ( -30.88 )	89/31 (65.17)

จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ปี 68 เพิ่มขึ้นจากปี67 30.88 % จากการควบคุมโรค NCD ไม่ได้ ส่งผลให้การชะลอไตเสื่อมไม่ได้ นำไปสู่ไตเรื้อรังเพิ่มขึ้น แนวโน้มผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage 5 รายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี จากการเข้าถึงการรับคำปรึกษาเพื่อชะลอการเสื่อมของไตโดยทีมสหวิชาชีพในคลินิกโรคไต เรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารโดยโภชนาการ การรับประทานยาที่ถูกต้องจากเภสัชกรและเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการ Shared decision making

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

- การเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเปราะบางไม่สะดวกในการเดินทาง และผู้ป่วยบางรายขาดนัดติดต่อไม่ได้ ส่วนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เนื่องจากไม่มีรถประจำทาง เชิงรุก ประสาน รพสต.ลงติดตามเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจการคัดกรองไต คัดกรองแล้วแต่ยังไม่ได้ศิษข้อมูล ฐานข้อมูล ไม่เป็นปัจจุบัน

- ขาดการทำงานอย่างต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันระหว่าง CKD NCD และ Palliative ยังไม่ชัดเจนทุกโรงพยาบาล

- มีการผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลทำให้ไม่สามารถทราบข้อมูลที่เป็นจริงขณะอยู่ที่บ้านเกี่ยวกับการรับประทาน อาหาร การรับประทานยา เพื่อวางแผนการดูแลในการปรับพฤติกรรมได้ถูกต้อง

- การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการติดตาม การแจ้งเตือนต่างๆ เช่น การขาดนัด

- ควรมี CKD manager ประจำคลินิก มีการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วย CKD ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะได้วิเคราะห์ และดำเนินแก้ปัญหา

6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ รพช.ในการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วย NCD และกระบวนการให้ คำปรึกษา การเข้าถึงให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อการชะลอการ เสื่อมของไต

- ปรับรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกันทุกรพช.

- ติดตามการจัดการระบบติดตามผู้ป่วยที่ Lose F/U จากคลินิก CKD

- จัดโครงการวันไตโลกณรงศ์ให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมแก่ บุคลากร อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแล

- การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน และ ร่วม วิเคราะห์ และแก้ปัญหา ในพื้นที่ โดยทีม CKD

7. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรค

- การควบคุมโรค NCD ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรัง การคัดกรองยังทำได้ไม่ถึงเป้า การชะลอไต เสื่อมต่ำกว่าเกณฑ์

- CKD clinic ยังไม่ได้ มาตรฐาน โดยเฉพาะในเรื่องของกระบวนการให้คำปรึกษา ส่งผลต่อการเกิด ภาวะ unplanned dialysis

- ยังขาดความตระหนักไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร

- ไม่มี CKD manager ประจำคลินิก

## 8. ข้อเสนอแนะ

- ดำเนินการบูรณาการร่วมกัน ระหว่าง CKD, NCDs และ palliative care เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการคัดกรองไต การชะลอไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธฟอกไต
- สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง เสริม health literacy
- สนับสนุนให้มีการ เพิ่มการเข้าถึงการ Shared decision making
- การนิเทศติดตามการดำเนินงาน CKD clinic ภายในจังหวัด และในเขตสุขภาพ
- ควรมี ไม่มี CKD managers รับผิดชอบติดตามและวางแผนประจำคลินิก

ผู้รายงาน.พว.ชาลินี หลังเถาะ  
ตำแหน่ง.พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
เบอร์โทร 0898799623  
e-mail. chalineee1863@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : DM/HT)

โรงพยาบาลสตูล

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน  $\geq 70\%$
- 1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง  $\geq 80\%$
- 1.3 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี  $\geq 40\%$
- 1.4 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี  $\geq 60\%$
- 1.5 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)  $\geq 10\%$
- 1.6 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด

1.6.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

### 2. สถานการณ์ (สรุปภาพรวม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)

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 2565 – 2568 ประเด็นป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ พบว่ายังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด แต่แนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตามโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดสตูล จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ส่งเสริมการออกกำลังกาย

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (สรุปภาพรวม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)

##### 3.1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จ.สตูลผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนด (เป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ 72 ) อำเภอที่มีการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สูงสุด คือ อำเภอควนกาหลง ซึ่งมีการใช้ App smart อสม.ในการคัดกรอง และนัดติดตามตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ. ทุกราย และ ติดตามได้น้อยที่สุดคืออำเภอมะนัง

##### 3.1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการคืนข้อมูล กลุ่มสงสัยป่วยให้ อสม. โดยการวัดความดันโลหิตซ้ำ โดยอำเภอที่มีการติดตามสูงสุด คือ อำเภอควนกาหลง

##### 3.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จ.สตูลผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนด อำเภอที่ สูงสุด คือ อำเภอท่าแพร้อยละ 82.80 และอำเภอที่มีการตรวจติดตาม ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ได้ต่ำที่สุดคืออำเภอละงู ร้อยละ 63.96

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

ผลการควบคุมเบาหวานยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยภาพรวมจังหวัดผลการควบคุม คิดเป็น ร้อยละ 32.50 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยผลการดำเนินงานสูงกว่าระดับเขต 12 ( ทำได้ร้อยละ 32.02 ) และใกล้เคียงกับระดับประเทศ ( ทำได้ ร้อยละ 35.68 ) อำเภอท่าแพมีผลการควบคุมได้สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ32.36 โดยอำเภอท่าแพ มีการติดตามเจาะ HbA1C เชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามเจาะซ้ำทุก 3 เดือน ในผู้ป่วยเบาหวานสิทธิข้าราชการ และมีการกำหนดวันพุธ ให้มีการทำ Telemedicine ในกลุ่มที่มี ค่า HbA1C มากกว่า 7% โดยสามารถทำ Telemedicine ได้ครั้งละ 20 คน และได้ต่ำที่สุดคืออำเภอเมือง ร้อยละ 32.36

##### 3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$ ร้อยละ 60)

ผลการควบคุมความดันโลหิตสูง ยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยภาพรวมจังหวัด ผลการ ควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.67 ผลการควบคุมสูงสุด คืออำเภอท่าแพ คิดเป็นร้อยละ 56.66 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการทำ HMBP ในกลุ่ม Poor control และการติดตามความดันโลหิตซ้ำ ก่อนรับใบนัด และ ผลการควบคุมความดันโลหิตต่ำสุดคือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ 35.89

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 70

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	446	370	82.96	370	281	75.95
ควนโดน	103	84	81.55	95	63	66.32
ควนกาหลง	34	34	100	27	27	100
ท่าแพ	87	78	89.66	158	120	75.95
ละงู	164	141	85.98	120	106	88.33
ทุ่งหว้า	89	80	89.89	124	81	65.32
มะนัง	41	38	92.68	34	29	82.29
ภาพรวมจังหวัด	964	825	85.58	928	707	83.94

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	334	275	82.34	197	68	34.52
ควนโดน	93	86	92.47	59	23	38.98
ควนกาหลง	36	35	97.22	29	28	96.55
ท่าแพ	156	113	72.44	87	17	19.54
ละงู	107	74	69.16	84	43	51.19
ทุ่งหว้า	123	110	89.43	61	1	1.64
มะนัง	37	23	62.16	48	13	27.08
ภาพรวมจังหวัด	886	716	80.81	565	193	34.16

### 3.2.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 85

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,095	2,084	99.47	2,463	1,891	76.69
ควนโดน	633	610	96.37	586	517	73.36
ควนกาหลง	342	342	100	250	179	71.62
ท่าแพ	450	449	99.78	462	433	82.49
ละงู	588	564	95.92	742	633	72.49
ทุ่งหว้า	388	388	100	467	365	79.8
มะนัง	277	277	100	262	235	78.81
ภาพรวมจังหวัด	4,773	4,714	98.76	5,232	4,324	75.83

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,437	1,170	48.01	1,493	480	32.15
ควนโดน	676	611	90.38	271	163	60.15
ควนกาหลง	240	233	97.08	197	134	68.02
ท่าแพ	266	202	75.94	496	286	57.66
ละงู	873	565	64.72	359	299	83.29
ทุ่งหว้า	569	537	94.38	492	231	46.95
มะนัง	298	209	70.13	301	201	66.78
ภาพรวมจังหวัด	5,359	3,527	65.81	3,609	1,794	49.71

3.2.4 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตุล	4,988	3,788	75.94	5,050	4,002	79.25
ควนโดน	1,097	757	69.01	1,252	999	79.79
ควนกาหลง	1,322	1,000	75.64	1,400	1,056	75.43
ท่าแพ	1,153	947	82.13	1,237	1,042	84.24
ละงู	2,888	2,398	83.03	3,057	2,504	81.91
ทุ่งหว้า	950	767	80.74	1,019	860	84.40
มะนัง	836	629	75.24	880	710	80.68
ภาพรวมจังหวัด	13,234	10,286	77.72	13,895	11,173	80.41

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 – ธ.ค.68		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตุล	5,205	3,951	75.91	5425	2965	54.65
ควนโดน	1,323	960	72.56	1403	896	63.86
ควนกาหลง	1,423	947	66.55	1413	590	41.76
ท่าแพ	1,273	1,054	82.80	2204	1008	45.74
ละงู	3,119	1,995	63.96	3196	1164	36.42
ทุ่งหว้า	1,046	824	78.78	1094	597	54.57
มะนัง	1,064	682	64.10	931	591	63.48
ภาพรวมจังหวัด	14,453	10,413	72.05	15666	7811	49.86

3.2.6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้  $\geq 40\%$

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,988	3,788	75.94	5,050	1,398	27.68
ควนโดน	1,097	757	69.01	1,252	406	32.43
ควนกาหลง	1,322	1,000	75.64	1,400	376	26.86
ท่าแพ	1,153	947	82.13	1,237	557	45.03
ละงู	2,888	2,398	83.03	3,057	1,179	38.57
ทุ่งหว้า	950	767	80.74	1,019	383	37.59
มะนัง	836	629	75.24	880	348	39.55
ภาพรวมจังหวัด	13,234	10,286	77.72	13,895	4,647	33.44

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,205	1,241	23.84	5,301	764	14.41
ควนโดน	1,323	319	24.11	1,377	300	21.79
ควนกาหลง	1,423	420	29.52	1,398	207	14.81
ท่าแพ	1,273	412	32.36	1,570	232	14.78
ละงู	3,119	899	28.82	3,118	429	13.76
ทุ่งหว้า	1,046	334	31.91	1,087	177	16.28
มะนัง	10,64	289	27.16	928	254	27.37
ภาพรวมจังหวัด	14,453	3,914	32.50	14,779	2,363	15.99

3.2.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้  $\geq 50\%$

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ $\geq 50\%$					
	ปีงบประมาณ					
	2560	2561	2562	2563		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	25.37	28.52	24.86	10,171	3,199	31.45
ควนโดน	36.00	35.13	40.91	2,945	1,451	49.27
ควนกาหลง	37.46	28.56	31.48	2,747	994	36.18
ท่าแพ	37.28	42.03	40.01	3,066	1,813	59.13
ละงู	29.21	37.60	38.78	6,140	3,207	52.23
ทุ่งหว้า	27.95	39.54	44.88	2,374	964	40.61
มะนัง	20.00	48.16	59.16	1,793	527	29.39
ภาพรวมจังหวัด	29.54	34.48	35.2	29,236	12,155	41.58

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	11,255	4,164	37	11,308	4,934	43.63
ควนโดน	2,954	1,548	52.4	3,203	1,832	57.2
ควนกาหลง	2,976	1,278	42.94	3,171	1,647	51.94
ท่าแพ	3,260	1,847	56.66	3,446	1,871	54.29
ละงู	6,724	3,688	54.85	7,218	4,571	63.33
ทุ่งหว้า	2,505	1,191	47.54	2,566	1,299	50.62
มะนัง	1,915	753	39.32	1,992	1,354	67.97
ภาพรวมจังหวัด	31,589	14,469	45.8	32,904	17,508	53.21

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 - ธ.ค.68		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	11,145	4,000	35.89	11,107	4,064	36.59
ควนโดน	3,265	1,721	52.71	3,378	1,750	51.81
ควนกาหลง	3,222	1,591	49.38	3,275	1,655	50.53
ท่าแพ	3,475	1,969	56.66	3,938	988	25.09
ละงู	7,250	4,601	36.46	7,208	4,182	58.02
ทุ่งหว้า	2,553	1,331	52.13	2,645	1,267	47.90
มะนัง	2,114	1,273	60.22	2,091	1,115	53.32
ภาพรวมจังหวัด	33,024	16,486	55.67	33,642	15,021	44.65

3.2.8 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)  $\geq 10\%$

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	สมัครใจเข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	เมืองสตูล	19	0	0.00
-	-	0.12		ควนโดน	304	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	3	0	0.00
-	-	0.02		ท่าแพ	233	0	0.00
จังหวัดสตูล				ละงู	112	0	0.00
-	-	0.00		ทุ่งหว้า	13	0	0.00
ปี 2569				มะนัง	121	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	804	0	0.00
0.12	0.02	0.00					

3.2.9 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  
มากกว่าร้อยละ 70

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,988	3,788	75.94	5,050	4,002	79.25
ควนโดน	1,097	757	69.01	1,252	999	79.79
ควนกาหลง	1,322	1,000	75.64	1,400	1,056	75.43
ท่าแพ	1,153	947	82.13	1,237	1,042	84.24
ละงู	2,888	2,398	83.03	3,057	2,504	81.91
ทุ่งหว้า	950	767	80.74	1,019	860	84.40
มะนัง	836	629	75.24	880	710	80.68
ภาพรวมจังหวัด	13,234	10,286	77.72	13,895	11,173	80.41

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค.68 - ธ.ค.68			ต.ค.68 - ธ.ค.68		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,396	4,396	81.47	5,425	2,965	54.65
ควนโดน	1,364	1,183	86.73	1,403	896	63.86
ควนกาหลง	1,411	1,102	78.1	1,413	590	41.76
ท่าแพ	1,305	1,125	86.21	2,205	1,008	45.71
ละงู	3,235	2,498	77.22	3,196	1,164	36.42
ทุ่งหว้า	1,083	921	85.04	1,094	597	54.57
มะนัง	1,079	767	71.08	930	604	64.95
ภาพรวมจังหวัด	14,873	11,992	80.63	15,666	7,824	49.94

3.2.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  
มากกว่าร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค.68 - ธ.ค.68			ต.ค.68 - ธ.ค.68		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,396	4,604	85.32	5425	4,240	78.16
ควนโดน	1,364	1,191	87.32	1,403	1,184	84.39
ควนกาหลง	1,411	1,260	89.3	1,413	1,140	80.68
ท่าแพ	1,305	1,219	93.41	2,204	1,807	81.99
ละงู	3,235	2,921	90.29	3,196	2,699	84.45
ทุ่งหว้า	1,083	964	89.01	1,094	936	85.56
มะนัง	1,079	959	88.88	931	811	87.11
ภาพรวมจังหวัด	14,873	13,118	88.2	15,666	12,817	81.81

3.2.10 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง  
มากกว่าร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5396	2546	47.18	5425	1678	30.93
ควนโดน	1364	838	61.44	1403	630	44.9
ควนกาหลง	1411	647	45.85	1413	383	27.11
ท่าแพ	1305	733	56.17	2205	660	29.93
ละงู	3235	619	19.13	3196	289	9.04
ทุ่งหว้า	1083	369	34.07	1094	245	22.39
มะนัง	1079	276	25.58	930	160	17.2
ภาพรวมจังหวัด	14873	6028	40.53	15666	4045	25.82

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

- กลุ่มเป้าหมาย มีจำนวนมาก ทำให้การ ดำเนินการคัดกรอง การติดตาม และการลงข้อมูล ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ
- บางพื้นที่ ขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ เช่น เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดความดัน
- สนับสนุนให้มีการคัดกรอง ผ่าน Application ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่
- การบูรณาการ งานร่วมกัน กับภาคีเครือข่าย เช่น อปท .
- การสนับสนุนวิชาการ กับผู้รับผิดชอบงาน NCD อย่างต่อเนื่อง
- การสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพัฒนาการติดตามการแจ้งเตือนต่างๆ เช่นการขาดนัด ผลการควบคุม เป็นต้น
- การทำ Authen อาจทำให้การบริการล่าช้า
- ทีม NCD ควรมีการพัฒนาให้มีความเชี่ยวชาญ ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพิ่มจำนวนพยาบาล case manager ให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วย

## 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

### Service (ด้านบริการ)

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มสงสัยป่วยเพื่อติดตามยืนยันวินิจฉัย โดยจัดให้ 2 รูปแบบ คือ
  - นัดมารับบริการเจาะเลือด, วัดความดันโลหิต ที่หน่วยบริการใกล้บ้าน
  - บริการเชิงรุกในชุมชน และที่บ้าน ในรายที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ
2. ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน เพื่อยืนยันผลการตรวจ และนำเข้าสู่กระบวนการรักษา
3. เพิ่มความครอบคลุมของการเจาะ HbA1C และการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มป่วย โดยให้ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ดำเนินการแบบ One stop service ที่หน่วยบริการ ลงชุมชน และบริการที่บ้าน กรณีมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ
4. การจัดการปัญหากรณี (Case management) ในรายที่ควบคุมไม่ได้
5. กรณีพบภาวะแทรกซ้อน ส่งพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อเข้ารับบริการ

### System (ด้านระบบบริการ)

1. ติดตามผลการดำเนินงานเรื่องติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโดยเพิ่มการชี้เป้ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม (HbA1C >7 กับ HbA1C 7.00-7.99)
  - กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C >7 คือจำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
  - กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C 7.00-7.99 คือจำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 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. การของบประมาณกองทุนตำบลของแต่ละพื้นที่ ในการจัดกิจกรรมโครงการตามสภาพปัญหาในพื้นที่
2. การจัดยาให้เพียงพอในรายที่ส่งกลับรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และลดระยะเวลารอคอย และได้รับบริการกลับบ้าน

## 7. ปัญหา อุปสรรค

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

## 9. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ปี 2568 ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล มีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดี - ดีเด่น ( $\geq$ ร้อยละ 75 ขึ้นไป)

- โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ได้รับโล่เกียรตินิยม รางวัลชนะเลิศ

ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง การประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568

- โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร รางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 การประกวดรูปแบบบริการ (Service Model) เชิงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568

- โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร เข้าร่วมการประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568 ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก

ผู้รายงาน นางสาวสาวิตรี อิตกี

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

โทร 083-1681337

E-mail : sawi-juji@hotmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา โรคมะเร็ง (NCDs : DM/HT)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

ประเด็นที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง  
ตัวชี้วัดย่อย

1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ

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

ปี 2565 – 2568 จังหวัดสตูล ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โดยการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 91.97 ,89.31 ,79.08 และ 90.91 (เกณฑ์  $\geq$  ร้อยละ 90) พบกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 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 2565 – 2568 ประเด็นป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ พบว่ายังไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด แต่แนวโน้มดีขึ้น อย่างไรก็ตาม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดสตูล จำเป็นต้องมีมาตรการป้องกัน และควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค ส่งเสริมการออกกำลังกาย

### 3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

### 3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน  $\geq$  ร้อยละ 90

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)				
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา	
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	เมืองสตูล	37,244	19,033	51.10	
78.01	71.54	72.63		ควนโดน	10,041	2,723	27.12	
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	13,019	9,558	73.42	
90.11	77.81	81.24		ท่าแพ	10,355	6,918	66.81	
จังหวัดสตูล				ละงู	27,728	18,369	66.25	
89.31	79.08	90.91		ทุ่งหว้า	8,337	6,658	79.86	
ปี 2569				มะนัง	7,009	6,194	88.37	
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	รวม	113,733	69,453	61.07
38.68	50.10	61.07						

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 256

ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 90

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)				
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา	
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	เมืองสตูล	32,108	16,979	52.88	
78.06	71.72	73.52		ควนโดน	8,096	2,042	25.22	
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	11,216	8,569	76.40	
90.01	77.83	81.86		ท่าแพ	8,156	5,538	67.90	
จังหวัดสตูล				ละงู	23,978	16,215	67.62	
89.98	79.61	91.25		ทุ่งหว้า	6,826	5,391	78.98	
ปี 2569				มะนัง	5,917	5,359	90.57	
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90	รวม	96,297	60,093	62.40
39.28	50.33	62.40						

