



โรงพยาบาลสตูล
Satun Hospital

เอกสารการตรวจราชการ และนิเทศงาน

รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

Service Plan Satun



คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ระหว่างวันที่ 24 – 26 มิถุนายน 2569 เสนอนายแพทย์อภิชิต วชิรพันธ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12 นายแพทย์สมบัติ ผดุงวิทย์วัฒนา สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ 12 และคณะตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 12

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสตูล สถิติ การให้บริการ ตามเขตบริการสุขภาพ (Service Plan) กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2/2569

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)

มิถุนายน 2569

สารบัญ

เรื่อง

ข้อมูลทั่วไป

ประวัติโรงพยาบาลสตูล

บทสรุปผู้บริหาร

ข้อมูลสถิติการให้บริการ

ผลการดำเนินงานตามเขตบริการสุขภาพ : Service Excellence (Service Plan)

สาขา แม่และเด็ก (สูติกรรม)

สาขา ทารกแรกเกิด (New Born)

สาขา โสต ศอ นาสิก

สาขา ชีวภิบาล (Palliative Care)

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)

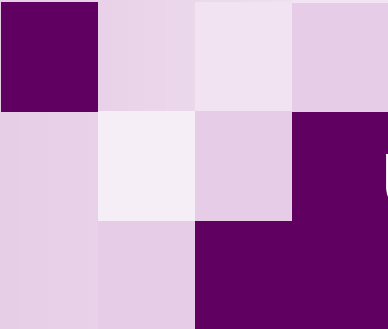
สาขา กุมารเวชกรรม

สาขา จักษุ

สาขา การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล /การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สาขา ศัลยกรรมประสาท



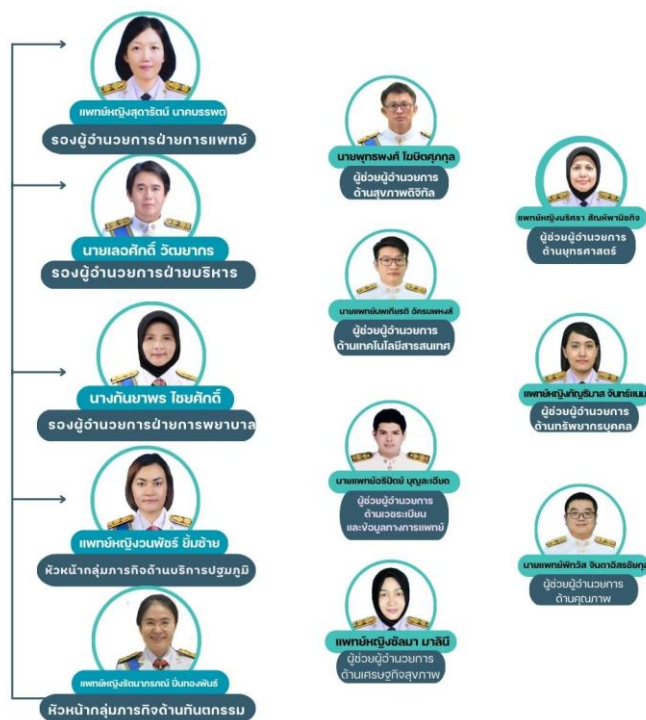
ประวัติโรงพยาบาลสตูล

ประวัติโรงพยาบาลสตูล

โรงพยาบาลสตูล เป็นสุขศาลาชั้น 1 ได้รับโอนจากกรมอนามัย เมื่อ พ.ศ. 2493 เปิดรับบริการผู้ป่วยนอกที่สุขศาลา และเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลสตูล รับคนไข้สามัญ 25 เตียง และเปิดอาคารผู้ป่วยนอก เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2496 และโรงพยาบาลสตูล เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 186 เตียง (ปัจจุบัน 310 เตียง) ตั้งอยู่ที่เลขที่ 55/1 ถนนหัตถกรรมศึกษา ตำบลพิมาน อำเภอเมือง จังหวัดสตูล มีเนื้อที่ 31 ไร่ 2 งาน 13.40 ตารางวา มีบุคลากรทั้งสิ้นประมาณ 993 คน (ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว ลูกจ้างเหมาบริการ)

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

โครงสร้าง
ผู้บริหาร
โรงพยาบาลสตูล



วิสัยทัศน์ พันธกิจ โรงพยาบาลสตูล 2569

วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลคุณภาพ มุ่งสู่ความเป็นเลิศ ประชาชนไว้วางใจ”

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ
3. พัฒนาเทคโนโลยีสู่การให้บริการสุขภาพยั่งยืน
4. พัฒนาการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

ค่านิยม : SATUN

S : Service Excellence บริการด้วยใจ

A : Accountability โปร่งใส

T : Technology ใช้เทคโนโลยี

U : Unstoppable improvement พัฒนาไม่หยุดยั้ง

N : Network ร่วมพลังเครือข่าย

บริการด้วยใจ โปร่งใส ใช้เทคโนโลยี พัฒนาไม่หยุดยั้ง ร่วมพลังเครือข่าย

จุดเน้น/เข็มมุ่ง : SQHET

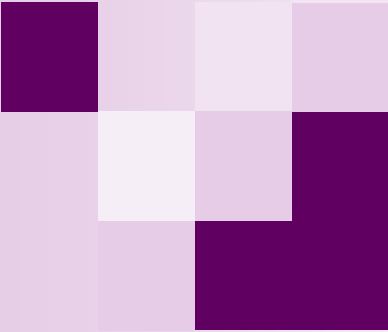
S : Safety

Q : Quality

H : Healthy

E : Environment & Energy saving

T : Technology



บทสรุปผู้บริหาร

บทสรุปของผู้บริหาร (Executive summary)

โรงพยาบาลสตูลเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 310 เตียง ปัจจุบันเปิดให้บริการจริง (Active bed) ใน งบประมาณ 2568 เท่ากับ 238 เตียง และปีงบประมาณ 2569 เท่ากับ 240 เตียง ซึ่งจำนวนเตียงที่ให้บริการ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อพิจารณาจำนวนของผู้ป่วยที่มารับบริการทุกประเภท ระหว่างปีงบประมาณ 2563- 2569 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 – พ.ค.69) พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มารับ บริการ ณ โรงพยาบาลสตูล จำนวนทั้งสิ้น 271,565 ราย เป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 214,100 ราย โดย โรงพยาบาลสตูลได้ดำเนินการพัฒนาในส่วนของการให้บริการโดยเน้นด้านการรักษา และด้านการส่งเสริมการ ให้บริการในระดับปฐมภูมิ ณ คลินิกหมอครอบครัว (PCC: Primary Care Cluster) เปิดคลินิกเฉพาะทาง ให้บริการนอกเวลาราชการ พัฒนาระบบคิว (Kiosk) Paperless และระบบ Telemedicine สำหรับข้อมูล สถิติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Out Patient Department) ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.- พ.ค.69) พบว่า 5 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยมาทำการรักษามากที่สุด ได้แก่

1. โรคเบาหวาน (Diabetic mellitus)
2. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)
3. โรคปวดท้อง (Abdominal and pelvic pain)
4. โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee)
5. โรคปวดเอว, หรืออาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain)

สถานการณ์ผู้ป่วยใน ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2569 จำนวนผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดย ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 - เม.ย.69) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษัตวในโรงพยาบาล จำนวน 14,808 ราย และตั้งแต่ปี 2566 เป็นต้นมา สำหรับจำนวนวันนอนเฉลี่ย/คน อยู่ที่ 3.64-4 วัน เมื่อพิจารณา สถิติเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยที่เข้ามาทำการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน (In Patient Department) ในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68 – เม.ย.69) พบว่า 5 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษามากที่สุด ได้แก่

1. โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)
2. โรคบาดเจ็บทางศีรษะ (Head injury)
3. โรคกระเพาะอาหาร ลำไส้อักเสบ (Diarrhea and gastroenteritis)
4. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
5. โรคต้อกระจกในวัยชรา (Senile cataract)

สถานการณ์การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Refer) ระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2569 จำนวนผู้รับการส่งต่อไปนอกรัฐสตูลมีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสตูลยังขาดแพทย์เฉพาะทางบางสาขา ส่วนจำนวนผู้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะรพ.ละงูมีแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น ซึ่งสามารถรักษาผู้ป่วยไว้ได้ ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. - พ.ค.69) พบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปนอกรัฐ (refer out) รวม 3,004 ราย คิดจำนวนเฉลี่ย 12 ราย/วัน และผู้ป่วยที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน (refer in) รวม 7,976 ราย คิดเฉลี่ย จำนวน 33 ราย/วัน

สถานการณ์ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต (Mortality) ในปีงบประมาณ 2563 - 2569 มีแนวโน้มสูงขึ้น ส่วนในปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 - เม.ย.69) มีอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ร้อยละ 1.45 ซึ่งโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่

1. โรคปอดบวม (Pneumonia)
2. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
3. โรคภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมาจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Sepsis from UTI)
4. โรคหัวใจล้มเหลว (Heart failure)
5. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction)

นอกจากนี้ยังพบว่ารายงานโรคระบาดของโรงพยาบาลสตูลที่พบบ่อย ได้แก่

1. โรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea)
2. โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza)
3. โรคปอดบวม (Pneumonia)
4. โรคอีสุกอีใส (Chickenpox)
5. โรคอาหารเป็นพิษ (Food Poisoning)

การบริหารจัดการระบบสุขภาพด้านประสิทธิภาพการเงินการคลัง ผลการประเมินภาวะวิกฤตทางการเงินพบว่า ปีงบประมาณ 2569 (ตุลาคม 2568 - พฤษภาคม 2569) อยู่ที่ระดับ 0 ซึ่งโรงพยาบาลมีแนวทางในการเพิ่มรายรับโดยการพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ ระบบ E-Claim ประกันชีวิตทั้งผู้ป่วยนอก-ใน เพิ่มระบบรับเงินอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

โรงพยาบาลสตูลได้ขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขด้านระบบสุขภาพดิจิทัล (Digital Health) และโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ตามนโยบาย MOPH PLUS+ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 โดยมุ่งพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ ผ่านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการให้บริการประชาชน

1. พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความแออัดในโรงพยาบาล และอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในการรับคำปรึกษาและติดตามอาการจากสถานบริการใกล้บ้าน
2. ส่งเสริมการใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันหมอพร้อม (MOPH Connect) เพื่อให้ประชาชนสามารถจองคิวล่วงหน้า ตรวจสอบสิทธิการรักษา และรับการแจ้งเตือนนัดหมายได้อย่างสะดวก ลดระยะเวลารอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
3. พัฒนาระบบ IPD Paperless โดยนำระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์มาใช้งานผู้ป่วยใน ลดการใช้กระดาษ เพิ่มความเร็วในการบันทึกและสืบค้นข้อมูล สนับสนุนการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ และยกระดับสู่การเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข
4. พัฒนาระบบจัดส่งยา Health Rider เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ลดการเดินทางและความแออัดในโรงพยาบาล
5. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย MOPH Refer และ Imaging Hub ร่วมกับ 12 เขตสุขภาพ การเชื่อมโยงระบบส่งต่อทั่วประเทศด้วยใบส่งตัวอิเล็กทรอนิกส์ 1). ลดขั้นตอนในการรับบริการส่งต่อผู้ป่วย 2). เพิ่มประสิทธิภาพการส่งต่อจาก HIS, Refer Platform และ MOPH Digital Health Platform ทั่วประเทศ และ 3) ต่อยอดสู่การนำข้อมูลไปพัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ในอนาคต โดยดำเนินการภายใต้กรอบของธรรมาภิบาลข้อมูลและความปลอดภัยไซเบอร์และระบบส่งต่อ online MOPH Refer เป็นระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ที่พัฒนาโดยกระทรวงสาธารณสุข(สร.).
6. ระบบ Lab Online ณ. PCU ระบบออนไลน์สำหรับการส่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab) ไปยัง PCU (หน่วยบริการสุขภาพชุมชน) และการอ่านผลตรวจนั้น ณ. PCU ได้ ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ณ. PCU สามารถเข้าถึงข้อมูลผลตรวจได้ง่ายและทันเวลา ใช้เทคโนโลยีออนไลน์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็วและสะดวก และระบบยังมีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระบบ Lab Online ในโรงพยาบาล (HOSxP) และ (PCU) มีลักษณะดังนี้ 1) การเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลผู้ป่วย : ระบบ Lab Online จะเชื่อมต่อกับระบบข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (เช่น HOSxP) และ PCUทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลประวัติผู้ป่วยได้ง่ายขึ้น 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

การพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่ และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น

ประเด็นการตรวจราชการที่สำคัญ 8 ประเด็น ที่สอดคล้องกับนโยบายมุ่งเน้นสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 1) มารดาตาย ทารกตาย 2) พัฒนาการเด็ก 3) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ 4) ระบบบริการสุขภาพ 5) ระบบบริการสุขภาพจิตและยาเสพติด 6) เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ (Health-Related Economy Excellence) 7) ด้านบริหารจัดการ 8) Cyber Security และ ประเด็นการตรวจราชการเป็นการบูรณาการร่วมกับของทุกหน่วยงาน ทุกองค์กร

การรับการตรวจราชการและนิเทศงาน จึงเป็นการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน จึงต้องมีการปรับระบบการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้เกิดความสะดวก คล่องตัว ในการกำกับ ติดตาม และขับเคลื่อนนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อนำไปแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานตามเป้าหมายที่กำหนดอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

ทั้งนี้ MOPH PLUS+” 7 เสาหลัก ขับเคลื่อนสาธารณสุขไทย ให้ความสำคัญกับบุคลากร ยึดหลักนโยบายสร้างแรงจูงใจ ลดปัญหาสมองไหล เดินหน้าเศรษฐกิจสุขภาพ สร้างหลักประกันต่างชาติ/ต่างด้าว ที่ไม่กระทบงบสิทธิคนไทย พร้อมหนุนสมุนไพรรักษาทางการแพทย์สู่ตลาดโลก

ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบายหลัก "MOPH PLUS+" และกรอบการพัฒนาระบบสุขภาพระยะ 5 ปี (2569 – 2573)โดยมุ่งเน้น 7 เสาหลัก สำคัญ ได้แก่: 1.สุขภาพดีทุกช่วงวัย: ส่งเสริมการดูแลสุขภาพเชิงรุกและพัฒนาการเด็กให้สมวัย 2. นวัตกรรมทางการแพทย์: ยกระดับบริการด้วยดิจิทัลสุขภาพและเทคโนโลยีที่ทันสมัย 3. เศรษฐกิจสุขภาพ: ส่งเสริมสมุนไพรและนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ 4.บริหารโปร่งใส: พัฒนาระบบธรรมาภิบาลเพื่อระบบที่ยั่งยืน 5. บริการเป็นเลิศ: ลดความแออัด เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทั่วถึง 6. ขวัญกำลังใจ: ดูแลสวัสดิภาพบุคลากรและลดภาวะสมองไหล 7. มาตรฐานสากล: ยกระดับมาตรฐานโรงพยาบาลและกระบวนการรักษาให้เทียบเท่าระดับนานาชาติ

ที่สำคัญนายพัฒนา พร้อมพัฒน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า นโยบาย 7 พลัส+1 คือการน้อมนำการพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริและโครงการเฉลิมพระเกียรติของพระบรมวงศานุวงศ์ทุกพระองค์ มาดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่วนอีก 7 ข้อเป็นภาพรวม สิ่งที่แตกต่างกันคือ ครั้งนี้มุ่งแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างมากยิ่งขึ้น หากคิดเป็นน้ำหนักจะใช้ 75:25 หรือ 80:20 เพื่อแก้ปัญหาเชิงโครงสร้าง แต่แตกต่างจากครั้งที่แล้ว ใช้แคมเปญครั้งที่แล้ว เป็น Big Quick Win เน้นสิ่งที่สามารถทำได้ทันทีมากกว่า แต่ครั้งที่แล้วก็ไม่ได้ทำแค่ เป็น Big Quick Win แต่เรื่องโครงสร้างได้วางรากฐานไว้ และวันนี้จะทำงานต่อเนื่อง

การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขนับจากนี้ จะขับเคลื่อนผ่าน 7 เสาหลักสาธารณสุขไทย หรือ “MOPH PLUS+” ภายใต้เข็มทิศ “สุขภาพดีทุกช่วงวัย สร้างเศรษฐกิจไทย ด้วยนวัตกรรมและภูมิปัญญา” ประกอบด้วย

1) สุขภาพดีทุกช่วงวัยด้วยเครือข่ายปฐมภูมิ มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง, พัฒนาระบบปฐมภูมิอัจฉริยะและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไร้รอยต่อ ให้ประชาชนรับการรักษาได้ทุกที่ทั่วไทย และที่สำคัญข้อมูลเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการป้องกันโรคเอ็นซีดี ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การทำกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย, ขยายศูนย์ดูแลผู้สูงอายุครบวงจรโดยให้ภาคเอกชนร่วมลงทุน, นำอาสาพยาบาลช่วยดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบางในชุมชน ตลอดจนดูแลสุขภาพจิตเชิงรุก จัดตั้งศูนย์บำบัดและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดครอบคลุมทุกอำเภอ

2) นวัตกรรมการแพทย์อัจฉริยะ ใช้หุ่นยนต์และ AI ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและความแม่นยำสูงสุด สนับสนุนอุตสาหกรรมการแพทย์ภายในประเทศ ผลักดันนวัตกรรมยาขั้นสูง เพิ่มขีดความสามารถในการรักษาและลดการพึ่งพาการนำเข้าเวชภัณฑ์จากต่างประเทศ ตลอดจนนำ Genomic & Precision Care มาใช้ประเมินและตรวจค้นหาโรค เพื่อการรักษาที่เฉพาะเจาะจงตรงจุด

3) เศรษฐกิจสุขภาพสร้างรายได้ เร่งผลักดันอุตสาหกรรมการแพทย์ทุกแขนง รวมถึงผลิตภัณฑ์สมุนไพรและบริการด้านสุขภาพของไทยสู่ตลาดสุขภาพโลก โดยปลดล็อกกฎหมายที่เป็นอุปสรรค ดึงดูดการลงทุนใหม่ๆ จากทุกมุมโลก เร่งรัดกระบวนการอนุมัติผลิตภัณฑ์สุขภาพสู่ตลาดสากล ชูเอกลักษณ์และภูมิปัญญาไทยเป็นจุดขาย เพื่อปึกหมุดประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทาง Medical & Wellness Hub อันดับหนึ่งของโลก ตลอดจนพัฒนาผลิตภัณฑ์จากชุมชน สมุนไพรไทย กัญชาทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย ต่อยอดเชิงพาณิชย์แข่งขันในตลาดโลก

4) บริหารโปร่งใส พร้อมรับภัยวิกฤต โดยยกระดับธรรมาภิบาล บริหารระบบสาธารณสุขและกองทุนสุขภาพ ให้มีความเข้มแข็ง เร่งรัดการปรับปรุงพระราชบัญญัติและข้อกำหนดต่างๆ ที่เป็นอุปสรรค ปฏิรูประบบการทำงานให้มีความคล่องตัว ใช้งบประมาณอย่างคุ้มค่า โปร่งใส เป็นประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน รวมทั้งพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพประชากรข้ามชาติ ทั้งกลุ่มแรงงานและนักท่องเที่ยว เพื่อสร้างความมั่นคงและรักษาสมดุลทางการเงินของระบบสาธารณสุข ตลอดจนยกระดับฐานการผลิตในประเทศ สร้างความมั่นคงทางยา วัคซีน และเวชภัณฑ์ เตรียมระบบบริหารจัดการให้พร้อมรับมือวิกฤตสุขภาพ เพื่อให้ประเทศไทยพึ่งพาตนเองได้อย่างแข็งแกร่ง "สร้างระบบหลักประกันสุขภาพของต่างชาติ ซึ่งไม่ได้หมายความว่าความจะใช้

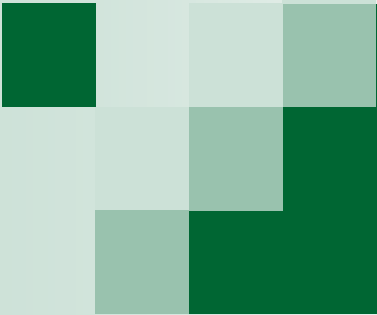
งบประมาณของไทย ไปสนับสนุน แต่เราจะสร้างระบบที่ดูแลเฉพาะ คือการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายการให้ทำประกันสุขภาพ เพื่อไม่ให้ต้นทุนรักษาพยาบาลกลายเป็นภาระของประเทศไทย นอกจากนี้ยกระดับฐานการผลิตในประเทศเพื่อสร้างความมั่นคงทางยาวัคซีน เวชภัณฑ์ โดยระบบการบริหารจากการให้รองรับกับวิกฤติสุขภาพ"

5) บริการเป็นเลิศ มุ่งสู่ รพ.สีเขียว มุ่งเน้นพัฒนาศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทั้งโรคมะเร็ง โรคไตเรื้อรัง การปลูกถ่ายอวัยวะ และโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีศักยภาพระดับสากล, ยกระดับ Premium Clinic ให้ประชาชนมีทางเลือกเข้าถึงการบริการที่รวดเร็ว, ตัดวงจรและยุติปัญหาวัณโรค รวมถึงโรคไวรัสตับอักเสบบี และซี ด้วยการคัดกรองเชิงรุกอย่างเข้มข้น พร้อมปรับโฉมโรงพยาบาลและหน่วยงานในสังกัดให้เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ใช้พลังงานสะอาด ลดการปล่อยคาร์บอน ก้าวสู่เป้าหมาย Net Zero MOPH

6) เสริมสร้างขวัญกำลังใจคนสาธารณสุข โดยเร่งผลักดัน พ.ร.บ.อสม. และ พ.ร.บ.ระเบียบข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข สร้างความมั่นคงและก้าวหน้าในสายอาชีพ แก้ปัญหาขาดแคลนบุคลากร พร้อมยกระดับสวัสดิการในทุกมิติ จัดสรรค่าตอบแทนที่เป็นธรรมสอดคล้องกับภาระงาน ดูแลสวัสดิการสุขภาพครอบครัวของบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชาติ

7) ยกระดับระบบสุขภาพไทยสู่มาตรฐานสากล พัฒนามาตรฐานการบริการสาธารณสุขให้ทัดเทียมและผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับโลก, ผลักดันประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิกองค์การความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถการแข่งขันในเวทีโลก และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งในมิติด้านสาธารณสุขและการค้าระหว่างประเทศ

ส่วนสารสนเทศสาธารณสุข ประจำปี 2569 จะมุ่งเน้นไปที่การขับเคลื่อนนโยบาย Digital Health และการพัฒนาข้อมูลสุขภาพอัจฉริยะแบบไร้รอยต่อ สามารถติดตามความคืบหน้าและประเด็นสำคัญได้ผ่านแนวทางและ **ประเด็นหลักที่ต้องติดตาม (Digital Health Strategy)** โดยการยกระดับแอปพลิเคชันหมอ**พร้อม:** การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (PHR) เพื่อให้ประชาชนเป็นเจ้าของข้อมูล และเชื่อมโยงบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ **การใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI):** นำระบบ AI มาช่วยวิเคราะห์ ประเมินความเสี่ยง พยากรณ์โรค และช่วยวินิจฉัยทางการแพทย์ เช่น ระบบอ่านฟิล์มเอกซเรย์ **ระบบเอกสารดิจิทัล (e-Office):** ขยายการใช้ระบบเอกสารอิเล็กทรอนิกส์เต็มรูปแบบทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อลดการใช้กระดาษและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน **ความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์:** การรับมือภัยคุกคามทางไซเบอร์และการจัดทำเกราะป้องกันข้อมูลและให้ความสำคัญกับการยกระดับระบบบริการจิตเวชและยาเสพติดให้เข้าถึงได้ทุกที่ รวมถึงการสานต่องานตามแนวพระราชดำริอย่างต่อเนื่อง



ข้อมูลสถิติ การให้บริการ

ลำดับโรคผู้ป่วยนอก

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ตค.68-พค.69)
1	E10-E14	Diabetic mellitus	8,555	10,662	10,375	11,957	9,511
2	I10	Hypertension	8,959	10,655	10,247	10,934	8,205
	R10	Abdominal and pelvic pain	3,384	6,534	6,431	7,021	4,542
3	M17	Osteoarthritis of knee	2,492	4,325	6,362	7,057	4,268
4	M54	Low back pain	2,364	4,203	5,131	5,352	4,162
5	J45 -J46	Asthma	3,084	4,455	5,740	6,209	3,695
	J00-J06	Acute nasopharyngitis	2,277	2,408	2,286	3,671	3,549
6	J09-J18,J44,J69	Pneumonia	2,816	3,709	3,807	4,515	3,121
7	M79	Myalgia	1,356	2,148	3,331	3,668	2,159
	I25	Chronic ischemic heart disease	821	1,185	1,161	1,620	1,712
8	A090-A099	Diarrhea	1,364	2,566	3,137	3,078	1,701
9	J20-J209	Bronchitis	1,434	3,427	4,009	3,798	1,585
10	I60-I64	Stroke	2,128	1,983	2,053	2,287	1,369
11	B20-B24	HIV	2,798	3,033	3,004	3,030	1,324

ลำดับโรคผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ต.ค.68 - เม.ย.69)
1	J09-J18, J440, J69	Pneumonia	2,780	1,597	1,597	1,259	1,044
2	S00-S09	Head injury	566	775	826	753	601
3	A09	Diarrhea and gastroenteritis	335	792	1,043	932	550
4	I60-I64	Stroke	591	815	753	778	444
5	H25	Senile cataract	504	713	757	752	409
6	J441-J449	COPD	288	485	447	528	340
7	K35-K38	Acute appendicitis	395	447	548	515	294
8	J45-J46	Asthma	229	407	454	496	284
9	J20	Bronchitis	133	308	380	509	270
10	I50	Heart failure	248	296	309	344	222
11	E10-E149	Diabetic mellitus	178	193	212	265	173
12	I21	Acute myocardial infarction	294	343	351	302	129

ลำดับโรคผู้ป่วยในเสียชีวิต

ลำดับ	รหัสโรค	ชื่อโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ตค.68-พค.69)
1	J09-J18,J440, J69	Pneumonia	186	78	80	61	35
2	I60-I64	Stroke	44	35	38	38	26
3	N10,N390	Sepsis from UTI	16	12	19	19	14
4	I500-I509	Heart failure	15	12	13	21	9
5	I214	Acute myocardial infarction	29	30	18	17	8
6	S06-S09	Intracranial injury	12	11	9	20	6
6	N184-N185	Chronic kidney disease	10	10	11	8	6
8	C349	Lung cancer	5	5	12	8	5
9	C220-C229	Liver cancer	2	9	3	8	4
9	K920-K921	Gastrointestinal bleeding	8	3	2	4	4
11	A09-A099	Diarrhea (sepsis)	0	4	4	6	3
11	L03	Cellulitis (sepsis)	1	3	3	0	3
13	S720-S721	Fracture of femur	1	2	1	3	2
13	A150-A162	Tuberculosis of lung	2	4	4	2	2

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัสโรค	รหัสโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ตค.68 - พค.68)
1	Acute myocardial infarction	I21	108	181	193	189	68
2	Psychotic disorder	F12-F32	24	62	96	87	38
3	Stroke (Infarction, hemorrhage)	I60-I64	32	50	46	56	23
4	Aortic Aneurysm and Dissection	I71	2	1	1	3	7
5	Pneumonia	J09-J18,J440,J69	4	9	11	12	6
6	Congestive heart failure	I500-I509	17	33	25	42	6
7	Abscess of lung	J85	2	1	1	2	6
8	Spine fracture	S32	4	10	3	10	5
9	Calculus of kidney	N20	1	0	5	8	2
10	Bile duct disease (cholecystitis, cholangitis, calculus of bile dug)	K80-K83	11	20	16	22	-



โรงพยาบาลสตูล
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ลำดับโรค Refer out ผู้ป่วยนอก

ลำดับ	ชื่อโรค	รหัสโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ตค.68-พค.68)
1	Myocardial infarction	I21-I25	105	128	147	155	98
2	Diabetic retinopathy (DR)	E113	47	49	91	97	49
3	Calculus of kidney	N20	14	16	68	97	38
4	Dermatitis/Psoriasis	L30-L40	36	51	78	94	37
5	BPH	N40	18	27	60	37	24
6	Breast cancer	C509	46	53	71	51	22
7	Retinal disease	H353	24	35	29	36	19
8	Cervix cancer	C539	57	29	43	51	14
9	Obesity	E669	0	0	0	0	13
10	Congestive heart failure	I500-I509	46	40	52	43	13
11	Glaucoma	H40	35	49	63	47	12



โรงพยาบาลสตูล
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยใน

ลำดับ	รหัสโรค	รหัสโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ตค.68- เม.ย.68)
1	Stroke (infarction/hemorrhage)	I60-I64	190	320	255	285	176
2	Appendicitis	K35-K38	219	253	295	281	170
3	Head injury	S06-S09	246	328	324	303	168
4	Pneumonia	J09-J18,J440,J69	150	187	152	120	89
5	Psychotic disorder	F00-F99	5	276	57	117	82
6	Forearm fracture	S52	131	122	130	101	73
7	Hip fracture	S720-S721	34	47	43	33	32
8	Acute gastroenteritis	A090-A099	35	56	72	57	31
9	Maxillofacial fracture	S02	58	54	50	39	30
10	Spontaneous vertex delivery	O80	116	90	72	71	29
11	Acute myocardial infarction	I21	61	52	49	46	28
11	Heart failure	I500-I509	29	41	47	27	28
13	Infected wound of limbs	T793	42	48	36	39	27
14	Cholecystitis, cholangitis, calculus of bile duct	K80-K83	32	63	68	49	20
14	COPD with acute exacerbation	J441	20	33	24	30	20
16	Chronic kidney disease stage	N183-N185	31	18	32	29	18
16	Previous C/S	O342	64	65	42	22	18
18	Urinary tract infection	N39	25	44	31	30	15

ลำดับโรค Refer in ผู้ป่วยนอก

ลำดับ	ชื่อโรค	รหัสโรค	2565	2566	2567	2568	2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)
1	Senile cataract	H250-H259	192	301	180	230	127
2	Thyroid disease (hyper-hypothyroid, thyroid nodule)	E03-E06	258	292	238	134	74
3	Osteoarthritis of knee	M170-M179	124	172	188	143	63
4	ADHD	F900	50	67	57	83	59
5	Abdominal pain	R10	88	136	132	114	56
6	Viral hepatitis	B16-B18	35	63	70	43	55
7	Mass	R220-R229	105	132	131	65	53
8	Spondylosis/Spinal stenosis	M47-M48	65	71	181	87	50
9	Head injury	S00-S09	120	113	146	196	49
10	Breast mass	N63	191	258	117	144	48
11	Disorders of conjunctiva (Pterygium)	H110-H119	91	101	79	64	40
12	Chronic kidney disease	N183-N189	69	122	145	98	39
13	Hearing loss	H90-H91	67	84	74	96	35
14	Otitis media	H660-H669	57	90	81	79	35

ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

รายการ	จำนวน	ปีงบ 2562	ปีงบ 2563	ปีงบ2564	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567	ปีงบ2568	ปีงบ2569
									(ต.ค.68 - พ.ค.69)
ผู้รับบริการทุกประเภท	ราย	215,942	212,163	248,369	230,558	234,143	247,429	255,224	174,650
	ครั้ง	342,344	328,508	377,894	355,524	370,375	397,962	404,556	271,565
ผู้รับบริการทุกประเภทเฉลี่ย/วัน	ราย	1,409	1,346	1,588	1,494	1,550	1,658	1,714	1,719
ผู้ป่วยนอก	ราย	179,411	176,075	198,134	152,334	192,443	201,042	216,442	136,496
	ครั้ง	282,566	261,222	278,765	216,531	291,075	309,469	333,115	214,100
ผู้ป่วยนอกเฉลี่ย/วัน	ราย	1,163	1,071	1,171	910	1,218	1,289	1,412	1,355
ผู้ป่วยใน Admit	ราย	20,999	18,421	18,658	17,924	23,397	23,848	22,467	15,660
ผู้ป่วยใน จำหน่าย	ราย	21,381	19,154	19,613	17,897	23,363	23,955	23,765	14,808
จำนวนวันนอน รพ.	วัน	89,385	77,776	87,368	92,434	93,899	89,816	87,543	50,409
ผู้ป่วยรับใหม่	วัน	58	55	54	49	64	65	65	74
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	238
อัตราผู้ป่วยนอก : ผู้ป่วยใน		13.46	13.80	14.32	12.08	12.44	12.98	14.04	13.67



โรงพยาบาลสตูล
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

ผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข

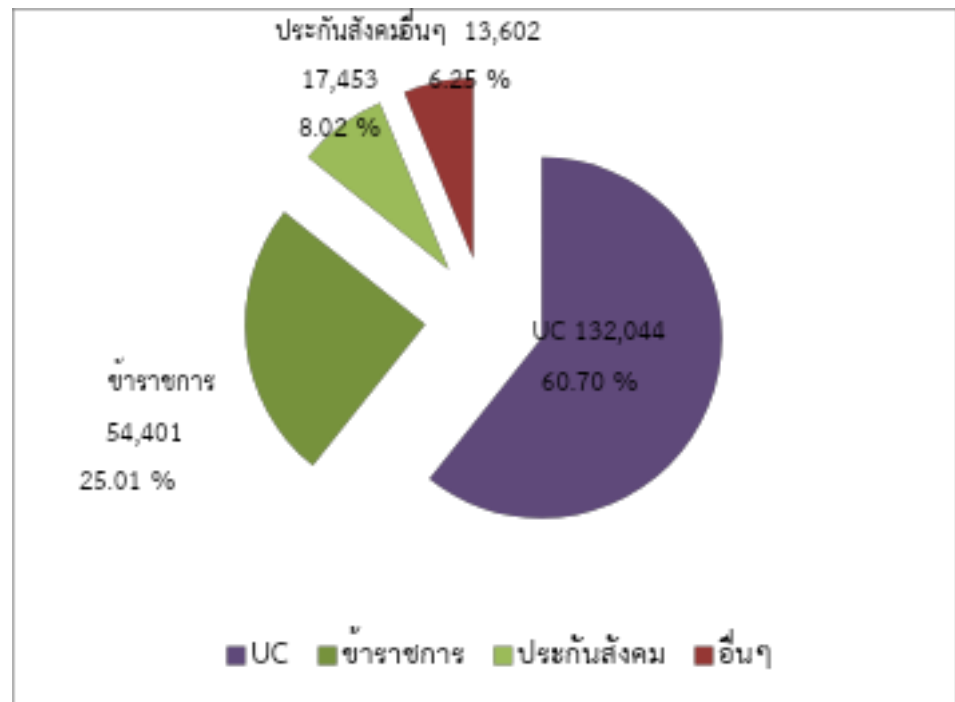
รายการ	จำนวน	ปีงบ2565	ปีงบ2566	ปีงบ2567	ปีงบ2568	ปีงบ2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)
Active bed	เตียง	253	257	245	240	238
จำนวนผู้ป่วย Refer in	คน	11,850	16,680	16,187	13,053	7,976
Refer in เฉลี่ย/วัน	วัน	32	46	44	36	33
จำนวนผู้ป่วย Refer out	คน	4,860	5,996	6,487	6,415	3,004
Refer out เฉลี่ย/วัน	วัน	13	16	18	18	12
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต IPD	คน	477	341	321	317	201
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิต	%	2.67	1.46	1.34	1.33	1.45
Sum AdjRw CMI@MOPH				30,533.40	30,581.63	18,124.36
CMI@MOPH				1.2746	1.2819	1.3101
อัตราครองเตียง 300 เตียง				82.02	80.52	
อัตราครองเตียง 310 เตียง						76.70
ค่า Sum AdjRw [ยกเว้น NB+NL]		22,940.70	29,295.63	30,040.09	30,048.18	18,213.63
ค่า CMI [ยกเว้น NB+NL]		1.3586	1.3800	1.3400	1.3400	1.3700
ค่า Sum AdjRw ทุกโรค		23,314.03	30,386.33	30,546.36	30,065.08	18,171.51
ค่า CMI ทุกโรค		1.2658	1.2900	1.2900	1.2800	1.3100
จำนวนวันทำการ (ต.ค.- พ.ค.69)	วัน	238	239	240	236	158
จำนวนวันทั้งหมด (ต.ค.- มี.ค.69)	วัน	365	365	366	365	212

ผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69) ผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)

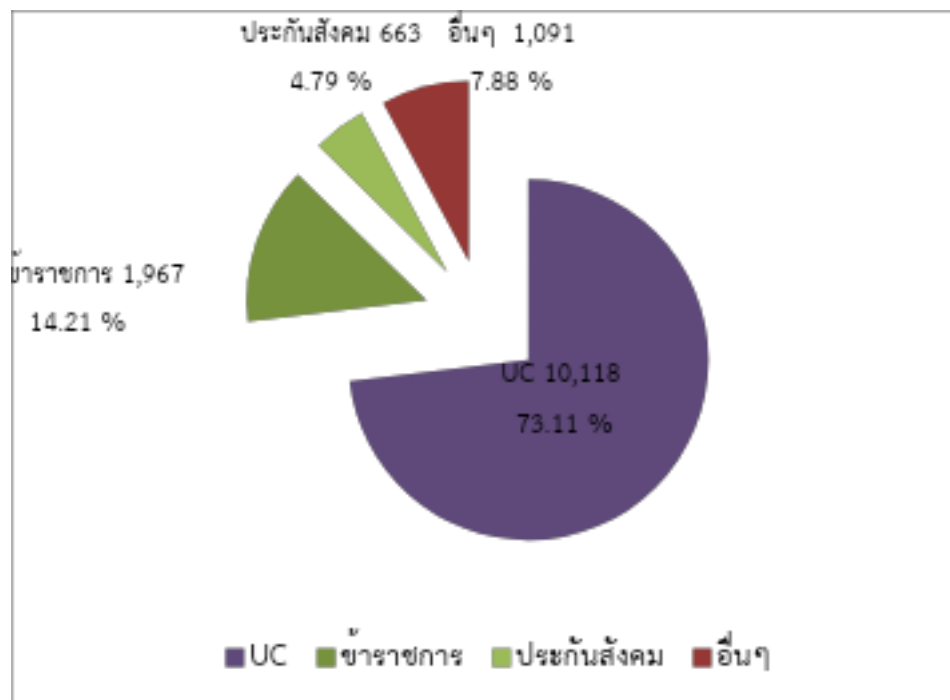
ลำดับโรคระบาด ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)

ลำดับ	โรค	รวมจำนวนทั้งหมด	
	จำนวนป่วย/อัตราป่วยต่อแสน	รวมผู้ป่วย	อัตราป่วยต่อแสน
1	Acute Diarrhoea	1,637	1440.4
2	Influenza	809	711.69
3	Pneumonia	427	375.64
4	Chickenpox	83	73.02
5	Food Poisoning	65	57.18
6	DHF	28	24.63
7	RSV	25	21.99
8	Hand.foot and mouth disease	18	15.83
9	DHF .total	16	14.08
10	Syphilis	15	13.20
11	Hepatitis B	13	11.44
12	Leptospirosis	11	9.68
13	หูดอวัยวะเพศและทวารหนัก	11	9.68
14	Gonorrhoea	9	7.92
15	เริมอวัยวะเพศ	5	4.4
16	Coronavirus 2019	3	2.64
17	Melioidosis	1	0.88

จำนวนผู้ป่วยนอก แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)

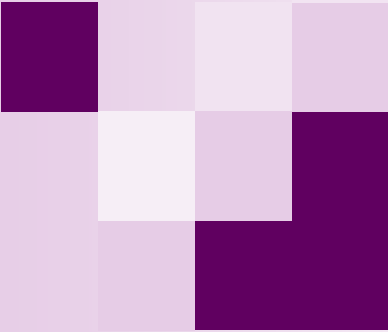


จำนวนผู้ป่วยใน แยกตามสิทธิ ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)





ผลการดำเนินงาน ตามเขตบริการสุขภาพ



Service Plan

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 15 ต่อ แสนการเกิดมีชีวิต

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

สถานการณ์ปี 2566-2568 จังหวัดสตูลไม่มีมารดาเสียชีวิต ปี 2569 มีมารดาเสียชีวิต 1 ราย (เม.ย.69) Dx. VT with PAS with Cardiac arrest จากผลการวิเคราะห์พบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์คือ เป็น Case Unknow Under Disease จากการปกปิดข้อมูลของมารดา และการสื่อสารเพื่อเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง คลินิกและโรงพยาบาลในพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพ

ตาราง อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ต่อพันการเกิดมีชีวิต) 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 (ต.ค.68 – เมย 69)	24.48	48.93	75.82 (1ราย)

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ต.ค.-เม.ย.69)	ข้อมูล	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง	ควน โดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
1	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการ ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุ≤12 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)	83.95	81.62	78.78	เป้าหมาย	950	325	92	57	90	227	94	65
					ผลงาน	789	267	77	52	87	188	77	50
					ร้อยละ	84	82.15	83.70	91.23	96.67	82.81	91.78	92

ลำดับ	ตัวชี้วัด	Base Line			ปี 2569 (ต.ค.-เม.ย.69)	ข้อมูล	อำเภอ						
		2566	2567	2568			เมือง	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่ง หว้า	มะนัง
2	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการ ดูแล 5 ครั้ง ตาม เกณฑ์คุณภาพ (ร้อยละ 75)	76.46	71.77	69.30	เป้าหมาย	940	325	91	55	87	224	94	64
					ผลงาน	691	241	65	47	75	151	72	40
					ร้อยละ	73.51	74.15	71.43	85.45	86.21	67.41	76.6	62.5
3.	ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับการ ดูแล 8 ครั้ง ตามเกณฑ์ คุณภาพ (ร้อยละ 50)	19.2 7	17.74	13.63	เป้าหมาย	940	325	91	55	87	224	94	64
					ผลงาน	126	55	9	10	13	16	19	4
					ร้อยละ	13.40	16.92	9.89	18.18	14.94	7.14	20.21	6.25
4	ร้อยละของหญิงหลัง คลอดได้รับการดูแล ครบ 3 ครั้ง ตาม เกณฑ์ (ร้อยละ 75)	91.27	85.23	79.18	เป้าหมาย	1116	380	112	68	103	272	103	78
					ผลงาน	852	306	95	35	95	177	82	42
					ร้อยละ	76.34	80.53	84.82	80.88	92.23	65.07	79.61	53.85
5	ภาวะโลหิตจางใน หญิงตั้งครรภ์ (น้อย กว่า 14)	27.0 4	20.23	15.37	เป้าหมาย	758	266	74	48	57	170	84	59
					ผลงาน	147	55	21	7	3	42	13	6
					ร้อยละ	19.39	20.68	28.38	14.58	5.26	24.71	15.48	10.17
6	ร้อยละทารกแรกเกิด น้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม (ไม่เกินร้อยละ 7)	8.37	8.51	8.58	เป้าหมาย	973	350	104	84	110	175	91	59
					ผลงาน	84	30	8	5	16	17	6	2
					ร้อยละ	8.63	8.57	7.69	5.95	14.55	9.21	6.59	3.39
7	ร้อยละของทารก คลอดก่อนกำหนด (ไม่ เกิน ร้อยละ 9)	10.9 7	9.29	11.39	เป้าหมาย	1333	1081	15	28	0	150	33	26
					ผลงาน	184	161	0	0	0	16	3	4
					ร้อยละ	13.80	14.49	0	0	0	10.67	9.09	15.35

ที่มา : HDC ณ 31/พค/ 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

One Province One Labor :

3.2.1 สามารถขับเคลื่อน One Standing Order ผู้คลอดเป็นรูปแบบเดียวทั้งจังหวัด

3.2.2 การ Round ห้องคลอดของสูติแพทย์ผ่านไลน์กลุ่มทุกวันเวลา 9.00-15.00 น

3.2.3 พัฒนาช่องทางการเข้าถึงบริการของผู้คลอดพื้นที่เกาะหลีเป๊ะ โดย มีไลน์กลุ่มเฉพาะพื้นที่เกาะหลีเป๊ะ เพื่อให้คำปรึกษาแบบ Real time, ระบบการรับ Case ทางอากาศ และทางน้ำ ในภาวะวิกฤติหรือช่วงที่สภาพภูมิอากาศไม่เอื้ออำนวย

3.2.4 กำหนดกลุ่มโรค Fast track Refer ที่สามารถเตรียมความพร้อมส่งต่อพร้อมกับโทรประสานสูติแพทย์ทราบโดยตรง

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

มาตรการ 4 P

- P: Plan of Pregnancy มีกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เชิงรุกใน Clinic NCD
- P:Plan of ANC พัฒนาศักยภาพการตรวจคัดกรองความยาวปากมดลูกในระดับ รพช
- P:Plan of Delivery ขับเคลื่อนด้วยระบบ One Province One Labor
- P:Plan of Postpartum วางแผนจำหน่ายเฉพาะราย และการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในระยะหลังคลอด

มาตรการด้านกำลังคน

1. ทีมแม่ข่ายลงซ่อมแผนฉุกเฉิน และการจัดการภาวะวิกฤติทางสูติ โดยใช้การจำลองสถานการณ์เสมือนจริง ณ. พื้นที่โรงพยาบาลชุมชน
2. จัดให้ห้องคลอดโรงพยาบาลสตูลเป็นแหล่งฝึกทักษะ ของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 แห่ง
3. ระบบงานและการจัดการข้อมูล : มี Application สำหรับการติดตามและแปลค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่ม GDM , Line OA ติดตามหญิงตั้งครรภ์ PIH, ฐานข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้ Google Sheet เชื่อมต่อทีมแม่และเต็กายในโรงพยาบาล, มีระบบการขับเคลื่อนงานในรูปแบบ PCT และ PCT ร่วม

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1. ขีดจำกัดด้านกำลังคนในการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูล ANC – LR - PP- เครือข่ายระดับจังหวัด
2. พยาบาลห้องคลอดได้รับการสนับสนุนให้เข้าอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผดุงครรภ์น้อย ปัจจุบันมีพยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องคลอดได้รับการอบรมเฉพาะทางเพียง 6.67 % ซึ่งปัจจุบันการตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนร่วมโดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม มีแนวโน้มที่สูงขึ้น

ผู้รับผิดชอบ เพ็ญศรี วัฒนากร

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 ทารกที่รูดออกมามีน้ำหนัก ≥ 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 ร้อยละของการให้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน $>$ ร้อยละ 65
คำนิยาม: ทารกแรกเกิดป่วย ทารกแรกเกิดทุกรายที่เป็นผู้ป่วยใน ของหออภิบาลทารกแรกเกิดหรือหอผู้ป่วย
ทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) หรือทารกแรกเกิดที่ถูกแยกและไม่ได้จำหน่ายพร้อมมารดา

2. สถานการณ์ (ภาพรวมของ Newborn)

- 2.1 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารก
แรกเกิดมีชีวิต)
ผลงาน : อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม เท่ากับ 1.49 ต่อ 1,000
ทารกแรกเกิดมีชีวิต (2ราย/1,341) สาเหตุการเสียชีวิตจาก
Preterm 1 case : Case Severe RDS with Severe birth asphyxia (Apgar 3,3,3) รับRefer จาก รพ.มะนัง
คลอด BBA ทำกัน ไม่ร้อง HR < 60 start CPR + PPV 10 cycle มารดา G1P1 GA 28 wks. By BS BW 1,050 gm
อายุ 8 ชั่วโมง
Term 1 case : Case severe birth asphyxia with MAS มารดา G2P1 GA 37⁺⁶ 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 ร้อยละของการให้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน $>$ ร้อยละ 65
ผลงาน : การให้นมแม่ Exclusive breastfeeding ในทารกป่วยเมื่อกลับบ้าน ในปี 2568 ร้อยละ 88.65
และปี 2569 (ตุลาคม68-เมษายน69) ร้อยละ 94.54 (519/549)

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ Newborn) (ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks ,Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิด - มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตด้วยRCA ทุกราย - ทบทวนการ Resuscitate NB ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุง Guideline NCPR ใน รพ.สตูล (กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow NCPR Team การสื่อสารของทีมและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในOR) และทบทวนระบบส่งต่อcaseฉุกเฉินภายในจังหวัด - พัฒนาสมรรถนะการดูแลทารกแรกเกิดภาวะวิกฤต : จัดทำโครงการฟื้นฟู NCPR ร่วมกับ PCT สตรีกรรมและMCH board ในการเยี่ยมประเมิน รพช.เครือข่าย และมีแผนส่งบุคลากร NICU SNB LR และ PP อบรม Update NCPR ของทุกปี -ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และมีการทบทวน case miss/Near miss conference 2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด - พัฒนาแนวทางร่วมกับ PCT สตรีกรรม และ MCH Board เพื่อป้องกันการเกิดทารกคลอดก่อนกำหนด : คัดกรองมารดากลุ่มเสี่ยง Early ANC และเพิ่มอัตราการได้รับ Dexamethasone ก่อนคลอด ให้เพิ่มขึ้นจากเดิม 10%, Intra uterine transfer -มีระบบการดูแลและคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยง : Warning sign RD score, SOS score, Screening Preterm Guideline, CPG/CNPG กลุ่มโรคสำคัญ Preterm with RDS - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Neonatal Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress - พัฒนาการดูแลทารกPPHN เพื่อรองรับการขยายเตียงNICUในปี 2570 : ด้านการรักษาด้วยNitric Oxide (เก็บข้อมูล OI ในcase PPHN ย้อนหลังปี2567-2569 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน) 3. พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด -มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบ Fast Track Transfer Newborn ในทุก case ที่เกินศักยภาพ -พัฒนาศักยภาพ รพช. Node ละงู ในการรับผู้ป่วย sick newborn สามารถใช้ HHHFNC ได้ และรับ Refer Back ในcase รอเลี้ยงโต BW>1,200gm

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- พัฒนาศักยภาพ รพช.เครือข่าย รับRefer Back ในcase stable รอฉีดยาATB -มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมเวชกรรมสังคม ในcase ที่มีกายอุปกรณ์ เช่น Home O₂ On OG tube, Case CP และ Anomaly และเชื่อมการส่งต่อข้อมูลการส่งกลับกับทีมคณะกรรมการ service plan ทั้งจังหวัดในการติดตามต่อเนื่องที่รพช.เครือข่าย 4. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยทารกPalliative care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และทีม Palliative care โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
กำลังคนที่ให้บริการ	1.พัฒนาบุคลากรเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิด -มีพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด (Neonatal Nurse Practitioner: NNP) ร้อยละ 60 และมีแผนพัฒนาส่งอบรมทุกปี -มีการสอนฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ร้อยละ 93.10 และมีแผนทบทวน Flow NCPR ปีละ2ครั้ง ร่วมกับลงประเมิน รพช. เครือข่ายปีละ1ครั้ง ปี2569 รพช. เครือข่าย 6 แห่ง ได้รับการนิเทศร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 บุคลากรมีสมรรถนะด้านทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด > ร้อยละ80 (เฉลี่ยรวมร้อยละ 90.05)
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	-ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดในSP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและเสียชีวิตครบถ้วน และใช้ประโยชน์ได้ -ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถให้ข้อมูลเพื่อการวางแผนพัฒนาต่อเนืองได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันผ่าน google drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อติดตามและพัฒนาาร่วมกันผ่าน line application -การวิเคราะห์แนวโน้มและสาเหตุการเสียชีวิตจากการทบทวน RCA ร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผ่าน online/on site Conference
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	-มีระบบ Fast Track Transfer Newborn เพื่อให้ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีความจำเป็นต้องได้รับสาร Surfactant ทุกราย - NICU มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในภาวะวิกฤติ เช่น HFOV และมี Neo puff พร้อมใช้ที่ห้องคลอด OR และNICU/SNB มีsetกู้ชีพ ในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก แต่มีข้อจำกัดของอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็น ใน รพช. เครือข่าย ที่ไม่มีคือ Neo puff ครบทุกแห่ง (มะนังและควนกาหลงไม่มี Neo puff) - มีแผนพัฒนาการดูแลทารกPPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียงNICU ในปี2570 (วิเคราะห์และเก็บข้อมูล OI ในcase PPHN ย้อนหลังปี2567-

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	2569 เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุน และอัตราการrefer out เกินศักยภาพใน case PPHN)
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-มีแผนงบประมาณประจำปีที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านทารกแรกเกิด แต่ยังไม่ผ่าน ในบางโครงการเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ เช่น การจัดซื้อเครื่องมือทางการแพทย์ ที่จำเป็น เช่น ไนตริกออกไซด์, Neo puff/ Incubator (ใน รพช.) และการจัดโครงการ ฟื้นฟู NCPR ทุกปี
ภาวะผู้นำ และ ธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	-มีคณะกรรมการ SP ทารกแรกเกิด ทำงานร่วมกับ MCH Board และ SP สาขาแม่และ เด็ก เพื่อขับเคลื่อนการดูแลทารกระดับจังหวัด กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน - รพ.สตูลเป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการดูแลทารก แรกเกิดให้ขับเคลื่อนไปในแนวทางเดียวกัน โดยจัดทำคู่มือการดูแลต่างๆ เช่นคู่มือการ ส่งต่อทารกในจังหวัด คู่มือNCPR และแนวทางการดูแลรักษาทารกแรกเกิด เป็นต้น

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม

(เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราตายของทารก ≤ 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 ≤ 28 วัน (< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราตายต่อ การเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราตายต่อ การเกิดมีชีวิต
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 ≤ 28 วัน (< 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราตาย ต่อ การเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราตาย ต่อ การเกิดมีชีวิต
เมืองสตูล	327	1	3.06	1,032	1	1.94
ควนโดน	4	0	0	21	0	0
ควนกาหลง	4	0	0	29	0	0
ท่าแพ	0	0	0	1	1	1000
ละงู	44	0	0	189	0	0
ทุ่งหว้า	13	0	0	45	0	0
มะนัง	7	0	0	25	1	0
ภาพรวมจังหวัด	399	1	2.51	1,391	3	2.16

อำเภอ	ข้อมูลจากพื้นที่						
	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)						
	2564	2565			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 ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 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 ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย : < 3.6 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต)					
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตาย ต่อ การเกิดมีชีวิต	เกิดมีชีวิต	เสียชีวิต	อัตราการตาย ต่อ การเกิดมีชีวิต
เมืองสตูล	480	1	2.08	1,032	1	1.94
ควนโดน	11	0	0	21	0	0
ควนกาหลง	17	0	0	29	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	71	0	0	189	0	0
ทุ่งหว้า	22	0	0	45	0	0
มะนัง	7	0	0	25	1	0
ภาพรวมจังหวัด	608	1	1.64	1,341	2	1.49

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)
เมืองสตูล	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 $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีพ					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	B	A	$(A/B) \times 1000$	B	A	$(A/B) \times 1000$
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 $\leq 1:300$ ทารกเกิดมีชีพ		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	B	A	$(A/B) \times 1000$
ปี2567	6	2,711	
ปี2568	6	2,430	
ปี2569	6	1,341(2,682)	
เฉลี่ย 3 ปีงบประมาณ	6/8	2,607	434/325

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	$(A/B) \times 100$	A	B	$(A/B) \times 100$
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)			ปีงบประมาณ 2569 (ม.ค.68 – เม.ย.69)			รวม ปี2569
	A	B	(A/B) x 100	A	B	(A/B) x 100	
เมืองสตูล	213	220	96.8	247	258	95.74	A=519
ละงู	26	29	89.7	33	42	78.57	B=549
ภาพรวมจังหวัด	239	249	95.98	280	300	93.33	94.54

A = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยได้รับนมแม่อย่างเดียวหรือได้รับนมแม่ร่วมกับการ Fortified เมื่อจำหน่าย

B = จำนวนทารกแรกเกิดป่วยจำหน่ายทั้งหมด

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

1. อัตราทารกแรกเกิดที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงระบบทางเดินหายใจ คือภาวะ PPHN มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2567-2569 พบ 1 ราย (dead), 4 ราย (จำหน่ายกลับบ้านได้ทั้ง 4 ราย) และ 3 ราย (Refer out ทั้ง 3 ราย) ในปี 2569 แพทย์พิจารณา Early refer out เกินศักยภาพ for Nitric Oxide ทั้งนี้อัตราการrefer out เกินศักยภาพใน case PPHN ในปี 2569 มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแนวทาง มีเสียชีวิต 1 ราย และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 ราย จึงมีแผนพัฒนาการดูแลทารกPPHN ด้วยการรักษา Nitric Oxide เพื่อรองรับการขยายเตียงNICU ในปี2570

2. แนวทางการเฝ้าระวัง Neonatal Sepsis ยังไม่ครอบคลุม ในปี2568 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 ในปี2569 ส่งผลให้ในปี 2569 ไม่พบทารกที่เสียชีวิตจากภาวะ Sepsis

3. จำนวนทารกป่วยที่เกิดจากมารดาใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี2567-2569 มีจำนวน 28, 38และ 5 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 มีภาวะHypoglycemia 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 และมีอาการชัก 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 ทั้งนี้ทารกทั้งหมดสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เนื่องจากมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันในทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับ เพื่อเตรียมผู้ดูแลและป้องกันทารกถูกทอดทิ้งจากความไม่พร้อมของบิดา มารดา และมีการติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายกลับบ้าน สำหรับผู้ป่วยนอกเขตเมือง เช่น รพช. Node ละงู ติดตามพัฒนาการต่อเนื่องทุก 2,4 และ6 เดือน ที่คลินิกสุขภาพจิต

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

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

5.2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis : Early detection Neonatal Sepsis (EOS,LOS) จัดทำ standing order for Neonatal sepsis และพัฒนาคุณภาพงานต่อเนื่อง CQI : Pre-Alert sign SIRS in newborn ในปี2569

5.3 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตระบบทางเดินหายใจ : จัดทำ standing order Respiratory distress

5.4 พัฒนาการดูแลผู้ป่วยทารกPPHN เพื่อรองรับการขยายเตียงNICUในปี2570 : การรักษาด้วยNitric Oxide ผลการวิเคราะห์และเก็บข้อมูล OI ในcase PPHN ย้อนหลังปี2567-2569 และอัตราการrefer out เกิน ศักยภาพใน case PPHN ดังนี้

ปี2567 1 ราย ค่า OI = 16 ไม่ได้Refer Out ผู้ป่วย dead ที่อายุ 2 วัน

ปี2568 4 ราย ค่า OI = 32.68, 16.53, 19.35 และ14.29 ไม่ได้ Refer Out ผู้ป่วย On HFOV+ ยา Iloprost จำหน่ายกลับบ้านได้ทั้ง 4 ราย

ปี2569(ธค.68-เมย.69) 3 ราย Refer Out ผู้ป่วยทั้ง 3 ราย ได้รับการรักษา Nitric Oxide ตามแนวทาง รายที่1 ค่า OI =27.5 ทารกเสียชีวิต และ รายที่2,3 ค่า OI = 15.01, 14.3 สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ 2 ราย

6. ปัญหา อุปสรรค

6.1 ปัญหาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยPPHNที่ต้องใช้การรักษาด้วยNitric Oxide และความพร้อมทางด้านแพทย์เฉพาะทางทารกแรกเกิด รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่นเครื่องพ่นยาชนิด Ultrasonic สำหรับพ่นยา Iloprost

6.2 สมรรถนะการช่วยชีวิตในNB/NCPR ของ รพช.เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน รพ.สตูล

6.3 การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือดให้ครอบคลุมทั้งในเขตเมืองและนอกเขตเมือง

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 เพิ่มโอกาสการส่งอบรมพยาบาลเฉพาะทางNNP ให้มากขึ้น เพื่อเพิ่มสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยทารกวิกฤตในเขตสุขภาพ

7.2 การติดตามพัฒนาการต่อเนื่องหลังจำหน่ายของทารกป่วยที่เกิดจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ควรมีการวางแผนดำเนินการให้สามารถตามต่อเนื่องในหน่วยปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องทุกราย

7.3 การพัฒนาสมรรถนะฟื้นฟูช่วยกู้ชีพทารกแรกเกิดในบุคลากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รพ.สตูล ควรมีแผน ทบทวน Flow NCPR ทุกไตรมาส/ทุกปี ร่วมกับลงประเมิน รพช.เครือข่าย ปีละ1ครั้งหลังจากจัดโครงการ NCPR รพ.สตูล

ผู้รายงาน นางสาวสุวรรณา อาแว
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 0973457072 E-mail: suwanna.awae@gmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....
สาขา หู คอ จมูก (ENT)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95

2. สถานการณ์

จากการดำเนินงานการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิดระดับประเทศทั้งหมด 194,051 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 138,388 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.83 พบปัญหา 6,821 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.78 ระดับเขต 12 จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด 25339 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 18,851 ราย คิดเป็นร้อยละ 74.40 พบปัญหา 649 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.44 จังหวัดสตูลจำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมด 1,356 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 1,087 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.16 พบปัญหา 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.13 (ข้อมูลจากHDC)การปฏิบัติหน้างานจริงจังหวัดสตูลทั้ง 7 อำเภอทารกแรกเกิด 1,270 ราย ได้รับการคัดกรองการได้ยิน 1,260 ราย คิดเป็นร้อยละ 99.21 พบปัญหา 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.46 ได้มีการส่งต่อ 2 ราย ตรวจ AABR 1 ราย และยังมีนัดการตรวจรอบสองติดตามต่อเนื่อง จะเห็นว่าร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95 ในการปฏิบัติงานจริง

เมื่อพิจารณารายอำเภอพบว่าอำเภอมะนัง ,อำเภอทุ่งหว้า ,อำเภอควนโดนและควนกาหลง มีการคัดกรองการได้ยินทารกแรกคลอดคิดเป็นร้อยละ 100 อำเภอละงูและอำเภอเมือง มีการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95 แต่ยังไม่ถึงร้อยละ100 เนื่องจากอยู่ระหว่างรอตรวจ, เด็กป่วยนอนรักษา NICU ,refer ,เสียชีวิต พบการผัดนัด 2 ราย ในอำเภอละงูและอำเภอเมือง เนื่องจากไม่เห็นความสำคัญในการตรวจ ได้มีการติดตามให้มาได้รับการตรวจ

อย่างไรก็ตามแม้ว่าการปฏิบัติงานจริง ความครอบคลุมการคัดกรองได้ยินของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95 แต่ ยังพบปัญหาการลงข้อมูลในHDC และการผัดนัด ประธาน Service Plan ได้มีการประชุมทบทวนกระบวนการทำงาน การลงข้อมูล ในเชิงนโยบายมีการวางแผนการสนับสนุนการทรัพยากรและกำลังคนไปยังพื้นที่เพื่อความสะดวก ผู้รับบริการที่มีปัญหาการเดินทางไม่สะดวกได้รับการบริการต่อไป

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	1. พัฒนาระบบการดูแลทารกแรกเกิดให้ได้รับการคัดกรองการได้ยินมากกว่า95% - มีการทบทวน และวิเคราะห์หาสาเหตุทารกแรกเกิดที่ไม่ได้รับการคัดกรองร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และปรับปรุงใน จังหวัดสตูล(กำหนดบทบาทที่ชัดเจน flow การคัดกรองที่ชัดเจน - พัฒนาสมรรถนะการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด -ขับเคลื่อนคณะกรรมการ service plan การเชื่อมต่อข้อมูลทั้งจังหวัด และมีการทบทวนการศึยข้อมูล ถูกต้องและรวดเร็ว พบปัญหาจะมีการส่งต่อแม่ข่าย

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	2. พัฒนาระบบการติดตามทารกแรกเกิดให้ได้รับการคัดกรองการได้ยิน - มีระบบการติดตาม ร่วมกับ ลูกข่าย โรงพยาบาลชุมชน เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดไม่ได้รับการคัดกรอง: มีการขอข้อมูล เบอร์โทร กลุ่ม Line application ในการส่งต่อมารพ.สตูล การติดตามมาตามนัด การส่งต่อข้อมูลการตรวจ และประสานติดตามหากไม่มาตามนัด 3. พัฒนาระบบ Refer In/Back ของจังหวัด - มีแนวทางการส่งต่อในจังหวัด และมีระบบ การส่งต่อไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่และสงขลานครินทร์ในทุกcase ที่เกินศักยภาพ - พัฒนาศักยภาพ รพช. Node ละงู ในการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด
กำลังคนที่ให้บริการ	1. พัฒนาศักยภาพในการตรวจการได้ยิน - มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมการคัดกรองการได้ยิน และมีแผนพัฒนาการสอนฟื้นฟูการตรวจ OAE ใน รพช. เครือข่าย 6 แห่ง
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ระบบงานและการจัดการข้อมูล โดยใช้ ข้อมูล จาก HDC และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัดในSP สาขาทารกแรกเกิด ข้อมูลทารกเกิดมีชีพและการคัดกรองการได้ยิน - ระบบการเก็บและรายงานข้อมูลมีความถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา และสามารถใช้อ้างอิงเพื่อการวางแผนพัฒนาต่อเนืองได้ มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันผ่าน google drive รวมทั้งระบบการรายงานข้อมูลย้อนกลับเพื่อติดตามและพัฒนาร่วมกันผ่าน line application - การวิเคราะห์การคีย์ข้อมูลและสาเหตุการไม่ได้รับการคัดกรองร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผ่านการประชุม online/on site Conference
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	-
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- มีคณะกรรมการ SP สาขาENT ทำงานร่วมกัน เพื่อขับเคลื่อนการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดจังหวัดสตูล กำหนดประชุม 2 ครั้ง/ปี - มีแผนติดตามผลการดำเนินงานทุก 6 เดือน - รพ.สตูลเป็นแม่ข่ายให้ รพช. เครือข่ายทั้ง 6 แห่ง ในการพัฒนาระบบการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด, ส่งต่อทารกแรกเกิดในกรณีผิดปกติมาโรงพยาบาลสตูลและการส่งต่อทารกไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่/โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

3.2เชิงปริมาณ

ปีงบประมาณ	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไต๋ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
	ข้อมูลจากHDC(7 พ.ค.2569)					
	จำนวน ทารก คลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา	การ ส่งต่อ
2566	2,685	2,238	83.35	0	0	0
2567	2,576	2,254	87.50	20	0.89	0
2568	2,424	2,074	85.56	23	1.11	9
2569 (1 ต.ค.2568 – 30 เม.ย.2569)	1,356	1,087	80.16	24	2.13	2

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2566					
	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไต๋ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
	ข้อมูลจากHDC (7พ.ค.2569)					
	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา	การ ส่งต่อ
เมืองสตูล	2,352	2,191	93.15	130	5.93	0
ควนโดน	94	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	236	47	19.91	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรจังหวัด	2,682	2,238	83.45	130	5.81	0

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2567					
	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไคยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
	ข้อมูลจากHDC (7พ.ค.2569)					
	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา	ส่งต่อ
เมืองสตูล	2,151	2,078	96.61	19	0.91	0
ควนโดน	83	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	5	0	0	0	0	0
ละงู	335	176	52.54	1	0.57	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	2	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2,576	2,254	87.50	20	0.89	0

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2568					
	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไคยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
	ข้อมูลจากHDC (7พ.ค.2569)					
	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา	ส่งต่อ
เมืองสตูล	1,982	1,876	94.65	3	0.15	9
ควนโดน	73	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	344	198	57.56	20	5.81	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	25	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	2,424	2,074	85.56	23	0.95	0

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2569 (1ต.ค.68- 30 เม.ย. 2569)					
	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไ้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
	ข้อมูลจากHDC(7พ.ค.2569)					
	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา	ส่งต่อ
เมืองสตูล	1,123	936	83.35	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	216	151	69.91	24	15.89	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	16	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,356	1,087	80.16	24	2.13	0

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไ้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน ตุลาคม พ.ศ.2568		ข้อมูลจากHDC(7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละพบปัญหา
เมืองสตูล	204	194	95.10	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	35	28	80.00	8	28.57
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	4	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	243	222	91.36	8	3.60

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไ้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2568		ข้อมูลจากHDC (7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	143	139	97.20	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	29	22	75.86	1	4.55
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	3	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	175	161	92	1	0.62

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไ้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2568		ข้อมูลจากHDC(7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวนพบ ปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	180	175	97.22	0	0
ควนโดน	1	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	28	18	64.29	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	1	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	210	193	91.90	0	0

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไดยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน มกราคม พ.ศ.2569		ข้อมูลจากHDC (7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	159	125	78.62	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	40	24	60	5	20.83
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	3	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	202	149	73.76	5	3.36

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไดยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ.2569		ข้อมูลจากHDC (7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	147	54	36.73	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	29	23	79.31	2	8.70
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	2	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	178	77	43.26	2	2.60

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไต้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน มีนาคม พ.ศ.2569		ข้อมูลจากHDC (7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	121	87	71.90	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	41	25	60.98	7	28
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	2	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	164	112	68.29	7	6.25

ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไต้ยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95					
เดือน เมษายน พ.ศ.2569		ข้อมูลจาก HDC (7 พ.ค.2569)			
อำเภอ	จำนวน ทารกคลอด	จำนวน การตรวจ	ร้อยละ การตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละ ปัญหา
เมืองสตูล	169	162	95.86	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0
ละงู	14	11	78.57	1	9.09
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0
มะนัง	1	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	184	173	94.02	1	0.58