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 3 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน  $\geq$  ร้อยละ 70

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50	เมืองสตูล	197	68	34.52
69.47	69.80	71.81		ควนโดน	59	23	38.98
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	29	28	96.55
77.50	72.47	76.15	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70	ท่าแพ	87	17	19.54
จังหวัดสตูล				ละงู	84	43	51.19
85.58	84.07	78.87		ทุ่งหว้า	61	1	1.64
ปี 2569				มะนัง	48	13	27.08
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	565	193	34.16
24.96	37.64	34.16					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง  $\geq$  ร้อยละ 80

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	เมืองสตูล	1,493	480	32.15
89.32	82.96	80.92		ควนโดน	271	163	60.15
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	197	134	68.02
92.75	85.85	86.16	รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80	ท่าแพ	496	286	57.66
จังหวัดสตูล				ละงู	359	299	83.29
98.76	87.02	93.63		ทุ่งหว้า	492	231	46.95
ปี 2569				มะนัง	301	201	66.78
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	3,609	1,794	49.71
33.54	46.61	49.71					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 5 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี  $\geq$  ร้อยละ 40

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	เมืองสตูล	5,301	764	14.41
33.23	35.49	35.68		ควนโดน	1,377	300	21.79
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	1,398	207	14.81
29.88	32.28	32.02		ท่าแพ	1,570	232	14.78
จังหวัดสตูล				ละงู	3,118	429	13.76
26.65	33.44	32.50		ทุ่งหว้า	1,087	177	16.28
ปี 2569				มะนัง	928	254	27.37
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	14,779	2,363	15.99
19.12	15.06	15.99					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 6 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  $\geq$  ร้อยละ 60

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60	เมืองสตูล	11,107	4,064	36.59
55.04	57.63	57.83		ควนโดน	3,378	1,750	51.81
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	3,275	1,655	50.53
49.51	51.12	51.58		ท่าแพ	3,938	988	25.09
จังหวัดสตูล				ละงู	7,208	4,182	58.02
45.80	53.21	55.67		ทุ่งหว้า	2,645	1,267	47.90
ปี 2569				มะนัง	2,091	1,115	53.32
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	33,642	15,021	44.65
43.31	38.54	44.65					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ณ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สมัครใจเข้าร่วม Remission Clinic ต่อผู้ป่วยเบาหวาน Type 2 ที่  
เข้าเกณฑ์ทั้งหมด  $\geq$  ร้อยละ 40 (ตัวชี้วัด Service Plan ระดับเขตสุขภาพที่ 12)

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	DM Type 2 ที่เข้าเกณฑ์	สมัครใจเข้า ร่วม	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40	เมืองสตูล	1,513	19	1.26
-	-	-		ควนโดน	308	304	98.7
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	548	3	0.55
-	-	-		ท่าแพ	515	233	45.24
จังหวัดสตูล				ละงู	887	112	12.63
-	-	-		ทุ่งหว้า	309	13	4.21
ปี 2569				มะนัง	284	121	42.61
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	4,364	804	18.45
2.16	10.28	18.45					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 8 มกราคม 2569

ตารางที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ  $\geq$  ร้อยละ 10

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568		อำเภอ	สมัครใจเข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ			มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	เมืองสตูล	19	0	0.00
-	-	0.12		ควนโดน	304	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	3	0	0.00
-	-	0.02		ท่าแพ	233	0	0.00
จังหวัดสตูล				ละงู	112	0	0.00
-	-	0.00		ทุ่งหว้า	13	0	0.00
ปี 2569				มะนัง	121	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	804	0	0.00
0.12	0.02	0.00					

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 8 มกราคม 2569

### การคัดกรอง/ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย/การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต

จังหวัดสตูลดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 113,733 คน ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานจำนวน 69,453 คน คิดเป็นร้อยละ 61.07 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 565 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัยจำนวน 193 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.16 และมีผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 14,779 คนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จำนวน 2,363 คน คิดเป็นร้อยละ 15.99

การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ.2569 มีประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 96,297 คน ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 60,093 คน คิดเป็นร้อยละ 62.40 พบกลุ่มสงสัยป่วยจำนวน 3,669 คน กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามยืนยันวินิจฉัย จำนวน 1,794 คน คิดเป็นร้อยละ 49.71 และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 33,642 คน สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จำนวน 15,021 คน คิดเป็นร้อยละ 44.65

**ผลการดำเนินงาน** ด้านการคัดกรองและตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่วางไว้ ทั้งนี้ เนื่องจากสถานการณ์อุทกภัยในภาคใต้ในช่วงเดือนพฤศจิกายน - ธันวาคม 2568 ที่บางอำเภอของจังหวัดสตูล ได้รับผลกระทบในสถานการณ์นี้ 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 เพื่อเป็นการแจ้งเตือนไม่ให้เกินกำหนดเวลาในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ โดยผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าเกณฑ์ จะนำเข้าไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและรับบริการใน 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 รวมถึงเป็นต้นแบบและขยายรูปแบบการดำเนินงาน แก่ รพ.สต.ใน

พื้นที่ต่อไป และสามารถลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งสิ้น 7,777,080 บาท/ปี โดยปี 2558 ใช้ระบบจัดเก็บข้อมูลจากพื้นที่ที่ใช้แบบฟอร์มที่กองสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นผู้กำหนด

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 14,779 คน เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 4,364 คน สมัครใจเข้ารับบริการใน NCDs Remission Clinic จำนวน 804 คน คิดเป็นร้อยละ 18.45 แต่ยังไม่เข้าสู่ระยะ Remission ทั้งนี้เพราะยังไม่ครบกำหนดการติดตามผล HbA1c

### 3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks ,Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการคัดกรองและจำแนกกลุ่มตามระดับความเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มป่วย โดยมีการขึ้นทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยและนัดเพื่อตรวจติดตามยืนยันเพื่อวินิจฉัยโรค ในกลุ่มที่ไม่มาตามนัด มีระบบติดตามโดย อสม./จนท.สาธารณสุข เพื่อให้ได้รับการตรวจติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด ถึงแม้ว่าในการดำเนินงานตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยจะยังไม่บรรลุเป้าหมายในบางอำเภอ เนื่องจากระบบ แนวทางปฏิบัติแต่ละอำเภอแตกต่างกัน แต่ยังไม่เกินเวลาที่กำหนด และมีแผนการดำเนินให้ได้ตามเป้าหมายภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2568</li> <li>- ปี 2568 ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล มีผลการประเมิน NCD Clinic Plus ในระดับดี - ดีเด่น (&gt;ร้อยละ 75 ขึ้นไป)</li> <li>- โรงพยาบาลละงู จังหวัดสตูล ได้รับโล่เกียรตินิยม รางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง การประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568</li> <li>- โรงพยาบาลควนกาหลง จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร รางวัลรองชนะเลิศ อันดับ 1 การประกวดรูปแบบบริการ (Service Model) เชิงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568</li> <li>- โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล ได้รับประกาศนียบัตร เข้าร่วมการประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ 2568 ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก</li> </ul>

Building Block	ผลการดำเนินงาน
กำลังคนที่ให้บริการ	มีบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิรวมถึง อสม.ที่ดำเนินการในการคัดกรอง และได้รับการอบรมเรื่องโรคทาง NCD ปีละ 1 ครั้ง ทุกอำเภอมี CM (Case Manager) และ SM (System Manager) รวมถึงมีทีมสหวิชาชีพ เช่น กายภาพบำบัด โภชนากร มาร่วมในทีมดูแลผู้ป่วย เชื่อมโยงในทุกระดับ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ทุกอำเภอมีผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบ HOSxP, JHCIS และส่งแฟ้มข้อมูล 43 แฟ้มครบถ้วน ทันเวลา และสามารถนำข้อมูลจาก HDC วิเคราะห์และใช้ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการดำเนินงาน
ภาวะผู้นำ และ ธรรมชาติภาพ ระบบสุขภาพ	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายคนไทยห่างไกล NCD, คณะกรรมการ Service Plan NCD และมีแผนการประชุมทุก 6 เดือน เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการอิสลามและผู้นำศาสนา ในการคัดกรองและดูแลสุขภาพผู้นำศาสนาและพระสงฆ์

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตาม มาตรฐานคุณภาพ บริการ	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การให้บริการดูแล รักษากลุ่มผู้ป่วย DM และ HT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบันทึกทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันที่ขึ้นทะเบียนในหน่วยบริการ</li> <li>- มีการให้การรักษามาตรฐานและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ร่วมกับสหวิชาชีพ</li> <li>- DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 15.99</li> <li>- HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 44.65</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● ให้บริการดูแล รักษากลุ่มผู้ป่วย เบาหวานระยะ สงบ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีทีมสหวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน ผ่านการอบรม DM Remission</li> <li>- มีทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และมีการประเมินพฤติกรรมรายบุคคล</li> <li>- มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างเข้มข้น</li> <li>- ปี 2568 มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ จำนวน 428 คน</li> <li>- ปี 2569 ยังไม่มีผู้ป่วย DM ที่เข้าสู่ระยะสงบ เพราะยังไม่ครบกำหนดการตรวจ HbA1C ซ้ำ</li> </ul>

(ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่)

**การให้บริการสุขภาพ** ในบางพื้นที่มีนโยบาย ให้กลุ่มสงสัยป่วยเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะนัดมาตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโรค ทำให้ผลการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันฯ ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด **กำลังคนที่ให้บริการ** มี CM (Case Manager) และ SM (System Manager) แต่ไม่ได้รับการอบรมครบทุกอำเภอ

**การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ** ในส่วนของการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสู่เบาหวานระยะสงบ ยังไม่ได้ผ่านการอบรม DM Remission ครบทั้ง 7 อำเภอ

#### 4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

##### 4.1 มาตรการดำเนินงาน

##### Service (ด้านบริการ)

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มสงสัยป่วยเพื่อติดตามยืนยันวินิจฉัย โดยจัดให้ 2 รูปแบบ คือ
  - นัดมารับบริการเจาะเลือด, วัดความดันโลหิต ที่หน่วยบริการใกล้บ้าน
  - บริการเชิงรุกในชุมชน และที่บ้าน ในรายที่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ

2 .ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกเอกชน เพื่อยืนยันผลการตรวจ และนำเข้าสู่กระบวนการรักษา

3.เพิ่มความครอบคลุมของการเจาะ HbA1C และการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มป่วย โดยให้ผู้รับผิดชอบงานระดับพื้นที่ดำเนินการแบบ One stop service ที่หน่วยบริการ ลงชุมชน และบริการที่บ้าน กรณีมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ

4. การจัดการปัญหากรณี (Case management) ในรายที่ควบคุมไม่ได้
5. กรณีพบภาวะแทรกซ้อน ส่งพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อเข้ารับบริการ

##### System (ด้านระบบบริการ)

1. ติดตามผลการดำเนินงานเรื่องติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโดยเพิ่มการชี้เป้ากลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยการจัดกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม(HbA1C >7 กับ HbA1C 7.00-7.99)

- กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C >7 คือจำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้
- กลุ่มป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ HbA1C 7.00-7.99 คือจำนวนทั้งหมดที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 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 เพื่อความสะดวกในการจัดการติดตามรายบุคคลและครอบครัว

#### Stuff (ปัจจัยต่าง)

1. การของบประมาณกองทุนตำบลของแต่ละพื้นที่ ในการจัดกิจกรรมโครงการตามสภาพปัญหาในพื้นที่
2. การจัดหาให้เพียงพอในรายที่ส่งกลับรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และลดระยะเวลารอคอย และได้รับการกลับบ้าน

#### 4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

1. คัดกรองเชิงรุก ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยฯ ติดตาม HbA1c ให้ครอบครัว
2. นำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (Pre-Remission) และติดตามต่อเนื่อง โดยใช้กลไกป้องกัน 7 สี
3. ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่, เบาหวานในกลุ่มข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข, อสม.และผู้ต้องขังในเรือนจำ 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

1. การเพิ่มอัตรากำลัง หรือ เพิ่มค่าตอบแทนในผู้ปฏิบัติงาน

7. ภาพการดำเนินงาน



การดูแลสุขภาพและประชาสัมพันธ์ รพ.สต.บ้านเขาไฉ่ โทร: 011-16093



**DM remission โรงพยาบาลท่านพ**

โรงพยาบาลท่านพได้ดำเนินการ DM REMISSION CLINIC เริ่มวันที่ 13 ธันวาคม 2566 มีคลินิก  
ดำเนินการจำนวนรวมทั้งสิ้น DM REMISSION ไม่มีการแยกแยะ ปัจจุบันมีการเปิด DM REMISSION  
แยกเป็นห้องจากจากคลินิก DM REMISSION DM REMISSION ทั้งสิ้นในศูนย์ 4 ของชุมชน โดยผู้เข้า  
รับบริการมี 2 กลุ่ม คือกลุ่มเบาหวาน HBA1C มีค่า 6.5 และกลุ่มที่ BMI เป็น 30 HBA1C มากกว่า 7  
และในคลินิกมีทีมสหวิชาชีพ มาให้คำปรึกษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการคัดกรองผู้ป่วยใหม่ มี  
การประเมินเบาหวานที่สหวิชาชีพในคลินิก มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพด้วยกัน ไม่  
มีการประเมินโดยวิชาชีพ หรือแยกแยะให้ PCU ทำผล ทำโครงการ DM REMISSION ดังนี้  
ผลการดำเนินงาน

- ปัจจุบัน 30 พฤษภาคม 2567 ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ คัดกรองมี 75 ราย ผู้ป่วยมี 13  
ราย สามารถลดค่าได้กว่า 65 ราย สามารถปรับลดค่า 1 วัน มี 11 ราย (กลุ่มมี 1 ราย )  
จาก 76 ราย สามารถลดค่าและปรับลดค่า มีอัตราการแทรกซ้อน 1 ราย และส่งกลับให้รักษา  
ที่ศูนย์โรคเบาหวาน 5 ราย
- สามารถค่าใช้จ่าย สาขาอื่นๆ MFH 41,058 บาท, GPZ 16,189 บาท, PO 2,400 บาท รวม  
ราคา 59,647 บาท (ณ วันที่ 24 พฤษภาคม 2567)





**ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแพ้ว**

จากขยายงานวันที่ 8/25/68 (เริ่มงบประมาณปี 2568)




วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2568  
นายแพทย์โรจน์ เถลี ร่วมกับเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพ เปิดบริการศูนย์ NCD  
Remission Clinic ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านแพ้ว เพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน  
ให้ได้บริการรักษาตามมาตรฐานระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าถึงเดือนละ  
สองครั้งอย่างน้อย 3 เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เป้าหมายบริการผู้  
ป่วยกว่า 11 ของทุกเดือน เวลา 08.30น. - 12.00 น.



**โรงพยาบาลควนโดน**  
KHUANDON HOSPITAL

**DM Remission**



โรงพยาบาลควนโดน ได้ดำเนินการ DM REMISSION ในปีงบประมาณ 2567 โดยมีผู้เข้าร่วม  
โครงการระยะแรก จำนวน 10 ราย จากผลการดำเนินงานในโครงการ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วย 1 ราย  
มีน้ำหนักตัวเกิน BMI ลดลง 9 ราย HBA1C ลดลง 8 ราย ปรับขนาดยา 2 ราย โดยผู้ป่วยทั้ง 10 ราย  
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Hypo-Hyperglycemia หรือภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ



ผลดำเนินงานที่ดี  
50,400.- / ปี

การคัดกรองโรคเบาหวาน ที่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยในการ  
โรคนี้คือเบาหวาน มีการดำเนินงานที่เรียกว่า "นำข้อมูลมา" บรรจุ  
คำปรึกษาแนะนำ การให้คำปรึกษาแนะนำ และให้การดูแล  
ระดับน้ำตาลกลูโคส ปีละ 2 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมการรับประทาน และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ  
ส่งผล นำมาซึ่งลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โรงพยาบาลควนโดน จังหวัดสตูล  
โทร 074-796-056 หรือสายด่วน 1669

ผู้รายงาน น.ส.ชนนรัช ถาวรบุญ  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทรศัพท์ 087-9691321  
Email yayeeas@gmail.com  
8 มกราคม 2569

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา โรคมะเร็ง

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์  $\geq 70\%$
- 1.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 70\%$
- 1.3 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 60\%$
- 1.4 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
  - 1.4.1 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 25
  - 1.4.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
  - 1.4.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
  - 1.4.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ) ได้รับส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50

2. สถานการณ์ (ภาพรวมของ สาขา มะเร็ง)

2.1 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าเท่ากับร้อยละ 25

จังหวัดสตูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี HPV DNA Test โรงพยาบาลสตูลเป็นศูนย์กลางของจังหวัด ปีงบประมาณ 2568 คัดกรองประชากรผู้หญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.21 % ปีงบประมาณ 2569 (ต,ค - ธ.ค ค) ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง 1,640 ราย คิดเป็น คิดเป็นร้อยละ 3.46 %

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,432	526	2.97
ควนโดน	806	276	8.56
ควนกาหลง	1,189	83	1.75
ท่าแพ	1,092	213	4.88
ละงู	2,701	345	3.19
ทุ่งหว้า	919	53	1.45
มะนัง	723	144	4.98
ภาพรวมจังหวัด	11,862	1,640	3.46

2.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก)ได้รับการส่องกล้องColposcopyมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

โรงพยาบาลสตูลมีเครื่อง colposcopy 1 เครื่อง ผู้ที่มีผลผิดปกติจะส่งตรวจที่รพ.สตูล ได้ทุกวัน ราชการจันทร์- ศุกร์ มีแพทย์ 3 ท่าน ส่องกล้องได้ 6 ราย/สัปดาห์ ระยะเวลารอคอย ภายใน 2 อาทิตย์ ปีงบประมาณ 2568 ทำcolposcopy 98 ราย ผลเป็นมะเร็ง 12 ราย ปีงบประมาณ 2569ตั้งแต่ ต.ค. 68 – ธ.ค. 68 ทำcolposcopy 16 ราย ผลเป็นมะเร็ง 3 ราย

2.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับ 70

จังหวัดสตูลให้บริการคัดกรองมะเร็งลำไส้และไส้ตรง โดยใช้วิธี Fit test แต่ละโรงพยาบาลจะ จัดสรรอุปกรณ์ในการคัดกรองเอง ปีงบประมาณ 2568 ผลงานการคัดกรอง = 70.98 % ปีงบประมาณ 2569 ตั้งแต่ ต.ค. 68 - ธ.ค. 68 คัดกรองได้ 25 %

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,017	618	30.64
ควนโดน	459	130	28.32
ควนกาหลง	533	178	33.40
ท่าแพ	490	47	9.6
ละงู	1,259	0	0
ทุ่งหว้า	422	373	88.39
มะนัง	336	33	9.8
ภาพรวมจังหวัด	5,516	1,379	25

2.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าหรือเท่ากับ 50 ผู้ป่วยที่มีผลFit test positive แต่ละอำเภอจะส่งมาทำ colonoscopy ที่โรงพยาบาลสตูล ยกเว้นอำเภอละงู ปีงบประมาณ 2568 ทำ colonoscopy ที่โรงพยาบาลสตูล 162 ราย โรงพยาบาลละงู 60 ราย รวมทั้งสิ้น 222 ราย ผลเป็นมะเร็ง 3 ราย ปีงบประมาณ 2569 ตั้งแต่ ต.ค.68 – ธ.ค. 68 อยู่ในช่วงดำเนินการ ประสานรับผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองผิดปกติจากพื้นที่แต่ละอำเภอมาเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้อง โดยส่งมาพบแพทย์ศัลยกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์

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

โรงพยาบาลสตูลให้การรักษาโดยวิธีทำผ่าตัดทั้งผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ ผู้ป่วยจะได้ ฟังผลชิ้นเนื้อไม่เกิน 2 อาทิตย์หลังการผ่าตัด กรณีผลชิ้นเนื้อออกก่อนวันนัดจะประสานผู้ป่วยมาพบแพทย์ เจ้าของไข้ก่อนวันนัด และพยาบาลจะให้ความรู้การปฏิบัติตัว แผนการรักษา การประเมินทางด้านจิตใจ โดยใช้