ปี2568		ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไดยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95									
		จากพื้นที่จังหวัดสตูล									
เดือน	ยอด คลอด	ตรวจOAE		ผ่าน 2ข้าง		พบปัญหา		ส่งต่อ		ตรวจAABR	
			%		%		%		%		%
ต.ค.67	213	209	98.12	204	95.77	5	2.35	0	0	0	0
พ.ย.67	171	167	97.66	161	94.15	6	3.51	2	1.17	0	0
ธ.ค.67	207	203	98.07	204	98.55	1	0.48	0	0	0	0
ม.ค.68	190	179	94.21	176	92.63	3	1.58	1	0.53	2	1.05
ก.พ.68	177	166	93.79	167	94.35	2	1.13	2	2.13	2	1.13
มี.ค.68	209	199	98.03	196	93.78	4	1.90	0	0	1	0.48
เม.ย.68	188	188	100	186	98.94	2	1.06	0	0	0	0
พ.ค.68	222	218	98.20	210	94.59	4	1.80	2	0.90	0	0
มิ.ย.68	181	179	98.90	175	96.69	6	3.31	2	1.10	4	22.21
ก.ค.68	210	204	97.14	199	94.76	4	1.90	2	0.95	0	0
ส.ค.68	203	196	96.55	194	95.57	2	0.98	2	0.98	0	0
ก.ย.68	181	181	100	173	95.58	5	2.76	1	0.55	0	0
รวม	2,346	2,286	97.44	2,244	95.65	44	1.88	14	0.60	9	0.38

ปี 2569		ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไดยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95									
		จากพื้นที่จังหวัดสตูล									
ยอดคลอด		ตรวจOAE		ผ่าน 2ข้าง		พบปัญหา		ส่งต่อ		ตรวจAABR	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต.ค.68	221	221	100	214	96.83	7	3.17	1	0.45	1	0.45
พ.ย.68	153	152	99.35	146	96.05	6	3.95	1	0.66	0	0
ธ.ค.68	198	197	99.49	191	96.95	6	3.05	0	0	0	0
ม.ค.69	192	187	97.40	186	99.46	1	0.53	0	0	0	0
ก.พ.69	164	164	100	162	98.78	2	1.22	0	0	0	0
มี.ค.69	155	154	99.35	148	96.10	6	3.89	0	0	0	0
เม.ย.69	187	185	98.93	182	98.93	3	1.62	0	0	0	0
รวม	1,270	1,260	99.21	1,229	97.54	31	2.46	2	0.16	1	0.08

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2569 (1ต.ค.68 - 30 เม.ย.2569)						
	ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองไคยีนของทารกแรกเกิด > ร้อยละ 95						
	ข้อมูลจากพื้นที่จังหวัดสตูล						
	จำนวน ทารกคลอด	จำนวนการ ตรวจ	ร้อยละการ ตรวจ	จำนวน พบปัญหา	ร้อยละพบ ปัญหา	การ ส่งต่อ	ตรวจ AABR
เมืองสตูล	999	995	99.60	12	1.21	2	1
ควนโดน	20	20	100	0	0	0	0
ควนกาหลง	26	26	100	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0	0
ละงู	184	178	96.74	15	8.43	0	0
ทุ่งหว้า	32	32	100	4	12.5	0	0
มะนัง	9	9	100	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	1,270	1,260	99.21	31	2.46	2	1

4. ปัญหา อุปสรรค

- 4.1 ระบบข้อมูลใน HDC (น้อยกว่าการปฏิบัติงานจริง) ไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง
- 4.2 การผัดนัด มารดาไม่เห็นความสำคัญในการตรวจการไคยีนในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย

5. ข้อเสนอแนะ

- 5,1 ด้านให้บริการ : เพิ่มประสิทธิภาพการลงพื้นที่โดยการนำเครื่องไปตรวจจุดรับบริการตามรายอำเภอเพื่อลดการเดินทางและความสะดวกผู้รับบริการลดการผัดนัด
- 5,2 ด้านวิชาการ : เพิ่มสมรรถนะและฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ ในการตรวจการคัดกรองการไคยีน
- 5.3 ด้านเครื่องมือ/อัตรากำลัง : การจัดสรรอัตรากำลังและเครื่องมือในการลงตรวจในพื้นที่จังหวัดสตูล ในการคัดกรองการไคยีนในทารกแรกเกิด(OAE)เพื่อลดปัญหาผัดนัดไม่สะดวกมา

ผู้รายงาน นางปรานี นรพิน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
e-mail pranee64327@gmail.com
โทร 0628764327

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
จังหวัด.....สตูล..... เขตสุขภาพที่.....12.....
สาขา Palliative care

1. ประเด็นตรวจราชการ

1.1 เชิงปริมาณ

- 1.1.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)
- 1.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility(มิติที่ 2)
- 1.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility(มิติที่ 2)
- 1.1.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)
- 1.1.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning(มิติที่ 4)
- 1.1.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4)
- 1.1.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4)
- 1.1.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC;Workload) (มิติที่ 5)
- 1.1.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)

1.2 เชิงคุณภาพ

- 1.2.1 ด้านผลลัพธ์ (Outcome)
- 1.2.2 ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์
- 1.2.3 ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

2. สถานการณ์/ผลการดำเนินงานย้อนหลัง

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1)

ภาพรวมจังหวัดสตูลมีคะแนนความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบ Palliative care เพิ่มขึ้นจากระดับ 1 (1.54) ในการตรวจราชการครั้งที่ 1 เป็น ระดับที่ 4 (3.09) ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 โดยมีความพร้อมในด้านระบบการดูแล ทุกโรงพยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) แบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่อยู่บ้านได้ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งพัฒนา Palliative Care Bed แล้ว แต่ส่วนใหญ่ยังขาดแนวปฏิบัติและรูปแบบการติดตามที่เฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ยังไม่มีระบบสำหรับการดูแลภาวะโศกเศร้าเสียใจจากการสูญเสีย (bereavement care) และในด้านทรัพยากร มีโครงสร้างศูนย์ดูแลประคับประคองในโรงพยาบาลระดับต่างๆ มีโครงสร้างหน่วยงานของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพเหมาะสมกับระดับบริการ มีเวชภัณฑ์ทั้งยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา รวมถึงอุปกรณ์ที่จำเป็น ซึ่งในบางช่วงอาจมีความขาดแคลนไม่พอเพียงสำหรับการจัดบริการ ในส่วนหอผู้ป่วยประคับประคอง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล (รพศ./ รพท.) ยังเป็นประเด็นที่ต้องมีการขับเคลื่อนต่อไป เพื่อประสิทธิภาพในการให้บริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีมาตรการดำเนินงานดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลมาตรการดำเนินงานหลัก

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

มาตรการดำเนินงานหลัก	สตูล	ควน โดน	ควน กาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
3.มีรายการยา Opioid ตลอดจนยา จำเป็นอื่นๆ ตามที่กำหนดในคำแนะนำ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.มีระบบการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน /ชุมชน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลบุคลากรผ่านการอบรม Palliative Care

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

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

กลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นจากร้อยละ 26.96 ของค่าคาดการณ์ในตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 61.71 แม้ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 80 ของค่าคาดการณ์) แต่มีแนวโน้มจำนวนเพิ่มสูงขึ้นจากไตรมาสแรก ซึ่งได้มีวิธีการจัดการด้วยการค้นหาเชิงรุกในชุมชน และการคัดกรองจากกลุ่มโรค Palliative Care ที่มี ICD 10 เข้าได้ตามเกณฑ์ของสปสช. และมีการทำแผนการดูแลล่วงหน้าตั้งแต่เนิ่น (Early ACP) และให้การดูแลแบบ Palliative care แต่สิ่งที่ยังไม่มีระบบชัดเจน และยังทำได้ไม่ครอบคลุม คือ ยังขาดการดูแล palliative care แบบบูรณาการ ในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีองค์ความรู้ในการดูแลที่เหมาะสม และสามารถให้การดูแลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองขั้นพื้นฐาน (primary palliative care) ได้ ตลอดจนมีทักษะ palliative care approach ที่เหมาะสมกับ disease trajectory ของโรคได้

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

อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative Care ในผู้ป่วยเด็ก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.74 ของค่าคาดการณ์ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็น ร้อยละ 23.48 ของค่าคาดการณ์ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 ของค่าคาดการณ์) เนื่องด้วยอุบัติการณ์ผู้ป่วยเด็กมีจำนวนน้อยและการวินิจฉัยเพื่อเข้าสู่ระบบ Palliative Care ในเด็กมีความซับซ้อน มีการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอนกว่าผู้ใหญ่ แพทย์ผู้ให้การรักษามีความกังวลต่อประเด็น premature withdrawal treatment และส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคซับซ้อน ปัจจุบันจังหวัดสตูลมีแพทย์เฉพาะทางเด็กที่ผ่านการอบรม Palliative Care ระยะสั้น 1 ท่าน ทำหน้าที่ร่วมประเมินและให้คำปรึกษาแก่หน่วยประคับประคองและเครือข่ายภายในจังหวัด และมีการเชื่อมโยงเครือข่ายกับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพ.สงขลานครินทร์) และโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ เพื่อรับส่งต่อข้อมูลและดูแลต่อเนื่อง

2.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3)

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังของจังหวัดสตูล สามารถทำได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 55) โดยเพิ่มจากร้อยละ 59.5 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็น ร้อยละ 77.07 ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 โดยโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลทุกแห่ง มีการวางระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับหน่วยบริการเครือข่าย ได้แก่ รพ.สต./ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน palliative care ร่วมเยี่ยม และประสานข้อมูลกับทีมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้าน บางราย เป็นระยะ dying phase ที่จะเสียชีวิต 1-2 วันหลังการจำหน่าย จะได้รับการดูแลแบบ Home ward active dying ร่วมกับมีทีมติดตามที่บ้าน ซึ่งมีการติดตามในทุกวันจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต ในด้านการลงข้อมูล community service มีความถูกต้องมากขึ้น มีการ

นิเทศ และทำคู่มือลงข้อมูลให้แต่ละโรงพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย palliative care ในระยะแรกเริ่ม เข้าเกณฑ์การดูแล แต่ยังมี performance status ที่ดี ไม่มีอาการของโรคมามาก เช่น กลุ่มโรคไตวาย หรือกลุ่มโรคมะเร็งในช่วงแรก กลุ่มนี้ยังได้รับการดูแล disease management จากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ทำให้ไม่ได้ส่งต่อข้อมูลเพื่อเยี่ยมบ้าน

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

ผลการดำเนินงานโดยเฉลี่ยย้อนหลังสามารถทำได้ตามเป้าหมายของแต่ละปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.08 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 91.42 ในการตรวจราชการครั้งที่ 2 ผู้ป่วย Palliative Care มีการจัดทำกระบวนการ Family Meeting ในผู้ป่วยรายใหม่ และมีการทบทวนแผนการดูแลในผู้ป่วยรายเก่า เพื่อประเมินความต้องการและวางแผนการดูแลร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ที่ชัดเจน ลดความขัดแย้งระหว่างญาติในการตัดสินใจช่วงระยะท้าย และช่วยให้ทีมสุขภาพวางแผนการรักษาได้ตามเจตนาของของผู้ป่วย ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปถึงสถานที่เสียชีวิตได้เป็นไปตามความประสงค์ด้วย

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

การดำเนินงานอยู่ในช่วงเริ่มต้น โรงพยาบาลจังหวัดน่านร่องและรพ.ชุมชนเครือข่ายทยอยดำเนินการขึ้นทะเบียน ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลทั้ง 7 แห่งในจังหวัดสตูลได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนครบแล้ว และบุคลากรได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการใช้งานระบบสารสนเทศการบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามสิทธิด้านสุขภาพในมาตรา 12 แห่งพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 แบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living Will) จากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และขยายผล โดยเน้นการสื่อสารผ่านคลินิกโรคเรื้อรังและเครือข่าย ทั้งรพ.ชุมชน และรพ.สต. เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องมาตรา 12 แห่ง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ โดยในกลุ่มผู้ป่วย ประคับประคอง พบว่ามีการสื่อสารและรับรู้เรื่องสิทธิการปฏิเสธการรักษาที่เกินความจำเป็นเพิ่มมากขึ้น

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

ผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 91.61 ในการตรวจราชการรอบที่ 1 เป็นร้อยละ 93.59 โดยเครือข่ายการดูแลประคับประคองจังหวัดสตูลได้ให้ความสำคัญในประเด็น Preferred Place of Death มาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากจังหวัดสตูลเป็นพื้นที่พิเศษทางทะเล มีเกาะจำนวนมาก ทำให้การเดินทางและการเข้าถึงการดูแลจัดการอาการในวาระสุดท้ายของชีวิตเป็นไปได้ยากกว่าพื้นที่ทั่วไป จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลในพื้นที่เกาะให้มีบทบาทเป็น Palliative Care Islands Nurse ควบคู่กับการพัฒนาระบบการนำส่ง และการใช้ยามอร์ฟีนชนิดฉีดเพื่อใช้ในพื้นที่เกาะ โดยให้สามารถใช้งานได้ต่อเนื่อง เพิ่มระยะเวลานานขึ้นจากเดิม โดยมีการบริหารจัดการยาผ่านพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านการอบรมจาก

หน่วยประคับประคอง โรงพยาบาลสตูล และทุกโรงพยาบาลมีระบบการนำยามอร์ฟินชนิดฉีด ใช้กับ syringe driver ไปจัดการอาการไม่สุขสบายที่บ้านได้ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสนับสนุน เช่น เครื่องให้ออกซิเจนและที่นอนลม และการให้บริการ home ward for active dying patient หรือ palliative home care ในช่วงท้ายที่บ้าน และในผู้ป่วยที่ต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลนั้น ในโรงพยาบาลแม่ข่ายประจำจังหวัดยงชาติ Palliative Care ward ที่ดูแลผู้ป่วยระยะนี้เฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยสามารถนอนโรงพยาบาลได้ตามตึกที่ดูแลโรคนั้นๆ และมีทีม Palliative Care ติดตามดูแลจนเสียชีวิต และกำลังพัฒนาเพิ่ม Palliative Corner ในแต่ละหอผู้ป่วยโดยกำลังอยู่ในช่วงการจัดทำแนวทางที่แยกส่วนที่ชัดเจนกับผู้ป่วยสามัญ ส่วนบริบทของโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมี Palliative Care bed รองรับดูแลผู้ป่วย Palliative Care เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเสียชีวิต ณ สถานที่ที่ตนเองต้องการตามแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) ที่ได้ทำไว้ อย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่ยังคงพัฒนาแนวทางการดูแลสำหรับผู้ป่วยในและความเชี่ยวชาญของบุคลากรเพิ่มเติมเพื่อเพิ่ม Quality palliative care

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

ผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าถึงยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid ได้ครอบคลุม ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสามารถจ่ายยา Opioid ในรูปแบบฉีดและกิน ทั้งชนิดออกฤทธิ์ยาว และออกฤทธิ์สั้นได้ตามระดับของสถานบริการ จึงมีการบริหารจัดการด้วยการเข้ามารับในโรงพยาบาลจังหวัด มีระบบการนำยาเสพติดให้เอื้อต่อการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่ผลการดำเนินงานตามHDCยังต่ำกว่าเป้าหมาย โดยมีการใช้ยา strong opioid .จัดการอาการปวดผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งร้อยละ 35.80 เนื่องจากตัวชี้วัดติดตามในรูปแบบ workload ทำให้ไม่มีข้อมูลการได้รับได้รับการจัดการอาการ โดยใช้ Opioid ในผู้ป่วยโรคมะเร็งพื้นที่จังหวัดสตูล ที่ติดตามอาการและรับยากับโรงพยาบาลศูนย์มะเร็งขนาดใหญ่-นาหม่อม หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และนอกจากนี้การดึงข้อมูล data exchange และทดสอบความถูกต้องการคืนและส่งข้อมูลที่ถูกต้องแล้วโดยฝ่าย IT พบว่าข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยา strong opioid คลาดเคลื่อน คือ น้อยกว่าที่ทางโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลจ่ายจริง

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

ปัจจุบันโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล ดำเนินการให้บริการได้ครบทุกแห่ง ครอบคลุมผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพสามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้านต่อเนื่องได้ (Home ward for active dying patients) ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2567 มีช่องทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อประเมินและติดตามอาการเหมือนการดูแลรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

3.1.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย

Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (มิติที่ 1) (เกณฑ์เป้าหมาย 4)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย
Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

โรงพยาบาล	ระดับทรัพยากร (A1)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (A2)	A1 x A2
รพ.สตูล	1	5	5
รพ.ละงู	5	1	5
รพ.ควนกาหลง	5	1	5
รพ.ควนโดน	5	1	5
รพ.ท่าแพ	5	1	5
รพ.มะนัง	4	1	4
รพ.ทุ่งหว้า	5	1	5
ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนัก			3.09

3.1.2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์);
Accessibility(มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลผู้ป่วยผู้ใหญ่ในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care

อำเภอ	15-59 ปี	60 ปีขึ้นไป	ประชากรรวม (15ปีขึ้นไป)	PC need Adult + Elderly	เข้าถึงบริการ PC (Z515)* ข้อมูลปีงบประมาณ 69	ร้อยละ
เมืองสตูล	50,939	15,828	66,767	482.73	106	21.96
ละงู	37,652	11,065	48,717	352.22	118	33.5
ควนกาหลง	17,479	4,912	22,391	161.89	48	29.65
ท่าแพ	14,860	4,088	18,948	136.99	392	286.15
ควนโดน	13,788	4,106	17,894	129.37	77	59.52
ทุ่งหว้า	11,511	3,419	14,930	107.94	142	131.55
มะนัง	10,450	2,536	12,986	93.89	21	22.37
ภาพรวมจังหวัด	156,679	45,954	202,633	1465.04	904	61.71

3.1.3 ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์);
Accessibility (มิติที่ 2) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 50)

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลผู้ป่วยเด็กในจังหวัดสตูลสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care

อำเภอ	0-14 ปี	PC need Pediatric (คน)	เข้าถึงบริการ PC (Z515)	ร้อยละ
เมืองสตูล	16,142	16.63	2	12.03
ละงู	11,144	11.48	1	8.71
ควนกาหลง	5,011	5.16	0	0
ท่าแพ	5,394	5.56	7	125.9
ควนโดน	4,790	4.93	0	0
ทุ่งหว้า	3,854	3.97	2	25.19
มะนัง	3,290	3.39	0	0
รวมทั้งจังหวัด	49,625	51.11	12	23.48

3.1.4 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (มิติที่ 3) (เกณฑ์
เป้าหมายร้อยละ 55)

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน

พื้นที่	ปี 2567	ปี 2568
เมืองสตูล	55.56	63.53
ควนโดน	0	3.7
ควนกาหลง	12.5	0
ท่าแพ	30	61.9
ละงู	89.29	73.97
ทุ่งหว้า	80.65	92.71
มะนัง	0	60.98
ภาพรวมจังหวัด	56.43	68.82

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2569					
	ข้อมูล 13 มกราคม 2569			ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569		
	B	A	%	B	A	%
เมืองสตูล	47	7	14.89	77	50	64.94
ควนโดน	22	15	68.18	65	58	89.23
ควนกาหลง	13	3	23.08	35	21	60
ท่าแพ	50	28	56	321	250	77.88
ละงู	48	26	54.17	87	51	58.62
ทุ่งหว้า	85	80	94.12	119	114	95.8
มะนัง	14	7	50	20	14	70
ภาพรวมจังหวัด	279	166	59.5	724	558	77.07

3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning(มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 85)

ตารางที่ 7 แสดงข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับการทำ Family Meeting และ Advance Care Planning

พื้นที่	ปี 67	ปี 68
เมืองสตูล	65.22	85.88
ควนโดน	44.19	64.91
ควนกาหลง	89.66	86.84
ท่าแพ	57.89	86.42
ละงู	83.06	78.26
ทุ่งหว้า	47.13	97
มะนัง	20	73.02
ภาพรวมจังหวัด	61.05	85.43

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2569					
	ข้อมูล 13 มกราคม 2569			ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569		
	B	A	%	B	A	%
เมืองสตูล	120	104	86.67	200	181	90.5
ควนโดน	37	25	67.57	87	74	85.06
ควนกาหลง	18	11	61.11	58	46	79.31
ท่าแพ	72	61	84.72	416	408	98.08
ละงู	84	60	71.43	142	109	76.76
ทุ่งหว้า	115	113	98.26	156	153	98.08
มะนัง	15	9	60	25	20	80
ภาพรวมจังหวัด	461	383	83.08	1084	991	91.42

3.1.6 อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อประชากร 1,000 คน) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร)

ตารางที่ 8 แสดงข้อมูลการดำเนินการแต่ละรพ.ขึ้นทะเบียน e-living will ของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล

การดำเนินการขึ้นทะเบียน e-living will	
พื้นที่	การขึ้นทะเบียน e-living will
เมืองสตูล	รพ.สตูล
ควนโดน	รพ.ควนโดน
ควนกาหลง	รพ.ควนกาหลง
ท่าแพ	รพ.ท่าแพ
ละงู	รพ.ละงู
ทุ่งหว้า	รพ.ทุ่งหว้า
มะนัง	รพ.มะนัง
ภาพรวมจังหวัด	7 แห่ง

3.1.7 ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (AdvanceCare Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (มิติที่ 4) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60)

ตารางที่ 9 แสดงข้อมูลผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผนดูแลล่วงหน้า (AdvanceCare Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death)

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.-ธ.ค. 2568)			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.-เม.ย. 2568)		
	B	A	%	B	A	%
เมืองสตูล	61	59	96.72	134	130	97.01
ควนโดน	8	8	100	14	14	100
ควนกาหลง	15	14	93.33	20	19	95
ท่าแพ	19	18	94.73	27	24	88.89
ละงู	48	40	83.33	93	83	89.23
ทุ่งหว้า	4	3	75	14	12	85.71
มะนัง	0	0	0	10	10	100
ภาพรวมจังหวัด	155	142	91.61	312	292	93.59

3.1.8 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคเมเริงระยะประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผลการดำเนินการจาก HDC; Workload) (มิติที่ 5) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 55)

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

พื้นที่	ปี 2567	ปี 2568
เมืองสตูล	NA	56.8
ควนโดน	NA	61.9
ควนกาหลง	NA	75
ท่าแพ	NA	26.09
ละงู	NA	70.97
ทุ่งหว้า	NA	29.03
มะนัง	NA	13.33
ภาพรวมจังหวัด	NA	51.52

พื้นที่	ปีงบประมาณ 2569					
	ข้อมูล 13 มกราคม 2569			ข้อมูล 8 พฤษภาคม 2569		
	B	A	%	B	A	%
เมืองสตูล	47	20	42.55	89	40	44.94
ควนโดน	10	6	60	24	12	50
ควนกาหลง	9	2	22.22	22	6	27.27
ท่าแพ	16	5	31.25	73	9	12.33
ละงู	30	20	66.67	56	31	55.36
ทุ่งหว้า	28	4	14.28	49	13	26.53
มะนัง	6	0	0	11	5	45.45
ภาพรวมจังหวัด	146	54	36.98	324	116	35.80

3.1.9 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (มิติที่ 6)
(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)

ตารางที่ 11 แสดงข้อมูลโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient

โรงพยาบาล	จำนวนเคสที่ทำ HW active dying
รพ.สตูล	24
รพ.ละงู	17
รพ.ควนโดน	4
รพ.มะนัง	3
รพ.ทุ่งหว้า	1
รพ.ท่าแพ	1
รพ.ควนกาหลง	1
ภาพรวมจังหวัด	100%

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลสรุประดับคะแนนเชิงปริมาณ

ประเด็นตรวจราชการ	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน
	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนถ่วงน้ำหนักของความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ของโรงพยาบาลในจังหวัด (เกณฑ์เป้าหมายระดับ 4)	1	1	3.09	4
2 ร้อยละของผู้ป่วยผู้ใหญ่สามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 80)	26.96	1	61.71	3
3. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กสามารถเข้าถึงบริการ Palliative Care (เมื่อเทียบกับค่าคาดการณ์); Accessibility (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 50)	11.74	1	23.53	1

ประเด็นตรวจราชการ	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน	ร้อยละ/ ระดับ	ระดับ คะแนน
	รอบที่ 1		รอบที่ 2	
4. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ได้รับ บริการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ชุมชน (เกณฑ์ เป้าหมายร้อยละ 55)	59.5	8	77.07	10
5. ร้อยละของผู้ป่วย Palliative Care ที่ได้รับ การทำ Family Meeting และ Advance Care Planning(เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 85)	83.08	7	91.42	9
6. อัตราประชากรที่จัดทำ Living Will (ต่อ ประชากร 1,000 คน) (เกณฑ์เป้าหมาย 15:1,000 ประชากร)	N/A	N/A	N/A	N/A
7. ร้อยละของผู้ป่วยประคับประคอง (Palliative Care) ที่ได้รับการดูแลตามแผน ดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning; ACP) อย่างมีคุณภาพ โดยมีสถานที่เสียชีวิต เป็นไปตามความประสงค์ (Preferred Place of Death) (เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 60)	91.61	10	93.59	10
8. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะ ประคับประคอง ICD-10 รหัส C00-C96 หรือ D37-D48 ที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/ หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid (ติดตามผล การดำเนินการจาก HDC; workload) (เกณฑ์ เป้าหมายร้อยละ 55)	36.98	4	35.80	3
9. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient (เกณฑ์ เป้าหมายร้อยละ 80)	100	10	100	10
คะแนนเชิงปริมาณ = คะแนนทั้งหมด/80*100		52.5		62.5

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

3.2.1 ด้านผลลัพธ์ (Outcome)

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลด้านผลลัพธ์ (Outcome) ตามกรอบแนวคิด 6 Building Blocks ขององค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลลัพธ์	คะแนนของแต่ละรพ.							เฉลี่ย
เกณฑ์การประเมินผล	เมือง	ควน โดน	ท่า แพ	ละงู	ควน กาหลง	มะนัง	ทุ่ง หว้า	แต่ละ ด้าน
การให้บริการสุขภาพ	85	85	85	85	85	85	85	85
กำลังคนที่ให้บริการ	93	55	55	93	70	78	93	76.71
ระบบงานและการจัดการข้อมูล	100	100	100	70	70	90	100	90
ระบบพัฒนาคุณภาพและงานวิจัย	78	40	55	78	40	40	55	55.14
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	100	100	100	100	100	100	100	100
การเงิน การคลังด้านการให้บริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลระบบ สุขภาพ	40	71	71	85	85	85	85	74.57
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวมทุกด้าน / 6)	82.66	75.16	77.66	85.16	75	79.67	86.33	80.24

จากผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลลัพธ์ (Outcome) ของจังหวัดสตูล คือ 80.24 คะแนน ในการตรวจราชการรอบที่ 2 ของปีงบประมาณ 2569 มีการเพิ่มขึ้นจากการตรวจราชการรอบที่ 1 ซึ่งได้รับคะแนนเฉลี่ย 61.69 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 3 = พอใช้ เพิ่มเป็นระดับคุณภาพ 4 = ดี อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่าเป็นระบบบริการสุขภาพมีความมั่นคง ครอบคลุม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง อยู่ในระดับการพัฒนาอย่างมั่นคง

3.2.2 ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)

ด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ ตามองค์การอนามัยโลก (WHO)	ระดับของแต่ละรพ.							เฉลี่ยแต่ละด้าน
เกณฑ์การประเมินผล	เมือง	ควนโดน	ท่าแพ	ละงู	ควนกาหลง	มะนัง	ทุ่งหว้า	
การเข้าถึงบริการ	48	0	100	100	0	0	70	38
ความครอบคลุมการรักษา	93	93	93	93	93	93	93	93
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ประสิทธิภาพของการรักษา	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ความปลอดภัยของผู้ป่วยและข้อมูล	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
คำนวณคะแนนเฉลี่ยทุกด้าน (คะแนนรวม / 2)	70.5	46.5	96.5	96.5	46.5	46.5	81.5	65.5

จากผลคะแนนเฉลี่ยด้านผลกระทบ/ ผลสำเร็จเชิงยุทธศาสตร์ของจังหวัดสตูล คือ 65.5 คะแนน อยู่ในระดับคุณภาพ 3 = พอใช้ อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า ผลลัพธ์อยู่ในระดับมาตรฐาน มีระบบบริการสุขภาพบางส่วนที่ต้องปรับปรุง

3.2.3 ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

ตารางที่ 15 แสดงข้อมูลด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan

ด้านการดำเนินงานของเครือข่าย Service Plan	พื้นที่						คะแนนเฉลี่ย
เกณฑ์การประเมินผล	ควนโดน	ท่าแพ	ละงู	ควนกาหลง	มะนัง	ทุ่งหว้า	
การเสริมพลังเครือข่าย service plan ระดับจังหวัด	/	/	-	-	-	/	93

จากผลการดำเนินงานด้านเครือข่าย Service Plan ของจังหวัดสตูล คือ ร้อยละ 50 อยู่ในระดับคะแนน 93 คะแนน ระดับคุณภาพ 5 = ดีเยี่ยม อาจแปลผลเชิงคุณภาพได้ว่า ผลลัพธ์โดดเด่น มีการดำเนินงานของ Service Plan ระดับจังหวัดอย่างดีเยี่ยม มีเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานผลงานเด่น / ผลงานที่ภาคภูมิใจ / ตอบสนองตามกรอบการประเมิน
6 Building Blocks, Result Framework

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการ มีเกณฑ์ผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเป็นแบบประเมินผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยนอก การคัดกรองในชุมชน มีระบบประสานการดูแลแบบเครือข่ายทั้งจังหวัด ทุกรพ.สามารถให้การดูแลผู้ป่วย Palliative Care แบบ IPD และ Palliative Home Care/Home ward active for active dying patient ได้ แต่ส่วนใหญ่จะไม่มีคลินิก Palliative Care ที่แยกชัดเจน (ยกเว้นรพ.สตูล และ รพ.ละงู) แต่สามารถประเมินอาการและจ่ายยาจัดการอาการได้ที่ OPD ทั่วไป โดยสามารถปรึกษาหน่วยประคับประคองแม่ข่ายได้ และยังไม่มียุทธศาสตร์การดูแลสำหรับ bereavement care
กำลังคนให้บริการ	-ทุกรพ.มีพยาบาลผ่านการอบรมด้าน Palliative Care อย่างน้อยระยะสั้นขึ้นไป -เกือบทุกรพ.มีเภสัชกรผ่านการอบรมด้าน Palliative Care ระยะสั้น(ยกเว้น รพ.มะนัง) - มีแผนพัฒนาเจ้าหน้าที่/พยาบาล รพ.สต. ให้มีศักยภาพในการประเมินผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลปรึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้าน - มีแผนพัฒนาศักยภาพหรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลของบุคลากรในระดับจังหวัด
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- ทุกรพ.มีระบบจัดทำ ACP/living will และการบันทึกในเวชระเบียน โดยทุกรพ.ได้ลงทะเบียนเป็นเครือข่าย e-living will ครบแล้ว
ระบบพัฒนาคุณภาพ และงานวิจัย	ทุกรพ.มีการทบทวนผลการดำเนินงานและวางแผนพัฒนางานอย่างสม่ำเสมอ รวมสนับสนุนให้เกิดผลงานพัฒนาคุณภาพ บางรพ.มีผลงานพัฒนาคุณภาพนำเสนอในระดับประเทศ
การเข้าถึงยา และเทคโนโลยี	- ทุกรพ.มี syringe driver และสามารถนำยามอร์ฟินชนิดฉีดไปใช้นอกรพ.ที่บ้านของผู้ป่วยได้ จากเดิมที่หลายรพ.ไม่มีอุปกรณ์ให้ยา syringe driver -ทุกรพ.ข. สามารถจ่ายยาopioidได้ทุกทั้งแบบที่ออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาวตามคุณภาพมาตรฐานแต่ละระดับของรพ.ของกบรส.
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	-งบประมาณการจัดซื้อและการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ดูแลที่บ้าน -รายรับจาก UC ในการดูแลที่บ้านของแต่ละ รพ.
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพ	- ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง(Part-time) ของด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมีสถานที่รองรับผู้ป่วยประคับประคอง และ Palliative bed มาเกณฑ์ร้อยละ 1 และบางโรงพยาบาลมี

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	Palliative Ward (รพ.ละงู,รพ.ควนโดน) ส่วนในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มี Palliative Ward สำหรับดูแลผู้ป่วยระดับประคองเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และโครงสร้างอัตรากำลัง แต่มีแผนพัฒนา Palliative care corner ของแต่ละหอผู้ป่วย
การเข้าถึงบริการ	อัตราการเข้าถึงบริการ Palliative Care ในผู้ป่วยเด็ก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.78 ของค่าคาดการณ์ในการตรวจราชการรอบที่1 เป็น ร้อยละ 23.48 ของค่าคาดการณ์ ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 50 ของค่าคาดการณ์) มีกุมารแพทย์ผ่านการอบรม palliative care ระยะสั้น และร่วมเป็นคณะทำงาน ให้บริการ และให้คำปรึกษาแก่หน่วยประคองประคอง และเครือข่าย
ความครอบคลุมการรักษา	โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบ Palliative Home Care, มีบริการ Home ward active dying และ มีระบบบริหารจัดการอุปกรณ์เพื่อดูแลต่อเนื่อง
การเสริมพลังเครือข่าย service plan ระดับเขตและจังหวัด	ได้มีการเยี่ยมเสริมพลังการทำงาน(Empowerment) เครือข่าย 3 โรงพยาบาล ได้แก่ รพ.ควนโดน, รพ.ท่าแพ และ รพ.ทุ่งหว้า คิดเป็นร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด และวางแผนการเยี่ยมเสริมพลังเพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือต่อไป

ผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้น และ GAP ที่มีอยู่

- ด้านทรัพยากรและการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative Care ที่เหมาะสม ทุกโรงพยาบาลมีโครงสร้างการทำงาน และผู้รับผิดชอบ มีระบบดูแลต่อเนื่อง และส่วนใหญ่มีการจัดสรรอัตรากำลัง(Part-time) ของด้าน Palliative Care ตามคำแนะนำของ WHO แต่ละโรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนา Palliative care bed สำหรับรองรับผู้ป่วยระยะท้ายที่ต้องดูแลในโรงพยาบาล แต่ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่มี Palliative care ward ด้วยข้อจำกัดด้านสถานที่และกรอบอัตรากำลัง โดยมีแผนพัฒนา palliative corner ก่อน ค่าเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักความพร้อมด้านทรัพยากรและระบบดูแลผู้ป่วยระดับประคองของโรงพยาบาลในจังหวัด = 3.09 (เป้าหมายระดับ 4)