2Q 9Q กรณีคะแนนการประเมิน 7 คะแนนขึ้นไปจะส่งไปปรึกษาทีมจิตเวช ปีงบประมาณ 2568 ผ่าตัด 47 ราย ได้รับการทำผ่าตัดภายในเวลา 36 ราย คิดเป็น 76.60 % ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 -ธ.ค. 68) ผ่าตัด 8 ราย ผ่าตัดภายในเวลา 6 ราย คิดเป็น 75 % เนื่องผู้ป่วยบางรายไม่พร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัดตามวันที่กำหนด และจำกัดด้วยคิวห้องผ่าตัด

2.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 70\%$  โรงพยาบาลสตูน ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ด้วยยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลเดียวในจังหวัดสตูลจะให้บริการผู้ป่วยในจังหวัดสตูลและผู้ป่วยที่ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลอื่น ปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด 42 ราย ให้เคมีบำบัดภายในเวลา 36 ราย คิดเป็น 85.71 % ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 - ธ.ค. 68) ผู้ป่วยที่รับยาเคมีบำบัด 12 ราย ให้ยาเคมีบำบัดภายในเวลา 9 ราย คิดเป็น 75 %

2.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์  $\geq 60\%$  ปีงบประมาณ 2568 ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉายแสง 12 ราย ผ่านเกณฑ์ 100 % ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 - ธ.ค. 68) ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีฉายแสง 4 ราย ผ่านเกณฑ์ 100 %

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ สาขา มะเร็ง)

##### 3.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

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

### 3.1.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก)ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-แต่ละอำเภอส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสตูนได้ทุกวัน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-สูติแพทย์สามารถส่องกล้องได้ 3 ท่าน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลผ่านHDC -Hos xp
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-โรงพยาบาลสตูนมีเครื่องcolposcopy 1 เครื่อง ทำสัปดาห์ละ 3 วัน ระยะเวลาคอยไม่เกิน 2 สัปดาห์
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

### 3.1.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	- ประชาสัมพันธ์ จัดกิจกรรมคัดกรอง
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลสตูน 5 ท่าน -มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลละงู 1 ท่าน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลผ่านโปรแกรมHDC
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-จัดซื้ออุปกรณ์ชุดตรวจ fit test ในภาพจังหวัด
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

### 3.1.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง

#### Colonoscopy

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-จัดสรรการทำ colonoscopy ทั้งในเวลาราชการและโครงการ colonoscopy นอกเวลาเสาร์,อาทิตย์
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลสตูล 5 ท่าน -มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลละงู 1 ท่าน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	รายงานข้อมูลผ่านโปรแกรมHDC
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-มีเครื่อง colonoscopy
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

### 3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-ฟังผลชิ้นเนื้อภายใน 14 วัน -ส่งชิ้นเนื้อส่งตรวจทุกวัน -ห้อง Lab แจ้งให้ทราบทันทีเมื่อมีผลชิ้นเนื้อผิดปกติ + ประสานแพทย์+ผู้ป่วยเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อได้ผลก่อนวันนัด -ให้ความรู้เรื่องการดำเนินของโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการรักษา ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.1.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-เปิดบริการให้ยาเคมีบำบัดที่ตีผู้ป่วยนอก - มีห้องให้ยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วย -มีควมว่นสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด -refer รพ.หาดใหญ่กรณีมีความเสี่ยงสูง
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-ส่งเจ้าหน้าที่อบรม
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลการรักษาโดยใช้โปรแกรม TCB plus
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	มีห้องผสมยาเคมีบำบัด 1 ห้อง -มีอุปกรณ์เพียงพอในการบริหารยาเคมีบำบัด
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-นิเทศติดตาม

3.1.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	Refer รพ.หาดใหญ่/รพ.สงขลานครินทร์
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-ประสานนัดผู้ป่วยในกลุ่ม Line ของเขต 12
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6. ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-

## 4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 4.2.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	72	50	69.44	62	41	66.13

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	47	36	76.60	8	6	75

4.2.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	41	32	78.05	33	28	84.85

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	47	36	76.0	12	9	75

4.2.7 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 60\%$					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	4	4	100	4	4	100

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 60\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	12	12	100	4	4	100

#### 4.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	16.16	18.78	9,955	6,862	17.23	9,955	6,356	15.98

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	11,862	4,843	10.21	1,1862	1,640	3.46

#### 4.2.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy			
	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	100	93	61	66

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	109	109	100	98	98	100

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	16	16	100

#### 4.2.3 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	94.58	0	6,308	5,946	94.26	10,367	8,094	78.10%

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	8,293	5,886	70.98	5,516	1,377	25

#### 4.2.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง

##### Colonoscopy

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy							
	ปีงบประมาณ							
	2564	2565	2566			2567		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	0	0	330	187	56.67	420	300	71.43%

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	260	222	85.38	45	กำลังดำเนินการ	

อัตราการตายผู้ป่วยมะเร็ง

ประเภท	ปีงบประมาณ							
	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69
	ต.ค.68 - ธ.ค.68							
มะเร็งเต้านม Breast	2	3	7	4	3	2	3	1
มะเร็งปากมดลูก Cervix	7	0	0	3	1	2	2	0
มะเร็งปอด Lung	3	11	4	6	3	13	7	5
มะเร็งลำไส้ใหญ่	16	6	8	7	1	6	4	0
มะเร็งตับ	20	9	7	4	4	7	9	1
อื่นๆ		9	16	21	6	17	19	4
รวม	85	42	46	45	18	47	44	11

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่

ประเภท	ปีงบประมาณ							
	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69
	ต.ค.68 - ธ.ค.68							
มะเร็งเต้านม Breast	36	50	67	61	85	74	38	13
มะเร็งปากมดลูก Cervix	5	7	7	18	38	45	23	7
มะเร็งปอด Lung	20	34	18	17	47	64	40	14
มะเร็งลำไส้ใหญ่	29	41	58	50	67	58	47	11
มะเร็งตับ	28	20	14	22	14	54	28	8

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- จัดโครงการคัดกรองมะเร็งในพื้นที่จังหวัดสตูล
- ประชาสัมพันธ์โครงการคัดกรองให้ประชาชนรับทราบผ่านผู้นำในชุมชน เช่น อสม เสียงตามสาย หรือผ่านทางโซเชียลมีเดียที่มี
- จัดทำฐานข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2569
- สำรวจความพร้อมของแต่ละอำเภอและประชุมวางแผนในการดำเนินงาน
- ติดตามผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- มีการจัดทำแผนการคัดกรองแต่ละพื้นที่ไม่พร้อมกัน/ช่วงเวลาต่างกัน
- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน มีการเปลี่ยนงานในทุกๆ ปี ไม่ได้มีการส่งต่อ หรือแจ้งผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด
- ความยุ่งยากในการจัดหาชุดตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เช่น ต้องเขียนโครงการ ซึ่งเขียนล่าช้า การดำเนินงานจึงเริ่มช้า ประมาณปลายไตรมาสที่ 2-3
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรอง และรายได้คัดกรองพบผลผิดปกติไม่ยอมมาตรวจรักษาต่อ ไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความอายในการตรวจ

## 7. ข้อเสนอแนะ

- จัดทำแนวทางการดำเนินงานที่เป็นมาตรฐานของจังหวัด
- ประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็ง เพื่อสร้างค่านิยมการดูแลสุขภาพและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งและการเข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อผลการคัดกรองผิดปกติ

ผู้ให้ข้อมูล นางสาวสุมาลี รักชะพันธ์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 081-798-6360

e-mail : sumalee86360@gmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา โรคหัวใจ (STEMI)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 8
- 1.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 70
  - 1.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 70
  - 1.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 70
- 1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ภายใน 30 วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ไม่เกินร้อยละ 9
- 1.4 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร

### 2. สถานการณ์ (ภาพรวมของ STEMI)

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI) เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ผู้ป่วยต้องรีบได้รับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันให้เร็วที่สุดโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) และการสวนหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI) ให้ได้มาตรฐานการรักษา โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase) ภายใน 30 นาที และ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย จังหวัดสตูลมีข้อจำกัดคือไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจ แต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทั้งที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลสตูลโดยผ่านการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ และส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหัวใจ Cath Lab Center ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลต่งตามบริบทของพื้นที่

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ STEMI)

ได้มีการทบทวนRCAในเคสSTEMIที่เสียชีวิตทุกรายพบว่าส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง Killipclass3-4 ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต ร้อยละ50 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติตรวจสุขภาพ และมีHeavy smoking อีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มNCD จึงได้ให้ทุกพื้นที่เน้นการดูแลเชิงรุกประชาสัมพันธ์STEMI alert การใช้1669 และการคัดกรอง NCD risk

ปัญหาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายเฉียบพลัน (STEMI) ไม่ได้รับการทำให้ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาทีส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านภูมิศาสตร์โดยเฉพาะระยะทางจากอำเภอละงูและอำเภอทุ่งหว้าถึงอำเภอหาดใหญ่ หลังจากได้มีการประสานความร่วมมือกับ Cath lab โรงพยาบาลตรังในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งหว้า อำเภอละงู และอำเภอมะนัง ตั้งแต่ช่วงปีงบประมาณ 67 -68 พบว่า อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำให้ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาที ผ่านเกณฑ์เป้าหมายดีขึ้นมาโดยตลอด

ในส่วนของหลิเปะซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญก็ได้วางระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI โดยได้มีการประสานความร่วมมือกับกองทัพภาค 4 และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ไปยังโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อทำ PCI โดยใช้ Skydoctor ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยรวดเร็วและปลอดภัย

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

#### 3.2.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

อำเภอ	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9				
	ปีงบประมาณ				
	2563	2564	2565	2566	2567
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	4.08	6.06	2.32	3.36	6.8
ควนโดน	0	0	12.5	13.64	12.5
ควนกาหลง	0	0	14.28	57.14	0
ท่าแพ	10	0	14.28	13.33	7.14
ละงู	9.09	14.81	5.55	0	5.55
ทุ่งหว้า	28.57	0	11.11	12.5	0
มะนัง	20	25	20	0	10
ภาพรวมจังหวัด	6.57	6.66	6.66	8.78	6.33

อำเภอ	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค.68 - ธ.ค.68					
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ	จำนวนผู้ ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	0	52	0	0	21	0
ควนโดน	1	10	10	0	7	0
ควนกาหลง	0	8	0	0	2	0
ท่าแพ	1	17	5.88	0	3	0
ละงู	0	24	0	0	4	0
ทุ่งหว้า	2	14	14.28	0	3	0
มะนัง	0	8	0	0	3	0
ภาพรวมจังหวัด	4	133	3.00	0	43	0

3. 1.4 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 70				
	ปีงบประมาณ				
	2563	2564	2565	2566	2567
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	14.29	88.84	74.42	85.71	72.88
ควนโดน	27.78	100	93.33	77.27	43.75
ควนกาหลง	86.67	75	71.42	71.42	100
ท่าแพ	70	100	66.66	93.33	78.57
ละงู	63.64	91.66	43.75	39.39	96.96
ทุ่งหว้า	0	75	66.66	87.5	90
มะนัง	0	100	60	14.28	81.8
ภาพรวมจังหวัด	38.69	87.75	70.29	70.94	78.08

อำเภอ	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	47	54	87.03	14	21	66.6
ควนโดน	2	10	20	5	7	71.42
ควนกาหลง	8	8	100	2	2	100
ท่าแพ	11	14	78.5	1	3	33.33
ละงู	19	24	79.16	2	4	50
ทุ่งหว้า	4	12	33.3	1	3	33.33
มะนัง	8	8	100	3	3	100
ภาพรวมจังหวัด	100	129	77.5	28	43	65.11

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI /SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด

### 3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	19	20	95	4	12	25
ควนโดน	4	4	100	1	1	100
ควนกาหลง	7	7	100	0	1	0
ท่าแพ	6	6	100	1	1	100
ละงู	19	19	89.47	0	4	0
ทุ่งหว้า	3	4	75	0	1	0
มะนัง	2	2	100	0	1	0
ภาพรวมจังหวัด	60	62	96.77	6	21	28.57

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	14	35	40	41	56	73.2
ควนโดน	17	17	100	15	16	93.75
ควนกาหลง	NA	NA	NA	11	12	91.66
ท่าแพ	11	12	91.67	12	13	92.30
ละงู	7	22	31.81	21	24	87.5
ทุ่งหว้า	3	8	37.5	9	10	90
มะนัง	0	7	0	9	9	77.78
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>52</b>	<b>101</b>	<b>51.49</b>	<b>118</b>	<b>140</b>	<b>84.28</b>

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	46	52	88.46	14	21	66.6
ควนโดน	2	10	20	5	7	71.42
ควนกาหลง	8	8	100	2	2	100
ท่าแพ	11	14	78.5	1	3	33.33
ละงู	18	22	81.81	2	4	50
ทุ่งหว้า	5	13	38.46	1	2	50
มะนัง	8	8	100	1	2	50
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>100</b>	<b>129</b>	<b>77.5</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>63.41</b>

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

ในช่วงวิกฤติน้ำท่วม เกิดความล่าช้าในช่วงการประสาน เนื่องจากพื้นที่จังหวัดสตูนส่วนใหญ่ประสบปัญหาน้ำท่วม โรงพยาบาลหาดใหญ่ปิดศูนย์หัวใจ ยังไม่มีแนวทางรองรับ โรงพยาบาลตรงไม่availableตลอด จึงได้ประสานรพ.พัทลุง เพื่อส่งต่อผู้ป่วย ทำPrimary PCI ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้น

3.1.6 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ SK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด  $\geq$  ร้อยละ 70

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูน	11	13	84.62	28	31	90.32
ควนโดน	7	7	100	13	14	92.8
ควนกาหลง	4	5	80	5	6	83.33
ท่าแพ	2	2	100	3	5	60
ละงู	5	5	100	7	12	58.33
ทุ่งหว้า	1	2	100	6	8	75
มะนัง	2	2	100	3	4	75
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>30</b>	<b>34</b>	<b>88.24</b>	<b>65</b>	<b>80</b>	<b>81.25</b>

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ทั้งหมด

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูน	13	21	61.90	2	3	66.6
ควนโดน	6	6	100	1	4	25
ควนกาหลง	3	5	60	1	1	100
ท่าแพ	2	3	66.67	0	0	0
ละงู	2	16	12.5	11	11	100
ทุ่งหว้า	4	4	100	0	1	0
มะนัง	1	1	100	2	2	100
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>32</b>	<b>56</b>	<b>57.14</b>	<b>17</b>	<b>22</b>	<b>77.27</b>

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ทั้งหมด

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2568		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	2	50
ควนโดน	-	-	-
ควนกาหลง	-	-	-
ท่าแพ	-	-	-
ละงู	1	2	50
ทุ่งหว้า	1	1	100
มะนัง	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	3	5	60

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ทั้งหมด

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	-	-	-
ควนโดน	-	-	-
ควนกาหลง	-	-	-
ท่าแพ	-	-	-
ละงู	-	-	-
ทุ่งหว้า	-	-	-
มะนัง	1	1	100
ภาพรวมจังหวัด	1	1	100

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK/TNK ทั้งหมด

3.1.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดSTEMI ภายใน 30วัน  
นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ไม่เกินร้อยละ 10

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 30วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ไม่เกินร้อยละ10		
	ปีงบประมาณ 2568		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30วัน	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	2	52	3.84
ควนโดน	1	10	10
ควนกาหลง	1	8	12.5
ท่าแพ	2	17	11.76
ละงู	0	24	0
ทุ่งหว้า	1	14	7.14
มะนัง	0	8	0
ภาพรวมจังหวัด	7	133	5.26

1. เคส รพ.ท่าแพ Inferior wall MI arrest ขณะrefer
2. เคสรพ.ควนกาหลง dead ขณะอยู่ในห้อง Cath lab
3. เคสรพ.ทุ่งหว้า หลังrefer 2วัน ขณะนั่งกินอาหาร arrest
4. เคสรพ.ท่าแพ Anterior wall STEMI with RF with post arrest refer รพ.หาดใหญ่ ญาติ palliative 2 วัน เสียชีวิต

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 30วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ไม่เกินร้อยละ10		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30วัน	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
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
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>1</b>	<b>43</b>	<b>2.32</b>

อัตราของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 30วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI พบว่า ไม่มีการส่งต่อข้อมูลจากรพ.ปลายทาง ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการรักษา ความรุนแรงของโรคได้

### 3.1.3 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

อำเภอ	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 : 100,000 ประชากร				
	ปีงบประมาณ				
	2563	2564	2565	2566	2567
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	31.45	15.72	26.21	2.60	9.52
ควนโดน	11.26	15.01	26.27	11.05	7.36
ควนกาหลง	0	0	5.63	11.27	0
ท่าแพ	3.40	0	0	6.75	3.37
ละงู	8.27	8.27	1.35	0	5.43
ทุ่งหว้า	4.14	0	4.09	4.09	0
มะนัง	5.47	5.47	5.40	0	5.4
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>14.98</b>	<b>9.05</b>	<b>13.10</b>	<b>4.00</b>	<b>5.8</b>

อำเภอ	อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 : 100,000 ประชากร					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค. 68 - ธ.ค.68					
	จำนวน ประชากร	ผลงาน	ร้อยละ	จำนวน ประชากร	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	111,177	17	15.29	111,177	1	0.89
ควนโดน	26,996	1	3.7	26,996	0	0
ควนกาหลง	35,649	0	0	35,649	0	0
ท่าแพ	29,907	2	6.68	29,907	0	0
ละงู	72,943	3	4.11	72,943	2	2.74
ทุ่งหว้า	24,346	0	0	24,346	0	0
มะนัง	18,673	1	5.3	18,673	0	0
ภาพรวมจังหวัด	319,691	24	7.5	319,691	3	0.93

รายการส่งต่อPCIปี2568

การส่งต่อ PCI ปี 2568 (ราย)	รพ.หาดใหญ่	รพ.มอ.	รพ.ตรัง	รพ.กรุงเทพ หาดใหญ่
เมืองสตูล	51			
ควนโดน	6	1		2
ควนกาหลง				
ท่าแพ	6			8
ละงู	8		5	11
ทุ่งหว้า	3	1	5	3
มะนัง				
ภาพรวมจังหวัด	74	2	10	24

รายการส่งต่อ PCI ปี 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68)

การส่งต่อ PCI ปี2569 (ตค68-ธค68(ราย)	รพ.หาดใหญ่	รพ.มอ.	รพ.ตรัง	รพ.กรุงเทพ หาดใหญ่	อื่นๆ
เมืองสตูล	19				2(พัทลุง)
ควนโดน	3				3(พัทลุง)
ควนกาหลง					2(พัทลุง)
ท่าแพ	2	1			
ละงู			2		2(พัทลุง)
ทุ่งหว้า			3		
มะนัง			1		1(พัทลุง)
ภาพรวมจังหวัด	24	1	6		10(พัทลุง)

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

- ปัจจัยด้านระยะทางในการส่งต่อ และการแก้ปัญหาวิกฤติของผู้ป่วยทำให้ ระยะเวลาในการส่งต่อล่าช้าในบางเคส

- ปัญหาด้านอุทกภัยทำให้พื้นที่จังหวัดสตูลและจังหวัดใกล้เคียงน้ำท่วม ทำให้ไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปทำ Primary PCI ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้ ทำให้มีการประสานส่งต่อ ผู้ป่วยไปยัง cath lab โรงพยาบาลพัทลุงชั่วคราว

#### 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การประสานความร่วมมือกับเวรกรรมสังคม/ปฐมภูมิในการดำเนินการแก้ปัญหาNCD เชิงรุก จะช่วยลดความรุนแรงและความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงได้

#### 6. ปัญหา อุปสรรค

-ยังไม่มีแนวทางรองรับที่ชัดเจนกรณีที่ไม่สามารถส่งต่อ cath lab ในเขตหาดใหญ่และตรังได้ เช่นกรณีเกิดอุทกภัย

-พื้นที่หลิเป๊ะ พบปัญหาการสำรองยา SK เป็นเวลานาน ไม่มีแผนรองรับ ทำให้ยาExpired

ผู้รายงาน น.ส.โลลา ตู่กันหัน

โทร 098-6949699 e-mail Accsatun@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา วัณโรค : TB

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ เป้าหมาย  $\geq 88\%$

1.2. ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)

เป้าหมาย  $\geq 88\%$

1.3. Treatment coverage : อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ เป้าหมาย ร้อยละ 85

### 2. สถานการณ์ (ภาพรวมของ TB)

ข้อมูลจากโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรค (NTIP) ทั้งคนไทยและไม่ใช่คนไทย ระหว่าง ปี พ.ศ. 2566 – 2568 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภท จำนวน 752 ราย ปี พ.ศ.2566 จำนวน 263 ราย ,257 ราย 232 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 701 ราย ผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน (กลับเป็นซ้ำ รักษาซ้ำภายหลังล้มเหลวและรักษาซ้ำภายหลังขาดการรักษา) จำนวน 47 ราย

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

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

ผู้ป่วยวัณโรคในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2569 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของทุกประเภท (ชายไทย ไม่ใช่คนไทย เรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียน จำนวน 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

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

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

##### 3.1.1 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2566 – 2568 พบว่า การรักษาสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้น 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

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 45 ราย พบว่า มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.10 และเสียชีวิตก่อนเริ่มหรือระหว่างรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 เสียชีวิตกลุ่มผู้ติดสารเสพติด อายุ 33 ปี จำนวน 1 ราย มีปัญหาเรื่องเกลือแร่ต่ำ ไม่รับประทานยาวัณโรคกลับบ้านเสียชีวิตที่บ้าน ชายชาวต่างชาติ อายุ 55 ปี subcutaneous emphysema และ pneumothorax โอนออกจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45 ผลการดำเนินงานทั้ง 7 อำเภอ ผ่านเกณฑ์ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอควนโดน อำเภอควนกาหลง อำเภอบ้านนาสาร อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง

2. ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR)  $\geq$  88%

ผู้ต้องขังรายใหม่และรายเก่า ปี พ.ศ.2569 ที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 ธันวาคม 2568 จำนวน 362 ราย โดยแยกเป็นรายเก่า จำนวน 52 ราย และ รายใหม่ จำนวน 310 ราย และจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 319 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

3.1.2 Treatment Coverage : ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จำนวนและร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจังหวัดสตูล

ปี พ.ศ.	ประชากร	Estimate case	ต่อแสนประชากร	ผู้ป่วยรายใหม่/ กลับเป็นซ้ำ	Treatment coverage
2565	324,099	488	150	226	46.69
2566	325,304	465	143	262	56.34
2566	325,305	504	155	257	50.99
2568	324,303	511	157	152	29.74
2569 (1 ต.ค.68 – 31 ธ.ค 68)	319,286	466	146	42	9.01

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ .31 ธันวาคม 2568

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรค ปี พ.ศ. 2568

(ข้อมูล NTIP )

อำเภอ	ประชากรราษฎร์	Estimate	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ
เมือง	115,201	180	107	59.44
ควนโดน	27,239	43	9	20.93
ควนกาหลง	35,708	56	19	33.93
ท่าแพ	29,778	47	16	34.04
ละงู	72,983	116	53	45.69
ทุ่งหว้า	24,578	39	19	48.72
มะนัง	18,660	20	9	30
จังหวัด	324303	511	232	45.40

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568

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

- การคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง ยังทำไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้
- ผู้ป่วยวัณโรค case active finding ยังทำได้น้อย ส่วนใหญ่จะเป็น case passive finding
- การทำ DOT ในผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังไม่ได้ประสิทธิภาพ
- ผู้ป่วยมีการเสียชีวิตระหว่างให้การรักษา

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ทบทวนและวิเคราะห์ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงาน วัณโรค ปีงบประมาณ 2569 และ ทบทวนมาตรการ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การแก้ไข ปัญหาการดำเนินงานวัณโรคในแต่ละพื้นที่

- จัดทำแผนปฏิบัติการและ กิจกรรมสำคัญ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด
- กำหนดเป้าหมายการคัด กรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม และ ดำเนินการตามแผน
- จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ สัมผัสร่วมบ้านที่สัมผัส Index case ที่ขึ้นทะเบียน ตามจริง และดำเนินการ

คัดกรองภายใน 1 เดือน

- ทบทวนสาเหตุการตายโดย แพทย์ แยกสาเหตุการตาย จากวัณโรคหรือสาเหตุการ ตายจาก โรคร่วม

(From TB / with TB)

- จัดทำแนวทางปฏิบัติงาน ที่ชัดเจนในการส่งตรวจ Igra

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- การตรวจวินิจฉัย รักษา ให้เร็วขึ้น โดยการเร่งรัด คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ต่อการป่วยเป็นวัณโรค ได้แก่ กลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่โรคร่วม กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มผู้ติดสารเสพติด สูบบุหรี่ โดยเพิ่มความครอบคลุมในการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

- มีการจัดการ Dead case conference เพื่อหาสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคระหว่างการรักษา โดยสหวิชาชีพ

- เน้นการกำกับติดตาม การกินยาของผู้ป่วย โดยมีพี่เลี้ยง (DOTS) แบบมีคุณภาพ
- เสียชีวิตระหว่างการรักษา ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์

## 7. ข้อเสนอแนะ

- เร่งรัดการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค ได้แก่ ๗ กลุ่มเสี่ยง
- พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยในรายที่มีความเสี่ยงสูง เช่นคุณภาพเสมหะ วิธีการตรวจ
- พัฒนาระบบการติดตาม ประเมินความเสี่ยงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา
- การกำกับผลการกินยา กรณีเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด

ผู้รายงาน พว.สุวรรณา ยาแบโต

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

e-mail naya202011 @ gmail.com

โทร 087-2929157

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

## 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60 - I64) (เป้าหมาย < ร้อยละ 7)
- 1.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60 - I64) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 80)
- 1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62) < ร้อยละ 25
- 1.4 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63) < ร้อยละ 5
- 1.5 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการ ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time)  $\geq$  ร้อยละ 50
- 1.6 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน 90 นาที (door to operation room time) ร้อยละ 60

## 2. สถานการณ์

จังหวัดสตูลมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง CVD Risk ที่มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้เรียนรู้อาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้เข้ารับการรักษาอย่างทันเวลา

โรงพยาบาลสตูล เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ และแตก อัตราการครองเตียง 85-90% รองรับการรักษา รพ.ในเครือข่าย ได้รับรองการประเมินเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify) มีการ Re-accredit SSCC ครั้งที่1 ในเดือน เมษายน 2568 ประเมินผ่านในระดับ 5 ดาว ระยะเวลารับรอง 1กันยายน 2568 – 31 สิงหาคม 2571 และได้รับการประเมินผ่านประเมินเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง ( Program and Disease Specific certification PDSC ) มีโรงพยาบาลละสูง เป็นโรงพยาบาลระดับ M มี CT scan มีอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และรับผู้ป่วยไว้ในการรักษาเฉพาะในพื้นที่ของโรงพยาบาลสูง แต่ในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยพื้นที่ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ยังคงต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit โรงพยาบาลสตูลมีการปรับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยให้ยาที่ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา (Door to needle time ) กรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ ( Large vessel occlusion ) จะมีการส่งต่อไปทำThrombectomy ที่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ ในการดูแลผู้ป่วยหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโรงพยาบาลท่าแพรองรับผู้ป่วย โดย IMC จำนวน 6 เตียง โดยรับผู้ป่วย IMC ทุกโรงพยาบาล

การบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้บริการรักษาตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินการกลืน ในผู้ป่วยทุกราย เผื่อระวังผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดติดเชื้อจากการสำลัก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยทุกราย สำหรับผู้ป่วยที่มีค่า Barthel index <15 คะแนน ได้รับการรักษาโดยทีม IMC มีการส่งต่อกลับไปโรงพยาบาลชุมชน นอนพักในหอผู้ป่วยมี stroke corner 2 เตียง ทุก รพช. ตลอดจนมีการส่งHHC เพื่อติดตามการดูแล ป้องกันการเกิดซ้ำ มีการรณรงค์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีการบูรณาการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หากมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy จะมีการปรึกษาจาก Neuro intervention โรงพยาบาลขนาดใหญ่ และส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษา และรับกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่

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

### 3. ผลการดำเนินงาน

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูลรวมต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนพบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ยินยอมผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิต จะเป็น large vessel occlusion มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ นาน เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มารับการรักษาหลัง 4.5 ชม. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และมีการดูแลร่วมกับทีมรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยมีโรค NCD ขาดยา ขาดนัด ไม่ควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีแนวโน้มการเข้าถึงการถึงการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็น 54.60 % ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้นระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time เท่ากับ 46.66 นาที มีการปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา เฉลี่ย Door to needle time ( มกราคม 2569 )เท่ากับ 31.75 นาที ในราย Door to needle time มากกว่า 60 นาทีที่มีการทบทวน พบว่า สาเหตุจากมีภาวะ ความดันโลหิตสูง จำเป็นต้องให้ยา ให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในระดับที่ให้ได้ บางรายญาติไม่สามารถตัดสินใจได้ หรือในบางรายผู้ป่วยมาคนเดียวไม่สามารถตัดสินใจ ต้องประสานญาติสายตรงในการตัดสินใจให้ยา ในราย Large occlusion มีการส่งต่อ Thrombectomy โดยมีการปรึกษา การพัฒนาการส่งต่อ และรับกลับมารักษาต่อเนื่องหลังผ่านภาวะวิกฤต ด้านกระบวนการส่งต่อจากเครือข่าย รพช. (seamless refer) ให้ได้ภายใน 30 นาที หลังโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบทวน การดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า เครือข่าย รพช.สามารถส่งต่อได้ภายใน 30 นาที (Door to refer ) ระยะเวลาเฉลี่ย เท่ากับ 35 นาที

#### 4 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	450	24	5.33	435	20	4.60
ควนโดน	113	3	2.65	93	1	1.08
ควนกาหลง	154	6	3.90	128	5	3.91
ท่าแพ	105	2	1.90	70	2	2.86
ละงู	190	2	1.05	185	5	2.70
ทุ่งหว้า	70	1	1.43	74	3	4.05
มะนัง	82	3	3.66	68	5	7.35
ภาพรวมจังหวัด	1,164	41	3.52	1,053	41	3.89

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	443	23	5.19	99	5	5.05
ควนโดน	102	2	1.96	11	1	9.09
ควนกาหลง	162	3	1.85	18	1	5.56
ท่าแพ	103	0	0	12	0	0.00
ละงู	179	7	3.91	48	0	0.00
ทุ่งหว้า	76	2	2.63	12	0	0.00
มะนัง	80	5	6.25	8	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	1,145	42	3.67	208	7	3.37

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	277	253	91.34	379	340	89.71	418	393	94.02
ควนโดน	61	49	80.33	78	74	94.87	60	59	98.33
ควนกาหลง	78	67	85.90	107	99	92.52	77	72	93.51
ท่าแพ	33	28	84.85	84	81	96.43	51	49	96.08
ละงู	64	41	64.06	46	37	80.43	40	33	82.50
ทุ่งหว้า	28	24	85.71	35	33	94.29	39	36	92.31
มะนัง	25	20	80.00	48	44	91.67	39	33	84.62
ภาพรวมจังหวัด	566	482	85.16	777	708	91.12	724	675	93.23

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 80					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	403	372	92.31	89	82	92.1
ควนโดน	68	65	95.59	9	8	88.9
ควนกาหลง	92	88	95.65	11	10	90.9
ท่าแพ	65	63	96.92	8	8	100
ละงู	40	35	87.50	5	5	100
ทุ่งหว้า	44	40	90.91	5	5	100
มะนัง	43	38	88.37	7	7	100
ภาพรวมจังหวัด	755	701	92.85	134	125	93.3

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

(เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 25								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	62	15	24.19	62	9	14.52	70	15	21.43
ควนโดน	18	3	16.67	17	2	11.76	11	0	0
ควนกาหลง	23	3	13.04	28	4	14.29	18	3	16.67
ท่าแพ	9	2	22.22	14	1	7.14	7	1	14.29
ละงู	29	4	13.79	32	2	6.25	27	2	7.41
ทุ่งหว้า	5	0	0	6	0	0.00	11	1	9.09
มะนัง	7	1	14.29	8	3	37.50	9	1	11.11
ภาพรวมจังหวัด	153	28	18.30	167	21	12.57	153	23	15.03

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)					
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 25					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	88	15	17.05	23	2	9
ควนโดน	23	2	8.70	5	1	20
ควนกาหลง	19	1	5.26	3	0	0
ท่าแพ	15	0	0	3	0	0
ละงู	32	6	18.75	13	0	0
ทุ่งหว้า	12	0	0	3	0	0
มะนัง	17	3	17.65	2	0	0
ภาพรวมจังหวัด	206	27	13.11	52	3	6

4.4 ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)

(เป้าหมาย : < ร้อยละ 5)

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)								
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 5								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	275	9	3.27	388	14	3.61	365	5	1.37
ควนโดน	73	3	4.11	96	1	1.04	82	1	1.22
ควนกาหลง	101	0	0.00	126	2	1.59	109	2	1.83
ท่าแพ	37	0	0.00	91	1	1.10	63	2	3.17
ละงู	106	3	2.83	158	1	0.63	157	2	1.27
ทุ่งหว้า	39	2	5.13	64	1	1.56	63	1	1.59
มะนัง	34	1	2.94	74	0	0	62	4	6.45
ภาพรวมจังหวัด	665	18	2.71	997	20	2.01	900	18	2.00

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I63)					
	เป้าหมาย : < ร้อยละ 5					
	ปีงบประมาณ พ.ศ.2568			ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (ต.ค.68 – พ.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	355	8	2.25	76	3	3.95
ควนโดน	79	0	0	6	0	0
ควนกาหลง	143	2	1.40	15	1	6.67
ท่าแพ	88	0	0	9	0	0
ละงู	147	2	1.36	35	0	0
ทุ่งหว้า	64	1	1.56	9	0	0
มะนัง	63	2	3.17	6	0	0
ภาพรวมจังหวัด	939	15	1.60	156	4	2.56

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	49	35	71.43	83	70	84.34	71	65	91.55
ควนโดน	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ละงู	6	1	16.67	11	3	27.27	19	10	52.63
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	55	36	65.45	94	73	77.66	90	75	83.33

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50						
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)			
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมืองสตูล	73	62	84.93	22	18	81.82	
ควนโดน	0	0	0	0	0	0.00	
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0.00	
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0.00	
ละงู	9	8	88.89	0	0	0.00	
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0.00	
มะนัง	0	0	0	0	0	0.00	
ภาพรวมจังหวัด	82	70	85.37	22	18	81.82	

#### 5.ก ารดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- การเข้าถึงบริการ เน้นการประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
- ผู้ป่วย HT/DM ขาดยา/ขาดนัด
- วางแนวทางการคัดกรอง AF ในชุมชน ร่วมกับทีม Primary care ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน

บูรณาการร่วมกับทีม NCD เพื่อสร้างAlert, Awareness

- เพิ่มการศึกษาเฉพาะทาง Stroke Nurse
- ประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
- นิเทศติดตามการดำเนินงานของ รพช.อย่างต่อเนื่อง

#### 6. ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การพัฒนาระบบการบริการที่ผ่านมา ดังนี้

- ทบทวน CPG Stroke ทั้งจังหวัด
- Re-Accredit SSCC 2568
- ประเมิน PDSC

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

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา บริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์กรวม

### 1.ประเด็นการตรวจราชการ

ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence) Service 4 : เพิ่มการเข้าถึงบริการ

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

ตัวชี้วัดย่อย : เชิงปริมาณ

1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ
3. ประชากรอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย

### 2. สถานการณ์ (วิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมายไม่น้อยกว่า ๓ ปีย้อนหลัง)

จังหวัดสตูล มี 7 อำเภอ มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง รพ.สต./ศสม./PCU จำนวน 59 แห่ง กำหนดแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี ตั้งแต่ ปี 2563-2572 เป้าหมายขึ้นทะเบียนเต็มพื้นที่ ทั้งหมด 31 ทีม 12 Cluster ภายในปี พ.ศ.2569 ผลการดำเนินงานตั้งแต่ ปีงบประมาณ 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 คิดเป็น ร้อยละ 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 มีหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบ รวมจำนวน 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 (คปคม.) ระดับจังหวัด สะสมจำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.69 จากเป้าหมายทั้งหมด 65 แห่ง รายละเอียดดังตารางแสดงที่ 1-2

ตารางที่ 1 หน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562				ผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568)				
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ปีงบประมาณ 2569	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน (สะสม ปี 68)	ร้อยละ	
2566	2567	2568	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85/ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 80 (รอบ 6 เดือน)	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน (สะสม ปี 68)	ร้อยละ	
ระดับประเทศ				ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85/ เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 80 (รอบ 6 เดือน)	1.เมืองสตูล	21	6	28.57
N/A	N/A	74%			2.ควนโดน	5	1	20.00
เขตสุขภาพที่ 12					3 . ค ว น ก า ห ล ง	8	2	25.00
N/A	N/A	55%			4.ท่าแพ	6	2	33.33
จังหวัดสตูลรวม 31 ทีม					5.ละงู	12	5	41.67
93.54%	93.54%	55% (ผลงาน17 ทีม)			6.ทุ่งหว้า	8	1	12.50
ปี 2569					7.มะนัง	5	1	20.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด			<b>รวม</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>27.69</b>
N/A	N/A	27.69						

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 ธ.ค. 2568

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการ  
ปฐมภูมิ จังหวัดสตูล 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
<b>รวม</b>	<b>65</b>	<b>40</b>	<b>61.54</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>38.46</b>

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

### 3. ผลการดำเนินงาน

#### 3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตารางที่ 3 แสดงผลการดำเนินงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดย่อยแยกรายอำเภอในจังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 6 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (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 ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับวัคซีนครบ (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 ในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน (รอบ 6 ต.(≥40%), 12 ต. 80%)	เป้าหมาย (คน)	37,244	10,041	13,019	10,355	27,728	8,337	7,009	113,733
	ผลงาน (คน)	19,033	2,723	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

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 6 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม			
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง				
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบ ของหน่วยบริการได้รับการคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน (รอบ 6 ต. ≥ 40%, 12 ต. 80%)	เป้าหมาย(คน)	15829	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. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยบริการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ (รอบ 6 ต. ≥25%, 12 ต. ≥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			
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของประชาชนที่ เข้ารับบริการในหน่วยบริการเทียบกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย (อัตราส่วน 50 : 50)	จำนวน ผู้รับบริการ (ครั้ง)	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 79,753	หน่วยบริการ ปฐมภูมิ 9,903	หน่วยบริการ ปฐมภูมิ26,524	หน่วย บริการปฐม ภูมิ26,325	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 45,690	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 21,352	หน่วย บริการ ปฐมภูมิ 19,771	หน่วยบริการ 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.ทุ่ง หว้า 19,486	รพช. มะนัง 16,277	รวมแม่ข่าย 209,003
	ผลงาน ร้อยละ	87.01	43.13	118.70	326.50	162.00	109.60	121.50	109.72			
	ผลงานเทียบ ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ)	>50 %	<50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %			

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 10 มกราคม 2569

### 3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

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

ตาราง 4 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
<b>รวม</b>	<b>65</b>	<b>18</b>	<b>27.69</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>27.69</b>

(ที่มา: ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ข้อมูล ณ 31 ธันวาคม 2568)

#### 3.2.1 เกณฑ์การประเมินผลเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายปี 2569	
	รอบ 6 เดือน (ร้อยละ 85)	การแปลผลระดับคุณภาพ
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	<b>ร้อยละ 27.69</b>	<b>ระดับ 1 ต้องเร่งแก้ไข</b>

ผลการดำเนินงาน จังหวัดสตูลมีหน่วยบริการสุขภาพเป้าหมายรวม จำนวน 65 แห่ง ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน 8 ส่วน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพ.ศ.2562 จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ

27.69 เมื่อนำผลงานมาเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย มีผลงานน้อยกว่าร้อยละ 50 และ แปลผลระดับคุณภาพ อยู่ในระดับ 1 ซึ่งต้องดำเนินการเร่งแก้ไข

### 3.2.2 เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	-มีระบบให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น มีระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพโดย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ครอบคลุมทุกหน่วย บริการการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นในระดับชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค ในหน่วยบริการ เช่น ER, ANC, WCC, NCD, และการรักษาพยาบาล เบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครบวงจร ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการ ปฐมภูมิ -มีระบบการรักษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทุกหน่วยบริการ
กำลังคนที่ให้บริการ	มีทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว(ทีม 3 หมอ) ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ มี แพทย์ FM ประจำทีมทุกทีม มีพยาบาลวิชาชีพทุกหน่วยบริการ และ อสม.เพียงพอ
ระบบงาน และ การจัดการข้อมูล	มีระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ มี ระบบการสำรองข้อมูล และมีการตรวจสอบระบบการรักษาความปลอดภัย ใช้ ข้อมูลจาก HDC เพื่อใช้ในการวางแผนงาน ตัดสินใจ และติดตามประเมินผล ในทุก สถานบริการ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	มีระบบการสนับสนุนยา/วัคซีนและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และ เทคโนโลยีทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็น อย่างเพียงพอ
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบสนับสนุนงบประมาณการบริการสุขภาพพื้นฐานใน หน่วยบริการปฐมภูมิ (ลูกข่าย) และมีกองทุนสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงานใน ระดับชุมชนรวมถึง การดำเนินงานเพื่อขอรับเงินค่าบริการจาก สปสช.