- ด้านการเข้าถึงบริการ Palliative Care เมื่อเทียบกับคาดการณ์ ยังไม่ได้ตามเป้า คือ ผู้ใหญ่ทำได้ ร้อยละ 61.71 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ80) และกลุ่มเด็กทำได้ร้อยละ 23.48 เทียบกับคาดการณ์ (เป้าหมายร้อยละ50)

- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชนทำได้ ร้อยละ 77.07 (เป้าหมายร้อยละ 55)

- ด้านผู้ป่วย Palliative Care ได้รับการทำ Family meeting และ Advance Care Planning ทำได้เฉลี่ยรวมร้อยละ 91.52 (เป้าหมายร้อยละ 85) จากการวิเคราะห์ปัญหาเกิดจากในหลายเคสโดยเฉพาะกลุ่ม

Non-cancer เช่น กลุ่มโรคไตวาย early diagnosis denied RRT แต่อาจจะมี performance status ดีอยู่ PPS, KPS > 50 ตัวโรครยัง response ต่อ disease management กลุ่มนี้มักจะได้รับ primary palliative care โดย nephrologist ก่อนในช่วงแรก ในช่วงแรกจึงยังไม่มีในการทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษรและลงรหัส Z718

- ด้านอัตราประชากรที่จัดทำ Living will เป้าหมาย 15 : 1000 ประชากร ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการใช้งานระบบสารสนเทศบริหารจัดการหนังสือแสดงเจตนาตามสิทธิด้านสุขภาพในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 แอปพลิเคชันอิเล็กทรอนิกส์ (e-Living will)

- ด้านสถานที่เสียชีวิตเป็นไปตามประสงค์ (Preferred Place of Death) ทำได้ร้อยละ 93.59 (เป้าหมายร้อยละ 60)

- ด้านผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งระยะประคับประคองที่ได้รับการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวน โดยใช้ Opioid ทำได้ร้อยละ 35.80 (เป้าหมายร้อยละ 55) โดยคณะทำงาน service plan palliative care จังหวัดสตูลมีความเห็นว่า ตัวชี้วัดแบบ workload นั้น ไม่สะท้อนการเข้าถึงที่แท้จริงของผู้ป่วยระยะประคับประคองกลุ่มมะเร็ง และมีความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจริงกับข้อมูล HDC (คิดว่าควรมีการนิเทศระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูล การส่งข้อมูล การดึงข้อมูล ให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน IT และขอเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT เป็นคณะนิเทศการตรวจราชการด้วย)

- ด้านโรงพยาบาลที่ให้บริการ Home ward for active dying patient ทำได้ร้อยละ 100 (เป้าหมายร้อยละ 100)

ตารางที่ 17 แสดงข้อมูลสรุประดับคะแนนโดยรวม

การคำนวณคะแนนผลการประเมินตัวชี้วัดตรวจราชการคิดอัตราส่วน 70:30			
ระดับคะแนนเชิงปริมาณ (70%)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ (15 %)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านผลกระทบ (10 %)	ระดับคะแนนเชิงคุณภาพ ด้านการดำเนินงาน เครือข่าย (5%)
$[62.5/10] \times 0.7 = 4.38$ ข้อมูลไม่ครบ (ขาดข้อมูล ประเด็นที่6)	$[80.24 \div 10] \times 0.15 = 1.2$	$[65.5 \div 10] \times 0.10 = 0.66$	$[93 \div 10] \times 0.05 = 0.47$
รวม = 6.71			

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

- ทบทวนสาเหตุปัญหาของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูลที่ผิดพลาดของแต่ละรพ.ในระดับจังหวัด(PC, COC, IT) จัดการด้วยการจัดทำคู่มือการลงข้อมูล/จัดอบรมทบทวน workshop การลงข้อมูล แล้วติดตามผลการดำเนินงาน และเสนอให้ควรมีการนิเทศระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูล การส่งข้อมูล การดึงข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน และขอเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT เป็นคณะนิเทศน์ การตรวจราชการด้วย
- พัฒนารูปแบบให้คำปรึกษาให้มีความสะดวกรวดเร็ว ผ่าน PC Satun Network ผ่าน Line Official / Telemedicine ผู้ป่วยพื้นที่ห่างไกล หรือ นอกเขต และให้ผู้ป่วยสามารถรับยาที่รพ.ใกล้บ้านได้
- มีทบทวนความรู้และพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามความเหมาะสมของบริบทงาน(Primary PC, Secondary PC, Tertiary PC) โดยการเข้าอบรมวิชาการ ซึ่งจัดโดยเขตสุขภาพที่ 12
- การประชาสัมพันธ์ e-living willผ่านโปสเตอร์ และการคุยACPในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- พัฒนาศักยภาพ palliative care approach ในชุมชนแก่ CG, อสม
- วางแผนเยี่ยมเสริมกำลังใจเครือข่ายให้ครบทุกโรงพยาบาลชุมชน

5. ประเด็นสำคัญที่เสี่ยงต่อการขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

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

-การให้บริการ Palliative Care Bed โดยเฉพาะ Palliative Care Ward ให้ได้มาตรฐานจริง จำเป็นต้องมีการพิจารณาวางแผน และการจัดสรรกรอบอัตรากำลังของแต่ละรพ. ไม่ควรใช้การปฏิบัติงานแบบควหน้าให้กับผู้ป่วยสามัญทั่วไป เนื่องจากการให้บริการมีความจำเพาะ ทั้งสถานที่และบุคลากรที่ต้องผ่านการอบรม เพื่อให้การดูแลแบบ Intensive Palliative Care

-ความเหมาะสมของกรอบโครงสร้างอัตรากำลังด้าน Palliative Care กับ การใช้ค่าประมาณการ Accessibility จาก WHO

-ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในเรื่องการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC ยังมีความคลาดเคลื่อนไม่ตรงกันมาก ความเข้าใจของบุคลากรต่อตัวชี้วัด ความถูกต้องของการส่งข้อมูล ดึงข้อมูล

-ความไม่พร้อมใช้งานและความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- การเข้าถึงยา strong opioid ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดยังมี essential opioid ครบทั้ง 2 แบบ ทั้งออกฤทธิ์สั้นและออกฤทธิ์ยาว แต่มีไม่ครบทุกชนิด (เช่น fentanyl, Kapanol) และมีข้อจำกัดของระบบยืมระหว่างโรงพยาบาล (คืนเป็นยา)

- ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ในบางโรงพยาบาล บุคลากรมีการเปลี่ยนงาน/ย้าย เช่น แพทย์ Intern ในรพช. พยาบาลย้ายมารับงานใหม่ยังไม่ได้รับการอบรมเพิ่มเติม จึงได้เข้าร่วมการอบรมที่จัดโดยเขตสุขภาพที่ 12 ในปีงบประมาณ 2569 นี้

- บ้านและผู้ดูแลผู้ป่วย อาจไม่พร้อมในการดูแล admit homeward dying เนื่องจากขาดเครื่องมือสื่อสาร จำพวกสมาร์ตโฟน หรือสัญญาณอินเทอร์เน็ต และในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุอาจพบอยู่กันตามลำพัง ไม่สามารถใช้เครื่องมือสื่อสารได้ ผู้ป่วยบางรายจึงเลือกสถานที่ดูแลในระยะท้ายเป็นโรงพยาบาล ซึ่งเหมาะสมมากกว่า

- ขาดแคลนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานในการดูแลผู้ป่วย home ward active dying ทำให้บางช่วงไม่สามารถให้บริการได้ โดยเฉพาะรพช. ที่บุคลากร palliative care ทั้งหมดเป็นตำแหน่ง part-time และรูปแบบงานมีการคาบเกี่ยวหน้าที่ที่ดูแลทั้งในและนอกรพ.

- Home ward for active dying patients ในแต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแล มีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง / วันหยุด / กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน/การจำกัดเฉพาะเคส step down)

- ระบบสารสนเทศสุขภาพ ในการลงข้อมูล และการดึงข้อมูลจาก HDC ยังมีความคลาดเคลื่อน ไม่เสถียร ไม่ตรงกันกับข้อมูลที่รายงานจากพื้นที่มาก

- คลังอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลมีไม่เพียงพอต่อความต้องการ เช่น Home Oxygen , เครื่อง suction , เตียง , เบาะลม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ระบบสารสนเทศสุขภาพ ควรมีการทบทวนปัญหาและสาเหตุของการลงข้อมูล/การดึงข้อมูลที่เกิดผิดพลาดของแต่ละโรงพยาบาลในระดับจังหวัด เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ และเสนอให้ควรมีการนิเทศระบบฐานข้อมูล การลงข้อมูล การส่งข้อมูล การดึงข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญด้าน IT ให้เป็นมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน และขอเสนอให้มีผู้เชี่ยวชาญด้าน IT เป็นคณะนิเทศการตรวจราชการด้วย

- พิจารณาความเป็นไปได้ในการเพิ่มกรอบอัตรากำลังแก่บุคลากร Palliative Care หรือพัฒนาเป็นกลุ่มงานประจำประคอง เป็นสัดส่วนชัดเจนตาม ระดับของรพ. เพราะ Palliative Care เป็น Specific care และมีแนวโน้มต้องรองรับปริมาณผู้ป่วยประจำประคองจากสังคมสูงวัยที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน และการพัฒนาคุณภาพการดูแล (High quality palliative care)

- Home ward for active dying patients ในแต่ละโรงพยาบาลมีข้อจำกัดของการดูแล มีความพร้อมต่างกัน (ความพร้อมในการปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง / วันหยุด / กฎระเบียบเรื่องค่าตอบแทน/การจำกัดเฉพาะเคส step down) Home ward for active dying patients เป็นงานที่คาบเกี่ยวระหว่าง พยาบาล ประคับประคอง, พยาบาลชุมชน, พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน คณะกรรมการของแต่ละรพ.ควรกำหนดบทบาท/แบ่งบทบาทตามความเหมาะสมของบริบทแต่ละที่

- ศักยภาพความเชี่ยวชาญของบุคลากร ควรส่งเสริมบุคลากรที่สนใจศึกษาต่อด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามความเหมาะสมของระดับของรพ. และมีการทบทวนความรู้บุคลากรเดิม/เปลี่ยนงาน

- เครื่องมืออุปกรณ์ที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรมีเพียงพอ

ผู้รายงาน นางสาวชอฝ้าย หมาดปันจ่อ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

โทรศัพท์ 06-53488521

อีเมล sofyah2565@gmail.com

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

1.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

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

2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดสตูล ตั้งแต่ปีงบประมาณพ.ศ. 2564 -2568 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน ของจังหวัดสตูล เท่ากับ 9.15, 8.64, 6.47, 5.23 และ8.30 ตามลำดับ ในภาพรวมจังหวัดพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในระดับสูงในปี 2565 และ 2568 แต่เมื่อพิจารณาจำแนกรายอำเภอในแต่ละปีพบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ใน อำเภอ มะนัง ควนกาหลงและละงู ดังตารางที่ 1 ข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2569 (1 ต.ค.68- 31 พ.ค.69) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในภาพรวมจังหวัดจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.01 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดคือ อำเภอทุ่งหว้า เท่ากับ 8.13 รองลงมาคือ อำเภอเมือง เท่ากับ 7.02 เป็นเพศชาย 12 คน หญิง 1 คน ส่วนใหญ่ ศาสนาพุทธ อยู่ในช่วงวัยทำงาน 20- 59 ปี 9 ราย มากกว่า 60 ปี 4 ราย ใช้วิธีการ มากที่สุดคือผูกคอ 10 ราย ส่งสัญญาณที่จะมีการทำร้ายตนเอง 8 ราย ไม่ส่งสัญญาณ 5 ราย สาเหตุการ ฆ่าตัวตาย มีปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วย คือ ดิฉันสารเสพติด 7 ราย โรคจิตเวช 2 ราย โรคติดเชื้อ 2 ราย ประสบปัญหาชีวิต 11 รายและสูญเสียความสัมพันธ์ 2 ราย ส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในระบบการรักษา

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดสตูล จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบในกลุ่มเสี่ยงคือ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เมื่อวิเคราะห์คนที่ ทำร้ายตนเองสำเร็จ ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่ มีสัญญาณเตือน มีทางคณะทำงาน Service planจังหวัดสตูลจึงได้ร่วมกัน วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ ร่วมกันเกิดจากปัญหา การใช้สารเสพติด เมื่อวิเคราะห์ปัญหาดังกล่าวจึง นำมาหาวิธีการคัดกรองกลุ่มผู้ติด สารเสพติด ให้เข้าถึง บริการในการบำบัดรักษา คัดกรองผู้ป่วย

2.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 70)

ร้อยละ 35 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 (1 ต.ค.68- 31 พ.ค.69) พบว่าร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (ร้อยละ 102.90) ปีงบประมาณ 2569 ผู้พยายามทำร้ายตนเองจากรง.506S จำนวน 71ราย ผู้พยายามทำร้ายตนเองจาก ระบบ HDC 69 รายคิดเป็น ร้อยละ 102.90 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 60ราย เพศชาย 11 ราย กลุ่มอายุมากที่สุดคือ วัยเด็ก 5-14 ปี 7 ราย วัยรุ่น15-19 ปี 25 ราย วัยทำงาน 20-59 ปี 38 ราย สูงอายุ 60 ปี 1 ราย และใช้วิธีการมากที่สุดคือ กินยาเกินขนาด รองลงมาใช้ของมีคม สาเหตุการทำร้ายตนเอง ป่วยเป็นโรคจิตเวช 34 ราย บุคลิกภาพ 9 ราย ใช้สารเสพติด 4 ราย สาเหตุจากประสบปัญหาชีวิต สูญเสียความสัมพันธ์ในครอบครัว

3. ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน มีการนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ พ.ศ.2566 - 2568

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

ตารางที่ 2 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569)			
2566	2567	2568	≤ 7.8 ต่อ ประชากร แสนคน	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	114,015	8	7.02
7.94	8.03	7.83		ควนโดน	27,617	0	0.00
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	35,572	2	5.62
4.73	4.98	4.83		ท่าแพ	29,916	1	3.34
จังหวัดสตูล				ละงู	74,065	0	0.00
5.24	5.23	8.30		ทุ่งหว้า	24,611	2	8.13
ปี 2569				มะนัง	18,639	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		รวม	324,236	13	4.01
3.88	2.23	4.01					

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

ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 30 เม.ย.69 ณ วันที่ ณ 29 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 35

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เมษายน 2569)			
2568			รอบ 6 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อย ละ 35	อำเภอ	จำนวน รง.506S	จำนวน HDC	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	30	20	150
65.00				ควนโดน	6	0	600
เขตสุขภาพที่ 12				ควน กาหลง	6	9	66.67
50.78				ท่าแพ	1	8	12.5
จังหวัดสตูล				ละงู	20	18	111.11
91.07			รอบ 12 เดือน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 70	ทุ่งหว้า	2	5	40
ปี 2569				มะนัง	6	9	66.67
ประเทศ	เขต	จังหวัด		ภาพรวม	71	69	102.90
NA	NA	102.90					

ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยพยายามทำร้ายตัวเอง กรณีเสียชีวิต (รง 506 S) ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 1 ต.ค. 68 – 31 พ.ค.69 ณ วันที่ ณ 1 มิถุนายน 2569 และ ข้อมูลจาก HDC ณ 1 มิถุนายน 2569

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

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- จัดบริการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง และผู้พยายามฆ่าตัวตาย - จัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรง - มีระบบติดตามผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายหลังจำหน่ายภายใน 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องเพื่อลดการเกิดซ้ำร่วมกับ อสม.ในพื้นที่ - ให้ความรู้การดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัว ชุมชน และเครือข่าย
กำลังคนที่ให้บริการ	- จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต / จิตเวช และผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด

Building Block	ผลการดำเนินงาน
	- ให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม. แก่นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ในการคัดกรอง ดูแล และเฝ้าระวัง - นักจิตวิทยาของแต่ละโรงพยาบาลเสริมทักษะครูที่ปรึกษา ประชาชนทั่วไป ในการสังเกตสัญญาณเตือนซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย - พัฒนาศักยภาพญาติและผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	- คณะทำงานร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน - ค้นข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาเชิงระบบ - ใช้ข้อมูลติดตาม ประเมินความเสี่ยงซ้ำ และวางแผนการดูแลรายบุคคล
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อน Service Plan สุขภาพจิตและยาเสพติด และมีแผนการประชุม เพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานและ ติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายต่าง เช่น โรงเรียน ผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ

ผลกระทบ	ผลการดำเนินงาน
การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ	
● การให้บริการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย	- อัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองลดลง - คุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวดีขึ้น - ชุมชนมีระบบดูแลสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและยั่งยืน

(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
 - ระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ยังไม่เชื่อมโยงครบถ้วน ทำให้การติดตามเชิงรุก ทำได้จำกัด

กำลังคนที่ให้บริการ พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติ งานภาระงานสูง

การรักษาตามมาตรฐานคุณภาพบริการ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1) Service (ด้านบริการ)

- จัดบริการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายแบบ ครอบคลุมและต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ ระยะพักรักษา จนถึงติดตามหลังจำหน่าย
- ดำเนินการ คัดกรอง ประเมินความเสี่ยง และวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) ทุกกรณี
- จัดบริการให้คำปรึกษาและเยียวยาจิตใจทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ลงติดตามเยี่ยมครอบครัวที่สูญเสีย ทุกรายเพื่อสอบสวนโรค
- กำหนดระบบ ติดตามเชิงรุก (โทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน นัดติดตาม) ภายใน 2 สัปดาห์, 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน 1 ปี

2) System (ด้านระบบบริการ)

- จัดทำแนวทางปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน
- พัฒนาระบบ การส่งต่อและประสานงาน ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนอสม.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดระบบ Case Management สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อการติดตามและประเมินผล

• มีการประชุมทบทวนเคสร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพเพื่อ
ป้องกัน การเกิดซ้ำ

3) Structure (เครื่องมือและโครงสร้าง)

• ใช้เครื่องมือคัดกรองและประเมินมาตรฐาน เช่น แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตายและภาวะ
ซึมเศร้า

- จัดพื้นที่ให้บริการที่ปลอดภัย เป็นส่วนตัว และเหมาะสม ต่อการดูแลด้านจิตใจ
- จัดทำแบบฟอร์มและแนวทางการบันทึกข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
- สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบติดตามผู้ป่วย โทรศัพท์ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
- จัดโครงสร้างทีมสหวิชาชีพด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

4) Staff (บุคลากรและปัจจัยสนับสนุน)

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตาย
- ส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบำบัด การประเมินความเสี่ยง และการจัดการภาวะวิกฤต
- สนับสนุนการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการดูแลบุคลากร (Care for the caregiver)
- จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน และมีที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต
- สร้างแรงจูงใจและบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพService (ด้านบริการ)

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

4.2.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ผู้มี
พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4.2.2 การคืนข้อมูลผ่านการวิเคราะห์ปัญหาการฆ่าตัวตายให้เครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง
ในวัยเรียน

4.2.3 ให้กับเครือข่ายและนำมาแก้ปัญหาเชิงระบบ

4.2.4 พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฆ่าตัวตาย

4.2.5 พัฒนาศักยภาพญาติ ผู้ดูแล ในการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหา สุขภาพจิต จิตเวช ผู้มี
พฤติกรรมทำร้าย ตนเอง

4.2.6 มีการเสริมทักษะให้แก่ประชาชนทั่วไป ครูที่ปรึกษาให้เข้าใจเกี่ยวกับ สัญญาณเตือน
ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย

4.2.7 มีระบบการติดตามผู้ป่วยฆ่าตัวตายทุกรายหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์ และติดตาม
ต่อเนื่อง เพื่อประเมินอาการซ้ำ และติดตาม

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ปัญหายาเสพติดที่เชื่อมโยงไปถึงสุขภาพจิต/โรคทางจิตเวช เพิ่มมากขึ้น
- เสนอให้เพิ่มกรอบอัตรากำลังและตำแหน่งบุคลากรด้านสุขภาพจิตและยาเสพติด เช่น พยาบาลจิตเวชและยาเสพติด นักจิตวิทยา เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน ภาระงานสูง
- ขอเสนอแนะพิจารณาความก้าวหน้าให้กับบุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชและยาเสพติด
- เสนอให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการบำบัด การปรับพฤติกรรม การสร้างเสริมความภาคภูมิใจในตนเองในวัยรุ่น

7. ภาพการดำเนินงาน

พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยSMIVในพื้นที่เกาะ(เกาะสาหร่าย,เกาะหลีเป๊ะ ,เกาะปูกู)

เกาะหลีเป๊ะ



เกาะสาหร่าย



เกาะปูยู



โครงการ ปรับตัวยยา รักษาด้วยใจ (ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช)



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 (วิเคราะห์สถานการณ์/แนวโน้ม/ผลการดำเนินงานเทียบเป้าหมายไม่น้อยกว่า 3 ปี

ย้อนหลัง)

ข้อมูลร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2568 ในพื้นที่จังหวัดสตูลเท่ากับร้อยละ 80.85, 67.33, 70.71 และ 81.50 ตามลำดับรายละเอียดดังตารางที่ 1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลการดำเนินงานผ่านเป้าหมายในทุกๆ ปี ในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 พ.ค.69) อยู่ที่ร้อยละ 80.7 เป้าหมายอยู่ที่ร้อยละ 75 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565-2568

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 ปรากฏรายละเอียดดังตัวชี้วัด ในตารางต่อไปนี้

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง
จนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate) ร้อยละ 75

ตารางที่ 2 1 แสดงข้อมูลผลการดำเนินงานร้อยละผู้ติดยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการรักษายาเสพติดได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตามตั้งแต่ปีงบประมาณ 2569

ผลการดำเนินงานปี 2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	14	9	64.29
ควนโดน	47	47	100
ควนกาหลง	50	45	90
ท่าแพ	414	321	77.54
ละงู	27	21	77.78
ทุ่งหว้า	13	13	100
มะนัง	4	4	100
ภาพรวมจังหวัด	569	460	80.84

ที่มา :ระบบบสต. ข้อมูล ณ วันที่ ณ 31 พฤษภาคม 2569

สถานการณ์

ในส่วนของคุณข้อมูลผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดพบว่าผู้เข้ารับการบำบัด ยาเสพติด ในช่วงปีงบประมาณ 2568 (ที่มา : ฐานข้อมูลระบบรายงานยาเสพติด : <http://antidrug.moph.go.th>) จังหวัดสตูล มีผู้เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 1,352 รายเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 111 รายได้เข้ารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 100 โดยพบมากในอำเภอท่าแพ 76 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.46 รองลงมาคือ อำเภอเมือง 22 รายคิดเป็นร้อยละ 19.81 ตามลำดับในส่วนข้อมูลปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 พ.ค. 69) ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ

ก่อนความรุนแรง (SMI-V) จากการเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลในจังหวัดสตูลทุกแห่ง และเข้าสู่กระบวนการรักษาทั้งหมด 41 รายตั้งแต่เข้าสู่ระบบการรับการรักษาทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่พบใน อำเภอเมืองตามลำดับแสดงรายละเอียดตารางที่ 3

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

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ

ผลการดำเนินงาน ปี 2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	9	ยังไม่พบผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดก่อความรุนแรงซ้ำ ในปีงบประมาณ 2569 (วันที่ 1 ต.ค.68- 31 พ.ค.69)	ร้อยละ 100
ควนโดน	6		
ควนกาหลง	11		
ท่าแพ	3		
ละงู	8		
ทุ่งหว้า	3		
มะนัง	1		
ภาพรวมจังหวัด	41		

ที่มา : จากโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดสตูล ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ /ผลงานเด่น /ผลงานที่ภาคภูมิใจ /ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6

Building Blocks, Result Framework

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีแผนการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเป็นระบบบูรณาการร่วมกันกับภาคีเครือข่ายโดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มจำแนกตามสีตาม patient journey ทั้งนี้ ยังมีแผน care map การดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตอย่างไรร้อยต่อ(นครีสโตยโมเดล) พร้อมทั้งสร้างบุคลากรต้นแบบ เช่น การนำผู้ป่วยที่ผ่านการบำบัดในมินิมากลับมาเป็นพี่เลี้ยงให้กับผู้บำบัดหน้าใหม่และมีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนภายใต้โครงการ CBTx และชุมชนตำบลยังยืนร่วมกับภาคีเครือข่ายครอบคลุมทุกอำเภอ
กำลังคนที่ให้บริการ	จังหวัดสตูลอยู่ในช่วงการเปลี่ยนถ่ายบุคลากรใหม่ทำให้บุคลากรบางที่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทั้งนี้หน่วยงานดังกล่าวได้มีแผนการส่งบุคลากรเข้าอบรมแล้วในปีงบประมาณ 69 เช่น หลักสูตร Matrix Program ของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ช่วงต้นเดือนกรกฎาคม 2569
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	ระบบสต.ที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงข้อมูลในจังหวัดกับภาคีเครือข่ายสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ เช่น การประชุมติดตาม เป็นต้น
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	จังหวัดสตูลมีระบบการจัดการยาเพียงพอพร้อมใช้ระบบ Telemedicine สารสนเทศ ในการดูแลติดตามผู้ป่วย พร้อมทั้งมีระบบ Refilling ส่งยาทางไปรษณีย์ทั้งนี้
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	จังหวัดสตูลได้รับงบประมาณจากการะทรวงการสรรงบประมาณให้หน่วยงานในพื้นที่ ทั้งนี้ทางพื้นที่ได้มีการบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายของงบประมาณเพิ่มเติมจากหน่วยงานอื่นเพิ่มเติม เช่น หน่วยงานท้องถิ่น เป็นต้น
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	จังหวัดสตูลมีนโยบายการ ดูแล บำบัด ส่งต่อผู้ป่วยยาเสพติดบูรณาการเครือข่ายอย่างไรร้อยต่อพร้อมทั้งมีการประชุมติดตามในที่ประชุม ติดตามประเด็นเรื่องยาเสพติดจังหวัดทุกเดือนและมีการลงนาม MOU กับภาคีเครือข่ายในการร่วมมือการดูแลบำบัดและส่งเสริมการประกอบการประกอบอาชีพ

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

- 4.1.1 ติดตามประสานให้ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมสมัครใช้งาน บสต.และขึ้นทะเบียนผ่านระบบ E-register ทุกแห่ง
- 4.1.2 ดำเนินการขึ้นทะเบียนศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเพิ่มอีก 2 ที่ ได้แก่ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพทางสังคมเรือนจำจังหวัดสตูลและTDN
- 4.1.3 เปิดมินิธัญญารักษ์เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด (1 แห่ง โรงพยาบาลละงู)
- 4.1.4 โรงพยาบาลชุมชน จัดตั้งกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด หรือมีหน่วยงานรับผิดชอบในการดูแลบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด เป้าหมาย: ร้อยละ 100 ผลงาน: ร้อยละ 100 (ครบทั้ง 7 แห่ง)
- 4.1.5 ส่งต่อผู้ป่วยในสถานพยาบาลเข้ารับการบำบัดในสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ตามจำนวน 32 ราย
- 4.1.6 ดำเนินการขับเคลื่อนโครงการชุมชนล้อมรักษ์ (CBTx) โดยเพิ่มกลุ่มตำบลเป้าหมายในอำเภอละงู ได้แก่ ตำบลเขาขาว และปากน้ำ
- 4.1.7 จัดทำแผนผังการดูแลติดตามผู้ป่วย SMIV พื้นที่ของจังหวัดสตูล

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

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

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 5.1 ผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดไม่สมัครใจบำบัดทำให้มาไม่ต่อเนื่องและไม่เห็นความสำคัญของการบำบัด
- 5.2 การบำบัดผู้ป่วยแบบสมัครใจ ม.113, ม.114 ไม่สามารถจูงใจให้ผู้ป่วยรับการบำบัดได้ครบตามเกณฑ์เนื่องจากไม่มีมาตรการที่เข้มงวดเพื่อที่จะให้ผู้ป่วยอยู่ในระบบการบำบัด
- 5.3 ปัญหาข้อมูลจากระบบ HDC และข้อมูลระบบบสต. ข้อมูลจำนวนมีความแตกต่างกันค่อนข้างสูง โดยเฉพาะระบบฐานข้อมูลจาก HDC ค่อนข้างไม่อัปเดต
- 5.4 ปัญหาระบบข้อมูลในระบบ HDC ไม่สามารถดูจำนวนแยกตามรายอำเภอได้
- 5.5 ขาดอาคารสถานรองรับการบำบัดรักษาในมินิธัญญารักษ์โรงพยาบาลท่าแพสำหรับผู้ป่วยเพศหญิง เนื่องจากมีผู้ป่วยเพศหญิงที่ต้องการเข้ารับการบำบัด

5.6 ปัญหาการเข้ารับบริการผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในจังหวัดสตูลจากข่าวการก่อเหตุความรุนแรงผู้ก่อเหตุส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษา

5.7 ญาติและครอบครัวของผู้ป่วยมีความต้องการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดเอกชน เพื่อยุ่ระยะยาว

6. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 ให้มีการประชุมโดยใช้เวทีจังหวัด (ศอ.ปส.จ.) ในการประสานงาน บูรณาการในการดำเนินงาน เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามกฎหมายกำหนด

6.2 เขตสุขภาพที่ 12 จัดประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการเขียนประเมินตนเอง 2 ศูนย์ 2 สถาน ต้องทำการ Re-act

6.3 ทางสศส.สธ.ควรให้ทางผู้ประสานงานระดับจังหวัดสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยของพื้นที่ในระบบบสต. เพื่อได้ทราบปัญหาของพื้นที่เมื่อมีปัญหาทางระบบและได้แก้ไขอย่างทันท่วงทีรวดเร็วโดยไม่ต้องรอการดำเนินการจาก Admin บสต.

6.4 เพิ่มอัตราค่าจ้างและขวัญกำลังใจให้กับผู้ทำงานเกี่ยวกับยาเสพติด

6.5 ปรับระเบียบกฎหมายให้ยืดหยุ่นมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือให้สถานบำบัดเอกชนสามารถเปิดให้บริการได้อย่างถูกกฎหมาย

7. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การบูรณาการเครือข่ายดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อผ่าน "นครีสโตยโมเดลพลัส" และชุมชนล้อมรั้ว ควบคู่กับการนำเทคโนโลยีอย่าง Telemedicine ทั้งนี้ยังติดตามการบริหารจัดการเตียงผ่านระบบ Dash Board ของจังหวัดให้เป็นรูปธรรม และระบบ บสต. มาใช้ติดตามผู้ป่วยเชิงรุก ตลอดจนการส่งเสริมทักษะอาชีพหลังบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองและกลับคืนสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน



8. ภาพการดำเนินงาน

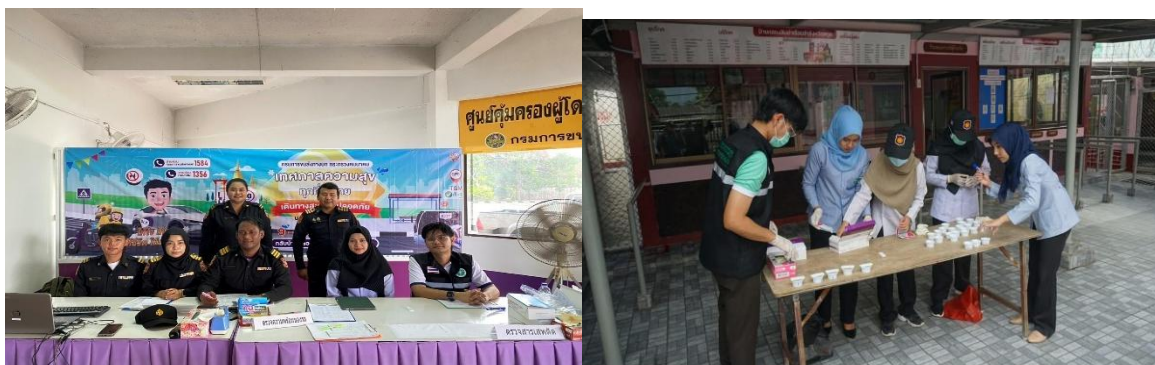
ดำเนินงานเปิดมินิรัฐญารักษ์ โรงพยาบาลควนกาหลงเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วย
ยาเสพติดในระยะ Intermediate care : IMC แบบผู้ป่วยใน รองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง



ดำเนินงานจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบงานยาเสพติดในจังหวัดสตูลโดยจัดขึ้นทาง
Online และ Onsite เพื่อสนองนโยบายกระทรวงในช่วงมาตรการประหยัดพลังงาน



ดำเนินการบูรณาการตรวจคัดกรองสารเสพติดในปัสสาวะร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่



ต้อนรับรองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) พร้อมคณะ
เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลและบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน



ผู้รายงาน: นาย นาท ครูอัน

ตำแหน่ง: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

หน่วยงาน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล

เบอร์ติดต่อ: 0808750811

E-mail: Nart_kru@hotmail.com

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 2569 (ต.ค 68- เม.ย. 69) พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง ทั้งหมด 183 ราย โดยมีผู้เสียชีวิต 51 ราย คิดเป็นอัตราตาย ร้อยละ 27.87 ซึ่งยัง สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่ แนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา จากการทบทวน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ โดยมีผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 60 ของผู้ป่วย ทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ยังคงเป็น Community-acquired sepsis ซึ่งตำแหน่งการติดเชื้อที่พบบ่อยเป็นภาวะ Pneumonia, UTI, Intraabdominal, Bacteremia และ Skin/soft tissue ตามลำดับ และจากการทบทวนเคสเสียชีวิตพบว่า ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 60) และมี Multiple comorbidities ตั้งแต่ 2-3 โรคขึ้นไปคิดเป็น ร้อยละ 50 โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุดได้แก่ภาวะหลอดเลือดสมองตีบหรือเป็นผู้ป่วยติดเตียง

ประเด็นสำคัญที่อาจส่งผลต่ออัตราตาย ดังนี้ การวินิจฉัยล่าช้า (Delayed diagnosis) ทำให้เกิดการ รักษาล่าช้า (Delayed treatment) และผู้ป่วยบางส่วนมีการแสดงเจตนา ปฏิเสธการรักษาแบบช่วยชีวิต ได้แก่ ปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจ ปฏิเสธการกดนวดหัวใจ และ/หรือปฏิเสธการให้ยากระตุ้นความดัน ส่งผลให้การ ดูแลรักษา ไม่เป็นไปตามแนวทางมาตรฐาน และอาจกระทบต่อผลลัพธ์การรักษา ทั้งนี้ ข้อมูลดังกล่าวสะท้อน ถึงความจำเป็นในการพัฒนากระบวนการคัดกรองและวินิจฉัยให้รวดเร็วขึ้น รวมถึงการบริหารจัดการการรักษา ให้ทันเวลา และการสื่อสารทำความเข้าใจร่วมกับผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับแนวทางการรักษาที่เหมาะสมตามสภาวะ โรค

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของอายุรกรรม : Sepsis)