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

#### 4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

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

**แผนการดำเนินงาน ไตรมาสที่ 1 :** จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบงานฯ แล้ว เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2568 และ หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินการบันทึกข้อมูลการประเมินตนเองในระบบ PCUstandard.moph.go.th

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

1. ทบทวนและจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการ บริการ สุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 4 ทีม
2. พัฒนาศักยภาพ ทีมครู ก. ระดับจังหวัด และ พัฒนาศักยภาพ 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

5.1 มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายตัวชี้วัดจากเดิมประเมินหน่วยบริการเฉพาะแม่ข่าย มาเป็นประเมินทุกหน่วยบริการ ทำให้จำนวนเป้าหมายงานเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราร้อยละกับผลงานสะสมจากปีที่ผ่านมา ทำให้มีผลงานต่ำกว่าเดิม

5.2 ในช่วงปลายเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2568 เกิดสถานการณ์น้ำท่วมหนักภายในจังหวัด ทำให้การขับเคลื่อนงานหยุดชะงัก

5.3 มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างแยกกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ทำให้มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานที่มีอยู่จริง

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

6.1 ควรมีการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดเป็นผลงานสะสมแบบขั้นบันได ซึ่งจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ

6.2 สืบเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างแยกกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ทำให้มีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอกับภาระงานที่มีอยู่จริง เสนอในระดับนโยบาย ควรกำหนดกรอบโครงสร้างจำนวนบุคลากรที่ชัดเจนและเพิ่มกรอบตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพและ นักสาธารณสุข ในกลุ่มงานใหม่

7. ภาพการดำเนินงาน



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

ผู้รายงาน นางสาวต่วนปรีณี ดาราหมานเศษ  
โทรศัพท์ 065-6699391  
วันที่ 5 มกราคม 2569

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
อีเมล beeneegb@gmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12  
สาขา การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+, P, A+, A จำนวน 134 โรงพยาบาล ไม่รวม A ยกระดับ) (เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

### 2. สถานการณ์

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

- ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ
- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา พบว่ามีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ดังนี้

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

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

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

ปี 2567 = 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. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A จำนวน 134 โรงพยาบาล ไม่รวม A ยกระดับ) (เป้าหมาย อัตราส่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จากอัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออกต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2568 ของแต่ละเขตสุขภาพ)

- ไม่มีผู้บริจาคอวัยวะ

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย  $\geq 0.35$

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย $\geq 0.35$								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	300	1	0.33	278	0	0	346	0	0

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย $\geq 0.35$					
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	441	0	0	382	0	0

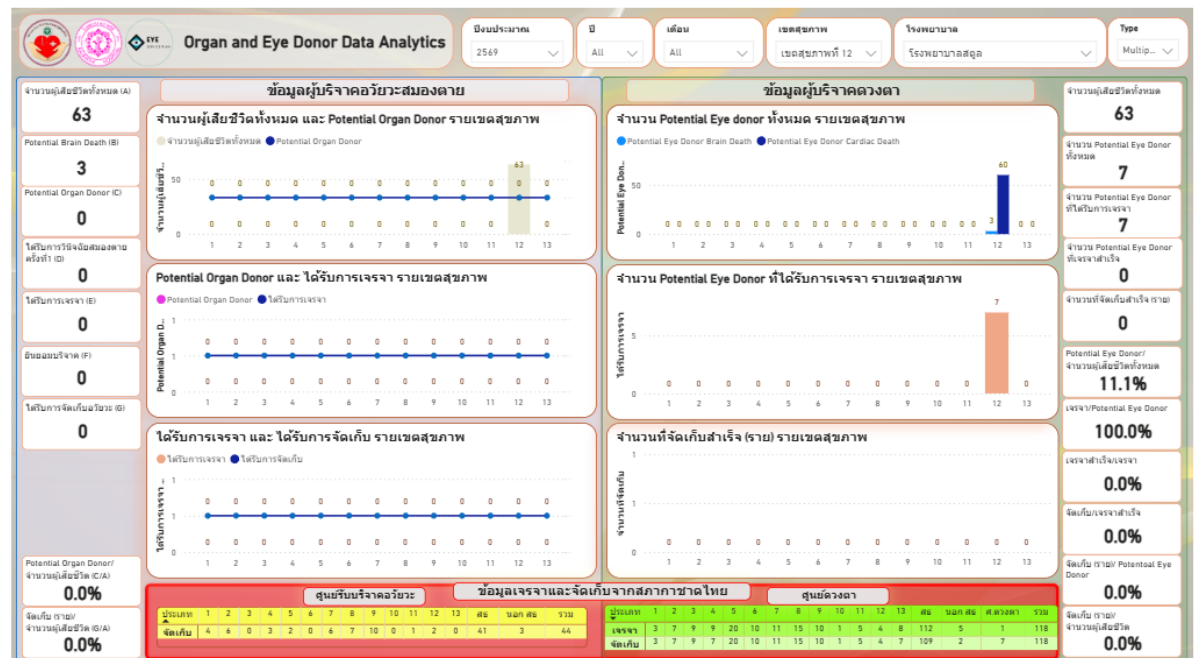
อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย $\geq 0.35$					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	364	0	0	331	0	0

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย $\geq 0.35$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	106	0	0



ข้อมูลการเจรจาผู้ป่วยเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2568													
รายการ	จ.ศ	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	1	0	0	1	5
กวม	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	5
อน./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
ศย.	2	2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	8
NICU	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
ICU	5	9	8	6	6	6	5	10	6	9	12	6	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	3	1	1	2	0	2	9
รวม dead	34	33	27	27	20	28	23	26	25	26	33	29	331
ยอดผู้ป่วย Donor ใ้ได้รับการเจรจา	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
กวม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
อน./Stroke	2	1	1	1	0	0	1	2	0	3	0	1	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
ศย.	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

3.2.4 ข้อมูล Dashboard ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ได้รับการเจรจาขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา ปีงบประมาณ 2569



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

- การรับรู้และการเข้าถึงการบริการอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด
- การรับรู้และการเข้าถึงการบริการอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ ของญาติ/ กลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน/ ให้จากไปอย่างสงบ/ กลัวเสียภาพลักษณ์
- ไม่มี TC Nurse ประจำโรงพยาบาล

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- มีศูนย์รับปรึกษาอวัยวะ (ไม่มี TC Nurse ประจำศูนย์ )
  - พัฒนาคูลากรโดยเข้าร่วมอบรมฟื้นฟูความรู้ของเขต 12
  - ร่วมกับกาชาด จ.สตูล ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทุกครั้งที่ออกรับบริจาคโลหิต
  - จัดบูธออกหน่วยรณรงค์การบริจาคดวงตา อวัยวะ ร่างกายในงานกาชาดจังหวัดทุกปี
  - จัดบูธกิจกรรมเวที Mini Stage เวทีเรื่องเล่าความดี องค์กรคุณธรรม สร้างคนดี สู้สังคมดี
- โรงพยาบาลสตูล
- จัดบูธประชาสัมพันธ์รับบริจาคอวัยวะดวงตา ในวันพิธีสำคัญต่างๆ
  - ร่วมงานแถลงข่าวคณะแพทยศาสตร์ มอ.ปลุกถ่ายหัวใจสำเร็จรายแรกของภูมิภาค พลังความร่วมมือของโรงพยาบาลเครือข่าย
  - มี QR code ในการประชาสัมพันธ์ เข้าถึงการแสดงความจำนงได้สะดวกและง่าย
  - เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ส่งแชร์ลิงค์ผ่านช่องทาง facebook , LINE ของโรงพยาบาล กลุ่มงาน โดยการแชร์ต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และการเข้าถึงการบริการอวัยวะและดวงตามากยิ่งขึ้น
  - เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ผ่านช่องทางเสียงตามสาย ภาควิชาภาษาไทยและภาษามาลายูของโรงพยาบาลทุกวัน
  - พัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูล Pop up ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตาในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล
  - ลงโปรแกรม Dashboard บันทึกข้อมูลผู้รับบริจาคเชิงรุก เพื่อวิเคราะห์และประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

5. ปัญหา อุปสรรค

- การรับรู้และการเข้าถึงการบริการอวัยวะและดวงตา ยังมีข้อจำกัด ได้แก่ ความเชื่อ ทศนคติ ของญาติ/ กลัวชาติหน้าอวัยวะไม่ครบ ไม่อยากให้ผู้ป่วยทรมาน/ ให้จากไปอย่างสงบ/ กลัวเสียภาพลักษณ์
- ไม่มี TC Nurse ประจำโรงพยาบาล

## 6. ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์คำวินิจฉัยทางศาสนา (ฟัตวา) เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะ ผ่านสื่อออนไลน์ ประสานความร่วมมือประธานชมรมมุสลิมของโรงพยาบาลกับผู้นำทางศาสนา และกลุ่มข้าราชการ/บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อเพิ่มจำนวนผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะและดวงตา

## 7. โอกาสพัฒนา

- ร่วมกับทีม Palliative care ในการค้นหา Donor
- เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ >> ส่งเรียน TC Nurse (หลักสูตร 4 เดือน ) ปีงบประมาณ 2570

ผู้รายงาน นางสาววิมลศรี สังข์แก้ว  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โทร. 085-0772720  
e-mail wimonsri737@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา วิสัญญี

### 1.ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาวิสัญญี

2. สถานการณ์ ภาพรวมจังหวัดสตูล เครือข่ายบริการวิสัญญีจังหวัดสตูลประกอบด้วยโรงพยาบาลแม่ข่ายคือ รพ.สตูล (โรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S) และ รพ.ละงู (โรงพยาบาลชุมชน ระดับ M2) โดยมีเป้าประสงค์สำคัญ เพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการวิสัญญีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึง บริการ และพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมกันในเครือข่าย

#### ศักยภาพและกำลังคน:

- **รพ.สตูล:** ให้บริการครอบคลุมสาขาหลักและสาขาเฉพาะทาง (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมบาดเจ็บกระดูก ใบหน้า ทันตกรรม ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และอายุรกรรมส่องกล้อง) มีวิสัญญีแพทย์ 5 คน และ วิสัญญีพยาบาล 16 คน เปิดบริการห้องผ่าตัด 6 ห้อง ห้องส่องกล้อง 1 ห้อง และเตียง PACU 5 เตียง
- **รพ.ละงู:** ให้บริการสาขาสูติ-นรีเวช, ศัลยกรรมทั่วไป, ออร์โธปิดิกส์ และจักษุ มีวิสัญญีแพทย์ 1 คน และวิสัญญีพยาบาล 2 คน เปิดบริการห้องผ่าตัด 1 ห้อง และเตียง PACU 1 เตียง

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีการพัฒนากระบวนการบริการวิสัญญีครบวงจร ตั้งแต่การประเมินก่อนผ่าตัด การบริการในห้องผ่าตัด การดูแลในห้องพักฟื้น (PACU) และการเยี่ยมหลังผ่าตัด โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพ (Clinical Practice) ด้านการจัดการความปวด (Pain management), การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional anesthesia), และแนวทางปฏิบัติทางคลินิก (CPG) เรื่องภาวะวิกฤต เช่น LAST และ Malignant Hyperthermia รวมถึงการจัดการทางเดินหายใจยาก (Difficult Airway management) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบ Pre-Op Clinic ให้ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า/ข้อสะโพก และ ผู้ป่วยเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี

#### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- ปริมาณงานบริการ (Service Volume):
  - **รพ.สตูล:** ปี 2568 มีผู้รับบริการรวม 7,185 ราย (General Anesthesia 5,944 ราย, Regional Anesthesia 1,054 ราย) สำหรับปี 2569 (ต.ค.-ธ.ค.) มีผู้รับบริการ 1,183 ราย
  - **รพ.ละงู:** ปี 2568 มีผู้รับบริการรวม 594 ราย (General Anesthesia 277 ราย, Regional Anesthesia 317 ราย) สำหรับปี 2569 (ต.ค.-ธ.ค.) มีผู้รับบริการ 146 ราย

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (KPIs) ปี 2569 (ต.ค.-ธ.ค.):
  - การประเมินก่อนผ่าตัด (Pre-op assessment): รพ.สตูล 100%, รพ.ละงู 100% (เกณฑ์ 100%)
  - Surgical Safety Checklist: รพ.สตูล 99.84% (เกณฑ์ 100%)
  - อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation  $\leq 24$  hr): 0% ทั้งสองแห่ง
  - อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia): 0%
  - การเยี่ยมหลังผ่าตัด (Post-op visit): รพ.สตูล 94.35%, รพ.ละงู 73.28% (เกณฑ์ 100%)
  - การจำหน่ายผู้ป่วยจาก PACU ตามเกณฑ์ PADSS: 100%

#### 4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

- 4.1 ความเพียงพอของทรัพยากร: จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอต่อปริมาณผู้รับบริการและจำนวนแพทย์ผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลารอคอยและความปลอดภัย
- 4.2 ข้อจำกัดการให้บริการนอกเวลาราชการ: รพ.ละงู มีข้อจำกัดในการผ่าตัดนอกเวลาราชการ ทำให้ต้องพึ่งพาการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
- 4.3 สมรรถนะบุคลากร: ความจำเป็นในการพัฒนา Competency ของบุคลากรวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อเทคโนโลยีและความซับซ้อนของการผ่าตัด

#### 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ผลงานเด่นที่ผ่านมา (ปี 2568):
  - จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการระงับปวดโดยใช้ Ultrasound guide และการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
  - พัฒนาแนวทางการทำ Ultrasound-guided Adductor Canal Block (ACB) เพื่อระงับปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (TKA)
  - ลดค่าใช้จ่ายด้วยการเพิ่มสัดส่วนการใช้ Regional Anesthesia
  - พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสำหรับการส่องกล้องแบบ One-day surgery
- แผนพัฒนา ปี 2569:
  - ดำเนินนโยบาย "One province One operation" บูรณาการการทำงานร่วมกันทั้งจังหวัด
  - พัฒนาศักยภาพบุคลากร (Competency-based training) ตามรูปแบบ Benner Model
  - จัดทำ Dashboard ตัวชี้วัดงานวิสัญญีระดับจังหวัด และเพิ่มช่องทางสื่อสาร Online (FB, Line OA) สำหรับผู้รับบริการ
  - จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น โดยเฉพาะเครื่อง Ultrasound สำหรับทำ PNB (Peripheral Nerve Block)

## 6. ปัญหา อุปสรรค

- 6.1 จำนวนห้องผ่าตัดมีจำกัด ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและทีมศัลยแพทย์ที่เพิ่มขึ้น
- 6.2 ข้อจำกัดด้านศักยภาพในการผ่าตัดนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ลพบุรี) ทำให้เกิดภาระงานส่งต่อ
- 6.3 ความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเฉพาะทางของบุคลากรต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกปี

## 7. ข้อเสนอแนะ

- 7.1 **ด้านอัตรากำลัง:** สนับสนุนการเพิ่มอัตรากำลังคน(วิสัญญีพยาบาล)เพื่อรองรับการขยายบริการห้องผ่าตัด
- 7.2 **ด้านงบประมาณและครุภัณฑ์:** สนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์สำคัญ เช่น เทคโนโลยีวิสัญญี และเครื่องมือสำหรับระบบคุณภาพระดับจังหวัด
- 7.3 **ด้านการพัฒนาศักยภาพ:** สนับสนุนให้มีการพัฒนาศักยภาพเฉพาะทางของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับความปลอดภัยและคุณภาพบริการ

ผู้รายงาน พว.จตติพรรณ สว่างแจ้ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

e-mail: [puporpuay@yahoo.co.th](mailto:puporpuay@yahoo.co.th)

โทร 081-5999198

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด... ..สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา กระดูกและข้อ

## 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีม ต่อ 1 เขตสุขภาพ
- 1.2 การผ่าตัดภายใน 72 (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 75 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (surgery) ในโรงพยาบาล A, S, M1  $\geq 75$
- 1.3 Refracture rate < ร้อยละ 30
- 1.4 ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. ตั้งแต่ M1 – F3 เป้าหมาย  $\geq 70\%$
- 1.5

## 2. สถานการณ์

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

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

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

โรงพยาบาลสตูลได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ มีระบบ auto consult เป็นระบบการขอ consult คู่ขนานระหว่างทีมแพทย์อายุรกรรม และทีมวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วยิ่งขึ้น แต่ยังมีอุปสรรคในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อน และยังมีการปรับระบบ auto consult และในปี 2565 ที่ผ่านมามีการปรับแนวทางให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูก

สามารถ consult วิสัญญีแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอแพทย์อายุรกรรม ส่งผลให้ผลตัวชี้วัดการได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ในไตรมาสที่แรก เดือนตุลาคม, พฤศจิกายน และธันวาคม คิดเป็นร้อยละ 75, 84.62 และ 85.71 ตามลำดับ

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

ตั้งแต่เริ่มทำโครงการ FLS จนถึงปัจจุบัน พบอัตราผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ลดลงเรื่อย ๆ ในปี 2563 พบร้อยละ 3.92 , ปี 2564 พบร้อยละ 3.84 , ปี 2565 พบร้อยละ 1.72 ในปี 2566, 2567, 2568 และปี 2569 ในไตรมาสแรกยังไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 มุลเชิงคุณภาพ

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

โรงพยาบาลสตูนได้จัดตั้งทีม Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) เมื่อ 27 เมษายน พ.ศ.2561 และยังคงมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาที่ไม่เข้าใจหรือไม่แน่ใจ ทางทีมจะปรึกษาทีม FLS Thailand โดยตรงผ่านช่องทาง Fan page “รู้ทันกันหักซ้ำ Thailand FLS” ซึ่งโดยภาพรวมโครงการ FLS ถือว่ามีความก้าวหน้าในเรื่องการเก็บข้อมูลและการดำเนินการ แต่ยังคงมีปัญหาเรื่องของการผ่าตัดให้ได้ภายใน 72 ชม. และความไม่ยินยอมผ่าตัดของตัวผู้ป่วยและญาติ ซึ่งถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ยาก เพราะสาเหตุเกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่มีปัญหาเรื่องโรคประจำตัว ในปี 2565 ที่ผ่านมามีการปรับแนวทางให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกสามารถ consult วิสัญญีแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอแพทย์อายุรกรรม และในปี 2565 ยังมีการปรับระบบโดยการเอื้อจากทีมวิสัญญีให้สามารถ consult ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องรอทีมอายุรกรรม สำหรับเรื่องของ Rehabilitation ถือว่าทีมกายบำบัดของโรงพยาบาลสตูนมีความเข้มแข็งมาก ทำกายภาพบำบัดและให้ความรู้จนผู้ป่วยสามารถ Discharge กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว และยังมีระบบ auto consult ทีมกายภาพลงทำกายภาพตั้งแต่ผู้ป่วย admit และยังคงเฝ้าติดตามระวังภาวะกระดูกหักซ้ำ และในปี 2569 นี้ โรงพยาบาลสตูนมีทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกและข้อทั้งหมดจำนวน 3 ท่าน ไปเรียนต่อยอด arthroplasty 1 ท่าน (จบการศึกษาช่วงเดือนกรกฎาคม 2569)

##### 3.1.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 75 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สถานการณ์ในช่วง ปี 2568 พบผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 75.47 และสถานการณ์ในช่วงไตรมาสที่ 1 ปี 2569 ในเดือน ตุลาคม, พฤศจิกายน และธันวาคม คิดเป็นร้อยละ 75, 84.62 และ 85.71 ตามลำดับ พบว่ายอดผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ถือว่าดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา จากการลงติดตามของทีมที่เข้มขึ้นขึ้น และการปรับแนวทางการ consult ระหว่างแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและวิสัญญีแพทย์

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

ในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการพัฒนาในการเก็บข้อมูล ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักเข้าตั้งแต่ admit โดยทีม IMC ของโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการหักซ้ำลดลง และไม่พบการหักซ้ำในปี 2566, 2567, 2568 และปี 2569 ในไตรมาสแรก

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 ≥ ร้อยละ 70								
	ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	37	29	78.38	78	57	73.08	68	58	85.29
ควนกาหลง	4	0	0	23	3	13.04	34	6	17.65
ท่าแพ	43	30	69.77	57	38	66.67	63	28	44.44
ละงู	57	27	47.37	39	7	74.36	23	22	95.65
ทุ่งหว้า	26	16	61.54	20	15	75	27	15	55.56
มะนัง	59	34	57.63	45	24	53.33	53	34	64.15
ภาพรวมจังหวัด	226	136	60.26	262	144	54.96	268	163	60.82

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	16	10	62.5	0	0	0
ควนกาหลง	4	0	0	0	0	0
ท่าแพ	48	22	45.83	3	0	0
ละงู	6	6	100	0	0	0
ทุ่งหว้า	34	21	61.76	5	3	60
มะนัง	4	3	75	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	112	62	55.36	8	3	37.5

3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ร้อยละ 30

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	<12	0/60	0	0	0/105	0

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค.68 – ธ.ค.68					
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	0	0/59	0	0	0/34	0

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1					
	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	7	14/34	41.18	21	23/41	56.1010

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	25	26/49	53.06	31	43/61	70.49

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1 $\geq$ ร้อยละ 75					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
	ต.ค.68 - ธ.ค.68					
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	37	40/53	75.47	24	26/32	81.25

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

##### 4.1 การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน

- ให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านกลุ่ม line group ortho
- จัดทำแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture non displace และพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture non displace ในรพ.ร่วมกับเขต 12 ในการจัดทำแผนพัฒนาอบรมให้ความรู้ Orthopedic day ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

##### 4.2 การดูแลผู้ป่วยกระดูกรอบสะโพกหัก

- มีระบบ Fast track hip surgery ร่วมกับโปรแกรมฟื้นตัวหลังผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยสามารถผ่าตัดได้แม้เป็นวันหยุดราชการ เนื่องจากมีการพัฒนาทีมและศักยภาพให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด
- มีทีมเครือข่าย IMC ในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี
- ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการตรวจดากับทีมเวชปฏิบัติ และคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/กระดูกหักซ้ำ และภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
- เพิ่มประเด็นท้าทายโดยการลดวันนอนในผู้ป่วย FLS และปรับตัวชี้วัดจากอัตราการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง  $\geq$  ร้อยละ 70 ในปี 68 เป็น  $\geq$  ร้อยละ 75 ในปี 69 และเพิ่มการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง

- มีการจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาศักยภาพการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดเข้าหน้าแบบแผลเล็ก ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติบริเวณข้อสะโพกแบบซับซ้อน ภายในจังหวัดสตูล

#### 5. ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้ภายใน 72 ชั่วโมง มักมาจากสาเหตุมีโรคร่วม อาจทำให้ต้องได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมก่อน จึงจะสามารถผ่าตัดได้

- รพช.บางแห่ง ยังขาดความต่อเนื่องในการส่งข้อมูล/ตัวชี้วัดในผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน และยังมีกรณีเฟอร์เคสผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน และยังขาดการพัฒนาศักยภาพแพทย์ใช้ทุนในรพช. ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน ทำให้ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้รายงาน พว.พิชามณูษ์ เกียรติธินภูษิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 098-7145947

e-mail phichamon.kiet@gmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา ศัลยกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ  $\leq 10$

### 2. สถานการณ์

ข้อมูลใน 69 (ไตรมาสที่1 ต.ค.68-ธ.ค.68) พบการแตกของไส้ติ่งอักเสบคิดเป็นร้อยละ 8.66 (11/127) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแยกตามสาเหตุการแตก Delay presentation คิดเป็นร้อยละ 3.15 (4/127) Delay treatment คิดเป็นร้อยละ 0 และ Missed Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 5.51 (7/127) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 68 สถิติไส้ติ่งแตกทั้งหมด ร้อยละ 6.38 (33/517) แยกตามสาเหตุการแตก Delay presentation คิดเป็นร้อยละ 2.9 (15/517) Delay treatment คิดเป็นร้อยละ 0 และ Missed Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 3.48 (18/517)

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ  $\leq 10$  อัตราร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบแตกปี 69 (ต.ค.-ธ.ค.) ร้อยละ 8.66 อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 68 ทางทีมศัลยกรรมมีการทบทวน RCA 100% จากสาเหตุ Missed Diagnosis เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา ซึ่งจากผลการทบทวนพบว่า Miss Diagnosis จากการไม่ใช้ แบบประเมิน Alvarado Score ในผู้ป่วยอาการ Lower Abd Pain ที่มารับบริการในแผนกอื่น เช่น แผนก สูติ-นรีเวช อายุรกรรม เป็นต้น จึงได้มีการรณรงค์ กระตุ้น และชี้แจงให้มีการใช้ Alvarado Score ทุกราย ทุกแผนก และมีการให้วิชาการความรู้ เรื่องโรค และการประเมินตรวจร่างกายในผู้ป่วย Lower Abd Pain ในรพ.สตูล และรพช.

## 4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 4.1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 20

อำเภอ	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 20							
	ปีงบประมาณ							
	2561	2562	2563			2564		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	13.87	13.93 (17/122)	136	27	19.85	158	22	13.92
ควนโดน	9.52	12.12 (4/33)	40	8	20	40	3	7.50
ควนกาหลง	9.38	33.33 (8/24)	26	4	15.38	29	2	6.9
ท่าแพ	11.11	14.28 (6/42)	54	2	3.70	47	3	6.38
ละงู	13.33	19.67 (12/61)	66	8	12.12	75	11	13.51
ทุ่งหว้า	11.54	15.62 (5/32)	26	6	23.07	26	4	15.38
มะนัง	0.00	10.34 (3/29)	30	2	6.66	36	3	8.33
ภาพรวมจังหวัด	11.45	16.03 (55/343)	378	57	15.08	411	48	11.68

อำเภอ	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 10						
	ปีงบประมาณ						
	2565	2566			2567		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	12.35 (20/162)	182	18	9.89	247	13	5.26
ควนโดน	25.81 (8/31)	51	4	7.84	33	5	15.15
ควนกาหลง	19.44 (7/36)	49	4	8.16	35	0	0
ท่าแพ	29.41 (10/34)	47	5	10.63	70	5	7.14
ละงู	11.48 (7/61)	59	9	15.25	78	9	11.54
ทุ่งหว้า	40.74 (11/27)	20	5	25	36	6	18.18
มะนัง	10.53 (2/19)	31	6	19.35	32	1	3.13
ภาพรวมจังหวัด	17.57 (65/370)	439	51	11.62	528	39	7.39

อำเภอ	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 10					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - พ.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	198	9	4.55	28	1	3.57
ควนโดน	34	1	7.32	9	1	11.11
ควนกาหลง	30	1	3.33	10	2	20
ท่าแพ	73	3	4.11	13	0	0
ละงู	36	11	4.55	4	0	0
ทุ่งหว้า	18	3	16.67	6	1	16.7
มะนัง	26	1	3.85	8	1	12.5
ภาพรวมจังหวัด	517	33	6.38	78	6	7.69

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

- การเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจังหวัด และการส่งต่อข้อมูลยังไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการเชื่อมโยงเครือข่ายได้จะสามารถพัฒนางานในแต่หน่วยบริการได้เป็นอย่างดี ถือเป็นประเด็นสำคัญ โดยมีการวางแผนนิเทศงาน ทุก รพช.อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาระบบงาน

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- กำหนดแผน ศัลยกรรมสำงูจร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนิเทศ ประเมิน ทบทวน ประเด็น ปัญหา และหาแนวทางพัฒนาร่วมกันระหว่างคณะทำงาน SP ศัลยกรรม
- จัดทำไลน์ กรู๊ป ประสานงานและส่งต่อข้อมูลภายในจังหวัด

6. ปัญหา อุปสรรค

- ประชาชนขาด Health literacy เกี่ยวกับภาวะ acute abdominal Pain
- รพช. ส่วนมากขาดศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
- ยังขาดการปฏิบัติตาม แนวทางอย่างต่อเนื่อง
- ยังขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
- ขาดแคลนศัลยแพทย์สาขา Vascular
- ยังขาดเครื่องมืออุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย

7. ข้อเสนอแนะ

- หาแนวทางพัฒนาร่วมกันระหว่างคณะทำงาน SP ศัลยกรรม
- มีระบบการคืนข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน เพื่อ รพช.สามารถ นำไปพัฒนางานของตัวเองให้ได้ตามเป้าหมาย

8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- เป็นพี่เลี้ยงให้กับ รพช.ละงูซึ่งเป็นรพ.เครือข่ายให้สามารถทำผ่าตัดศัลยกรรม ในหัตถการ Appendectomy MRM Hernia เพิ่มหัตถการ LC ในปี 69 เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ Node
- พัฒนา Home ward ในโรคไส้ติ่งอักเสบ

ผู้รับผิดชอบ นางสุกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 097- 920 9879

e-mail Sukanya\_year@hotmail.com

## การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา การบริหารฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง /สาขา พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยขั้นระยะวิกฤต  
(intermediate Care : IMC)

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care\*

ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน  
เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 85

1.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง  
จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

1.3 เปิดให้บริการ Intermediate care Ward (อย่างน้อย 6เตียง) จังหวัดละ 1 แห่ง  
เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$  ร้อยละ 80 หรือมากกว่า 62 จังหวัด

1.4 ขยายการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูผู้ป่วยจังหวัด เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$  ร้อยละ 80  
หรือมากกว่า 62 จังหวัด

1.5 สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน Intermediate care ประจำโรงพยาบาลแม่ข่าย  
(รพศ./รพท.) เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$  ร้อยละ 50 ของรพศ.,รพท.

### 2. สถานการณ์

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

ในปีงบประมาณ 2568 มีจำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด 385 ราย ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตาม  
จนครบ 6 เดือนหรือจน BI=20 คิดเป็นร้อยละ 92.58 และในปีงบประมาณปัจจุบัน ปี 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68)  
มีจำนวนผู้ป่วย IMC 95 ราย ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน BI=20 คิดเป็น  
ร้อยละ 96.84 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2564-2567 และแนวโน้มสูงขึ้นทุกอำเภออีกด้วย โดยผู้ป่วย  
IMC ที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจะได้รับการส่งต่อ (Refer back ) จากโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อแบบ  
IPD-IMC protocol ที่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 68.45 ปี 2568 และ 78.57 ปี 2569(ต.ค.68-ธ.ค.68)  
หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยให้มาฟื้นฟูต่อแบบผู้ป่วยนอก ( OPD case ) และในรายที่ไม่สามารถมาฟื้นฟูต่อที่  
โรงพยาบาลได้จะได้รับการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Outreach program)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง  
จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

ในการดำเนินงานที่ผ่านมาคณะทำงาน service plan IMC ได้มีการติดตามและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย  
ระยะกลางตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาล โดยนัดติดตามผู้ป่วยมาฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก ถ้าผู้ป่วยไม่สะดวก  
จะมีการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน ติดตามผู้ป่วยจนกระทั่ง 6  
เดือนหรือคะแนน barthel index มากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน ตั้งแต่ปี 2567 SP IMC ระดับกระทรวงฯ  
ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดใหม่เพื่อวัดคุณภาพในการฟื้นฟูสภาพและติดตามผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอก ผลการดำเนินงาน  
ปี 2568 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง  
จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 71.16  
ซึ่งปีที่ผ่านมาเป้าหมายตัวชี้วัด และมีแนวโน้มสูงขึ้นมากกว่าปี 2567 ทุกอำเภอ โดยอำเภอที่ได้มากที่สุด  
คืออำเภอควนโดน ท่าแพ และทุ่งหว้า ตามลำดับ ส่วนอำเภอเมืองซึ่งมีผู้ป่วย IMC คิดเป็นครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย  
IMC ทั้งหมดของจังหวัดก็ทำได้สูงมากกว่าปี 2567 เช่นกัน เนื่องจากมีการเพิ่มการฟื้นฟูเชิงรุก  
โดยลงไปฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทันที เมื่อผู้ป่วยไม่มาที่รพ. และในปี 2569(ต.ค.68-ธ.ค.68) ผลการดำเนินงาน  
คิดเป็นร้อยละ 78.94 ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกอำเภอ และผ่านเป้าหมายตัวชี้วัดระดับกระทรวงฯเช่นกัน

2.3 เปิดให้บริการ Intermediate Ward (อย่างน้อย 6 เตียง) จังหวัดละ 1 แห่ง เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$   
ร้อยละ 80 หรือมากกว่า 62 จังหวัด

ปัจจุบันจังหวัดสตูลได้เปิดให้บริการ Intermediate ward ที่โรงพยาบาลท่าแพ จำนวน 6 เตียง  
โดยให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Intermediate care แบบผู้ป่วยใน (Intensive rehabilitation หรือ  
การฟื้นฟูสภาพแบบเข้มข้น) ซึ่งให้บริการผู้ป่วยทุกอำเภอในจังหวัดสตูล มี LOS เฉลี่ย 6-7 วัน มีผู้ป่วย IMC  
admit IMC ward แนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2566-2568 ผลการดำเนินงาน ปี 2568 พบว่าผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง  
มากที่สุด 97 ราย เป็นผู้ป่วยอำเภอท่าแพมากที่สุด และรองลงมาอำเภอเมือง

2.4 ขยายการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$  ร้อยละ 80  
หรือมากกว่า 62 จังหวัด

จังหวัดสตูลมีการดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดมาตลอดต่อเนื่องทุกปี โดยจะสนับสนุน  
มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ซึ่งปัจจุบันจังหวัดสตูลมีศูนย์ฟื้นฟูฯครบ 7 อำเภอแล้ว และได้  
มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กองทุนฟื้นฟูสนับสนุน และมีการจัดโครงการปรับสภาพบ้าน  
ให้กับผู้สูงอายุและผู้พิการ สนับสนุนให้มีการสร้างคลังอุปกรณ์ฯ สนับสนุนศูนย์ซ่อมอุปกรณ์ฯ 2 แห่ง คือ  
อำเภอเมือง และอำเภอละงู และสนับสนุนให้มีโครงการราวจับอุ้งใจสำรวจพื้นที่ที่ครอบคลุมทุกอำเภอทุกปี

2.5 สนับสนุนการจัดตั้งศูนย์ประสานงาน Intermediate care ประจำโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ., รพท.) เป้าหมายระดับประเทศ  $\geq$  ร้อยละ 50

จังหวัดสตูนได้มีการกำหนดนักกายภาพบำบัดศูนย์ประสานงาน Intermediate care ประจำโรงพยาบาลสตูน จำนวน 1 คน โดยวางรูปแบบการติดตามผู้ป่วย Intermediate care โดยแบ่งผู้รับผิดชอบตามโรคในระดับจังหวัด (IMC Manager) ปัจจุบันได้มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูแผนกกายภาพบำบัด โดยมีป้ายและสถานที่แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

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

ผู้ป่วย Intermediate care ทั้ง 4 กลุ่มโรค ได้แก่ Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Spinal Cord Injury และ Fracture Hip (Fragility fracture) เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจะได้รับการส่งกลับ (Refer back) เพื่อฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) ที่โรงพยาบาล ชุมชน โดยส่งต่อข้อมูลการฟื้นฟูผ่านโปรแกรม PRM Referral System เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าส่งกลับมาทางโรงพยาบาลต้นทางได้ โดยโรงพยาบาลท่าแพเปิดบริการ Intermediate Ward และโรงพยาบาลอื่นๆอีก 6 อำเภอ เปิดบริการ Intermediate Bed สำหรับโรงพยาบาลท่าแพ (IMC Ward) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลสตูน 2 ท่านได้มีการ Round ward และทำ Team meeting ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลที่ เปิดบริการ IMC Bed ได้นัดทำ Tele-consult/ Tele-meeting ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสตูนและโรงพยาบาลชุมชน ในกรณีผู้ป่วย IMC ที่มีความซับซ้อนในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วม เพื่อวางแผนการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจาก Discharge จากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตาม ฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) หากผู้ป่วยไม่สะดวกด้านการเดินทางจะมีรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน โดยติดตามตลอดในระยะ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68) มีผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มโรคที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจำนวน 42 ราย ได้รับการส่งกลับ (Refer back) จำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.57 และมีจำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าระบบทั้งหมดจำนวน 95 ราย ได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน BI=20 จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.84 โดยผลลัพธ์จากการติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยที่คะแนน BI<15 จนครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน BI ดีขึ้น ร้อยละ 87.36, BI คงที่ ร้อยละ 6.31, และ BI ลดลง ร้อยละ 3.15 และเมื่อพิจารณาความสามารถในการเดิน พบว่า ผู้ป่วยสามารถเดินได้เอง ร้อยละ 41 เดินด้วยไม้เท้า ร้อยละ 38, ใช้รถเข็น ร้อยละ 9.7, และติดเตียง ร้อยละ 10.8 โดยผู้ป่วย

สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Independent ADL) ร้อยละ 60 และต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Dependent ADL) ร้อยละ 40 นอกจากนี้ยังมีการติดตาม ภาวะแทรกซ้อน (Pneumonia, Pressure sore, UTI, Joint stiffness) พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 6.5 และเสียชีวิต ร้อยละ 2.12

3.1.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68) มีผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มโรคที่เข้าระบบทั้งหมดจำนวน 95 ราย หลังจาก Discharge จากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก(OPD Case) หากผู้ป่วยไม่สะดวกด้านการเดินทางจะมีรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน โดยติดตามตลอดในระยะ 6 เดือน โดยผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 75 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.94 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2567-2568 เนื่องจากทีม IMC ทุกอำเภอ โดยเฉพาะในอำเภอเมืองซึ่งมีผู้ป่วย IMC ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ได้มีการปรับรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพจากตั้งรับเป็นรูปแบบฟื้นฟูสภาพเชิงรุกมากขึ้น พบว่า สัดส่วนรูปแบบ บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) คิดเป็นร้อยละ 47.61 รูปแบบบริการฟื้นฟูเชิงรุกที่บ้าน หรือศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน ร้อยละ 52.38 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการฟื้นฟูสภาพที่ 8.7 ครั้งต่อคน ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงฯนอกจากตัวชี้วัดนี้จะผ่านเกณฑ์แล้วยังสามารถเพิ่มรายรับให้กับโรงพยาบาลได้ ด้วยจากค่าชดเชยการให้บริการผู้ป่วยนอก (IMC claim)

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care \* ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน (เป้าหมาย ร้อยละ 70) (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด)

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

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

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

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2567						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับระบบและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	230	192	83.47	173/90.1%	14/7.29%	5/2.6%	31/13.4%
TBI	33	29	87.87	25/86.2%	4/13.79%	0	2/6.06%
SCI	5	5	100	4/80%	1/20%	0	0
Fracture Hip	59	54	91.52	50/92.5%	0	4/7.4%	5/8.47%
<b>รวม</b>	<b>327</b>	<b>280</b>	<b>85.62</b>	<b>252/77.06%</b>	<b>19/5.8%</b>	<b>9/2.75%</b>	<b>38/11.6%</b>

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2568						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	268	242	90.29	219/90.49	16/6.6	7/2.8	16/5.9
TBI	49	49	100	46/93.87	3/6.1	0	0
SCI	11	11	100	9/81.81	2/18.18	0	0
Fracture Hip	57	56	98.24	53/94.64	2/3.57	1/1.78	1/7.5
<b>รวม</b>	<b>385</b>	<b>358</b>	<b>92.98</b>	<b>327/84.93</b>	<b>23/5.97</b>	<b>8/2.07</b>	<b>17/4.4</b>

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้ารับและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น (ราย/ร้อยละ)	BI คงที่ (ราย/ร้อยละ)	BI ลดลง (ราย/ร้อยละ)	เสียชีวิต (ราย/ร้อยละ)
Stroke	78	75	96.15	66/88	6/8	3/4	2/2.56
TBI	9	9	100	9/100	0	0	0
SCI	0	0	0	0	0	0	0
Fracture Hip	8	8	100	8/100	0	0	0
<b>รวม</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>96.84</b>	<b>83/87.36</b>	<b>6/6.31</b>	<b>3/3.15</b>	<b>2/2.1</b>