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 24

จังหวัดสตูลตั้งแต่ปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งหมด 183 ราย เสียชีวิตจำนวน 51 ราย คิดเป็น ร้อยละ 27.87 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว จากการวิเคราะห์พบว่า การใช้ Screening tools ด้วย SOS score และ Serum lactate พบว่ายังมีกลุ่ม Diagnostic error (misdiagnosis and delayed diagnosis) ที่ไม่ได้รับการติดตามด้วย SOS score หรือ serum lactate รวมถึงการนิเทศติดตามไม่สม่ำเสมอ

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired < ร้อยละ 40

จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired ในช่วงปีงบประมาณ 2569 ทั้งหมดจำนวน 10 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 30 แนวโน้มลดลงจากปีที่แล้ว 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.68			ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	108	39.13	61	18	29.51	132	45	34.09
ควนโดน	5	0	0	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	7	2	28.57	4	0	0	8	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0	1	0	0
ละงู	42	9	21.43	15	3	20	36	6	16.67
ทุ่งหว้า	5	1	20	0	0	0	1	0	0
มะนัง	9	0	0	2	0	0	5	0	0
ภาพรวมจังหวัด	344	120	34.88	82	21	25.61	183	51	27.87

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								
	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired								
	เป้าหมาย < ร้อยละ 40								
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569					
				ต.ค.68 - ธ.ค.68			ต.ค.68 - เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	13	6	46.15	0	0	0	1	1	100
ควนโดน	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	8	0	0	0	0	0	2	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0	1	0	0
ละงู	6	3	50	0	0	0	3	2	66.67
ทุ่งหว้า	1	0	0	2	0	0	3	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	30	9	30	2	0	0	10	3	30

3.2.3 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ 90

อำเภอ	อัตราการได้รับ Antibiotic (onset to needle time) ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย ≥ 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			ต.ค.68 - เม.ย. 69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	252	91	61	58	95	132	130	98
ควนโดน	5	5	100	0	0	NA	0	0	NA
ควนกาหลง	7	7	100	4	4	100	8	8	100
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA	1	1	100
ละงู	42	41	97	15	14	93	36	34	94
ทุ่งหว้า	5	5	100	0	0	NA	1	1	100
มะนัง	9	9	100	2	2	100	5	5	100
ภาพรวมจังหวัด	344	322	94	82	79	96	183	179	97.8

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			ต.ค.68 - เม.ย. 69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	234	86	61	55	90	132	117	88.6
ควนโดน	5	5	100	0	0	NA	0	0	NA
ควนกาหลง	7	5	86	4	4	100	8	8	100
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA	1	1	100
ละงู	42	34	81	15	12	80	36	32	88
ทุ่งหว้า	5	4	80	0	0	NA	1	1	100
มะนัง	9	8	89	2	2	100	5	5	100
ภาพรวมจังหวัด	344	295	86	82	73	89	183	164	89.6

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			ต.ค.68 - เม.ย. 69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	276	192	70	61	44	72	132	92	84.8
ควนโดน	5	4	80	0	0	NA	0	0	NA
ควนกาหลง	7	5	71	4	4	100	8	7	87.5
ท่าแพ	0	0	NA	0	0	NA	1	1	100
ละงู	42	40	95	15	15	100	36	36	100
ทุ่งหว้า	5	4	80	0	0	NA	1	1	100
มะนัง	9	6	67	2	2	100	5	4	80
ภาพรวมจังหวัด	344	251	72	82	65	79	183	141	77

4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ (ภาพรวมตามตัวชี้วัดตรวจราชการ)

จังหวัดสตูล มีการปรับปรุงพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้กับเขตบริการสาธารณสุข และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูล โดยมี CPG (แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด) ที่เป็นฉบับเดียวกันทั้งจังหวัด และมีการให้คำปรึกษาพร้อมรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้เป็นระบบ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน การพัฒนาแก้ไขที่ได้ดำเนินการในปี 2569 ได้แก่

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

5. ปัญหา อุปสรรค (ภาพรวมตามตัวชี้วัดตรวจราชการ)

5.1 การใช้ Screening tool (SOS score) และ Serum lactate เพื่อ early detection sepsis และติดตามอาการผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด โดยพบว่าในระดับโรงพยาบาลชุมชนและหอผู้ป่วยอื่นที่ไม่ใช่อายุรกรรม ยังทำได้ไม่สม่ำเสมอ

- 5.2 ยังไม่มีแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินด้วย SOS score ชัดเจน โดยปัจจุบันทำในเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ไม่มีค่านิยามกลุ่มผู้ป่วยชัดเจน)
- 5.3 ขาดความต่อเนื่องในการนิเทศติดตาม/Audit ทำให้การปฏิบัติตามแนวทางไม่สม่ำเสมอ
- 5.4 ระบบ RRT ที่วางไว้ยังไม่มีนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจริง
- 5.5 การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในเครือข่ายจังหวัดสตูล ผู้ดูแล sepsis จากบางรพ.ไม่สามารถมาเข้าร่วมได้เนื่องจากติดภารกิจและต้องเดินทางมายังรพ.สตูล
- 5.6 ยังพบ delayed diagnosis และ misdiagnosis sepsis อยู่ ซึ่งทำให้การรักษาไม่เป็นไปในแนวทางของการรักษากภาวะ Sepsis เช่น การให้สารน้ำ หรือ การให้ยาปฏิชีวนะ

6.ผลงานเด่น

- 6.1 ระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วย Sepsis ที่มีความรวดเร็ว ปลอดภัย
- 6.2 CPG ที่ใช้เป็นแนวทางเดียวกันในโรงพยาบาลทั้งจังหวัด
- 6.3 การ Auto Lactate ในผู้ป่วยที่มีภาวะสงสัย sepsis
- 6.4 การรายงาน Case Sepsis Real time (Dashboard Sepsis)
- 6.5 การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการที่ได้รับความร่วมมือจากหลากหลายแผนก ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน กุมารแพทย์ อายุรแพทย์ และทีมพยาบาล ทำให้ได้รับความรู้ที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยทั้งหมด

7.แผนพัฒนา

- 7.1 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ สำหรับบุคลากรทุกระดับในเครือข่ายจังหวัดสตูล เน้นสร้างความเข้าใจ และฝึกปฏิบัติจริง โดยอาจเพิ่มช่องทางการอบรมให้มีทั้ง Onsite และ Online สำหรับผู้ที่ไม่สามารถมาเข้าร่วมได้
- 7.2 นิเทศกำกับติดตาม ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ โดยมุ่งเน้นการปฏิบัติตามแนวทางและการใช้ Sepsis screening tool เพื่อตรวจพบผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น
- 7.3 ให้ความรู้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในเรื่องของความรู้ การประเมินและการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามแนวทาง เนื่องจากเป็นบุคลากรด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบ นางชัตติยา เสมอภพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 099-0047999

e-mail : kuttiya251027@gmail.com

การพัฒนาระบบบริการ(Service Plan)

จังหวัดสตูล เขตสุขภาพที่ 12

สาขาไต

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า (เป้าหมาย >ร้อยละ 5)

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

สถานการณ์ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 จังหวัดสตูล จากข้อมูลปี 2567 มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 350 คน และในปี 2568 มีผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายจำนวน 265 คน ลดลงจากปีที่ผ่านมา จำนวน 955 คน ทั้งนี้ปี 2569 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2568 ถึง พฤษภาคม 2569 พบผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายแล้วจำนวน 222 คน ซึ่งถ้าเทียบการเกิดรายใหม่ปี 2568 พบว่าปี 2569 มีแนวโน้มการเกิดไตวายระยะสุดท้ายลดลง ซึ่งให้เห็นว่าเป้าหมายที่ต้องการลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ให้ลดลงมากกว่า 5 % ยังคงเป็นเรื่องท้าทายเพราะยังมีผู้ป่วย stage อยู่ในระบบจำนวนมาก และต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเข้มข้น

จังหวัดสตูลมีโรงพยาบาล 7 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง เปิดให้บริการ CKD Clinic ระยะ 3,4,5 ทั้งนี้ผลการคัดกรองไตในผู้ป่วย DM,HT ตั้งแต่ปี 2567-2569 ร้อยละ 76.74,72.72 ,62.51 ตามลำดับ ดังนั้นโรงพยาบาลสตูลและเครือข่ายบริการจึงได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย CKD และผู้ป่วย ESRD ที่รับการบำบัดทดแทนไตและรักษาแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐานเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และชะลอไตในผู้ป่วย CKD ในทุก Stage

ทั้งนี้จังหวัดสตูลมีอายุรแพทย์โรคไต 1(1) คน พยาบาลดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 18 คน (รพ.สตูล 6 คน,รพ.ละงู 5 คน,Outsources 3 คน,ศูนย์ Stan alone 3 คน) พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง 2 คน (สตูล 1 คน,ละงู 1 คน) จังหวัดสตูลมีหน่วยฟอกเลือด จำนวน 4 แห่ง (รัฐบาล 2 แห่ง และหน่วยเอกชน 2 แห่ง) และหน่วย CAPD 2 แห่ง (โรงพยาบาลสตูล และโรงพยาบาลละงู) จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต HD คน CAPD 92 คน (ข้อมูล 12 พ.ค. 2569)

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ร้อยละผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า

(เกณฑ์เป้าหมาย >ร้อยละ 5)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลร้อยละผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ปี2569 ย้อนหลัง 2 ปี

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง(ไม่น้อยกว่า 3 ปี)		
	จังหวัด	เขต 12	ประเทศ
2567	68	NA	NA
2568	89 (-30.88)	-111.44	-12.66
2569	104 (-16.85)	25.12	26.82

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลจำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 รายใหม่ ปี2569 แยกเป็นรายอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปี 2569			
อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
เมืองสตูล	33	44	-33.33
ควนโดน	5	2	60
ควนกาหลง	8	6	25
ท่าแพ	9	9	0
ละงู	25	38	-52.0
ทุ่งหว้า	6	5	+6.67
มะนัง	3	0	100
ภาพรวม	89	104	-16.85

ที่มา : HDC ข้อมูล ณ วันที่ ณ 12 พฤษภาคม 2569

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

องค์ประกอบ	ผลการประเมินเชิงคุณภาพ
การนำองค์กร	มีการทบทวนนโยบาย และทิศทางการดำเนินงาน CKD Clinic ระดับจังหวัดและในหน่วยบริการทุกแห่ง โดยมีประธาน Service Plan สาขาไตเป็นประธานในการประชุมทบทวน
ด้านบุคลากร	มีการดูแลด้วยสหวิชาชีพในคลินิก 5 สาขา ได้แก่ แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักโภชนาการ, และนักกายภาพบำบัด ครอบคลุมหน่วยบริการ
ด้านการบริการ	- การคัดกรอง eGFR ในหน่วยบริการทุกแห่ง - ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเมื่อพบภาวะ CKD Stage 3 – 4 ส่งเข้าคลินิกชะลอไตเสื่อมทุกราย - โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตวันจันทร์ เวลา 08.30 – 12.00 น. - ผู้ป่วยที่ปฏิเสธบำบัดทดแทนไต ส่งพบ Palliative care เพื่อดูแลแบบประคับประคองต่อไป
ระบบสนับสนุนการตัดสินใจของผู้รับบริการ	มี Clinical practice guideline ระดับจังหวัด และระบบการประสานงานในระดับจังหวัดโดยใช้ช่องทางกรู๊ปไลน์ และ ประสานทางโทรศัพท์กรณีเร่งด่วน
ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	- รณรงค์ให้ความรู้ในชุมชนและหน่วยบริการ - มีการให้ความรู้ในคลินิก CKD โดยทีมสหวิชาชีพของโรงพยาบาลตามแผนและวันโรคไตโลกของทุกปี
ระบบข้อมูล	มีระบบรายงาน HDC และใช้ข้อมูลโดยใช้ Data Exchange ในการวิเคราะห์และวางแผนการขับเคลื่อนงาน

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

4.1.1 มาตรการเชิงรุก

- ค้นหา คัดกรองไต ในผู้ป่วยเบาหวาน (DM) และความดันโลหิตสูง (HT) ทุกราย โดยการตรวจหาค่า eGFR และสารไข่ขาวในปัสสาวะ (Urine Albumin) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) แยกตามระยะ (Stage 1-5) เพื่อให้เห็นตัวเลขผู้ป่วยในระยะที่ 3 และ 4 ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นรายใหม่ของระยะที่ 5 อย่างชัดเจนและติดตามได้

4.2.2 มาตรการทางคลินิก

- คลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) คุณภาพเข้มงวดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1c less than 7%) และระดับความดันโลหิต (less than 130/80 mmHg) ในกลุ่มผู้ป่วย DM/HT
- การปรับเปลี่ยนยาที่เหมาะสม ในผู้ป่วย CKD ระยะ 3b-4 ให้ได้รับยาที่ช่วยลดการรั่วของโปรตีน เช่น ACEi/ARB หรือ SGLT2i ตามแนวทางเวชปฏิบัติ และมีระบบเฝ้าระวังงดการใช้ยาที่เป็นพิษต่อไต เช่น ยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs และสมุนไพร/ยาหม้อที่ไม่ได้มาตรฐาน
- จัดตั้ง/พัฒนา CKD Clinic คุณภาพ มีทีมสหวิชาชีพ(แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ) ร่วมดูแลผู้ป่วย CKD ระยะ 3 และ 4 แบบใกล้ชิด เพื่อประเมินและปรับแผนการรักษาเป็นรายบุคคล

4.2.3 มาตรการปรับพฤติกรรม

- โภชนบำบัดโรคไต จัดให้คำปรึกษาด้านอาหารโดยเฉพาะ เน้นการคุมโปรตีนให้เหมาะกับระยะไต, บอร์ดลดเค็ม ชะลอไต ลดการบริโภค 2,000 mg/วันและเลี่ยงอาหารแปรรูป สอนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถอ่านฉลากโภชนาการ และตระหนักถึงสัญญาณเตือนของภาวะไตเสื่อม
- มาตรการ ลดเค็ม-ลดหวาน รณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับชุมชน (Community-based intervention) โดยร่วมกับร้านค้าในชุมชนและโรงเรียนในการลดการใช้เครื่องปรุงรส

4.2.4 มาตรการบริหารจัดการและเครือข่ายไร้รอยต่อ

- ระบบส่งต่อ ช่องทางส่งต่อจาก รพ.สต. หรือหน่วยปฐมภูมิ ไปยัง CKD Clinic ในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป เมื่อพบผู้ป่วยที่มีค่า eGFR ลดลงอย่างรวดเร็ว $> 5 \text{ ml/min/1.73m}^2$ ในหนึ่งปี
- ระบบการติดตามเชิงรุกในชุมชน ใช้เครือข่าย อสม. พยาบาลเยี่ยมบ้าน ออกติดตามผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4 ที่ขาดนัด เพื่อดึงกลับเข้าสู่ระบบการรักษา ก่อนที่ไตจะเสื่อมเข้าสู่ระยะที่ 5

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรตั้งแต่ รพช.ในการคัดกรองโรคไตในผู้ป่วย NCD และกระบวนการให้คำปรึกษา การเข้าถึงให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร เพื่อการชะลอการเสื่อมของไต
- ปรับรูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเหมือนกันทุกรพช.
- ติดตามการจัดการระบบติดตามผู้ป่วยที่ Lose F/U จากคลินิก CKD
- จัดโครงการให้ความรู้การชะลอไตเสื่อมแก่ บุคลากร อสม. ผู้ป่วย และผู้ดูแล
- การนิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน และ ร่วม วิเคราะห์ และแก้ปัญหา ในพื้นที่ โดยทีม CKD

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 ปัญหาและอุปสรรค

- การควบคุมโรค NCD ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง (CKD)
- อัตราการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่และการชะลอความเสื่อมของไตยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- การจัดบริการของ CKD Clinic ยังไม่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะในกระบวนการให้คำปรึกษา (Counseling) ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้อัตราการล้างไตแบบฉุกเฉินโดยไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (Unplanned Dialysis) เพิ่มขึ้น

- ข้อจำกัดด้านบุคลากร ไม่มี (CKD Manager) ประจำคลินิก ทำให้ขาดเจ้าภาพหลักในการติดตาม และวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนักรู้ ส่งผลให้ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง

5.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน

- ดำเนินการบูรณาการร่วมกัน ระหว่าง CKD, NCDs และ palliative care เพื่อกำหนดรูปแบบวิธีการคัดกรองเชิงรุก การชะลอไตเสื่อม และการดูแลผู้ป่วยที่ปฏิเสธฟอกไต

- สร้างเสริมชุมชนเข้มแข็ง ยกกระดับความรู้ด้านสุขภาพ health literacy เพื่อให้เกิดความตระหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างยั่งยืน

- จัดกระบวนการดูแลร่วมกัน Shared decision making เพื่อลดอัตราการเกิด Unplanned Dialysis และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- การนิเทศติดตามการดำเนินงาน CKD clinic ภายในจังหวัด และในเขตสุขภาพ

- การพัฒนาคุณภาพคลินิก ควรมี CKD managers ที่รับผิดชอบและติดตามวางแผนดูแลผู้ป่วยประจำคลินิก

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การขับเคลื่อนเชิงรุกในกลุ่มเปราะบาง โดยสนับสนุนให้มีงบประมาณเฉพาะ (เช่น กองทุนสุขภาพตำบล/สปสช.) ในการจัดรถรับส่งผู้ป่วยเปราะบาง หรือสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการลงพื้นที่เชิงรุกเจาะเลือดติดตามผู้ป่วยติดเตียงและผู้สูงอายุ ของ พชอ. และ รพ.สต.

- พัฒนาหรือปรับปรุงระบบสารสนเทศด้านสาธารณสุขให้สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกันได้แบบอัตโนมัติ (เช่น ระหว่างระบบบันทึกข้อมูลของ รพ.สต. และ CKD Clinic ของโรงพยาบาลแม่ข่าย) เพื่อแก้ไขปัญหาฐานข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันและลดภาระการคัดข้อมูลซ้ำซ้อนของผู้ปฏิบัติงาน

- สนับสนุนให้สถาบันวิชาชีพ (เช่น สภาการพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล) ร่วมกับส่วนกลาง จัดหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้นและระยะยาว เพื่อเพิ่มพูนทักษะความเชี่ยวชาญให้แก่ CKD Manager และทีมสหวิชาชีพ ให้รองรับกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

7. ภาพการดำเนินงาน



ผู้รายงาน นางชาลินี หลังเถาะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
เบอร์ติดต่อ 0898799623
E-mail chalineee1863@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs : DM/HT)

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 โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามที่กำหนด
- 1.6.1 ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (RLU hospital Plus) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. สถานการณ์ (สรุปภาพรวม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน)

จากผลการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จ.สตูลได้รับการ ติดตามร้อยละ 86.68 เขตสุขภาพที่ 12 ร้อยละ 78.32 ประเทศร้อยละ 72.31 ซึ่ง จ.สตูลผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนด (เป้าหมายการดำเนินงานร้อยละ ๗๒) อำเภอที่มีการติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สูงสุด คือ อำเภอควนกาหลงและควนโดน ซึ่งมีการใช้ App smart อสม.ในการคัดกรอง และนัดติดตามตรวจยืนยันวินิจฉัยที่ รพ.ทุกราบ โดยจังหวัดสตูลได้ใช้ควนกาหลงโมเดลโดย ทุกรพสท.ได้มีการกำหนดให้อสม.ทุกคนใช้ App smart อสม.ในการคัดกรอง เพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง จ.สตูลได้รับการ ติดตามร้อยละ 95.6 เขต 12 ร้อยละ 76.17 ประเทศร้อยละ 68.82 จ.สตูลผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนด (เป้าหมายการดำเนินงาน ร้อยละ ๘๕) โดยในพื้นที่ อำเภอควนกาหลง มีการทำโครงการร่วมกับเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และในอำเภอละงูมีการ Motivation เพื่อให้ผู้ป่วยซื้อเครื่องวัดความดัน ด้วยตนเอง และกลุ่มสูงอายุทำไม่ได้ ไม่มีความมั่นใจในการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง

จากผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 – 2569 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 ๗๒) 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 HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง จ.สตูลผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ที่กำหนด อำเภอที่ สูงสุด คือ อำเภอควนโดนร้อยละ 80.21 และอำเภอที่มีการตรวจติดตาม ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA๑c) ได้ต่ำที่สุดคืออำเภอท่าแพ ร้อยละ 48.82

3.1.4 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($\geq$ ร้อยละ 40)

ผลการควบคุมเบาหวานยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด โดยภาพรวมจังหวัดผลการควบคุม คิดเป็น ร้อยละ 26.72 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อำเภอท่าแพมีผลการควบคุมได้สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ33.96 โดยอำเภอมะนัง มีการติดตามเจาะ HbA๑C เชิงรุกในผู้ป่วยเบาหวาน และมีการติดตามเจาะซ้ำทุก ๓ เดือน ในผู้ป่วยเบาหวานสิทธิข้าราชการ และมีการกำหนด ให้มีการทำ Telemedicine ในกลุ่มที่มี ค่า HbA๑C มากกว่า ๗% และได้ต่ำที่สุดคืออำเภอท่าแพ ร้อยละ 23.37

3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)

ผลการควบคุมความดันโลหิตสูง ยังทำได้ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด แต่มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยภาพรวมจังหวัด ผลการ ควบคุมคิดเป็นร้อยละ 55.29 ผลการควบคุมสูงสุด คืออำเภอละงู คิดเป็นร้อยละ 67.06 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือการทำ HMBP ในกลุ่ม Poor control และการติดตามความดันโลหิตซ้ำ ก่อนรับใบนัด และ ผลการควบคุมความดันโลหิตต่ำสุดคือ อำเภอท่าแพ คิดเป็นร้อยละ 47.30

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	262	217	82.82
ควนโดน	80	80	100
ควนกาหลง	29	29	100
ท่าแพ	90	64	71.11
ละงู	142	124	87.32
ทุ่งหว้า	60	57	95
มะนัง	50	47	94
ภาพรวมจังหวัด	713	618	86.68

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	2,294	2,172	94.68
ควนโดน	477	471	98.74
ควนกาหลง	202	201	99.50
ท่าแพ	459	456	99.35
ละงู	580	523	90.17
ทุ่งหว้า	543	524	96.50
มะนัง	312	306	98.08
ภาพรวมจังหวัด	4,867	4,653	95.60

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
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	ข้อมูลจาก HDC					
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 – ธ.ค.68		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,205	3,951	75.91	5,425	2,965	54.65
ควนโดน	1,323	960	72.56	1,403	896	63.86
ควนกาหลง	1,423	947	66.55	1,413	590	41.76
ท่าแพ	1,273	1,054	82.80	2,204	1,008	45.74
ละงู	3,119	1,995	63.96	3,196	1,164	36.42
ทุ่งหว้า	1,046	824	78.78	1,094	597	54.57
มะนัง	1,064	682	64.10	931	591	63.48
ภาพรวมจังหวัด	14,453	10,413	72.05	15,666	7,811	49.86

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,693	4,324	75.95
ควนโดน	1,435	1,151	80.21
ควนกาหลง	1,471	1,028	69.88
ท่าแพ	2,204	1,076	48.82
ละงู	3,316	2,231	66.74
ทุ่งหว้า	1,119	860	76.85
มะนัง	960	719	74.90
ภาพรวมจังหวัด	16,198	11,371	70.20

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,693	1,450	25.47
ควนโดน	1,435	479	33.38
ควนกาหลง	1,471	376	25.56
ท่าแพ	2,204	515	23.37
ละงู	3,316	891	26.87
ทุ่งหว้า	1,119	291	23.01
มะนัง	960	326	33.96
ภาพรวมจังหวัด	16,198	4,328	26.72

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย $\geq 40\%$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย. 69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	12,008	5,701	47.48
ควนโดน	3,490	2,269	65.01
ควนกาหลง	3,437	1,982	57.67
ท่าแพ	5,347	2,529	47.30
ละงู	7,727	5,182	67.06
ทุ่งหว้า	2,727	1,525	55.92
มะนัง	2,161	1,212	56.09
ภาพรวมจังหวัด	36,897	20,400	55.29

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

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบประมาณ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2568)			
2566	2567	2568	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	อำเภอ	สมัครใจเข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ				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					

ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ ปีงบฯ 2569	ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 2569 (ข้อมูล ณ วันที่ เม.ย.69)			
2566	2567	2568	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10	อำเภอ	สมัครใจเข้าร่วม	ผลงาน	ร้อยละ/อัตรา
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	1,293	1	0.08
-	-	0.12		ควนโดน	523	1	0.19
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	511	2	0.39
-	-	0.02		ท่าแพ	933	4	0.43
จังหวัดสตูล				ละงู	1,086	16	1.47
-	-	0.00		ทุ่งหว้า	555	1	0.18
ปี 2569				มะนัง	254	0	0.00
ประเทศ	เขต	จังหวัด		ภาพรวม	5,155	25	0.48
0.12	0.02	0.00		จังหวัด			

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		
	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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ LDL-Cholesterol อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย. 69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,693	4,879	85.70
ควนโดน	1,435	1,276	88.92
ควนกาหลง	1,471	1,263	85.86
ท่าแพ	2,204	1,828	82.94
ละงู	3,316	2,872	86.61
ทุ่งหว้า	1,119	977	87.31
มะนัง	960	852	88.75
ภาพรวมจังหวัด	16,198	13,947	86.10

3.2.9 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	5,396	2,546	47.18	5,425	1,678	30.93
ควนโดน	1,364	838	61.44	1,403	630	44.9
ควนกาหลง	1,411	647	45.85	1,413	383	27.11
ท่าแพ	1,305	733	56.17	2,205	660	29.93
ละงู	3,235	619	19.13	3,196	289	9.04
ทุ่งหว้า	1,083	369	34.07	1,094	245	22.39
มะนัง	1,079	276	25.58	930	160	17.2
ภาพรวมจังหวัด	14873	6028	40.53	15,666	4,045	25.82

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจ Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 70		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	5,693	2,332	40.96
ควนโดน	1,435	825	57.49
ควนกาหลง	1,471	626	42.56
ท่าแพ	2,204	690	31.31
ละงู	3,316	555	16.74
ทุ่งหว้า	1,119	359	32.08
มะนัง	960	195	20.31
ภาพรวมจังหวัด	16,198	5,582	34.46

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

7. ปัญหา อุปสรรค

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

8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

8.1 มีเครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพและระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมระบบการแพทย์ทางไกล (Telehealth Solution) พร้อมชุดกระเป๋าแบบพกพา ให้แก่ NPCU และ PCU ในพื้นที่ 7 อำเภอ ของจังหวัดสตูล วัตถุประสงค์การพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมี เพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายการบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพครอบคลุมพื้นที่ ผู้รับบริการสามารถดูย้อนหลังสำหรับการดูแลสุขภาพตนเองได้ต่อเนื่องผ่านแอปพลิเคชันข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Health Record) ได้ตลอดเวลา

8.2 โรงพยาบาลควนกาหลง ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 จากการประกวดรูปแบบบริการ (Service Model) เชิงนวัตกรรมที่สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

8.3 การทำ HMBP /Home ward ในกลุ่ม การทำ ในกลุ่ม Poor control

8.4 การทำ Telemedicine สำหรับพื้นที่เกาะ

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

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 68- เม.ย 69) ประชากรกลุ่มเป้าหมาย 11,862 ราย ได้รับการคัดกรอง 3,582 ราย คิดเป็น ร้อย
ละ 7.55 %

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	4,432	526	5.44
ควนโดน	806	276	11.82
ควนกาหลง	1,189	83	3.50
ท่าแพ	1,092	213	15.89
ละงู	2,701	345	8.54
ทุ่งหว้า	919	53	3.30
มะนัง	723	144	7.13
ภาพรวมจังหวัด	11,862	3,582	7.55

2.2 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก)ได้รับการส่องกล้องColposcopy มากกว่าหรือเท่ากับ 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 – เม.ย. 69 ทำ colposcopy 41 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 - เม.ย 69 คัดกรองได้ 96.19 %

อำเภอ	จำนวน	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,536	1,478	96.86
ควนโดน	356	345	96.91
ควนกาหลง	332	295	88.86
ท่าแพ	881	863	97.96
ละงู	961	919	95.63
ทุ่งหว้า	525	512	97.52
มะนัง	319	309	94.36
ภาพรวมจังหวัด	5,516	4,723	96.19

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 – เม.ย 69 มีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 187 ราย แบ่งเป็นของรพ.ละงู 42 ราย รพ.สตูล 145 ราย โดยประสานรับ ผู้ป่วยที่มีผลคัดกรองผิดปกติจากพื้นที่แต่ละอำเภอมาเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้อง โดยส่งมาพบแพทย์ ศัลยกรรมในวันจันทร์ - ศุกร์ รพ.สตูล ทำcolonoscopy ที่รพ.สตูล 30 ราย คิดเป็น 16.05%

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)	-แต่ละอำเภอส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสตูลได้ทุกวัน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	-สูติแพทย์สามารถส่องกล้องได้ 3 ท่าน
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	-รายงานข้อมูลผ่านHDC -Hos xp
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-โรงพยาบาลสตูลมีเครื่องcolposcopy 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)	-มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลสตูล 5 ท่าน -มีแพทย์ศัลยกรรมโรงพยาบาลละงู 2 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

3.1.4ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง

Colonoscopy

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

3.1.5 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-ฟังผลขึ้นเนื้อภายใน 14 วัน -ส่งขึ้นเนื้อส่งตรวจทุกวัน -ห้อง Lab แจ้งให้ทราบทันทีเมื่อมีผลขึ้นเนื้อผิดปกติ + ประสานแพทย์+ผู้ป่วยเพื่อฟังผลขึ้นกรณีได้ผลก่อนวันนัด -ให้ความรู้เรื่องการดำเนินของโรค การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

3.1.6 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ(Service devery)	-เปิดบริการให้ยาเคมีบำบัดที่ตึกผู้ป่วยนอก - มีห้องให้ยาเคมีบำบัดที่หอผู้ป่วย -มีคิวด่วนสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้ยาเคมีบำบัด -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)	-ประสานนัดผู้ป่วยในกรุป Line ของเขต 12
4.เทคโนโลยีทางการแพทย์/การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น(Access to essential medicine)	-
5.ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	- ตามสิทธิผู้ป่วย
6.ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	-

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.2.5ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด 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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	25	24	96

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	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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 70\%$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	21	18	85.72

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	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษากายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 60\%$					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	12	12	100	4	4	100

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษากายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 60\%$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	10	9	90

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	

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	11,862	3,582	7.55

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)			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	16	16	100	41	41	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	

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	4,910	4,723	96.19

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		

อำเภอ	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ)		
	ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	187	30	16.05

อัตราตายผู้ป่วยมะเร็ง

ประเภท	ปีงบประมาณ								
	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปี งบ 66	ปี งบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69	
								ต.ค.68 – ธ.ค.68	ต.ค.68 – เม.ย.69
มะเร็งเต้านม Breast	2	3	7	4	3	2	3	1	4
มะเร็งปากมดลูก Cervix	7	0	0	3	1	2	2	0	3
มะเร็งปอด Lung	3	11	4	6	3	13	7	5	9
มะเร็งลำไส้ใหญ่	16	6	8	7	1	6	4	0	2
มะเร็งตับ	20	9	7	4	4	7	9	1	8
อื่นๆ		9	16	21	6	17	19	4	13
รวม	85	42	46	45	18	47	44	11	39

จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่

ประเภท	ปีงบประมาณ								
	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65	ปี งบ 66	ปี งบ 67	ปีงบ 68	ปีงบ 69	
								ต.ค.68 – ธ.ค.68	ต.ค.68 – เม.ย.69
มะเร็งเต้านม Breast	36	50	67	61	85	74	38	13	36
มะเร็งปากมดลูก Cervix	5	7	7	18	38	45	23	7	20
มะเร็งปอด Lung	20	34	18	17	47	64	40	14	28
มะเร็งลำไส้ใหญ่	29	41	58	50	67	58	47	11	27
27มะเร็งตับ	28	20	14	22	14	54	28	8	24

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- จัดโครงการคัดกรองมะเร็งในพื้นที่จังหวัดสตูล
- ประชาสัมพันธ์โครงการคัดกรองให้ประชาชนรับทราบผ่านผู้นำในชุมชน เช่น อสม. เสียงตามสาย หรือผ่านทางโซเชียลมีเดียที่มี
- จัดทำฐานข้อมูลเพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2569
- สำนักรวบรวมพร้อมของแต่ละอำเภอและประชุมวางแผนในการดำเนินงาน
- ติดตามผลการดำเนินงานและรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเป็นระยะ

6. ปัญหา อุปสรรค

- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรอง และรายได้คัดกรองพบผลผิดปกติไม่ยอมมาตรวจรักษาต่อ ไม่ค่อยตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความอายในการตรวจ

7. ข้อเสนอแนะ

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 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการ กระทั่งทราบสาเหตุได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan) ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด (STEMI)ให้ได้มาตรฐานการรักษา โดยผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase/Tenecteplase)ภายใน 30 นาที และ/หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Primary PCI) ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย

จังหวัดสตูลมีข้อจำกัดคือไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจแต่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุกโรงพยาบาล ในจังหวัดสตูลโดยผ่านการปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจและส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์โรคหัวใจเพื่อทำ Primary PCI ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง รวมถึงโรงพยาบาลธนบุรี ตรัง ตามบริบทของพื้นที่

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ STEMI)

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (ภาพรวมของ STEMI)ทางคณะทำงาน Service Plan STEMI ได้มีการทบทวน RCAในเคสSTEMIที่เสียชีวิตทุกรายพบว่าส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง Killipclass3-4 ซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการเสียชีวิต ซึ่งร้อยละ50 เป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยมีประวัติตรวจสุขภาพ แต่มีประวัติ Heavy smoking อีกส่วนหนึ่งเป็นกลุ่มNCD จึงได้ให้ทุกพื้นที่เน้นการดูแลเชิงรุกทั้งการคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มNCD การประชาสัมพันธ์STEMI alert และการใช้1669 ปัญหาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตายเฉียบพลัน (STEMI) ไม่ได้รับการทำPrimary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาที ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ โดยเฉพาะระยะทางจากอำเภอละงูและอำเภอทุ่งหว้าถึงอำเภอหาดใหญ่ หลังจากได้มีการประสานความร่วมมือกับCath lab โรงพยาบาลตรังในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่อำเภอทุ่งหว้า อำเภอละงู และอำเภอมะนัง ตั้งแต่ช่วงปีงบประมาณ 67 -68 พบว่า อัตราผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดภายใน 120 นาที ผ่านเกณฑ์เป้าหมายดีขึ้น นอกจากนี้ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2569 ยังได้มีการประสานความร่วมมือกับทางโรงพยาบาลธนบุรี ตรัง เพิ่มเติมในการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปทำ Primary PCI ในกรณีที่ทางโรงพยาบาลตรังไม่สามารถรับผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานมากขึ้น ในส่วนของหลิเปะซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวสำคัญก็ได้วางระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ซึ่งล่าสุดได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(STEMI) โดยพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือด Tenecteplase ตั้งแต่ที่รพ.สต.เกาะหลิเปะภายใต้การดูแลของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์อายุรกรรมของโรงพยาบาลสตูล รวมถึงอายุรแพทย์โรคหัวใจโรงพยาบาลหาดใหญ่ ก่อนที่จะส่งตัวไปยังโรงพยาบาลหาดใหญ่เพื่อทำ Primary PCIโดยใช้Skydoctorจากการประสานความร่วมมือกับกองทัพอากาศ4และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่เหมาะสมรวดเร็ว