3.2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ 60

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 50					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	152	61	40.13	167	118	70.65
ท่าแพ	27	16	59.25	33	30	90.9
ละงู	60	23	38.33	82	57	69.5
ควนโดน	24	18	75	23	22	95.65
ควนกาหลง	33	8	24.24	36	15	41.66
มะนัง	10	1	10	19	10	52.63
ทุ่งหว้า	21	17	80.95	25	22	88
ภาพรวมจังหวัด	327	144	44.03	385	274	71.16

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60		
	ปีงบประมาณ 2569 (1ต.ค.68 - 31.3.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	เมืองสตูล	38	27
ท่าแพ	12	12	100
ละงู	15	13	86.67
ควนโดน	8	8	100
ควนกาหลง	12	6	50
มะนัง	2	1	50
ทุ่งหว้า	8	8	100
ภาพรวมจังหวัด	95	75	78.94

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

เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มโรค intermediate care กรณีให้บริการแบบผู้ป่วยในทั้งในรูปแบบ IMC ward และ IMC bed พบว่า ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยได้ตามเป้าหมาย หรือมีค่า คะแนน barthel index ที่เพิ่มขึ้นตามที่ตัวชี้วัดกำหนด จะขึ้นอยู่กับจำนวนวันนอนฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย แต่เมื่อโรงพยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยนอนรพ.จำนวนวันนอนที่มากขึ้นก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการนอนรพ.ก็จะมากขึ้นเมื่อเทียบกับเงินที่ได้รับมาจากกองทุนต่างๆที่คงที่ จึงส่งผลให้รพ.ขาดทุน ดังนั้น ทางกระทรวงสาธารณสุขระดับประเทศ และระดับเขตจะต้องพิจารณาการเบิกเงินกลับจากกองทุนที่มีค่าสูงขึ้น (Adjrw) หรือเพิ่มเงิน on top สำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ในการให้บริการในรพ.ที่เปิดบริการ IMC ward

#### 5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ แผนการดำเนินงานในปี 2568

1. ใช้โปรแกรม PRM referral network ในการส่งต่อข้อมูลและติดตามการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย IMC ภายในจังหวัดสตูล และพัฒนาการเชื่อมข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจากระบบ HIS ของแต่ละโรงพยาบาล
2. เพิ่มการใช้ Tele-medicine/Tele-consult/Tele-meeting ในการดูแลผู้ป่วย IMC ในจังหวัดสตูล ผ่านระบบกลางของจังหวัดสตูลเพื่อมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย
3. บูรณาการและเชื่อมโยงกับ Service plan สาขากระดูกและข้อ (FLS) และสาขาผู้สูงอายุ ในการดูแลผู้ป่วย IMC กลุ่มโรคกระดูกสะโพกหัก (Fragility hip fracture) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น
4. นิเทศการดูแลผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลระดับ M, F ร่วมกับ Service plan สาขา Stroke สาขา ศัลยกรรม (TBI) และสาขากระดูกและข้อ (เครือข่าย FLS/SCI) รวมไปถึงการขับเคลื่อนงาน IMC ในทีม PCT แต่ละสาขาร่วมด้วย
5. พัฒนาระบบบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยนอกและระบบการติดตามผู้ป่วยแบบเชิงรุก โดยการจัดทำแนวทางในการติดตามผู้ป่วยมาฟื้นฟูสภาพทุกรูปแบบให้ครบตามกำหนดภายในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลและติดตามผู้ป่วย รวมไปถึงการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้
6. ร่วมกันวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วย IMC แบบผู้ป่วยใน โดยให้โรงพยาบาลเป็นแบบอย่าง เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูลได้ให้บริการ IMC ward เพื่อเพิ่มรายได้และเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลด้วย

7. พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วย IMC ที่รพ.ละงู ให้เป็น node ในการดูแลผู้ป่วยใน zone อำเภอทุ่งหว้า และนอกจากนี้กระตุ้นให้เปิดบริการ IMC ward เนื่องจาก รพ.ละงูมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประจำ 1 ท่าน

#### 6. ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
1.ปัจจุบันการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกสะโพกหักกึ่งน้อย เนื่องจากการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีม SP สาขากระดูกและข้อร่วมด้วย ซึ่งทางทีมยังไม่เข้าใจระบบการส่งกลับ IMC	1.เสนอให้มีการจัดทำแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักใน SP สาขากระดูกและข้อในระดับเขตและกระทรวงฯร่วมด้วย เพื่อจะได้เข้าใจระบบการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และกระตุ้นให้มีการขับเคลื่อนทีม PCT แผนกกระดูกและข้อร่วมด้วย	-
2.ในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ไม่มีตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟู	2.เสนอให้มีการมอบตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟูในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะกลางมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ด้านการพยาบาล)	
3.โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ IMC ward ไม่มีกรอบนักกิจกรรมบำบัด	3.เสนอให้มีการมอบนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ IMC ward	

#### 7. ข้อเสนอแนะ

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

#### 8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- รพ.สตูล เปิดให้บริการคลินิกป้องกันหกล้ม เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่ม fracture hip หลังจากผ่าตัดและเดินได้ภายใน 6 เดือน เพื่อมาประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และออกกำลังกาย ป้องกันหกล้ม จากผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการหกล้มที่ลดลง
- โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดการให้บริการผู้ป่วยนอกมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ส่วนใหญ่ เน้นการให้บริการเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ นอกจากนี้ยังสามารถเพิ่มรายรับให้กับโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งโรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์สามารถนำไปเป็นแบบอย่างได้
- รางวัลรองชนะเลิศ การประกวดประเภท oral presentation หัวข้อเรื่อง การพัฒนาระบบบริการ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) จาก IMC bed สู่ IMC ward โรงพยาบาลท่าแพ จังหวัดสตูล ในงานประชุมสัมมนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan Sharing) เขตสุขภาพที่ 12 ปีงบประมาณ พ.ศ.2567

นพ.อธิปัตย์ บุญละเอียด

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร 0942645455

E-mail: te-kung8@hotmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง((ผู้ป่วยอายุ 40 ปี ขึ้นไป) < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. สถานการณ์

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติปีงบประมาณ 2565 จังหวัดสตูลมีผู้รับบริการมาตรวจรักษาด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1427 ราย ปีงบประมาณ2566 มีผู้รับบริการ 1700 ราย ปีงบประมาณ2566 มีผู้รับบริการ 1759ราย และ ปี 2568 มีผู้รับบริการ1798 ราย อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง(อายุ40ปีขึ้นไป) ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ ปี2565 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ142.82 ปี2566 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ141.47 ปี2567 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ130.24 แนวโน้มอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันลดลง ในปี 2568 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ137.95 มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย

ในปีงบประมาณ 2569 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2568 – เดือนธันวาคม 2568 พบว่า มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 67.70 อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐานร้อยละ 90 โรงพยาบาลมะนัง ยังมีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันสูงที่สุดในจังหวัดสตูล สาเหตุจากมีอัตราผิคนัดสูงเนื่องจากระยะทางไกลและไม่มีญาตินำไปพบแพทย์ตามนัด

COPD เป็นโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อนในการดูแล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรง แนวโน้มผู้ป่วยมีอายุยืนมากขึ้น มีโรคแทรกซ้อนร่วม ทั้งนี้ต้องอาศัยการประเมินและการดูแลจากสหวิชาชีพ เพื่อช่วยลดการกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิต พบว่าปัจจัยคือ การสูบบุหรี่ การใช้ยาสูดพ่นไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ การขาดนัด เสรฐฐานะ สภาพแวดล้อม ทั้งนี้ทีมได้จัดตั้งทีมสหวิชาชีพประเมินและร่วมวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ มุ่งเน้นทำ discharge planning ที่มีคุณภาพ เพื่อลดอาการกำเริบและการกลับมาอนรพ. และในจังหวัดสตูลมีประชากรสูบบุหรี่เป็นอันดับ2 ของภาคใต้ ในปี ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ยังมีโอกาสที่จะเพิ่มสูงขึ้นได้ และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังรายเก่าเลิกสูบบุหรี่ยังเป็นสิ่งท้าทาย

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

##### 3.1.1 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป)

< 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อำเภอ	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป) ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง				
	ปีงบประมาณ				
	2566	2567	2568		
	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	171.33	146.15	758	1046	137.99
ควนโดน	162.35	112.77	93	78	83.87
ควนกาหลง	143.75	99.37	159	259	162.89
ท่าแพ	125.00	87.78	164	233	142.07
ละงู	86.73	114.11	323	405	125.39
ทุ่งหว้า	110.61	111.19	168	182	108.33
มะนัง	149.59	210.29	124	265	213.71
<b>ภาพรวมจังหวัด</b>	<b>141.47</b>	<b>130.24</b>	<b>1,789</b>	<b>2,468</b>	<b>137.95</b>

#### ปีงบประมาณ 2569

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปี ขึ้นไป)	เมืองสตูล	ไม่เกิน 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	409	324	79.22
	ควนโดน		65	22	33.85
	ควนกาหลง		129	71	55.04
	ท่าแพ		131	90	68.70
	ละงู		225	157	69.78
	ทุ่งหว้า		118	66	55.93
	มะนัง		87	58	66.67
	<b>ภาพรวมจังหวัด</b> (ข้อมูล 1 ต.ค.68- 31ธ.ค68)		1,164	778	67.70

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

- ระบบบริการและสถานที่ : ในคลินิกไม่ได้ให้บริการแบบ one stop service คลินิกงดยุหรือแยกส่วนบริการ
- บุคลากร : แพทย์หมุนเวียนออกตรวจในโรงพยาบาลชุมชน ทีมสหวิชาชีพมีน้อย ซึ่งบางครั้งไม่สามารถให้ความรู้หรือแนะนำผู้ป่วยได้ครอบคลุม
- งบประมาณ : เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณทำให้ขาดยาพ่นบางชนิดในโรงพยาบาลชุมชน
- ผู้รับบริการ : ไม่เห็นความสำคัญของการเลิกบุหรี่ เมื่ออาการของโรคหายไม่มารักษาตามนัดหรือบางครั้งอาจจะหยุดยาเอง ผู้ป่วยจำเป็นต้องสัมผัสสิ่งกระตุ้นเนื่องจากการทำงานเลี้ยงชีพ

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- เพิ่มศักยภาพสถานบริการสุขภาพ ทั้งบุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมในการ
- ให้บริการแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ทุกระดับ
- จัดระบบบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาพ่น กลุ่ม LABA / ICS Flu Vaccine

นางอัมณีนุชา นาฮุตตา  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
0847504488

## 1. ประเด็นการตรวจราชการ

### 1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

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

### 1.2 ร้อยละของการ Re-admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS//MIS

## 2. สถานการณ์

### 2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS

จากผลการดำเนินงานปี 69 (ต.ค.-ธ.ค.68) อัตราการทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 29.50 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ( $>30\%$ ) มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 68 (ร้อยละ 28.99) top 5 Operation ได้แก่ หัตถการ Breast mass, Phimosis (circum), LEEP, Pterygium, colono Polypectomy ในปี 68 โรงพยาบาลสตูลสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการ ODS ในแผนก สูติ-นรีเวช ในหัตถการ LEEP และ TR

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

รพ.สตูลผ่านการประเมินหัตถการ MIS ได้แก่ Lap Cholecystectomy, Lap colectomy, Lap Hernioplasty , Lap Appendectomy, Lap LAR และ Lap Nephrectomy จากผลการดำเนินงานปี 69 (ต.ค.-ธ.ค. 68.) Top 5 Operation คือ การผ่าตัด LC มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 93.02 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ( $>20\%$ ) สามารถทำ LC ได้ 100% ในผู้ป่วย Elective case เฉลี่ยวันนอน 2 วัน และได้มีการพัฒนาระบบ ODS plus ในผู้ป่วย LC เพื่อลดวันลดวันนอนเหลือ 1 วัน คิดเป็นร้อยละ 10.26 ผู้ป่วยหลังผ่าตัด MIS อัตราการ Re-admit ภายใน 1 เดือน ที่มีสาเหตุเกี่ยวกับการผ่าตัด = 0

## 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

#### 3.1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS

จากผลการดำเนินงานปี 69 (ต.ค.-ธ.ค.68) อัตราการทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 29.50 ไม่ผ่านเกณฑ์ ( $>30\%$ ) แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นจากปี 68 (ร้อยละ 28.99) จากการทบทวนของทีมประเด็นปัญหาพบคือ ทีมที่เกี่ยวข้องพบความยุ่งยากใน การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมเอกสาร รวมทั้งโรงพยาบาลเปิดให้บริการคลินิกพิเศษผ่าตัดนอกเวลาราชการ ทำให้สถิติ ODS ลดลงในบางหัตถการ เช่น หัตถการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ หัตถการส่องกล้องทางเดินอาหาร ทีมจึงได้มีแผนพัฒนาเพิ่มการเข้าถึง ODS ในหัตถการใหม่ๆ เช่น แผนก ศัลยกรรมหัตถการ ERCP แผนกสูติ-นรีเวช หัตถการ LEEP TR แผนกศัลยกรรมกระดูกหัตถการ Percutaneous K-wire และมีแผนเพิ่มสถิติในหัตถการที่ทำน้อยลง เช่น หัตถการ tongue tie ,Remove FB in Esophagus

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 30					
	ปีงบประมาณ					
	2568			2569 (ต.ค.- ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	107	369	28.99	217	64	29.50

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

จากข้อมูลปี 68 ร้อยละการ Re admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ=0 และสามารถ Set ผู้ป่วยผ่าตัด LC 100% ในผู้ป่วย Elective case ส่วนในหัตถการอื่น ยังทำได้น้อย เช่น Lap colectomy, Lap LAR, Lap Hernioplasty, เนื่องจากเป็นหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อน ทีมผ่าตัดยังขาดสมรรถนะ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการทำผ่าตัด ได้มีการวางแผนเพิ่มสมรรถนะ แพทย์และพยาบาลในการอบรมพยาบาล เฉพาะทาง MIS

## 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

### 3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ 30)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ร้อยละ 30			
	ปีงบประมาณ			
	2564	2565	2566	2567
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	21.4	24	30.6	34.33

ปีงบประมาณปี 2563-2566 ให้บริการ

การผ่าตัด	ปีงบ 2564			ปีงบ 2565			ปีงบ 2566			ปีงบ 2567		
	A	B	%	A	B	%	A	B	%	A	B	%
Hernia	27	147	18.37	20	146	13.7	13	119	10.92	31	181	17.13
Hydrocele	0	5	0	0	13	0	0	9	0	0	9	0
Hemorrhoid	4	16	25	6	38	15.79	5	28	17.86	15	90	16.67
Pterygium	8	16	50	4	9	44.44	20	67	29.85	10	168	5.95
Esophageal varice	2	24	8.33	0	15	0	2	5	40	0	0	0
Colorectal Polyp	2	3	0	2	22	9.09	11	34	32.35	102	182	56.04
Colono Fit test +	NA	NA	NA	NA	NA	NA	33	36	96.77	179	320	55.28
Fistula	21	84	25	29	74	39.19	0	3	0	3	11	27.28
AVF	NA	NA	NA	NA	NA	NA	7	7	100	0	0	0
Wide excision breast mass	21	84	25	29	74	39.19	24	61	39.34	20	68	29.41
Phymosis (Circumcision)							7	24	29.16	13	40	32.5
Perianal Abscess							0	10	0	0	15	0
รวม	33	127	25.98	43	111	38.78	122	436	27.98	373	210	34.41

A = จำนวนผู้ป่วยที่ทำ ODS ได้

B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าโครงการ

ปีงบประมาณ 2568-2569(ต.ค.-ธ.ค68) ให้บริการ

การผ่าตัด	2568			2569					
	A	B	%	A	B	%	A	B	%
Hernioplasty	18	182	9.89	4	32	12.5			
Hydrocele	1	20	5	0	0	0			
Hemorrhoid	7	62	11.30	7	16	43.75			
Pterygium	23	127	18.11	7	20	35			
Esophageal varice	0	0	0	0	0	0			
Colorectal Polyp	47	128	36.72	8	21	38.10			
Removal FB esophagus	0	0	0	0	0	0			
LC	11	156	7.05	4	39	10.26			
Fistula	3	12	25	0	0	0			
Toung tie	0	0	0	0	0	0			
Wide Excision Breast	22	60	36.67	5	9	55.56			
Phymosis (Circumcision)	23	53	43.40	10	21	47.62			
Colono Fit test +	89	233	38.19	7	62	11.29			
รวม	260	1038	25.05	64	217	29.50			

3.2.2 ร้อยละของการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด MISมากกว่า ร้อยละ 20							
	2564	2565	2566	2567	2568	2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	78.12	74.28	88.88	83.33	83.33	40	43

### 3.2.3 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีหรือถุงน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

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

ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)						
ปีงบประมาณ						
2565	2566	2567	2568	2569 (ต.ค. 68 - ธ.ค.68)		
ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
0	0	0	0	40	0	0

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

- อัตราการทำ ODS มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเกิดจากขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและเกิดจากขาดการกระตุ้นอย่างจริงจัง ระบบเอกสารยุ่งยากซับซ้อน ทำให้ทีมที่เกี่ยวข้องขาดความตระหนักในการให้ความสำคัญ และถอยออกจากการบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ

- MIS ยังขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง ในหัตถการยุ่งยากซับซ้อน

### 6. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- นำข้อมูล ODS MIS รายงานในการประชุมประจำเดือน PCT SX
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ ODS ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โดยส่งต่อข้อมูลย้อนกลับในแต่ละเดือนเพื่อกระตุ้นการคัดกรองผู้ป่วยให้เหมาะสม
- เพิ่มการเข้าถึง ODS Plus ในผู้ป่วยผ่าตัด LC เพื่อลดวันนอน เหลือ 1 วัน เพื่อลดความแออัดและลดค่าใช้จ่าย โดยใช้ระบบ Auto ODS
- เพิ่มการเข้าถึงการให้บริการ ODS ในสาขา ศัลยกรรมกระดูก สตรี-นรีเวช
- มีแผนพัฒนาศูนย์ส่องกล้อง ในปี 69
- เพิ่มศักยภาพ Node รพ.ละงู ในการผ่าตัด LC โดยเป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น

## 7. ปัญหา อุปสรรค

- อัตราการทำ ODS มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ ODS/MIS อย่างต่อเนื่อง
- ขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง Laparoscope ในหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น

Lap colectomy Lap Nephrectomy

- ไม่มีหน่วย PAC และ ODS Unit ที่เป็นสัดส่วน

## 8. ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์ ODS/MIS เพื่อการเข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น
- เพิ่มอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง Laparoscope ,
- เพิ่ม top up ให้ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแรงดึงดูดให้เกิดการเข้าร่วมเพิ่มขึ้น

## 9. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- Post discharge Surveillance เพื่อติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด
  - มีระบบการ Consult ผ่าน Video call , line group
  - ประสานงานระหว่าง ODS term และ รพ./รพสต.
  - มี guide line ในการรักษาที่ชัดเจน
- ศัลยแพทย์รพ.สตูลสามารถทำ หัตถการ AVF ได้

ผู้รับผิดชอบ นางสุกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 097- 920 9879

e-mail Sukanya\_year@hotmail.com

## คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา กุมารเวชกรรม

### 1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10
- 1.2 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma
- 1.3 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma

### 2. สถานการณ์

#### 2.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในเด็ก และแนวทางการพัฒนาการดูแลรักษาโรคที่พบมากที่สุด ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งมักส่งผลให้เกิดภาวะ หายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงทีและเหมาะสม ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 1,537 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 20 ราย ซึ่งในจำนวนนี้มาจากโรงพยาบาลชุมชนถึง 15 ราย (คิดเป็นร้อยละ 75) ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 1,568 ราย โดยมีผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 21 ราย มาจากโรงพยาบาลชุมชน 14 ราย (ร้อยละ 66.7) ส่วนในปี พ.ศ. 2568 (ข้อมูล ณ ปัจจุบัน) พบผู้ป่วยแล้วจำนวน 1,149 ราย โดยส่วนใหญ่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจแต่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 4 ราย ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับการระบาดของเชื้อประจำถิ่นในพื้นที่ ส่งผลให้แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยในช่วงเวลาที่เหลือของปีนี้อาจเพิ่มสูงขึ้น

#### 2.2 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma

พบผู้ป่วยที่เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 0.006

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

อัตราการป่วยตายในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคที่ไม่ใช่การบาดเจ็บ (non-trauma) โดยมีผู้เสียชีวิตจาก Sepsis จำนวน 2 ราย และคิดเป็นร้อยละ 8

### 3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

#### 3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปี บริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10 พบว่าอัตราการป่วยตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีในปีบริบูรณ์ลดลงร้อยละ 10 โดยไม่พบผู้เสียชีวิตในปีดังกล่าว ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มการใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันสูงแบบไหลเวียนสูง (High Flow Oxygen Therapy: HF) ที่ช่วยลดภาวะหายใจล้มเหลวได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะหายใจเหนื่อย มีการดำเนินการ พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา

ที่เน้นการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดแรงดันสูงผ่านทางจมูก (High Flow Nasal Cannula: HFNC) ให้เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลเครือข่าย โดยมีเป้าหมายเพื่อ:

- เพิ่มสมรรถนะและความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลชุมชน
- ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ
- ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะ respiratory failure
- ลดความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ
- ลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล

3.1.2 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma

พบผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Trauma) ในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 4 ปี จำนวน 1 ราย

3.1.3 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-traumaจากที่ระบุว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย Sepsis 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8 สามารถคำนวณจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค non-trauma

สรุป: มีผู้เสียชีวิตจาก non-trauma ทั้งหมด 25 ราย ในกลุ่มเด็กอายุ 1 เดือนถึง 4 ปี

บทบาทของ Sepsis ในการเสียชีวิต

- Sepsis เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กกลุ่มนี้ คิดเป็น 8%
- แม้จะไม่ใช่สาเหตุอันดับต้น ๆ (ถ้ามีหลายสาเหตุอื่นร่วม) แต่ก็นับว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญ เพราะสามารถป้องกันได้บางส่วนด้วยการวินิจฉัยและรักษาอย่างทันท่วงที

ข้อเสนอเพื่อการป้องกัน/ลดอัตราการตายจาก Sepsis

- การเฝ้าระวังอาการติดเชื้อ อย่างใกล้ชิดในเด็กเล็ก
- การอบรมบุคลากร ให้สามารถวินิจฉัยและรักษา Sepsis อย่างรวดเร็ว
- การให้วัคซีน ครอบคลุมเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่อาจนำไปสู่ Sepsis

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปีบริบูรณ์ เป้าหมาย ลดลง ร้อยละ 10%					
	ปีงบประมาณ 2566			ปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	521	0	0	485	1	0.21
ควนโดน	181	0	0	149	0	0
ควนกาหลง	117	0	0	64	0	0
ท่าแพ	225	0	0	157	0	0
ละงู	231	0	0	213	0	0
ทุ่งหว้า	71	0	0	55	0	0
มะนัง	191	0	0	445	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,537	0	0	1,568	1	0.06

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน - 5 ปีบริบูรณ์ เป้าหมาย ลดลง ร้อยละ 10%					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 - ธ.ค.68		
เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	
เมือง	114	0	0	287	0	0
ควนโดน	47	0	0	51	0	0
ควนกาหลง	18	0	0	54	0	0
ท่าแพ	40	0	0	130	0	0
ละงู	72	0	0	30	0	0
ทุ่งหว้า	14	0	0	41	0	0
มะนัง	103	0	0	139	0	0
ภาพรวมจังหวัด	408	0	0	741	0	0

3.2.3 อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากการบาดเจ็บกลุ่ม Trauma		
	ปีงบประมาณ 2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	632	0	0
ควนโดน	228	0	0
ควนกาหลง	221	0	0
ท่าแพ	176	1	0.57
ละงู	372	0	0
ทุ่งหว้า	127	0	0
มะนัง	166	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,922	1	0.05

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ปีงบประมาณ 2566								
	S00-S99,T00-T981			W65-W74			V00-V99		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	831	2	0.24	7	1	14.29	62	0	0
ควนโดน	247	2	0.81	2	2	100	17	0	0
ควนกาหลง	222	0	0	0	0	0	15	0	0
ท่าแพ	214	0	0	0	0	0	19	0	0
ละงู	348	0	0	1	0	0	38	0	0
ทุ่งหว้า	151	0	0	0	0	0	15	0	0
มะนัง	145	0	0	1	0	0	11	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2,158	4	0.19	11	3	27.27	177	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ปีงบประมาณ 2567								
	S00-S99,T00-T981			W65-W74			V00-V99		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	857	1	0.12	2	1	50	85	0	0
ควนโดน	308	0	0	0	0	0	17	0	0
ควนกาหลง	245	0	0	0	0	0	23	0	0
ท่าแพ	259	0	0	2	0	0	19	0	0
ละงู	431	0	0	0	0	0	48	0	0
ทุ่งหว้า	154	0	0	0	0	0	8	0	0
มะนัง	168	0	0	0	0	0	6	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2,422	1	0.04	4	1	25	206	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ปีงบประมาณ 2568								
	S00-S99,T00-T981			W65-W74			V00-V99		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	202	0	0	1	0	0	46	0	0
ควนโดน	68	0	0	0	0	0	14	0	0
ควนกาหลง	53	0	0	0	0	0	4	0	0
ท่าแพ	75	0	0	0	0	0	12	0	0
ละงู	114	0	0	0	0	0	26	0	0
ทุ่งหว้า	52	0	0	1	0	0	11	0	0
มะนัง	47	0	0	1	0	0	6	0	0
ภาพรวมจังหวัด	119	0	0	3	0	0	119	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)								
	S00-S99,T00-T981			W65-W74			V00-V99		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	202	0	0	1	0	0	46	0	0
ควนโดน	68	0	0	0	0	0	14	0	0
ควนกาหลง	53	0	0	0	0	0	4	0	0
ท่าแพ	75	0	0	0	0	0	12	0	0
ละงู	114	0	0	0	0	0	26	0	0
ทุ่งหว้า	52	0	0	1	0	0	11	0	0
มะนัง	47	0	0	1	0	0	6	0	0
ภาพรวมจังหวัด	119	0	0	3	0	0	119	0	0

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

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2566					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	35	7	20	30	0	0
ควนโดน	1	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	1	0	0	0	0	0
ท่าแพ	4	0	0	2	0	0
ละงู	3	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	2	0	0	13	0	0
มะนัง	1	0	0	19	0	0
ภาพรวมจังหวัด	47	7	14.89	64	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2567					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	26	4	15.38	0	0	0
ควนโดน						
ควนกาหลง	1	0	0	0	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0
ละงู	4	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	4	0	0	3	0	0
มะนัง	4	0	0	13	0	0
ภาพรวมจังหวัด	41	4	9.76	16	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2568					
	sepsis			ไข้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	8	0	0	0	0	0
ควนโดน	1	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	2	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	1	0	0
มะนัง	0	0	0	4	0	0
ภาพรวมจังหวัด	11	0	0	5	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 - ธ.ค.68)					
	sepsis			ไข้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	3	0	0	0	0	0
ควนโดน	1	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	1	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	2	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	4	0	0	1	0	0

4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม ลดป่วยในกลุ่มเสี่ยง ลดการใส่ท่อช่วยหายใจและลดอัตราการเสียชีวิต เชื่อมโยงไปสู่โรงพยาบาลชุมชน คือโรงพยาบาล ท่าแพ โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลละงูโรงพยาบาลควนการหลง และโรงพยาบาลควนโดน การใช้ High flow nasal canular เป็นทางเลือกในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคปอดบวม สามารถลดการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรมและโรงพยาบาลเครือข่ายได้

5. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ลดการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยเด็กกุมารเวชกรรมและโรงพยาบาลเครือข่ายได้

ผู้รับผิดชอบพว ปทิตตา สถานตั้ง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 0908889354

e-mail s-patitta@hotmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา จักษุ

1. ประเด็นการตรวจราชการ

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

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

2. สถานการณ์

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

ในภาพรวมปี 2568 ผ่าตัดต้อกระจก (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน ได้ 86.99 % ได้ตามเป้า ถึงแม้ว่าเป็นเดือนถือศีลอดและมาขอผ่าตัดหลังรายา/ปิดเทอม ทำให้ระยะรอคอยนานขึ้น สามารถทำได้ตามเป้า และรอบไตรมาสแรก(ต.ค.-ธ.ค.2568)ผ่าตัดได้95.16%

- ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

ในภาพรวมปี 2568 คัดกรองสายตาผู้สูงอายุได้ 95.83 % ได้ตามเป้า เนื่องด้วยทุกหน่วยในจังหวัดให้ความร่วมมือ และรอบไตรมาสแรก(ต.ค.-ธ.ค.2568)คัดกรองได้ 65.95% (ฐานข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน)

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

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

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวมจังหวัด)

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

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	ระบบบริการมีความเหมาะสม ครอบคลุมทุกพื้นที่
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	กำลังคนเหมาะสม
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	มีการประชุมให้ความรู้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ก่อน ดำเนินการคัดกรอง

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ เหมาะสม
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	N/A
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ผู้อำนวยการทุกระดับมีธรรมมาภิบาล

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

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

### 3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 ( $\geq 85\%$ )				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563	2564	2565
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	85.83	91.47	87.12	86.04	80.74
ควนโดน	89.47	96.42	80.95	84.25	75
ควนกาหลง	100	87.87	88.88	82.6	80.95
ท่าแพ	79.16	87.87	94.11	85.71	88.23
ละงู	87.09	100	80	89.28	84.72
ทุ่งหว้า	73.68	85.71	72.72	85.71	70.83
มะนัง	92.85	89.47	84.61	100	70.83
ต่างจังหวัด (พัทลุง 2 , นครราชสีมา 1)	100 (3)	100 (1)			
ภาพรวมจังหวัด	88.51	91.57	85.21	86.55	80.11

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 $\geq 85\%$ ทั้งหมด 350 ตา					
	ประจำปีงบประมาณ 2566			ประจำปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	214	192	89.72	190	175	92.1
ควนโดน	42	40	95.24	39	36	92.3
ควนกาหลง	87	81	93.1	51	42	82.35
ท่าแพ	49	42	85.71	43	39	90.69
ละงู	88	71	80.68	19	18	94.74
ทุ่งหว้า	45	37	82.22	26	23	88.46
มะนัง	17	16	94.12	22	19	86.36
ภาพรวมจังหวัด	542	479	88.37	390	352	90.26

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 $\geq 85\%$ ทั้งหมด 350 ตา					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	161	140	86.95	38	37	97.36
ควนโดน	44	37	84.09	3	2	66.66
ควนกาหลง	51	49	96.07	11	11	100
ท่าแพ	44	39	88.63	5	4	80
ละงู	7	4	57.14	ไม่มีเคส	ไม่มีเคส	ไม่มีเคส
ทุ่งหว้า	27	22	81.48	3	3	100
มะนัง	34	29	85.29	2	2	100
ต่างจังหวัด(สงขลา)	1	1	100			
ภาพรวมจังหวัด	369	321	86.99	62	59	95.16

### 3.2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ( $> 85\%$ )				
	ปีงบประมาณ				
	2561	2562	2563	2564	2565
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	29.29	96.43	20.88	90.92	89.08
ควนโดน	81.41	95.78	41.84	94.94	85.96
ควนกาหลง	73.63	60.26	29.1	92.14	64.34
ท่าแพ	79.69	98.43	37.76	85.73	40.76
ละงู	69.9	96.01	79.48	86.5	57.69
ทุ่งหว้า	88.77	90.83	41.4	99.56	31.53
มะนัง	14.18	94.32	66.36	96.02	95.88
ภาพรวมจังหวัด	56.36	91.99	42.86	90.77	70.53

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq 85\%$					
	ประจำปีงบประมาณ 2566			ประจำปีงบประมาณ 2567		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	15,903	9,698	60.98	16,333	12,970	79.41
ควนโดน	3,827	3,528	92.19	3,935	3,415	86.79
ควนกาหลง	4,757	4,584	96.36	4,934	4,893	99.17
ท่าแพ	3,762	2,048	54.44	3,913	3,864	98.75
ละงู	10,705	7,403	69.15	11,014	9,104	82.66
ทุ่งหว้า	3,185	3,073	96.48	3,353	3,267	97.44
มะนัง	2,291	1,563	68.22	2,435	2,005	82.34
ภาพรวมจังหวัด	44,430	31,897	71.79	45,917	39,518	86.06

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq 85\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.67 - ก.ย.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	14,921	14,172	94.98	609	607	99.06
ควนโดน	3,720	3,689	99.17	73	73	100
ควนกาหลง	4,313	4,289	99.44	106	106	99.06
ท่าแพ	4,111	3,589	87.30	78	77	98.72
ละงู	10,422	10,016	96.10	12,308	6,635	53.91
ทุ่งหว้า	3,541	5,510	99.12	3,797	3,253	85.67
มะนัง	2,576	2,520	97.83	1,299	1,299	100
ภาพรวมจังหวัด	32,129	19,604	61.02	18,270	12,049	65.95

#### 4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การดำเนินงานได้ตามแผนที่วางไว้

ผู้รับผิดชอบ พว.กัลยารัตน์ ชนะวรรณโณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 085-5874977

e-mail - [Kalyaratlee@gmail.com](mailto:Kalyaratlee@gmail.com)

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)  
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....  
สาขา แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ยุทธศาสตร์ Health-Related Economy Excellence

ชื่อตัวชี้วัด : มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC

2. สถานการณ์ (วิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมายไม่น้อยกว่า 3 ปีย้อนหลัง)

จังหวัดสตูล มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลควนโดน และโรงพยาบาลท่าแพ รวมถึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนทั้งหมด 55 แห่ง มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยรวมจำนวน 43 คน ซึ่งมีการถ่ายโอนไปยังสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลจำนวน 3 แห่ง โดยในปี 2568 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล จัดโครงการ “การอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน” ให้แก่แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข ในหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐจังหวัดสตูล จำนวน 120 คน เมื่อวันที่ 3-4 เมษายน 2568 ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลสตูล

ตารางแสดงข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล

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

แผนภาพแสดงข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล



ตารางแสดงผู้ใช้สิทธิ 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
<b>รวม</b>		<b>249,241</b>

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

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

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

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.2568 มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในผู้ป่วยนอกรวมทั้งสิ้น 7,147,224.11

บาท

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

### 3. ผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

#### 3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ไตรมาสที่ 1 ปีงบประมาณ 2569)

ผลการดำเนินงาน ปี 2569 (1 ตุลาคม ถึง 31 ธันวาคม 2568)					
อำเภอ	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรไตรมาส 1/2568	เป้าหมายปี 2569 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33)	ผลงานมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรไตรมาส 1/2569	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ	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	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ควนกาหลง	197,963.50	263,291.46	209,734.00	5.95	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ท่าแพ	155,974.75	207,446.43	115,602.00	-25.88	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ละงู	807,703.00	1,074,245.00	387,457.00	-52.03	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ทุ่งหว้า	289,205.75	384,643.65	245,314.00	-15.18	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
มะนัง	113,458.50	150,899.81	125,369.00	10.50	ยังไม่ผ่านเกณฑ์
ภาพรวม	2,004,431.25	2,665,893.62	1,703,885.50	-14.99	ยังไม่ผ่านเกณฑ์

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

#### 3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทน แต่ละอำเภอ</li> <li>มีกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันจำนวน อย่างน้อย 5 รายการ</li> <li>วางแผนการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน</li> </ol>

	4. มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหา และพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร
--	---

Building Block	ผลการดำเนินงาน
กำลังคนให้บริการ	1. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติให้แก่แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข ครอบคลุม ทุกหน่วยบริการทุกแห่ง ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิในปี พ.ศ. 2568 2. วางแผนอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพิ่มเติมจากปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2569
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. แพทย์แผนไทยร่วมมือกับงานสุขภาพดิจิทัลมีการประชุม ติดตาม ลงพื้นที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูลการบริการและการใช้ยาสมุนไพรในอำเภอเมืองสตูล ท่าแพ ควนโดน ทุ่งหว้า มะนัง และละงู
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	1. ยาสมุนไพรที่ทุกหน่วยบริการจัดซื้อมาใช้ในระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ผ่านมาตรฐาน GMP เช่น จากโรงพยาบาลละงู องค์การเภสัชกรรม 2. มีการสำรวจ รวบรวมข้อมูล การจัดซื้อยาสมุนไพร และแหล่งจำหน่ายยาสมุนไพร

**ผลสัมฤทธิ์** จังหวัดสตูลวางแผนดำเนินการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งด้านแพทย์แผนไทยและสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการเข้าถึงข้อมูลผลงานการดำเนินงาน และได้กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานแต่ละพื้นที่ แต่ผลงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่เขตสุขภาพกำหนดไว้ เนื่องจากข้อจำกัดของงบประมาณในการจัดซื้อยาสมุนไพรในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้จังหวัดสตูลได้วางแผนดำเนินการจัดประชุมชี้แจง การอบรม การลงพื้นที่เชิงรุก เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันและขับเคลื่อนผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

#### 4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

##### 4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์มาตรการการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC

**แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา**

1. จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพร
2. ประชุมชี้แจงการถ่ายทอดนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล

แล

ตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 วันที่ 19 มกราคม 2569 ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

3. ติดตามผลการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ของแพทย์แผนไทยทั้งจังหวัดเพื่อกำกับ ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4. วางแผนการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันให้กับหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็น แพทย์ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และแพทย์แผนไทย ในปี 2569

5. มาตรการเชิงรุก ลงพื้นที่ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ การบันทึกข้อมูลการบริการและการใช้ยาสมุนไพรในแต่ละอำเภอ

**5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

1. กรมการแพทย์แผนไทยชี้แจงตัวชี้วัดและแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลล่าช้าส่งผลให้จังหวัดดำเนินงานได้ช้า

ไปด้วย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC ไม่สามารถดูข้อมูลย้อนหลัง ปี 2568 แบบแยกราย

อำเภอได้

3. หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์แผนไทยประจำยังมีน้อย (ร้อยละ 12.73) และที่ไม่มีแพทย์แผนไทยประจำ

ยังให้บริการแพทย์แผนไทยส่งผลให้แรงจูงใจการจ่ายยาสมุนไพรยังมีน้อย

4. พื้นที่ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในการจัดซื้อยาสมุนไพรล่วงหน้าไปก่อนเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร

ในขณะงบประมาณมีจำกัด โดยจังหวัดสตูลมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทย โดยมีการจัดสรรงบสำรองฉุกเฉินของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงุมผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล แต่ในปีงบประมาณ 2568 หน่วยบริการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลละงุมมูลค่ารวม 2,299,629 บาท

**6. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย**

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชี้แจงแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน และการกำหนดราคา

ยาสมุนไพรและบริการแพทย์แผนไทยควรเป็นจำนวนบาทและมีราคาใกล้เคียงกับกรมบัญชีกลางเพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมั่นแรงจูงใจครอบคลุมไปยังแพทย์ หรือสหสาขาวิชาชีพให้ชัดเจนขึ้น

2. ส่งเสริมให้ผู้รับบริการสิทธิ UC เข้าถึงการใช้อยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้น

3. พัฒนาระบบ dashboard ติดตามผลการดำเนินงานที่พื้นที่สามารถเข้าถึงและวิเคราะห์ได้สะดวก

## 7. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

7.1 ผู้นำ/ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายส่งเสริมการใช้อยาสมุนไพรของจังหวัดสตูล และเชื่อมโยงโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรจังหวัดสตูล โดยการนำวัตถุดิบสมุนไพรที่ปลูกในพื้นที่ เช่น ขมิ้นชัน ไพล มาแปรรูปโดยโรงพยาบาลสตูล ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP เป็นยาสมุนไพรกระจายให้หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล

## 8. ภาพการดำเนินงาน

8.1 ภาพกิจกรรมมอบประกาศนียบัตรแก่โรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้อยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก





8.2 ภาพการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพบุคลากรการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน



### 8.3 ภาพกิจกรรมประชุม Service plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



### 8.4 ภาพกิจกรรมประชุมติดตามการเบิกจ่ายงบประมาณการจัดบริการแพทย์แผนไทย



8.5 ภาพลงพื้นที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในสิทธิ UC



8.6 ภาพเป็นวิทยากรบรรยายและให้คำแนะนำการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการแพทย์แผนไทยในสิทธิ UC  
แก่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสตูล



ผู้รายงาน นางจันนง ปันติกา  
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ  
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก  
เบอร์ติดต่อ...08 8783 8486

# **Service Plan Satun**