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 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	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 – ธ.ค.68		
	จำนวน ผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวน ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ	จำนวน ผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวน ผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	0	52	0	1	22	4.54
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

อำเภอ	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ 9		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68- พ.ค.69)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	44	2.27
ควนโดน	0	9	0
ควนกาหลง	0	3	0
ท่าแพ	0	7	0
ละงู	0	15	0
ทุ่งหว้า	1	11	9.09
มะนัง	0	9	0
ภาพรวมจังหวัด	2	98	2.04

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	22	63.63
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

อำเภอ	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด $\geq$ ร้อยละ 70		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68- พ.ค.69)		
	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	38	44	86.36
ควนโดน	7	9	77.77
ควนกาหลง	3	3	100
ท่าแพ	4	7	57.14
ละงู	11	15	73.33
ทุ่งหว้า	5	11	45.45
มะนัง	9	9	100
ภาพรวมจังหวัด	77	98	78.57

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
ภาพรวมจังหวัด	52	101	51.49	118	140	84.28

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
ภาพรวมจังหวัด	100	129	77.5	26	41	63.41

A : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

B : จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68- พ.ค.69)		
	A	B	ร้อยละ
เมืองสตูล	37	39	94.87
ควนโดน	7	9	77.77
ควนกาหลง	3	3	100
ท่าแพ	4	6	66.66
ละงู	10	14	71.42
ทุ่งหว้า	4	10	40
มะนัง	8	9	88.88
ภาพรวมจังหวัด	73	90	81.11

ในช่วงวิกฤติน้ำท่วม เกิดความล่าช้าในช่วงการประสาน เนื่องจากพื้นที่จังหวัดสตูลส่วนใหญ่ประสบปัญหาน้ำท่วมโรงพยาบาลหาดใหญ่ปิดศูนย์หัวใจ ยังไม่มีแนวทางรองรับ โรงพยาบาลตรังไม่สามารถรับเคสได้ 24/7 จึงได้ประสานรพ.พัทลุง เพื่อส่งต่อผู้ป่วย ทำ Primary PCI

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
เมืองสตูล	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
ภาพรวมจังหวัด	30	34	88.24	65	80	81.25

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
เมืองสตูล	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
ภาพรวมจังหวัด	32	56	57.14	17	22	77.27

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับSK ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68- พ.ค.69)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ SK ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมดที่ได้รับการทำ SK	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	5	20
ควนโดน	-	-	-
ควนกาหลง	-	-	-
ท่าแพ	2	2	100
ละงู	1	1	100
ทุ่งหว้า	1	2	50
มะนัง	2	2	100
ภาพรวมจังหวัด	7	12	58.33

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. เคส รพ.ควนกาหลง dead ขณะอยู่ในห้อง Cath lab
3. เคส รพ.ทุ่งหว้า หลังrefer 2วัน ขณะนั่งกินอาหาร arrest
4. เคส รพ.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	22	4.54
ควนโดน	0	7	0
ควนกาหลง	0	2	0
ท่าแพ	0	3	0
ละงู	0	4	0
ทุ่งหว้า	0	3	0
มะนัง	0	3	0
ภาพรวมจังหวัด	1	44	2.32

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตภายใน 30วัน นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI ไม่เกินร้อยละ10		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค. 68- พ.ค.69)		
	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตภายใน 30วัน	จำนวนผู้ป่วย STEMI ทั้งหมด	ร้อยละ
เมืองสตูล	1	44	2.27
ควนโดน	0	9	0
ควนกาหลง	0	3	0
ท่าแพ	0	7	0
ละงู	0	15	0
ทุ่งหว้า	2	11	1.81
มะนัง	0	9	0
ภาพรวมจังหวัด	3	98	3.06

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
ภาพรวมจังหวัด	14.98	9.05	13.10	4.00	5.8

อำเภอ	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 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

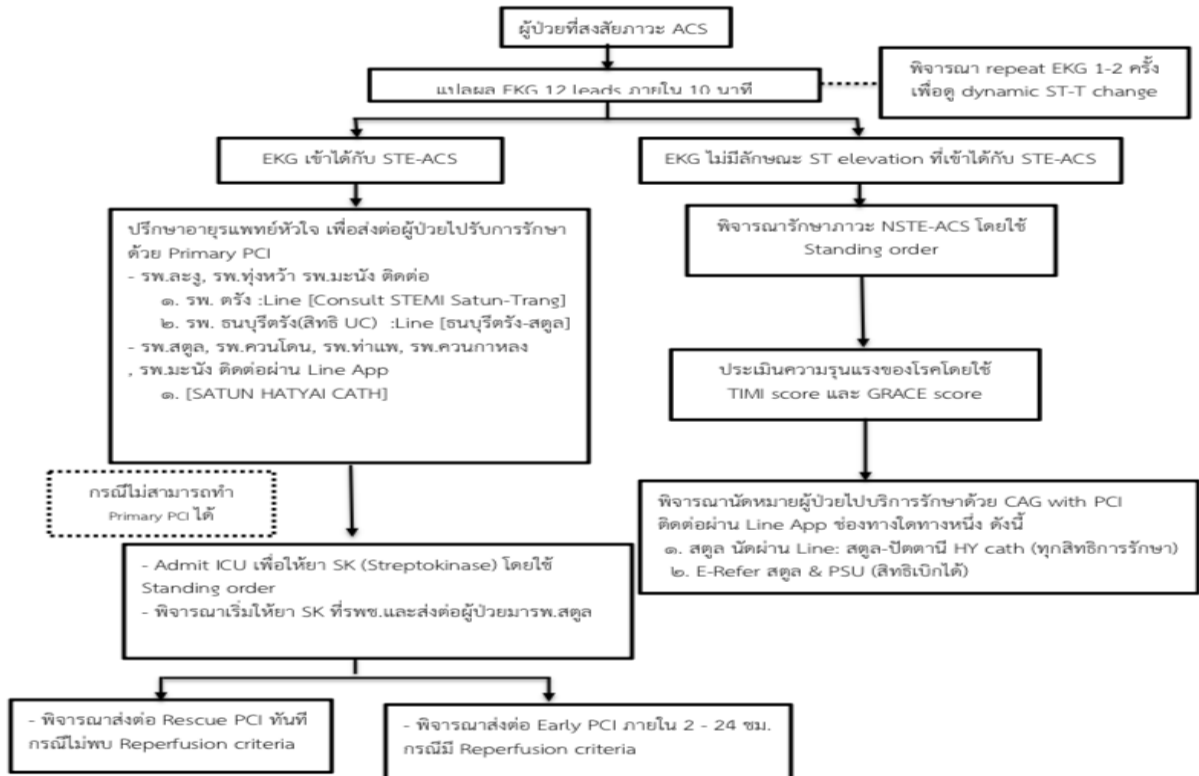
อำเภอ	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26 : 100,000 ประชากร		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)		
	จำนวน ประชากร	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	111,177	8	7.19
ควนโดน	26,996	0	0
ควนกาหลง	35,649	0	0
ท่าแพ	29,907	0	0
ละงู	72,943	2	2.72
ทุ่งหว้า	24,346	1	4.10
มะนัง	18,673	0	0
ภาพรวมจังหวัด	319,691	11	3.44

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

- ปัจจัยด้านระยะทางในการส่งต่อและการแก้ปัญหาวิกฤติของผู้ป่วยทำให้มีระยะเวลาในการส่งต่อล่าช้า ในบางเคส รวมถึงความพร้อมในการรับเคสได้ 24/7 ของ cath lab โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลตรัง ดังที่ได้กล่าวไปในหัวข้อภาพรวม STEMI เชิงคุณภาพ

- ในพื้นที่รพ.สต.เกาะหลีเป๊ะ ทางคณะทำงานและทีมสหวิชาชีพได้วิเคราะห์ปัญหา จากการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด(STEMI) พบว่ามีปัญหาจากการบริหารยา Streptokinase และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย จึงได้กำหนดแนวทางในการนำยา Tenecteplase มาใช้ในรพ.สต. เกาะหลีเป๊ะ เพื่อเปิดเส้นเลือดก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปทำ Primary PCI ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ซึ่งได้ดำเนินการแล้วเสร็จ 1 มิถุนายน 2569

แนวทางการดูแลผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome (ACS) จ.สตูล



6. แนวทางพัฒนา

- จัดทำแนวทางที่ชัดเจนร่วมกับรพ.ศูนย์และศูนย์สวนหัวใจในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI Fast Tract เพื่อทำ PPCI ให้ครอบคลุม 24/7
- ประสานการทำงานร่วมกันกับ NCD clinic และปฐมภูมิ รพ.สต ในการคัดกรองประเมิน Thai CV risk score
- การใช้ระบบ AOC / EMS alert รวมถึงการใช้ portable EKG ในรถ EMS เพื่อลดข้อจำกัด Pre-hospital diagnosis
- พัฒนาระบบข้อมูลและการคืนข้อมูลร่วมกับรพ.แม่ข่ายและศูนย์สวนหัวใจในเขตสุขภาพ

ผู้รายงาน น.ส.ไอลา ตุ้งกัน

โทร 098-6949699

e-mail Acssatun@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา วัณโรค : TB

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ $\geq 88\%$
- 1.2. ผู้ต้องขังก่อนปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) $\geq 88\%$
- 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 พฤษภาคม 2569 พบว่า ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของทุกประเภท (ชาวไทย ไม่ใช่คนไทย เรือนจำ) ที่ขึ้นทะเบียนจำนวน 135 ราย อำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ สูงสุด 3 ลำดับ ได้แก่ อำเภอเมืองสตูล จำนวน 74 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.68 อำเภอละงู จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.30 และอำเภอท่าแพ จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.45

เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป มีจำนวนและอัตราการรายงานมากกว่าทุกกลุ่ม จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.26 รองลงมา อายุ 35 - 44 ปี จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.52 และอายุ 45 – 54 ปี จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.78

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่

ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำในจังหวัดสตูล 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

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 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 อำเภอบาแพง อำเภอละงู อำเภอทุ่งหว้า และอำเภอมะนัง อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 38 ราย พบว่า มีความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.86 กำลังรักษา จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 51. และเสียชีวิตก่อนเริ่มหรือระหว่างรักษาด้วยสาเหตุใดก็ตาม จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.71 ชายอายุ 79 ปี เสียชีวิตกลุ่มผู้ติดบ้านติดเตียงมีโรคร่วม COPD HT จำนวน 1 ราย มีปัญหาเรื่องทุพโภชนาการ หายใจเหนื่อย ใส่ท่อช่วยหายใจ ญาติขอถอดท่อและไม่ CPR ขอรักษาแบบระดับประคับ กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ชาย อายุ 55 ปี มีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ไขมันในเลือด เสียชีวิตด้วย MI จำนวน 1 ราย โอนออกจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.57

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

ผู้ต้องขังรายใหม่และรายเก่า ปี พ.ศ.2569 ที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2568 – 31 พฤษภาคม 2569 จำนวน 1,461 ราย โดยแยกเป็นรายเก่า จำนวน 584 ราย และ รายใหม่ จำนวน 877 ราย และจำนวนผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัวพ้นโทษได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก จำนวน 531 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 พ.ค 69)	319,286	466	146	135	28.97

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ .31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

(ข้อมูล NTIP)

อำเภอ	ประชากรราษฎร์	Estimate	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน	ร้อยละ
เมือง	114,015	162	74	45.68
ควนโดน	27,706	39	2	5.13
ควนกาหลง	35,475	52	8	15.38
ท่าแพ	29,998	44	9	20.45
ละงู	73,817	106	30	28.30
ทุ่งหว้า	24,522	36	6	16.67
มะนัง	18,721	27	6	22.22
จังหวัด	324236	466	135	28.97

ที่มา โปรแกรม NTIP ข้อมูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

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

- 4.1 การคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง ทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยคัดกรองได้ ร้อยละ 93.37
- 4.2 ผู้ป่วยวัณโรค case active finding ยังทำได้น้อย ส่วนใหญ่จะเป็น case passive finding
- 4.3 การทำ DOT ในผู้ป่วยวัณโรคของเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังไม่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพียงพอ
- 4.4 ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษาจากมีโรคร่วมและโรคประจำตัว

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

5.1 ทบทวนและวิเคราะห์ สถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนงาน วัณโรค ปีงบประมาณ 2569 และ ทบทวนมาตรการ วิเคราะห์ช่องว่าง ปัญหา อุปสรรคของการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหา การดำเนินงานวัณโรคในแต่ละพื้นที่

5.2 จัดทำแผนปฏิบัติการและ กิจกรรมสำคัญ มาตรการเร่งรัดผลสำเร็จของการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด

5.3 กำหนดเป้าหมายการคัด กรองกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่ม และ ดำเนินการตามแผน

5.4 จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ สัมผัสร่วมบ้านที่สัมผัส Index case ที่ขึ้นทะเบียน ตามจริง และ ดำเนินการคัดกรองภายใน 1 เดือน

5.5 ทบทวนสาเหตุการตายโดย แพทย์ แยกสาเหตุการตาย จากวัณโรคหรือสาเหตุการ ตายจาก โรค ร่วม (From TB / with TB)

5.6 จัดทำแนวทางปฏิบัติงาน ที่ชัดเจนในการส่งตรวจ Igra

6. ปัญหา อุปสรรค

6.1 ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาส่วนใหญ่ยังมาจากการค้นพบในระบบบริการปกติ (Passive Case Finding) ทำให้การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชนยังมีข้อจำกัด

6.2 ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุหรือมีโรคร่วมสำคัญหลายโรค เช่น เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ ส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของการรักษา

6.3 การกำกับติดตามการรับประทานยาวัณโรคโดยพี่เลี้ยง (DOT) .ในบางพื้นที่ยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและภาระงานของหน่วยบริการ

6.4 การติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและกลุ่มเสี่ยงบางส่วนยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย

7. ข้อเสนอแนะ

7.1 เร่งรัดการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง 7 กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเพิ่มการค้นพบผู้ป่วยระยะแรก

7.2 ทบทวนผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตระหว่างการรักษาเป็นรายกรณี (TB Death Review) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและกำหนดแนวทางป้องกันการเสียชีวิต

7.3 เสริมความเข้มแข็งระบบ DOT โดยเน้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการขาดยา ขาดนัด หรือมีปัญหาการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

7.4 กำกับติดตามผลการดำเนินงานวัณโรคในระดับอำเภออย่างสม่ำเสมอ โดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม NTIP เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างทันท่วงที

7.5 พัฒนาคุณภาพการเก็บเสมหะ การส่งตรวจ และการวินิจฉัยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว

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 เพื่อให้เข้ารับการรักษาทันเวลา โรงพยาบาลสตูล เปิดหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรับผู้ป่วยจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบและแตก อัตราการครองเตียง 85-90% รองรับการรักษา รพ.ในเครือข่าย ได้รับรองการประเมินเป็นศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Stroke Center Certify) มีการ Re-accredit SSCC ครั้งที่1 ในเดือน เมษายน 2568 ประเมินผ่านในระดับ 5 ดาว ระยะเวลารับรอง 1 กันยายน 2568 – 31 สิงหาคม 2571 และได้รับการประเมินผ่านประเมินเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง (Program and Disease Specific certification PDSC) มีโรงพยาบาลละงู เป็นโรงพยาบาลระดับ M มี CT scan มีอายุรแพทย์ 2 คน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้และรับผู้ป่วยไว้ในการรักษาเฉพาะในพื้นที่ของโรงพยาบาลละงู แต่ในผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยพื้นที่ของโรงพยาบาลทุ่งหว้า ยังคงต้องส่งต่อมาโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน Stroke Unit โรงพยาบาลสตูลมีการปรับระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดโดยให้ยาที่ห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลา (Door to needle time) กรณีที่มีการอุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ (Large vessel occlusion) จะมีการส่งต่อไปทำThrombectomy ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลตรัง หรือโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้ ในการดูแลผู้ป่วยหลังการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีโรงพยาบาลท่าแพ รองรับผู้ป่วย 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. ตลอดจนมีการส่ง HHC เพื่อติดตามการดูแล ป้องกันการเกิดซ้ำ มีการรณรงค์การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด ในกลุ่มโรคเรื้อรัง และมีการบูรณาการ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับแพทย์แผนไทย สำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน หากมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยวิธี Thrombectomy จะมีการปรึกษาจาก Neuro intervention โรงพยาบาลหาดใหญ่ และส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลรักษา และรับกลับมาเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่

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

3. ผลการดำเนินงาน

อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดสตูนรวมต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนพบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตก ไม่สามารถผ่าตัดได้ หรือญาติไม่ยินยอมผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิต จะเป็น large vessel occlusion มีภาวะหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจนาน เกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มารับการรักษาหลัง 4.5 ชม. การดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีการปรึกษาทีมสหวิชาชีพ และมีการดูแลร่วมกับทีมรักษาแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้าย สาเหตุการเกิดโรคเนื่องจากผู้ป่วยมีโรค NCD ขาดยา ขาดนัด ไม่ควบคุมปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ส่วนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง มีแนวโน้มการเข้าถึงการถึงการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นเป็น 57 % ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที มีจำนวนเพิ่มขึ้นระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time เท่ากับ 42.25 นาที มีการปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องห้องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ สามารถลดระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time (มกราคม-เมษายน 2569) เท่ากับ 40 นาที ในราย Door to needle time มากกว่า 60 นาที พบว่ามีเคส Stroke fast track ในระยะเวลาเดียวกัน 2 ราย 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 20 นาที มีการปรับปรุงในรายที่ Activated Stroke fast track จาก รพช.โดยมีการปรึกษาอายุรแพทย์ระบบประสาทและแจ้งอาการผู้ป่วยในระบบ Line เมื่อแพทย์รับไว้ใน การดูแล จะมีการส่งต่อผู้ป่วยทันทีโดยไม่รอผล

เลือดทำให้การปรับปรุงดังกล่าวทำให้ลดระยะเวลาการส่งต่อและทีมรักษาดูแลของโรงพยาบาลสตูนมีการเตรียมเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย

ผู้ป่วย Hemorrhagic stroke ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหากมีอาการเปลี่ยนแปลงจะได้รับการปรึกษาจากศัลยแพทย์ระบบประสาทหากมีความจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดจะมีการประสานทีมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 60 นาที

ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน มี Bleeding จากการให้ยา rt-PA มีการจัดการผู้ป่วยที่เกิด complication โดยการใช้ Standing order reversal rt-PA สามารถปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทได้ทันที มีการสำรองเลือดและส่วนประกอบของเลือดได้ตลอด 24 ชั่วโมง

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								
	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7)								
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569					
				ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	443	23	5.19	115	6	5.22	231	10	4.33
ควนโดน	102	2	1.96	30	3	10.00	57	4	7.02
ควนกาหลง	162	3	1.85	28	3	10.71	57	4	7.02
ท่าแพ	103	0	0	22	0	0.00	44	0	0.00
ละงู	179	7	3.91	66	1	1.52	146	2	1.37
ทุ่งหว้า	76	2	2.63	12	0	0.00	37	1	2.70
มะนัง	80	5	6.25	13	0	0.00	38	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	1,145	42	3.67	286	13	4.55	610	21	3.44

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	83.33	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 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	403	372	92.31	89	82	92.1	216	206	95.37
ควนโดน	68	65	95.59	9	8	88.9	44	40	90.91
ควนกาหลง	92	88	95.65	11	10	90.9	44	37	84.09
ท่าแพ	65	63	96.92	8	8	100	38	35	92.11
ละงู	40	35	87.50	5	5	100	25	21	84.00
ทุ่งหว้า	44	40	90.91	5	5	100	22	19	86.36
มะนัง	43	38	88.37	7	7	100	26	25	96.15
ภาพรวมจังหวัด	755	701	92.85	194	179	92.3	417	383	91.85

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 - ธ.ค.68			ต.ค.68 - .เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	88	15	17.05	23	3	13	38	5	13.16
ควนโดน	23	2	8.70	8	2	25	11	2	18.18
ควนกาหลง	19	1	5.26	0	0	0	6	0	0.00
ท่าแพ	15	0	0	6	0	0	9	0	0.00
ละงู	32	6	18.75	12	1	8	21	2	9.52
ทุ่งหว้า	12	0	0	2	0	0	2	0	0.00
มะนัง	17	3	17.65	0	0	0	2	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	206	27	13.11	51	6	12	89	9	10.11

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 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	355	8	2.25	92	3	3.26	193	5	2.59
ควนโดน	79	0	0	22	1	4.55	46	2	4.35
ควนกาหลง	143	2	1.40	28	3	10.71	51	4	7.84
ท่าแพ	88	0	0	16	0	0.00	35	0	0.00
ละงู	147	2	1.36	54	0	0.00	125	0	0.00
ทุ่งหว้า	64	1	1.56	10	0	0.00	35	1	2.86
มะนัง	63	2	3.17	13	0	0.00	36	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	939	15	1.60	235	7	2.98	521	12	2.30

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
	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 ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด ทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time) เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ 50								
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569					
				ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 -69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	73	62	84.93	22	18	81.82	63	57	90.48
ควนโดน	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
ละงู	9	8	88.89	0	0	0	4	1	25.00
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
มะนัง	0	0	0	0	0	0	0	0	0.00
ภาพรวมจังหวัด	82	70	85.37	22	18	81.82	67	58	86.57

5.การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- การเข้าถึงบริการ เน้นการประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
- ผู้ป่วย HT/DM ขาดยา/ขาดนัด
- คัดกรอง AF ในชุมชน ร่วมกับทีม Primary care ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน บูรณาการร่วมกับทีม NCD เพื่อสร้างAlert, Awareness
- เพิ่มการศึกษาเฉพาะทาง Stroke Nurse /Stroke basic / Advance
- ประชาสัมพันธ์ Stroke alert/Stroke awareness
- นิเทศติดตามการดำเนินงานของ รพช.อย่างต่อเนื่อง

6.ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การพัฒนาระบบการบริการที่ผ่านมา ดังนี้

- ทบทวน CPG Stroke ทั้งจังหวัด
- ผ่านการรับรอง PDSC Stroke

ผู้รับผิดชอบ นางสาวामीเราะห์ เตะสัน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 0801406469
e-mail : armeeroh99@gmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา บริการปฐมภูมิ และสุขภาพองค์รวม

1.ประเด็นการตรวจราชการ

ระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ (Service Excellence) Service 4 : เพิ่มการเข้าถึงบริการ

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

ตัวชี้วัดย่อย : เจริญปริมาณ

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

การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.2568-2570 ในปี 2568 จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในระบบ PCUstandard.moph.go.th รวมจำนวน 65 หน่วยบริการ ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 18 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 27.69 และในปีงบประมาณ พ.ศ.2569 มีหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จำนวน 47 แห่ง รวมผลงานเป้าหมายสะสม ปี 2568-2569 จำนวน 65 หน่วย ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดสตูล

(ค.ป.ค.ม.) จำนวน 65 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านการรับรองเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (คปค.ม.) ระดับจังหวัด จำนวน 64 หน่วย คิดเป็นผลงานสะสมร้อยละ 98.46 ไม่ผ่านการประเมินจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.54 รายละเอียดดังตารางแสดงที่ 1-2

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบ PCUstandard.moph.go.t ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 จังหวัดสตูล

ตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพฯ ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562							
ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี			เกณฑ์ปีงบฯ 2569	อำเภอ	ผลการดำเนินงาน รอบ 12 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ผลงานรวมสะสม)		
2566	2567	2568	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 85		เป้าหมาย	ปี 69 (รอบ 1) แห่ง/ร้อยละ (ข้อมูล ณ 31 ธ.ค.68)	ปี 69 (รอบ 2) แห่ง/ร้อยละ (ข้อมูล ณ 31 พ.ค.69)
ระดับประเทศ				เมืองสตูล	21	6 (28.58%)	20 (95.24%)
N/A	N/A	74%		ควนโดน	5	1 (20.00%)	5 (100%)
เขตสุขภาพที่ 12				ควนกาหลง	8	2 (25.00%)	8 (100%)
N/A	N/A	55%		ท่าแพ	6	2 (33.33%)	6 (100%)
จังหวัดสตูล				ละงู	12	5 (41.67%)	12 (100%)
N/A	N/A	26.98%		ทุ่งหว้า	8	1 (12.50%)	8 (100%)
				มะนัง	5	1 (20.00%)	5 (100%)
				รวม	65	17 (26.98%)	64 (98.46%)

ที่มา : ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2569

ตารางที่ 2 แสดงผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิ
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	51	98.08	1	1.92	0	0
ศูนย์สุขภาพชุมชน/PCU	5	5	100	0	0	0	0
รพ.สต./PCU เรือนจำ (นอกสังกัด)	4	4	100	0	0	0	0
ฝ่ายเวชปฏิบัติ รพช.	4	4	100	0	0	0	0
รวม	65	64	98.46	1	1.54	0	0

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

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อย

ตารางที่ 3 แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดย่อยรายอำเภอในจังหวัดสตูล

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
1. เด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (รอบ 6 และ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	2,179	636	578	740	1,598	547	438	6,716
	ผลงาน (คน)	2,104	631	572	730	1,554	545	433	6,569
	ร้อยละ (%)	96.56	99.21	98.96	98.65	97.25	63.41	98.86	97.81
2. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในพื้นที่ รับผิดชอบของหน่วยบริการ ได้รับวัคซีนครบ (รอบ 6 และ 12 เดือน 90%)	เป้าหมาย (คน)	456	120	111	194	358	123	99	1,461
	ผลงาน (คน)	381	102	90	167	253	107	71	1,171
	ร้อยละ (%)	83.55	85.00	81.08	86.08	70.67	77.78	71.71	80.15
3. ประชากรอายุมากกว่า	เป้าหมาย (คน)	36,744	9,595	12,881	9,907	27,588	8,326	6,982	112,023

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
35 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ ของหน่วยบริการได้รับการคัด กรองโรคเบาหวาน (รอบ 6 ต.(≥40%), 12 ต. 90%)	ผลงาน (คน)	33,421	8,932	12,018	9,400	25,657	7,934	6,443	103,805
	ร้อยละ (%)	90.96	93.09	93.30	94.88	93.00	95.29	92.28	92.66
4. ร้อยละของผู้สูงอายุ ในพื้นที่รับผิดชอบของ	เป้าหมาย (คน)	14,695	3,284	5,338	4,348	10,972	3,769	2,636	45,042
	ผลงาน (คน)	11,915	2,951	4,649	4,020	8,889	3,391	2,287	38,102

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
หน่วยบริการได้รับการคัดกรอง สุขภาพ 9 ด้าน (รอบ 6 ต. ≥ 40%, 12 ต. 80%)	ร้อยละ (%)	81.08	89.86	87.09	92.46	81.02	89.97	86.76	84.59
5. ผู้ป่วยเบาหวานในหน่วย บริการควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดได้ (รอบ 6 ต. ≥25%, 12 ต. ≥40%)	เป้าหมาย (คน)	5,693	1,435	1,471	2,204	3,316	1,119	960	16,198
	ผลงาน (คน)	1,450	479	376	515	891	291	326	4,328
	ร้อยละ (%)	25.47	33.38	25.56	23.37	26.87	26.01	33.96	26.72
6. อัตราส่วนจำนวนครั้งของ ประชาชนที่เข้ารับบริการใน หน่วยบริการ เทียบกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย (อัตราส่วน 50 : 50)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง)	หน่วย บริการ 453,973	หน่วย บริการ 88,347	หน่วย บริการ 111,622	หน่วย บริการ 111,387	หน่วย บริการ 234,509	หน่วย บริการ 83,606	หน่วยบริการ 75,213	หน่วย บริการ 1,158,657

ตัวชี้วัด	ปี 2569 (รอบ 12 เดือน)	ข้อมูลรายอำเภอ							รวม
		เมืองสตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง	
		รพท. สตูล 270,301	รพช. ควนโดน 57,902	รพช. ควนกาหลง 56,292	รพช. ท่าแพ 58,508	รพช. ละงู 99,930	รพช. ทุ่งหว้า 44,747	รพช. มะนัง 41,398	รวมแม่ ข่าย 629,078
	ผลงานเทียบ หน่วยบริการ : รพ.แม่ข่าย (ร้อยละ)	หน่วย บริการ 62.68	หน่วย บริการ 60.40	หน่วย บริการ 66.48	หน่วย บริการ 65.57	หน่วย บริการ 70.12	หน่วย บริการ 65.14	หน่วยบริการ 64.50	หน่วย บริการ 64.82
		รพท.สตูล 37.32	รพช. ควนโดน 39.60	รพช. ควนกาหลง 33.52	รพช. ท่าแพ 34.43	รพช. ละงู 29.88	รพช. ทุ่งหว้า 34.87	รพช. มะนัง 35.50	รวมแม่ ข่าย 35.18
	ผลงานเทียบ ค่าเป้าหมาย	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %	>50 %

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ณ วันที่ 31 พฤษภาคม

3. ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

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

จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกสังกัด ในระบบ PCUstandard.moph.go.th เป้าหมาย จำนวน 65 หน่วยฯ ได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพ ปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จังหวัดสตูล จำนวน 65 หน่วย (ร้อยละ 100) ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ ผลงานสะสมตั้งแต่ปี 2568-2569 จำนวน 64 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 98.46 ไม่ผ่านการประเมินจำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.54 รายละเอียดดังตารางแสดงที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ

ปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 12 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 (ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงฯ)

ผลการดำเนินงานหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 รอบ 6 เดือน (รายอำเภอ) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569						
อำเภอ	เป้าหมาย (แห่ง)	ผลงาน (แห่ง) (ปี 2568)	ร้อยละ	ผลงาน (แห่ง) (ปี 2569)	ผลงานรวมสะสม ปี 2568-2569	
					แห่ง	ร้อยละ
เมืองสตูล	21	6	28.57	14	20	95.24
ควนโดน	5	1	20.00	4	5	100
ควนกาหลง	8	2	25.00	6	8	100
ท่าแพ	6	2	33.33	4	6	100
ละงู	12	5	41.67	7	12	100
ทุ่งหว้า	8	1	12.50	7	8	100
มะนัง	5	1	20.00	4	5	100
รวม	65	18	26.56	47	64	98.46

(ที่มา: ข้อมูลกลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2569)

ตารางที่ 5 การแปลผลระดับเชิงคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย ปี 2569	
	รอบ 12 เดือน (ร้อยละ 85)	การแปลผลระดับคุณภาพ
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562	ร้อยละ 98.46	ระดับ 5 ดีเยี่ยม

จากผลการประเมินรับรองมาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพ โดยคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพ ปฐมภูมิจังหวัด (ค.ป.ค.ม.) จังหวัดสตูล จำนวน 65 หน่วย เมื่อนำมาวิเคราะห์แยกเป็นรายส่วน 8 ส่วน มีข้อค้นพบ และโอกาสพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่	ข้อค้นพบ (Gap analysis)
1 ด้านระบบบริหารจัดการ	1.หน่วยบริการมีโครงสร้างหลากหลาย เกณฑ์ประเมินไม่สอดคล้องกับบริบทตามจริง 2.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่วนคำสั่งทีมพัฒนา (ทีมพี่เลี้ยง)ในภาพรวมของคปสอ. มีไม่ครบทุกส่วน
2 ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ	1.ต้องการบุคลากรด้านไอทีในหน่วยบริการ มีกรอบตำแหน่ง แต่ไม่มีกรอบอัตราการจัดจ้าง 2.อัตราบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการเรือนจำ ไม่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินฯ
3 ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่และสิ่งแวดล้อม	หน่วยบริการส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ G&C แต่บางหน่วยบริการยังขาดวิธีการกำจัดขยะให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือกฎหมายกำหนด
4 ด้านระบบสารสนเทศ	หน่วยบริการส่วนใหญ่ขาดงบประมาณการจัดซื้อ/จัดหา/ดูแลอุปกรณ์ IT และ โปรแกรมความปลอดภัย security
5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	1.บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เรื่องการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ การดูแลรักษาอุปกรณ์ การ calibrate/ สอบเทียบเครื่องมือที่ใช้ในหน่วยบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน 2.ระบบการติดตาม/ส่งต่อ หน่วยบริการส่วนใหญ่ใช้เอกสารเป็นกระดาษ Refer มากกว่าการใช้ระบบโปรแกรม Moph Refer

	3. แนวทางการรักษา (CPG) ในคลินิกของหน่วยบริการ ขาดการ update ให้เป็นปัจจุบัน 4. ประเด็น SRRT บุคลากรขาดการอบรมฟื้นฟูความรู้ต่อเนื่อง
--	--

ส่วนที่	ข้อค้นพบ (Gap analysis)
6. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์ฯ	1. อสม. ที่ให้บริการเจาะ Dtx แก่ประชาชน ส่วนใหญ่ยังขาดการ training ไม่มีใบรับรองผ่านการอบรม 2. หน่วยบริการยังขาดการทบทวน IQC และ EQA
7. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)	พบปัญหาอุณหภูมิ/ความชื้น ของตู้เย็นและห้องเก็บรักษายาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะหน่วยบริการในพื้นที่เกาะและพื้นที่ห่างไกล หน่วยบริการที่มีกำลังขนาดมิเตอร์ไฟฟ้า อัตราไฟฟ้าไม่เพียงพอ และมาตรการประหยัดพลังงาน
8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	1. ผู้รับผิดชอบงาน IC ส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์มาตรฐาน 2. ขาดงบประมาณ ในการพัฒนางานระบบป้องกันการติดเชื้อ หน่วยบริการ

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ (Best practice)

1. เกิดพื้นที่ต้นแบบจากการลงตรวจประเมินของคณะกรรมการฯ ค.ป.ค.ม.

- รพ.สต.ท่าเรือ อำเภوتا่แพ รพ.สต.บ้านนาทอน อำเภอกู่หว้า รพ.สต.ย่านซื่อ อ.ควนโดน รพ.สต.แหลมสน อ.ละงู จังหวัดสตูล ผ่านการประเมิน ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ 100% (65 คะแนนเต็ม)
- รพ.สต.นาทอน ผ่านการประเมินส่วนที่ 7 ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) 100% (82 คะแนนเต็ม)
- รพ.สต.บ้านนาทอน, รพ.สต.บ้านเขาแดง, รพ.สต.บ้านทุ่งดินลู่ม, รพ.สต.บ้านทุ่งบุหรง และ รพ.สต.บ้านขอนแก่น อำเภอกู่หว้า ผ่านการประเมินส่วนที่ 8 ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ 100% (60 คะแนนเต็ม)

3.2 เชิงคุณภาพ (ด้านผลลัพธ์ตอบสนองตามกรอบการประเมิน 6 Building Blocks, Result Framework)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	-ให้บริการเชิงรุกในชุมชน เช่น การกระจายจุดบริการและการคัดกรองสุขภาพให้เข้าถึงชุมชนง่ายขึ้น มีระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว การตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ การมีสถานีสุขภาพ (Health Station) ในชุมชน การจัดการบริการสุขภาพที่จำเป็นในระดับชุมชน เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในหน่วยบริการ เช่น ER, ANC, WCC, NCD และการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการครบวงจร ตามเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบการรักษาการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ทุกหน่วยบริการ เชื่อมโยงข้อมูลและระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงระดับทุติยภูมิ รวมทั้งมีระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกลทางทะเล กรณีฉุกเฉินด้วยเฮลิคอปเตอร์ ภายใต้โครงการ Sky Doctor โดยการสนับสนุนจากกองทัพบก ในการรับผู้ป่วยวิกฤตในพื้นที่ห่างไกล
กำลังคนที่ให้บริการ	มีทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว(ทีม 3 หมอ) ตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนพรบ. พ.ศ.2562 ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ มีแพทย์ FM (หมอค้นที 3) ประจำทีมทุกทีม มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหน่วยบริการ 2-4 คน และมี อสม.ซึ่งเป็นแกนนำสุขภาพเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	มีระบบคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ (IT) ในการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพ มีระบบการสำรองข้อมูล และมีการตรวจสอบระบบการรักษาความปลอดภัย ใช้ข้อมูลจาก HDC เพื่อใช้ในการวางแผนงาน ตัดสินใจ และติดตามประเมินผล
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	มีระบบการสนับสนุนยา/วัคซีนและเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับหน่วยบริการที่จำเป็นอย่างเพียงพอ การมี Health Rider " ส่งยาถึงบ้าน ตรวจเสร็จไม่ต้องรอรับยา ลดความแออัด เพิ่มความสะดวกสบายเป็นการยกระดับการให้บริการเพื่อประชาชน
การเงิน การคลัง ด้านการให้บริการ	โรงพยาบาลแม่ข่ายมีระบบสนับสนุนงบประมาณการบริการสุขภาพพื้นฐานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (ลูกข่าย) และมีกองทุนสุขภาพสนับสนุนการดำเนินงานในระดับชุมชนรวมถึง การดำเนินงานเพื่อขอรับเงินค่าบริการจาก สปสช.
ภาวะผู้นำ และธรรมาภิบาลระบบสุขภาพ	มีระบบการสั่งการและมีการถ่ายทอดนโยบาย/แผนงาน/ตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีระบบการติดตามงานผ่านการประชุมผู้บริหารระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล และผู้บริหารให้ความสำคัญติดตามงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

4.1 มาตรการดำเนินงาน

1. มาตรการด้านการบริหารและนโยบาย

- กำหนดนโยบายและเป้าหมายคุณภาพของหน่วยบริการ
- แต่งตั้งคณะกรรมการหรือทีมพัฒนาคุณภาพในระดับหน่วยบริการ
- จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพรายปีและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง
- สนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น

2. มาตรการด้านการพัฒนาระบบบริการ

- พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานบริการปฐมภูมิ
- จัดระบบบริการแบบองค์รวม ครอบคลุม ส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
- พัฒนาระบบส่งต่อและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ

3. มาตรการด้านบุคลากรและศักยภาพทีม

- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรตามบทบาทหน้าที่
- ส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ
- สร้างระบบ Coaching / Mentoring

4. มาตรการด้านข้อมูลสารสนเทศและเทคโนโลยี

- พัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพและฐานข้อมูลประชากร
- ใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผน
- พัฒนาระบบ Digital Health และการเชื่อมโยงข้อมูล
- ติดตามตัวชี้วัดและ Dashboard อย่างสม่ำเสมอ

5. มาตรการด้านการประเมินและติดตามคุณภาพ

- ทำ Self-assessment ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- วิเคราะห์ Gap analysis และจัดทำแผนปรับปรุง
- สรุปผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

4.2 แผนการดำเนินงาน/แผนพัฒนา

แนวทางการพัฒนางาน/แผนการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
ระดับจังหวัด

- 1.กำหนดนโยบายและเป้าหมายคุณภาพของหน่วยบริการในปีงบประมาณ พ.ศ.2570
- 2.ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินคุณภาพมาตรฐาน (ค.ป.ค.ม.)ระดับจังหวัด
- 3.พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด (ครู ก.) ระดับอำเภอ (ครู ข.) ปีละ 1 ครั้ง

4.จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาคุณภาพส่วนขาดจากการวิเคราะห์ Gap analysis ในภาพรวมของจังหวัด
ในส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ และ ส่วนที่ 8 ด้านระบบป้องกันการติดเชื้อ (IC) และ จัดหางบประมาณ
และทรัพยากรที่จำเป็นสนับสนุน

5.สรุปผลการประเมินฯ และผลการวิเคราะห์ Gap analysis ส่งคืนข้อมูลให้กับ คปสอ.และหน่วยบริการ
ทุกแห่ง

6.บูรณาการเกณฑ์ประเมินฯ ระหว่างคณะกรรมการตรวจประเมินฯ และ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ใน
ส่วนที่ 3 ด้าน อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการ และ ส่วนที่ 8 ด้าน ระบบการ
ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) เพื่อวางแผนให้เกณฑ์ประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ระดับ คปสอ.

1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการระดับอำเภอ(ทีมพี่เลี้ยง) และทีมประเมิน
คุณภาพมาตรฐานฯในระดับ คปสอ.
2. จัดทำแนวทาง/ทบทวนCPG โรคที่เป็นปัญหาในภาพรวมของ คปสอ. update ให้เป็นปัจจุบัน รวมถึง
CPG ทุกคลินิกในหน่วยบริการ OPD/ER/NCD/WCC/LTC ฯลฯ (ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ)
3. จัดทำแผนปรับปรุงพัฒนาคุณภาพส่วนขาดจากการวิเคราะห์ Gap analysis และจัดแผนสนับสนุน
งบประมาณในภาพรวมของ คปสอ. ดังนี้

ส่วนที่ 4 ด้านระบบสารสนเทศ :

ส่วนที่ 5 ด้านระบบบริการ

ส่วนที่ 6 ด้านระบบห้องปฏิบัติการ

ส่วนที่ 7 ด้านจัดบริการเภสัช RDU และ คบส.

ส่วนที่ 8 ด้านระบบป้องกันการติดเชื้อ (IC)

4. วิเคราะห์ความเหมาะสม เพียงพอของระบบไฟฟ้า หน่วยบริการปฐมภูมิในสังกัดในพื้นที่ห่างไกล/
พื้นที่ทางทะเล (เกาะ) ควรมีแผนและมาตรการ จัดสรรงบประมาณในส่วนของการใช้พลังงานให้
เพียงพอ
5. จัดศึกษาดูงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้หน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน
บริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิตีเด่น

ระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

1. ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ ในระบบ
PCUstandard.moph.go.th ทุกปี วิเคราะห์ Gap analysis และจัดทำแผนปรับปรุง พัฒนาส่วนขาด
2. จัดทำคำสั่งมอบหมายงานบุคลากรในหน่วยบริการ แยกบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบเป็นรายส่วน
ทั้ง 8 ส่วน และ ทบทวน ตรวจสอบคุณภาพงาน และดำเนินงานในหน่วยบริการตามเกณฑ์คุณภาพ
มาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้เป็นงานประจำอย่างสม่ำเสมอ
3. จัดทำแนวทาง CPG ในโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่ของหน่วยบริการในทุกคลินิก

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ที่ใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ เกณฑ์ถูกกำหนดจากส่วนกลาง โดยไม่ได้สะท้อนปัญหาหน้างานจริง ซึ่งเกณฑ์ 8 ส่วนตามคู่มือฯ เหมาะสำหรับการประเมินหน่วยบริการที่เป็น รพ.สต./PCU แต่ไม่เหมาะที่จะประเมิน หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาล (กลุ่มงานปฐมภูมิและสุขภาพองค์รวมฯ) หน่วยบริการปฐมภูมิในเรือนจำ และ หน่วยบริการนวัตกรรม 7 นางฟ้า

5.2 ไม่มีคณะกรรมการ (ค.ป.ค.ม.) จากส่วนกลาง / คณะกรรมการ ค.ป.ค.ม.ระดับจังหวัด มีหลายทีม การตีความเกณฑ์การให้คะแนนไม่ตรงกันของผู้ประเมิน เกิดความเลื่อมล้ำในการให้คะแนนแต่ละพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 ควรมีการปรับปรุงเกณฑ์คู่มือการประเมินมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิฯ ให้เหมาะสมสำหรับการประเมินหน่วยบริการที่มีอยู่จริง ซึ่งอาจจะแยกเกณฑ์การประเมินให้มีหลายรูปแบบ เพื่อให้ระดับจังหวัดสามารถประเมินหน่วยบริการในพื้นที่ ได้สอดคล้องกับบริบทตามจริง

6.2 ส่วนกลางจัดให้มีหลักสูตรพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ประเมินฯ (ค.ป.ค.ม.) ระดับเขต/จังหวัด อย่างต่อเนื่อง ทุกปี

7. ภาพการดำเนินงาน



ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569



ภาพที่ 1 การตรวจประเมินหน่วยบริการฯ ของ ค.ป.ค.ม.จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569



ภาพที่ 2 ประชุมสรุปผลการตรวจประเมินหน่วยบริการฯ ของ ค.ป.ค.ม.จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

รพ.สต.บ้านกุ่มปะโหลต อำเภอกวนโดน จังหวัดสตูล ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับที่ 1

ในการประกวดสถานีสุภาพสู่รางวัลแห่งความสำเร็จ (Health Station Awards) ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี พ.ศ.2569



ผู้รายงาน นางสาวต่วนปรีณี ดาราหมานเศษ
โทรศัพท์ 065-6699391
วันที่ 1 มิถุนายน 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
- มีการรณรงค์ให้ความรู้และเชิญชวนให้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงค์บริจาคดวงตา พบว่ามีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ดังนี้

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

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

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

ปี 2567 = 423 ราย มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 147 ราย อวัยวะ 137 ราย ร่างกาย 139 ราย

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

ปี 2569 (ต.ค.68-เม.ย.69) มีผู้ลงทะเบียนบริจาคดวงตา 168 ราย อวัยวะ 163 ราย ร่างกาย 149 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 ≥ 0.35

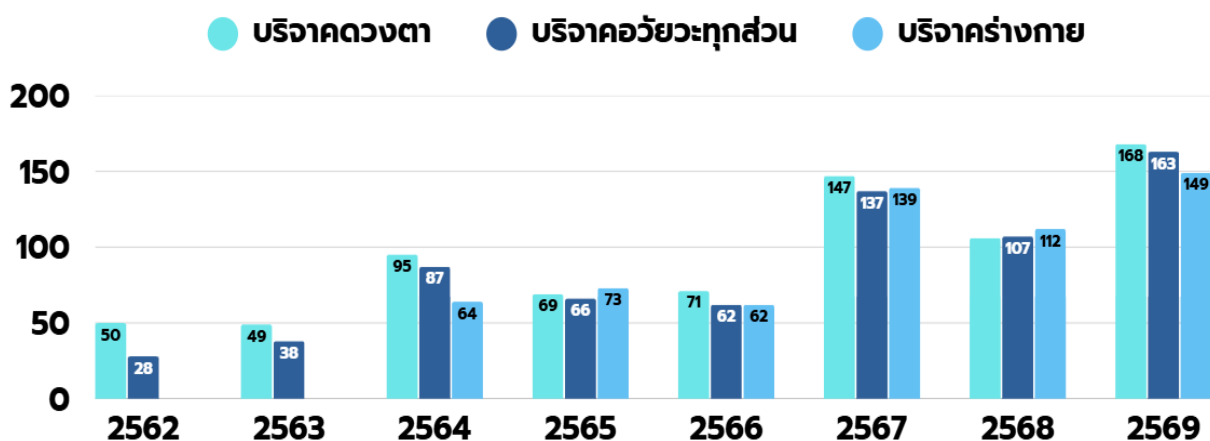
อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย ≥ 0.35								
	ปีงบประมาณ								
	2562			2563			2564		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	300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

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

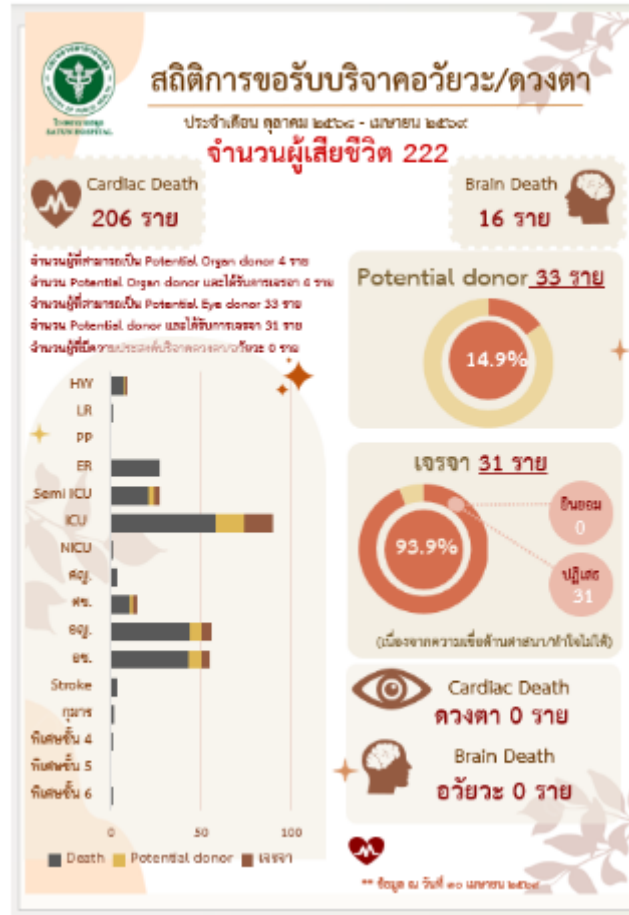
อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย ≥ 0.35					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	364	0	0	331	0	0

อำเภอ	อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อ จำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล P+,P,A+,A) เป้าหมาย ≥ 0.35					
	ปีงบประมาณ 2569					
	ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	106	0	0	222	0	0

3.2.2 ข้อมูลผู้ลงทะเบียนแจ้งความจำนงบริจาคดวงตา บริจาคอวัยวะ บริจาคร่างกาย จังหวัดสตูล



** ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้บริจาคดวงตา 1 คู่ คิดเป็นร้อยละ 0.33



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

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

5.การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะ (ไม่มี TC Nurse ประจำศูนย์)
 - พัฒนาศูนย์กลางโดยเข้าร่วมอบรมฟื้นฟูความรู้ของเขต 12
 - ร่วมกับกาชาด จ.สตูล ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทุกครั้งที่ออกมารับบริจาคโลหิต
 - จัดบูรออกหน่วยรณรงค์การบริจาดดวงตา อวัยวะ ร่างกายในงานกาชาดจังหวัดทุกปี
 - จัดบูธกิจกรรมเวที Mini Stage เวทีเรื่องเล่าความดี องค์กรคุณธรรม สร้างคนดี สู้สังคมดี
- โรงพยาบาลสตูล
- จัดบูธประชาสัมพันธ์รับบริจาคอวัยวะดวงตา ในวันพิธีสำคัญต่างๆ

- ร่วมงานแถลงข่าวคณะแพทยศาสตร์ มอ.ปลูกถ่ายหัวใจสำเร็จรายแรกของภูมิภาค พลังความร่วมมือของโรงพยาบาลเครือข่าย
- มี QR code ในการประชาสัมพันธ์ เข้าถึงการแสดงความจำนงค์ได้สะดวกและง่าย
- เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ส่งแชร์ลิงค์ผ่านช่องทาง facebook , LINE ของโรงพยาบาล กลุ่มงาน โดยการแชร์ต่อเนื่องเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และการเข้าถึงการบริจาคอวัยวะและดวงตามากยิ่งขึ้น
- เพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การรับบริจาคดวงตา อวัยวะ และร่างกาย ผ่านช่องทางเสียงตามสาย ภาควิชาภาษาไทยและภาษามลายูของโรงพยาบาลทุกวัน
- พัฒนาและเชื่อมโยงข้อมูล Pop up ผู้แสดงความจำนงค์บริจาคอวัยวะและดวงตาในระบบ HOSxP ของโรงพยาบาล
- ลงโปรแกรม Dashboard บันทึกข้อมูลผู้รับบริจาคเชิงรุก เพื่อวิเคราะห์และประมวลผลได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
- มีการพัฒนาระบบ identification and notify การระบุตัวและแจ้งผู้ป่วยที่มีโอกาสบริจาคอวัยวะ เนื้อเยื่อตั้งแต่แรก โดย ขอความร่วมมือทุกหอผู้ป่วย ICU, IPD
- แจ้งผู้ป่วยเสียชีวิต(หัวใจหยุดเต้น) ทุกสาเหตุ ภายใน 1 ชม.ผู้ป่วย GCS 2T ภายใน 1 ชม. ทางไลน์ line official
- ร่วมกับทีม Palliative care ในการค้นหา Donor

6. ปัญหา อุปสรรค

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

7. ข้อเสนอแนะ

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

8. โอกาสพัฒนา

- 1.แผนพัฒนาระบบmaintain มีการจัดตั้งเตียงและเครื่องมือแพทย์ แยกสำหรับ potential organ donor 1 เตียง ใน ICU เพื่อดูแลสัญญาณชีพให้ปกติ เพื่อไม่ให้รบกวนผู้ป่วยรายอื่น
2. ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ แก่บุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงบุคคลทั่วไป ที่ รพช. รพสต.
3. มีระบบ audit case potential donor เดือนละ1 ครั้ง เพื่อประเมินการทำงานและวางแผนพัฒนาต่อไป



โรงพยาบาลสุทนต์
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

4. จัดอบรมแพทย์ใช้ทุนและstaff จบใหม่ ให้มีความรู้และมีความมั่นใจในขั้นตอน brain death declare
5. จัดทำ donor management protocol เพื่อให้่ายต่อการรักษาและการ monitor สัญญาณชีพของผู้ป่วย
6. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ >> ส่งเรียน TC Nurse (หลักสูตร 4 เดือน) ปีงบประมาณ 2570

ผู้รายงาน นางสาววิมลศรี สังข์แก้ว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร. 085-0772720

e-mail wimonsri737@gmail.com

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80
- 2.2 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย
- 2.3 อัตรา(ร้อยละ)ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก
- 2.4 จำนวนศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ สาขาสุขภาพช่องปาก
- 2.5 อัตรา(ร้อยละ)จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด

2. สถานการณ์

- 2.1 ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80

จากการดำเนินงานตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ 0-5 ปี ของจังหวัดสตูล ทั้ง 7 อำเภอ ซึ่งมีเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 14,168 คน พบว่ามีเด็กที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจริงจำนวน 9,362 คน (คิดเป็นร้อยละ 66.08 ของเป้าหมายทั้งหมด) โดยในกลุ่มที่ได้รับการตรวจนี้ พบเด็กที่มีสุขภาพฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) จำนวนทั้งสิ้น 7,604 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 81.22 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80 ภาพรวมจึงสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิผลของการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กปฐมวัยของจังหวัดที่อยู่ในระดับดี เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ที่เข้ารับการตรวจมีสภาพฟันที่สมบูรณ์

เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายอำเภอ พบว่า อำเภอเมืองสตูล มีสัดส่วนเด็กฟันดีไม่มีผุสูงที่สุดคือร้อยละ 83.98 รองลงมาคือ อำเภอละงู (ร้อยละ 83.78) และ อำเภอควนโดน (ร้อยละ 82.85) ตามลำดับ ในขณะที่ด้านความครอบคลุมของการตรวจสุขภาพช่องปาก พบว่า อำเภอทุ่งหว้า สามารถนำเด็กเข้าสู่ระบบการตรวจได้ทั่วถึงที่สุดเมื่อเทียบกับเป้าหมายในพื้นที่ตนเอง โดยมีอัตราการเข้าตรวจสูงถึงร้อยละ 85.20 ซึ่งถือเป็นพื้นที่ต้นแบบในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม แม้ภาพรวมของสัดส่วนเด็กฟันดีไม่มีผุจะผ่านเกณฑ์เป้าหมายและอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของ อำเภอมะนัง พบว่าเป็นพื้นที่ที่น่ากังวลที่สุด เนื่องจากมีทั้งอัตราการเข้าถึงการตรวจที่ต่ำที่สุด (ร้อยละ 49.49) และมีสัดส่วนเด็กฟันดีไม่มีผุน้อยที่สุดเพียงร้อยละ 66.67 ดังนั้น ในเชิงนโยบายจึงควรเร่งรัดและสนับสนุนทรัพยากรไปยังพื้นที่ดังกล่าว รวมถึงอำเภอควนกาหลง (ร้อยละ 74.24) และอำเภอทุ่งหว้า (ร้อยละ 78.70) ที่มีสัดส่วนฟันดีไม่มีผุต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด โดยมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมป้องกันผ่านการใช้ Silver Diamine Fluoride (SDF) เพื่อควบคุมโรคฟันผุ (Caries Control) ไม่ให้เกิดการลุกลามรุนแรง ควบคู่ไปกับการยกระดับการให้บริการตามแนวทาง SMART ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้กลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างทันทั่วถึง อันจะนำไปสู่การยกระดับมาตรฐานสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัยในจังหวัดให้มีความเท่าเทียมและยั่งยืนต่อไป

ตารางที่ 1 : ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) ปี 2569

อำเภอ	เป้าหมาย 0-5 ปี (C)	ได้รับการตรวจ สุขภาพช่อง ปาก (B)	ร้อยละ (B/C)	ฟันดีไม่มีผุ (A)	ร้อยละ (A/C)
เมืองสตูล	4,558	2,952	64.77	2,479	83.98
ควนโดน	1,393	991	71.14	821	82.85
ควนกาหลง	1,286	951	73.95	706	74.24
ท่าแพ	1,587	995	62.70	813	81.71
ละงู	3,318	2,065	62.24	1,730	83.78
ทุ่งหว้า	1,135	967	85.20	761	78.70
มะนัง	891	441	49.49	294	66.67
รวม	14,168	9,362	66.08	7,604	81.22

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.1 อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก รายกลุ่มวัย

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้า หมาย	ผลงาน			
			ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568	2569 ต.ค.68 - เม.ย.69
1.อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	17.98	19.43	25.31	31.66
2.อัตราเด็ก0-2ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	52.97	39.96	50.22	62.62
3.อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	55.01	41.66	49.41	67.13
4.อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	60.84	44.51	52.94	63.38
5.อัตราเด็ก6-12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	8.37	8.92	9.55	7.89
6.อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	25	9.74	10.47	10.63	10.18
7.อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	40	13.34	13.05	22.22	24.79

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
			ปีงบประมาณ 2567
1.อัตราหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	19.43
2.อัตราเด็ก0-2ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	39.96
3.อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	41.66
4.อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	44.51
5.อัตราเด็ก6-12ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	8.92
6.อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	25	10.47
7.อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	40	13.05

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน	
			ปีงบประมาณ 2568	
			ต.ค.67 - ธ.ค.67	ต.ค.67 - มี.ค.68
1.อัตราหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	14.02	23.15
2.อัตราเด็ก0-2ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	16.62	43.30

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
			ปีงบประมาณ 2568
3.อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	49.41
4.อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	14.26
5.อัตราเด็ก6-12ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	9.55
6.อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	25	10.63
7.อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)	ร้อยละ	40	22.22

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	เป้าหมาย	ผลงาน
			ปีงบประมาณ 2569
			ต.ค.68 - เม.ย.69
1.อัตราหญิงมีครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	30	31.66
2.อัตราเด็ก0-2ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)	ร้อยละ	50	62.62

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.2 อัตรา(ร้อยละ)ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการตรวจสอบสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลพื้นฐาน	เป้าหมาย	ผลงาน					
		ปีงบประมาณ					
		2564	2565	2566	2567	2568	2569
							ต.ค.68 – เม.ย.69
ผู้สูงอายุ ติดบ้าน ติดเตียงได้รับการ ตรวจสอบสุขภาพช่อง ปาก	ร้อยละ 40	9.55	11.98	11.04	9.37	16.50	11.47

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.3 อัตรา(ร้อยละ)จำนวนรายการบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด

โรงพยาบาล	หน่วยวัด	ผลงาน					
		ปีงบประมาณ					
		2564	2565	2566	2567	2568	2569
							ต.ค.68 – เม.ย.69
รพ.สตูล (S1)	ร้อยละ 15	1.38	1.49	1.9	1.97	6.66	1.27
รพ.ละงู (F1)	ร้อยละ 10	1.66	1.23	1.48	1.42	14.42	1.10
รพ.ควนกาหลง (F2)	ร้อยละ 5	1.66	1.68	2.46	2.62	12.68	1.58
รพ.ควนโดน (F2)	ร้อยละ 5	0.83	0.89	1.31	1.21	1.63	0.85
รพ.ท่าแพ (F2)	ร้อยละ 5	1.05	1.14	1.38	1.64	19.70	0.94
รพ.ทุ่งหว้า (F2)	ร้อยละ 5	1.16	1.07	1.31	1.36	6.14	0.88
รพ.มะนัง (F3)	ร้อยละ (ให้ดำเนิน ตาม ศักยภาพ ของทันต แพทย์)	2.28	0.92	1.19	1.47	7.35	1.18
รวม		1.44	1.30	1.68	1.74	8.29	1.16

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.4 อัตราหญิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน)(ใช้แบบความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราหญิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ					
	2562	2563	2564	2565	2566	2567
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมืองสตูล	0	8.83	6.68	5.72	9.75	12.07
ควนโดน	0	5.97	1.27	3.53	10.10	9.38
ควนกาหลง	0	10.55	5.26	5.44	25.88	17.36
ท่าแพ	0	11.17	8.96	8.76	26.69	31.73
ละงู	0	22.46	24.83	17.10	20.85	25.00
ทุ่งหว้า	0	20.27	6.87	3.78	23.16	31.22
มะนัง	0	13.19	4.63	8.46	31.53	23.56
ภาพรวมจังหวัด	0	13.31	10.15	8.32	17.98	19.43

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราหญิงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน(คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2568			ปีงบประมาณ 2569		
				ต.ค.68 – เม.ย.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	30	177	22.84	30	129	26.17
ควนโดน	30	40	17.02	30	50	28.57
ควนกาหลง	30	35	18.52	30	44	37.29
ท่าแพ	30	74	28.35	30	73	42.44
ละงู	30	127	23.52	30	117	30.39
ทุ่งหว้า	30	92	48.17	30	53	36.55
มะนัง	30	49	31.41	30	40	36.36
ภาพรวมจังหวัด	30	594	25.31	30	506	31.66

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.5 อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	55.66	64.01	54.75	60.86	50	380	16.49
ควนโดน	68.12	31.28	31.00	37.16	50	115	17.22
ควนกาหลง	66.91	47.95	51.34	53.33	50	90	13.89
ท่าแพ	68.95	64.63	65.61	55.48	50	158	19.70
ละงู	69.58	53.45	37.19	47.27	50	286	17.42
ทุ่งหว้า	61.16	30.88	24.97	30.07	50	115	20.61
มะนัง	62.76	29.47	45.03	23.29	50	34	7.31
ภาพรวมจังหวัด	63.38	52.06	46.51	49.55	50	1,178	16.62

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	845	27.66	50	1470	54.44
ควนโดน	50	338	37.47	50	422	49.76
ควนกาหลง	50	471	53.28	50	374	49.34
ท่าแพ	50	551	53.19	50	576	58.01
ละงู	50	1,124	52.04	50	894	44.28
ทุ่งหว้า	50	313	42.64	50	433	65.51
มะนัง	50	102	17.59	50	117	21.04
ภาพรวมจังหวัด	50	3,750	39.96	50	4286	50.22

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราเด็ก 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	1,338	59.52
ควนโดน	50	471	73.71
ควนกาหลง	50	431	69.52
ท่าแพ	50	495	63.06
ละงู	50	954	58.35
ทุ่งหว้า	50	461	80.03
มะนัง	50	192	44.55
ภาพรวมจังหวัด	50	4,342	62.62

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.6 อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ
และplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	63.89	68.05	60.32	63.54	50	2,019	58.61
ควนโดน	68.28	32.61	29.21	37.82	50	455	43.88
ควนกาหลง	73.81	52.68	55.97	59.21	50	596	57.98
ท่าแพ	76.28	72.90	64.47	55.14	50	722	63.06
ละงู	76.34	57.85	41.43	40.82	50	1,281	56.66
ทุ่งหว้า	63.84	35.76	27.93	31.40	50	502	62.83
มะนัง	67.10	24.15	50.54	23.87	50	134	20.21
ภาพรวมจังหวัด	69.60	55.88	50.07	49.80	50	5,709	55.01

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	926	30.31	50	1467	54.33
ควนโดน	50	307	34.04	50	380	44.81
ควนกาหลง	50	460	52.04	50	420	55.41
ท่าแพ	50	604	58.30	50	617	62.13
ละงู	50	1,155	53.47	50	797	39.47
ทุ่งหว้า	50	329	44.82	50	418	63.24
มะนัง	50	129	21.01	50	118	21.22
ภาพรวมจังหวัด	50	3,910	41.66	50	4217	49.41

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราเด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกการแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และplaque control(คน)(ใช้ความครอบคลุม)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – มี.ค.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	1,429	63.57
ควนโดน	50	480	75.12
ควนกาหลง	50	455	73.39
ท่าแพ	50	551	70.19
ละงู	50	1,058	64.71
ทุ่งหว้า	50	463	80.38
มะนัง	50	219	50.81
ภาพรวมจังหวัด	50	4,655	67.13

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	32.25	87.72	41.27	49.83	50	2,211	63.74
ควนโดน	48.13	39.48	44.26	29.96	50	469	46.81
ควนกาหลง	56.57	64.58	39.99	38.06	50	656	66.06
ท่าแพ	45.29	70.13	63.46	71.93	50	837	79.49
ละงู	40.66	59.95	49.56	29.63	50	1,369	61.17
ทุ่งหว้า	20.47	25.62	32.24	46.45	50	463	60.37
มะนัง	40.70	17.36	47.39	26.93	50	180	27.95
ภาพรวมจังหวัด	39.86	63.17	45.32	42.99	50	6,185	60.84

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	711	22.13	50	1477	53.44
ควนโดน	50	396	43.66	50	316	38.07
ควนกาหลง	50	575	60.59	50	397	46.11
ท่าแพ	50	673	70.40	50	642	69.93
ละงู	50	1,389	65.83	50	1222	63.25
ทุ่งหว้า	50	378	51.50	50	379	57.34
มะนัง	50	86	14.68	50	69	12.83
ภาพรวมจังหวัด	50	4,208	44.51	50	4502	52.94

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราเด็ก 3-5 ปีได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์วานิช(คน) (ใช้ความครอบคลุม)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	50	1,715	68.57
ควนโดน	50	518	64.19
ควนกาหลง	50	472	64.31
ท่าแพ	50	532	61.29
ละงู	50	1,040	58.04
ทุ่งหว้า	50	472	76.87
มะนัง	50	212	41.49
ภาพรวมจังหวัด	50	4,961	63.38

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ (คน)(ใช้ความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	0	5.51	11.22	6.17	30	451	4.67
ควนโดน	0	14.52	10.13	1.24	30	190	7.06
ควนกาหลง	0	11.84	16.28	5.44	30	352	10.83
ท่าแพ	0	32.54	16.96	12.12	30	819	26.76
ละงู	0	10.05	7.81	6.51	30	362	5.49
ทุ่งหว้า	0	12.82	8.49	5.06	30	79	3.39
มะนัง	0	17.13	40.45	6.18	30	223	11.12
ภาพรวมจังหวัด	0	13.36	13.27	6.23	30	2,476	8.37

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท้ง (คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	30	406	4.31	30	292	3.21
ควนโดน	30	209	7.70	30	48	1.84
ควนกาหลง	30	404	13.00	30	63	2.15
ท่าแพ	30	674	22.08	30	497	16.84
ละงู	30	388	6.02	30	123	1.99
ทุ่งหว้า	30	101	4.50	30	178	8.24
มะนัง	30	399	20.35	30	62	3.34
ภาพรวม จังหวัด	30	2,581	8.92	30	1,263	4.55

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรมแท้ง (คน)(ใช้ความครอบคลุม)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	30	425	4.88
ควนโดน	30	98	3.88
ควนกาหลง	30	170	6.32
ท่าแพ	30	828	29.17
ละงู	30	255	4.37
ทุ่งหว้า	30	141	6.96
มะนัง	30	166	9.41
ภาพรวมจังหวัด	30	2,083	7.89

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.9 อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	15.15	13.08	10.21	9.63	25	6,091	10.86
ควนโดน	13.44	9.90	5.43	6.24	25	1,202	8.85
ควนกาหลง	9.43	7.43	5.17	4.93	25	1,434	7.67
ท่าแพ	14.72	11.00	8.77	7.61	25	1,743	11.86
ละงู	11.56	9.14	9.34	7.50	25	3,389	8.77
ทุ่งหว้า	12.07	9.82	7.01	7.13	25	1,253	10.09
มะนัง	9.09	7.26	6.18	5.91	25	878	8.62
ภาพรวมจังหวัด	12.87	10.47	8.42	7.71	25	15,990	9.74

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	25	6,087	11.33	25	5578	10.87
ควนโดน	25	1,405	10.35	25	1605	11.71
ควนกาหลง	25	1,394	7.76	25	1499	8.57
ท่าแพ	25	1,757	11.54	25	1773	12.05
ละงู	25	3,697	9.70	25	3657	9.68
ทุ่งหว้า	25	1,293	10.73	25	1582	13.80
มะนัง	25	1,222	11.78	25	986	9.49
ภาพรวมจังหวัด	25	16,855	10.47	25	16680	10.63

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราผู้มีอายุ 15-59 ปีได้รับการบริการทันตกรรม (คน)(ใช้ความครอบคลุม)		
	งบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	25	5,522	10.93
ควนโดน	25	1,406	10.41
ควนกาหลง	25	1,245	7.13
ท่าแพ	25	2,797	19.63
ละงู	25	3,086	8.24
ทุ่งหว้า	25	927	8.14
มะนัง	25	799	7.64
ภาพรวมจังหวัด	25	15,782	10.18

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

2.10 อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC						
	อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)						
	ปีงบประมาณ						
	2562	2563	2564	2565	2566		
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	48.82	26.42	21.50	15.28	40	1,496	10.47
ควนโดน	2.53	12.45	0.97	0.80	40	57	1.62
ควนกาหลง	23.73	11.90	24.12	5.64	40	748	17.67
ท่าแพ	33.76	29.48	19.05	13.36	40	779	22.65
ละงู	15.11	11.88	12.04	9.43	40	1,542	15.93
ทุ่งหว้า	7.15	39.99	21.60	20.06	40	476	16.19
มะนัง	15.12	8.51	8.71	7.76	40	258	12.18
ภาพรวมจังหวัด	27.94	20.07	16.80	11.38	40	5,356	13.34

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	40	1,483	10.24	40	4369	29.29
ควนโดน	40	101	2.74	40	540	13.95
ควนกาหลง	40	527	11.87	40	672	14.66
ท่าแพ	40	875	23.60	40	1227	31.93
ละงู	40	1,745	17.20	40	1656	15.84
ทุ่งหว้า	40	414	13.46	40	718	22.41
มะนัง	40	303	13.66	40	423	17.97
ภาพรวม จังหวัด	40	5,448	13.05	40	9605	22.22

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC		
	อัตราผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(คน)(ใช้ความครอบคลุม)		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	40	5,813	37.31
ควนโดน	40	809	19.95
ควนกาหลง	40	573	11.81
ท่าแพ	40	1,615	40.16
ละงู	40	1,473	13.36
ทุ่งหว้า	40	663	19.52
มะนัง	40	322	12.78
ภาพรวมจังหวัด	40	11,268	24.79

ข้อมูลจาก HDC วันที่ 30 เมษายน 2569

3. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ เน้น ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80

3.1 ด้านการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและติดตามเชิงรุก

แนวทาง: ติดตามกลุ่มที่พลาดนัด ทั้งในส่วนของคลินิกเด็กดี (WCC) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (ศพด.)

เป้าหมาย: เพื่อไม่ให้เกิดการขาดนัดหรือหลุดจากการติดตามการรักษา

3.2 ด้านการส่งเสริมความรู้และการป้องกันตั้งแต่ปฐมวัย

แนวทาง: เริ่มรณรงค์และให้ความรู้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา โดยเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลจาก WCC สู่ชุมชน

เป้าหมาย: แก้ปัญหาช่องโหว่ในช่วงรอยต่อ 1 ปีแรกที่มีกลุ่มลูกเลย

3.3 ด้านการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

แนวทาง: พัฒนาศักยภาพของครูใน ศพด. และให้ความรู้เชิงลึกแก่ผู้ปกครอง

เป้าหมาย: ลดภาระของผู้สูงอายุ (ที่มักเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก) และสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็งในท้องถิ่น

3.4 ด้านนวัตกรรมดิจิทัล (Digital Innovation) และการบริหารจัดการข้อมูล

แนวทาง: นำระบบ LINE OA และ Real-time Dashboard มาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูล

เป้าหมาย: แก้ปัญหาการทา SDF (Silver Diamine Fluoride) ที่ไม่ครบถ้วน และช่วยให้ติดตามผลได้แม่นยำขึ้น

4. ปัญหา อุปสรรค เน้น ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80

4.1 ด้านผู้ป่วย เด็กในกลุ่มวัยนี้ยังจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ปกครองซึ่งผู้ปกครองบางส่วนมี

ความรู้และทัศนคติที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

4.2 ด้านบุคลากร ขาดทันตบุคลากรประจำรพ.สต.บางแห่ง ทำให้เด็กในบางเขตพื้นที่ได้รับบริการล่าช้า

4.3 ด้านการให้บริการ ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเด็กอายุ 0 - 2 ปีที่เข้ารับวัคซีน ณ คลินิกเอกชน

5. ข้อเสนอแนะ เน้น ร้อยละของเด็ก อายุ 0 - 5 ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 80

5.1. ด้านการให้บริการ เพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริมป้องกันโดยใช้ Silver Diamine Fluoride

(SDF) เพื่อมุ่งหวังการควบคุมโรคฟันผุ (Caries Control) ไม่ให้เกิดการลุกลามรุนแรง และการให้บริการ SMART ในศูนย์เด็กเล็ก หรือในรพ.สต.

5.2. ด้านวิชาการ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) ระหว่างพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงาน Cavity Free สูง (เช่น อ.ละงู และ อ.เมือง) เพื่อถอดบทเรียนความสำเร็จขยายผลไปยังอำเภออื่นๆ

5.3 ด้านการบริหารอัตรากำลัง อยู่ในระหว่างการประสานงานและ เร่งรัดสรรหาเจ้าหน้าที่ด้าน ทันตกรรมเพิ่มเติม เพื่อบรรจุประจำในพื้นที่ขาดแคลน ทั้งนี้เพื่อเป็นการแก้ไขความล่าช้าในการรับบริการ สสจ. จะร่วมกับพื้นที่ในการออกแบบระบบบริหารจัดการบุคลากรที่มีอยู่ให้เกิดความคล่องตัวสูงสุด (Optimization) จนกว่าจะได้อัตรากำลังครบตามจำนวน

ผู้ให้ข้อมูล ทพ.ศุภเดช สุกใส
ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ สสจ.สตูล
โทร 081-9598683
E-mail supadetpbk@gmail.com

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) โดยมีเป้าประสงค์สำคัญเพื่อพัฒนาคุณภาพงานบริการวิสัญญีให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และพัฒนาระบบบริหารจัดการร่วมกันในเครือข่าย

ศักยภาพและกำลังคน:

- **รพ.สตูล:** ให้บริการครอบคลุมสาขาหลักและสาขาเฉพาะทาง (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมตกแต่ง ศัลยกรรมจักษุ ศัลยกรรมโสต ศอ นาสิก ศัลยกรรมบาดเจ็บกระดูก ใบหน้า ทันตกรรม ศัลยกรรมระบบประสาทและสมอง และอายุรกรรมส่องกล้อง) มีวิสัญญีแพทย์ 5 คน และวิสัญญีพยาบาล 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

3.1ข้อมูลเชิงคุณภาพ 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) นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาระบบ Pre-Op Clinic ให้ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า/ข้อสะโพก และผู้ป่วยเด็กเล็กอายุน้อยกว่า 1 ปี

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

- ปริมาณงานบริการ (Service Volume):
 - **รพ.สตูล:** ปี 2569 (ต.ค.-เม.ย.) มีผู้รับบริการ 3,722 ราย (General Anesthesia 2,973 ราย, Regional Anesthesia 548 ราย, Nerve block 115 ราย, MAC 86 ราย)
 - **รพ.ละงู:** ปี 2569 (ต.ค.-เม.ย.) มีผู้รับบริการรวม 495 ราย (General Anesthesia 231 ราย, Regional Anesthesia 208 ราย, Nerve block 56 ราย)

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (KPIs) ปี 2569 (ต.ค.-เม.ย.):

- การประเมินก่อนผ่าตัด (Pre-op assessment): รพ.สตูล 100%, รพ.ละงู 100% (เกณฑ์ 100%)
- Surgical Safety Checklist: รพ.สตูล 99.71% (เกณฑ์ 100%), รพ.ละงู 100% (เกณฑ์ 100%)
- อัตราการใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ (Re-intubation ≤ 24 hr): 0% ทั้งสองแห่ง
- อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspiration pneumonia): 0%
- การเยี่ยมหลังผ่าตัด (Post-op visit): รพ.สตูล 89.52%, รพ.ละงู 77.9% (เกณฑ์ 100%)
- การจำหน่ายผู้ป่วยจาก PACU ตามเกณฑ์ PADSS: 100%

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

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

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- ผลงานเด่นปี 2568

- จัดโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพการระงับปวดโดยใช้ Ultrasound guide และการจัดการความปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
- พัฒนาแนวทางการทำ Ultrasound-guided Adductor Canal Block (ACB) เพื่อระงับปวดหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (TKA)
- ลดค่าใช้จ่ายด้วยการเพิ่มสัดส่วนการใช้ Regional Anesthesia
- พัฒนาระบบเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุสำหรับการส่องกล้องแบบ One-day surgery

- ผลงานเด่นปี 2569

- จัดโครงการประชุม Pain สัญจร “Pain on the go Quality and pain management Thailand’s Perspective คุณภาพและการจัดการความปวด

- 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



โรงพยาบาลสุต
Satun Hospital

- จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็น โดยเฉพาะเครื่อง Ultrasound สำหรับทำ PNB (Peripheral Nerve Block)

6. ปัญหา อุปสรรค

- จำนวนห้องผ่าตัดมีจำกัด ไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยและทีมศัลยแพทย์ที่เพิ่มขึ้น
- ข้อจำกัดด้านศักยภาพในการผ่าตัดนอกเวลาราชการของโรงพยาบาลชุมชน (รพ.ละงู) ทำให้เกิดภาระงานส่งต่อ
- ความจำเป็นในการพัฒนาทักษะเฉพาะทางของบุคลากรต้องทำอย่างต่อเนื่องทุกปี

7. ข้อเสนอแนะ

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

ผู้รายงาน พว.จตติพรรณ สว่างแจ้ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
e-mail: puporpuy@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 80 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล surgery) ในโรงพยาบาล A, S, M1 ≥ 80
- 1.3 Refracture rate < ร้อยละ 30
- 1.4 ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. ตั้งแต่ M1 – F3 เป้าหมาย $\geq 70\%$

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 60 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 60 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A, S, M1 ≥ 30

โรงพยาบาลสตูลได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ มีระบบ auto consult เป็นระบบการขอ consult คู่ขนานระหว่างทีมแพทย์อายุรกรรม และทีมวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้เกิดความรวดเร็ว สามารถให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้เร็วยิ่งขึ้น แต่ยังมีอุปสรรคในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยที่ต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อน และยังมีการปรับระบบ auto consult และในปี 2565 ที่ผ่านมามีการปรับแนวทางให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกสามารถ consult วิสัญญีแพทย์ได้ทันที ไม่ต้องรอแพทย์อายุรกรรม ส่งผลให้ผลตัวชี้วัดการได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ในไตรมาสแรกเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 81.25 และในไตรมาส 2 คิดเป็นร้อยละ 93.33

2.3 ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re fracture) ≤ 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 ในไตรมาสแรกและไตรมาสสองยังไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 มูลเชิงคุณภาพ

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 และในปลายปี 2565 ยังมีการปรับระบบโดยการเอื้อจากทีมวิสัญญีให้สามารถ consult ได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องรอทีมอายุรกรรม สำหรับเรื่องของ Rehabilitation ถือว่าทีมกายบำบัดของโรงพยาบาลสตูนมีความเข้มแข็งมาก ทำกายภาพบำบัดและให้ความรู้จนผู้ป่วยสามารถ Discharge กลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็ว และยังมีระบบ auto consult ทีมกายภาพลงทำกายภาพตั้งแต่ผู้ป่วย admit และยังคงเฝ้าติดตามระวังภาวะกระดูกหักซ้ำ และในปี 2569 นี้ โรงพยาบาลสตูนมีทีมแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกและข้อทั้งหมดจำนวน 4 ท่าน ไปเรียนต่อยอด arthroplasty 1 ท่าน (จบการศึกษาช่วงเดือนกรกฎาคม 2569)

3.1.2 การผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง (Early surgery) มากกว่าร้อยละ 80 นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สถานการณ์ในช่วง ปี 2568 พบผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 75.47 และสถานการณ์ในช่วงไตรมาสที่ 2 ปี 2569 ในเดือนมกราคม, กุมภาพันธ์ และมีนาคม คิดเป็นร้อยละ 100, 100 และ 87.5 ตามลำดับ พบว่ายอดผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใน 72 ชั่วโมง ถือว่าดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา จากการลงติดตามของทีมที่เข้มข้นขึ้น และการปรับแนวทางการ consult ระหว่างแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและวิสัญญีแพทย์

3.1.3 Fracture rate น้อยกว่าร้อยละ 20 (ตัวชี้วัดนี้ใช้ได้กรณีที่โรงพยาบาลนั้นทำโครงการมาแล้ว 1 ปี)

ในปีงบประมาณ 2565 ได้มีการพัฒนาในการเก็บข้อมูล ลงติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ตั้งแต่ admit โดยทีม IMC ของโรงพยาบาล พบว่ามีอัตราการหักซ้ำลดลง และไม่พบการหักซ้ำในปี 2566, 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		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	37	29	78.38	78	57	73.08
ควนกาหลง	4	0	0	23	3	13.04
ท่าแพ	43	30	69.77	57	38	66.67
ละงู	57	27	47.37	39	7	74.36
ทุ่งหว้า	26	16	61.54	20	15	75
มะนัง	59	34	57.63	45	24	53.33
ภาพรวมจังหวัด	226	136	60.26	262	144	54.96

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2567			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	68	58	85.29	16	10	62.5
ควนกาหลง	34	6	17.65	4	0	0
ท่าแพ	63	28	44.44	48	22	45.83
ละงู	23	22	95.65	6	6	100
ทุ่งหว้า	27	15	55.56	34	21	61.76
มะนัง	53	34	64.15	4	3	75
ภาพรวมจังหวัด	268	163	60.82	112	62	55.36

อำเภอ	ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ตั้งแต่ M1-F3 เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 70					
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)			ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – เม.ย. 69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	-	-	-	-	-	-
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	3	0	0	39	23	41.17
ละงู	0	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	5	3	60	14	5	60
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	8	3	37.5	53	28	47.17

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

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ 2564			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			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	<12	0/60	0	0	0/105	0	0	0/59	0

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention; Fracture Liaison Service (FLS) ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) < ร้อยละ 20					
	ปีงบประมาณ 2569					
	ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย. 69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	0	0/34	0	0	0/56	0

3.2.4 ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 60 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			ปีงบประมาณ 2568		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	25	26/49	53.06	31	43/61	70.49	37	40/53	75.47

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย fracture around hip ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ที่ได้รับการผ่าตัด (Fast track surgery) ในโรงพยาบาล A,S,M1 $\geq$ ร้อยละ 75					
	ปีงบประมาณ 2569					
	ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – เม.ย. 69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)	24	26/32	81.25	51	44	86.27

4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

4.1 การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน

- ให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญผ่านกลุ่ม line group ortho
- จัดทำแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture non displace และพัฒนาความรู้การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Fracture non displace ในรพช.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
- ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการตรวจตากับทีมเวชปฏิบัติ และคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/กระดูกหักซ้ำ และภาวะภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
- เพิ่มประเด็นท้าทายโดยการลดวันนอนในผู้ป่วย FLS และปรับตัวชี้วัดจากอัตราการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง $\geq$ ร้อยละ 75 ในปี 68 เป็น $\geq$ ร้อยละ 80 ในปี 69 และเพิ่มการผ่าตัดภายใน 24 และ 48 ชั่วโมง
- ยกระดับระบบบริการ FLS ผ่านการปรับปรุง Standing Order ให้เอื้อต่อการใช้งานจริง พร้อมประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาลชุมชนในการใช้แบบฟอร์มที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมความพร้อมและการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

5. ปัญหา อุปสรรค

- ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ยังไม่สามารถผ่าตัดได้ภายใน 72 ชั่วโมง มักมาจากสาเหตุมีโรคร่วม อาจทำให้ต้องได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมก่อน จึงจะสามารถผ่าตัดได้
- รพช.บางแห่ง ยังขาดความต่อเนื่องในการส่งข้อมูล/ตัวชี้วัดในผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน และยังมีกรณีเฟอร์เคสผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน และยังขาดการพัฒนาศักยภาพแพทย์ใช้ทุนในรพช. ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักไม่ซับซ้อน ทำให้ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผู้รายงาน พว.พิจามณู เกียรติธัญญิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 098-7145947

e-mail phichamon.kiet@gmail.com

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ ≤ 10

2. สถานการณ์

ข้อมูลใน ปี 69 (ไตรมาสที่ 1 ต.ค.68-มี.ค.69) พบการแตกของไส้ติ่งอักเสบคิดเป็นร้อยละ 6.83 (17/249) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยแยกตามสาเหตุการแตก Delay presentation คิดเป็นร้อยละ 3.21 (8/249) Delay treatment คิดเป็นร้อยละ 0 และ Missed Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 3.61 (9/249)

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เป้าหมาย : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ ≤ 10 จากข้อมูล ปี 69 ไตรมาสที่ 2 (ต.ค.68-มี.ค.69) พบว่าอัตราการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดคิดเป็นร้อยละ 6.83 (17/249) และมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับไตรมาสแรกของปี (ต.ค. 68-ธ.ค. 68) ซึ่งร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ 8.66 สาเหตุการแตกที่สำคัญคือ Miss Diagnosis คิดเป็นร้อยละ 3.61 ทางทีมศัลยกรรมมีการพัฒนาให้มีการทบทวน RCA 100% จากสาเหตุ Missed Diagnosis เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา ซึ่งจากผลการทบทวนพบว่า Miss Diagnosis จากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ไม่ใช่แบบประเมิน Alvarado Score ในผู้ป่วยอาการ Lower Abd Pain ที่มารับบริการในแผนกอื่น เช่น แผนก สูติ-นรีเวช อายุรกรรม เป็นต้น จึงได้มีการรณรงค์ กระตุ้น และชี้แจงให้มีการใช้ Alvarado Score ทุกราย ทุกแผนก และมีการให้วิชาการความรู้เรื่องโรค และการประเมินตรวจร่างกายในผู้ป่วย Lower Abd Pain ใน รพ.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 – ธ.ค.68)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	198	9	4.55	54	3	5.56
ควนโดน	34	1	7.32	13	2	15.38
ควนกาหลง	30	1	3.33	15	3	20
ท่าแพ	73	3	4.11	21	1	4.76
ละงู	36	11	4.55	9	1	11.11
ทุ่งหว้า	18	3	16.67	6	1	16.7
มะนัง	26	1	3.85	9	1	11.11
ภาพรวมจังหวัด	517	33	6.38	127	11	8.66

อำเภอ	ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ น้อยกว่า ร้อยละ 10		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – มี.ค.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	84	6	7.14
ควนโดน	23	2	8.7
ควนกาหลง	24	3	12.5
ท่าแพ	34	2	5.88
ละงู	19	2	10.53
ทุ่งหว้า	11	1	9.09
มะนัง	14	1	7.14
ภาพรวมจังหวัด	249	17	6.83

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

- การเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งจังหวัด และการส่งต่อข้อมูลยังไม่ต่อเนื่อง ซึ่งการเชื่อมโยงเครือข่ายได้จะสามารถพัฒนางานในหน่วยบริการได้เป็นอย่างดี ถือ เป็นประเด็นสำคัญ โดยมีการวางแผนนิเทศงาน ทุก รพช.อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาระบบงาน

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- กำหนดแผน ศัลยกรรมสัณสุกร อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อนิเทศ ประเมิน ทบทวน ประเด็นปัญหา 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 นำไปพัฒนางานของตนเองให้ได้ตามเป้าหมาย

8. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- พัฒนาเครือข่าย รพ. ละงู ให้มีศักยภาพสามารถเปิดบริการผ่าตัดในหัตถการ Appendectomy MRM Hernia และเพิ่มหัตถการยุ่งยากซับซ้อน LC ในปี 69 โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง สอน ให้คำแนะนำ และสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็น
- พัฒนากลุ่มไลน์ประสานงาน Refer back
- พัฒนา Tele med ในผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อลดระยะเวลารอคอยและ รวดเร็ว ประหยัดเวลาเดินทาง

- วางแผนให้บริการระบบ One province On Hospital ในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการในมาตรฐานเดียวกันทั้งจังหวัด และสนับสนุนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รับผิดชอบ นางสาวกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 097- 920 9879

e-mail Sukanya_yeear@hotmail.com

การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา การผ่าตัดวันเดียวกลับ (One Day Surgery : ODS)

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

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

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

2. สถานการณ์

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery : ODS

จากผลการดำเนินงานปี 69 (ต.ค.68-มี.ค.69) 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 ผ่านเกณฑ์กำหนด ($>20\%$) 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.-มี.ค.69) อัตราการทำ ODS คิดเป็นร้อยละ 23.83 ไม่ผ่านเกณฑ์ ($>30\%$) แต่มีแนวโน้มลดลงจากไตรมาสแรก(ต.ค.-ธ.ค.69) (ร้อยละ 29.50) จากการทบทวนของทีมประเด็นปัญหาพบคือ ทีมที่เกี่ยวข้องพบความยุ่งยากใน การคัดกรองผู้ป่วย การเตรียมเอกสาร รวมทั้งโรงพยาบาลเปิดให้บริการคลินิกพิเศษผ่าตัดนอกเวลาราชการ ทำให้สถิติ ODS ลดลงในบางหัตถการ เช่น หัตถการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ หัตถการส่องกล้องทางเดินอาหาร ทีมจึงได้มีแผนพัฒนาเพิ่มการเข้าถึง ODS ในหัตถการใหม่ๆ

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

เช่น แผนกศัลยกรรมหัตถการ ERCP แผนกสูติ-นรีเวช หัตถการ LEEP TR แผนกศัลยกรรมกระดูกหัตถการ Percutaneous K-wire และมีแผนเพิ่มสถิติในหัตถการที่ทำน้อยลง เช่น หัตถการ tongue tie ,Remove FB in Esophagus

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

จากข้อมูลปี 69 (ต.ค.68-มี.ค.69) ร้อยละการ Re admit ภายใน 1 เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ = 0 และสามารถ ผ่าตัด LC 100% ในผู้ป่วย Elective case ส่วนในหัตถการอื่น ยังทำได้น้อย เช่น Lap colectomy, Lap LAR, Lap Hernioplasty, เนื่องจากเป็นหัตถการที่ยุ่งยากซับซ้อน ทีมผ่าตัดยังขาดสมรรถนะ ประสบการณ์ และความมั่นใจในการทำผ่าตัด ได้มีการวางแผนเพิ่มสมรรถนะ แพทย์และพยาบาลในการอบรม พยาบาลเฉพาะทาง 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	14	71	19.71
Hydrocele	1	20	5	0	0	0	1	3	33.33
Hemorrhoid	7	62	11.30	7	16	43.75	9	26	34.62
Pterygium	23	127	18.11	7	20	35	15	41	36.59
Esophageal varice	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colorectal Polyp	47	128	36.72	8	21	38.10	13	41	31.7
Removal FB esophagus	0	0	0	0	0	0	0	0	0
LC	11	156	7.05	4	39	10.26	8	65	12.31
Fistula	3	12	25	0	0	0	0	0	0
Toung tie	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wide Excision Breast	22	60	36.67	5	9	55.56	8	20	40
Phymosis (Circumcision)	23	53	43.40	10	21	47.62	22	38	57.89
Colono Fit test +	89	233	38.19	7	62	11.29	17	144	11.8
รวม	260	1038	25.05	64	217	29.50	107	449	23.83

3.2.2 ร้อยละของการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด MISมากกว่า ร้อยละ 30				
	2564	2565	2566	2567	2568
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	78.12	74.28	88.88	83.33	83.33

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด MISมากกว่า ร้อยละ 30					
	ปีงบประมาณ 2569					
	ต.ค.68 - ธ.ค.68			ม.ค.69 - มี.ค.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมือง)	40	43	93.03	88	95	92.63

3.2.3 ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในอุ้งน้ำดีหรืออุ้งน้ำดีอักเสบ ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS)

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

ภาพรวมจังหวัด (อำเภอเมืองสตูล)									
ปีงบประมาณ									
2565	2566	2567	2568	2569					
				ต.ค. 68 - ธ.ค.68			ต.ค. 68 - มี.ค.69		
ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
0	0	0	0	40	0	0	88	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 ในสาขาศัลยกรรมกระดูก สตรี-นรีเวช
- มีแผนพัฒนาศูนย์ส่องกล้อง ในปี 69
- เพิ่มศักยภาพ Node รพ.ละงู ในการผ่าตัด LC โดยเป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็น

7. ปัญหา อุปสรรค

- อัตราการทำ ODS มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ ODS/MIS อย่างต่อเนื่อง
- ขาดแคลนอัตรากำลังแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง Laparoscope ในหัตถการที่ย่างยากซับซ้อน 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

- มีระบบ Post discharge Surveillance เพื่อติดตามประเมินผลการรักษาผู้ป่วยหลังผ่าตัด
 - มีระบบการ Consult ผ่าน Video call , line group
 - ประสานงานระหว่าง ODS term และ รพ./รพสต.
 - มี guide line ที่ชัดเจน

ผู้รับผิดชอบ นางสาวกัญญา ยีอาร์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

โทร 097- 920 9879

e-mail Sukanya_yeear@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 เป้าหมาย
ระดับประเทศ $\geq$ ร้อยละ 80 หรือมากกว่า 62 จังหวัด
- 1.4 ขยายการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูผู้ป่วยจังหวัด เป้าหมายระดับประเทศ $\geq$ ร้อยละ 80 หรือ
มากกว่า 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-พ.ค.69)
มีจำนวนผู้ป่วย IMC 259 ราย ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน BI=20 คิดเป็น
ร้อยละ 93.05 ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2564-2567 และแนวโน้มสูงขึ้นทุกอำเภออีกด้วย โดยผู้ป่วย
IMC ที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจะได้รับการส่งต่อ (Refer back) จากโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อฟื้นฟูสภาพต่อแบบ
IPD-IMC protocol ที่โรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 68.45 ปี 2568 และ 69.79 ปี 2569 (ต.ค.68-
เม.ย.69) หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยให้มาฟื้นฟูต่อแบบผู้ป่วยนอก (OPD case) และในรายที่ไม่สามารถมาฟื้นฟู
ต่อที่ โรงพยาบาลได้จะได้รับการบริหารต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (Outreach program)

- 2.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
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) ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 71.16 ซึ่งปีที่ผ่านมาเป้าหมายตัวชี้วัด และมีแนวโน้มสูงขึ้นมากกว่าปี 2567 ทุกอำเภอ โดยอำเภอที่ทำได้ดีมากที่สุด คืออำเภอควนโดน ท่าแพ และทุ่งหว้า ตามลำดับ ส่วนอำเภอเมืองซึ่งมีผู้ป่วย IMC คิดเป็นครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย IMC ทั้งหมดของจังหวัดก็ทำได้สูงมากกว่าปี 2567 เช่นกัน เนื่องจากมีการเพิ่มการฟื้นฟูเชิงรุก โดยลงไปฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้านทันทีเมื่อผู้ป่วยไม่มาที่รพ. และในปี 2569(ต.ค.68-พ.ค.69) ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 77.99 ซึ่งอำเภอที่ทำได้ดีมากที่สุดคืออำเภอทุ่งหว้า ท่าแพ และควนโดน ตามลำดับ และผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอ ยกเว้นอำเภอควนกาหลงซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดนี้ ส่วนภาพรวมจังหวัดผ่านเป้าหมาย ตัวชี้วัดระดับกระทรวงฯเช่นกัน

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 2569 (ต.ค.68-เม.ย.69) พบว่า มีผู้ป่วยเข้ารับบริการรวม 89 ราย ได้แก่ โรค stroke 77 ราย SCI 7 ราย และ Fx hip 5 ราย และเป็นผู้ป่วยอำเภอท่าแพและอำเภอเมืองเป็นส่วนใหญ่ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด IMC ward ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วย IMC บรรลุเป้าหมายในการฟื้นฟู เท่ากับร้อยละ 84.98 และร้อยละผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน BI เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่ากับ 2 เท่ากับ 75.79 ซึ่งทั้งสองตัวชี้วัดมีแนวโน้มสูงขึ้น ปัจจุบันได้มีการเพิ่มผู้ป่วยกลุ่มฟื้นฟูอื่นๆ และวางแผนเพิ่มเติมในรูปแบบห้องพิเศษอีก 2 ห้อง เพื่อรองรับผู้ป่วยมากขึ้น

2.4 ขยายการจัดตั้งและดำเนินงานกองทุนฟื้นฟูสุขภาพจังหวัดมาตลอดต่อเนื่องทุกปี โดยจะสนับสนุน มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชนให้ครบทุกอำเภอ ซึ่งปัจจุบันจังหวัดสตูลมีศูนย์ฟื้นฟูครบ 7 อำเภอแล้ว และได้ มีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้กองทุนฟื้นฟูสนับสนุน และมีการจัดโครงการปรับสภาพบ้าน ให้กับ

ผู้สูงอายุและผู้พิการ สนับสนุนให้มีการสร้างคลังอุปกรณ์ฯ สนับสนุนศูนย์ซ่อมอุปกรณ์ฯ 2 แห่ง คือ อำเภอเมือง และอำเภอละงู และสนับสนุนให้มีโครงการรวจจับอุ่นใจสำรวจพื้นที่ครอบคลุมทุกอำเภอทุกปี

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

จังหวัดสตูลได้มีการกำหนดนักกายภาพบำบัดศูนย์ประสานงาน Intermediate care ประจำโรงพยาบาลสตูล จำนวน 1 คน โดยวางรูปแบบการติดตามผู้ป่วย Intermediate care โดยแบ่งผู้รับผิดชอบตามโรคในระดับจังหวัด (IMC Manager) ปัจจุบันได้มีจัดตั้งศูนย์ประสานงานที่กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู แผนกกายภาพบำบัด โดยมีป้ายและสถานที่แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการปรับสภาพฟื้นฟูสมรรถภาพและติดตามจนครบ 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) เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันจะได้รับ การส่งกลับ (Refer back) เพื่อฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IPD-IMC protocol) ที่โรงพยาบาล ชุมชน โดยส่งต่อข้อมูลการฟื้นฟูผ่านโปรแกรม PRM Referral System เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชน สามารถตรวจสอบข้อมูลและบันทึกข้อมูลความก้าวหน้าส่งกลับมาทางโรงพยาบาลต้นทางได้ โดยโรงพยาบาล ทำแพเปิดบริการ Intermediate Ward และโรงพยาบาลอื่นๆอีก 6 อำเภอ เปิดบริการ Intermediate Bed สำหรับโรงพยาบาล ทำแพ (IMC Ward) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูประจำโรงพยาบาลสตูล 2 ท่านได้มีการ Round ward และทำ Team meeting ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ส่วนโรงพยาบาลที่เปิดบริการ IMC Bed ได้นัดทำ Tele-consult/ Tele-meeting ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสตูลและโรงพยาบาลชุมชน ในกรณีผู้ป่วย IMC ที่มีความซับซ้อนในการฟื้นฟูสภาพ โดยมีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วม เพื่อวางแผนการดูแล ฟื้นฟูผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจาก Discharge จากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตาม ฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง แบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) หากผู้ป่วยไม่สะดวกด้านการเดินทางจะมีรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน หรือคลินิกกายภาพบำบัดเอกชน โดยติดตามตลอดในระยะ 6 เดือน ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-พ.ค.69) มีผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มโรคที่มีภูมิลำเนาต่างอำเภอจำนวน 96 ราย ได้รับการส่งกลับ (Refer back) จำนวน 67 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.79 และมีจำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าระบบทั้งหมดจำนวน 259 ราย ได้รับการติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน BI=20 จำนวน 241 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.05 โดยผลลัพธ์จากการ ติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยที่คะแนน BI<15 จนครบ 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนน BI ดีขึ้น ร้อยละ 86.48, BI คงที่ ร้อยละ 4.24, และ BI ลดลง ร้อยละ 2.31 และเมื่อพิจารณาความสามารถในการเดิน พบว่า ผู้ป่วยสามารถ เดินได้เอง ร้อยละ 40.2 เดินด้วยไม้เท้า ร้อยละ

39.4, ใช้รถเข็น ร้อยละ 10.3, และติดเตียง ร้อยละ 9.9 โดยผู้ป่วย สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Independent ADL) ร้อยละ 69 และต้องพึ่งพาผู้อื่น ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Dependent ADL) ร้อยละ 31 นอกจากนี้ยังมีการติดตาม ภาวะแทรกซ้อน (Pneumonia, Pressure sore, UTI, Joint stiffness) พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 8.29 และเสียชีวิต ร้อยละ 3.86

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

ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68-ธ.ค.68) มีผู้ป่วย IMC ทั้ง 4 กลุ่มโรคที่เข้าระบบทั้งหมดจำนวน 259 ราย หลังจาก Discharge จากโรงพยาบาลจะได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก(OPD Case) หากผู้ป่วยไม่สะดวกด้านการเดินทางจะมีรูปแบบบริการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน หรือคลินิก กายภาพบำบัดเอกชน โดยติดตามตลอดในระยะ 6 เดือน โดยผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 202 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.99 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2567-2568 เนื่องจากทีม IMC ทุกอำเภอ โดยเฉพาะในอำเภอเมืองซึ่งมีผู้ป่วย IMC ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ได้มีการปรับรูปแบบบริการ ฟื้นฟูสภาพจากตั้งรับเป็นรูปแบบฟื้นฟูสภาพเชิงรุกมากขึ้น พบว่า สัดส่วนรูปแบบ บริการฟื้นฟูสภาพแบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) คิดเป็นร้อยละ 49.57 รูปแบบบริการฟื้นฟูเชิงรุกที่บ้าน หรือศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน ร้อยละ 50.43 โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการฟื้นฟูสภาพที่ 10.3 ครั้งต่อคน ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงฯนอกจากตัวชี้วัดนี้จะผ่านเกณฑ์แล้วยังสามารถเพิ่มรายรับให้กับโรงพยาบาลได้ด้วยจากค่าชดเชยการให้บริการผู้ป่วยนอก (IMC claim)

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.2.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate Care * ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 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. จำนวนผู้ป่วย	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัด ที่	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน

	ภายใน จังหวัด ที่คัดกรอง เข้าระบบ (ราย)	คัดกรองเข้า ระบบและมีการ ติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	การติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	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%
รวม	279	268	96.05%	240/89.55%	20/7.46%	8/2.98%	55/16.56%

ประเภท ผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2567						
	B. จำนวน ผู้ป่วย ภายใน จังหวัด ที่คัดกรอง เข้าระบบ (ราย)	A. จำนวนผู้ป่วย ภายในจังหวัด ที่ คัดกรองเข้า ระบบและมีการ ติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่ได้รับ การติดตาม 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%
รวม	327	280	85.62	252/77.06%	19/5.8%	9/2.75%	38/11.6%

ประเภท ผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2568						
	B. จำนวน ผู้ป่วยภายใน จังหวัด	A. จำนวน ผู้ป่วยภายใน จังหวัด ที่คัด	ร้อยละของ ผู้ป่วยที่ได้รับ การติดตาม	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น	BI คงที่	BI ลดลง	เสียชีวิต

	ที่คัดกรองเข้าระบบ (ราย)	กรองเข้าระบบและมีการติดตามประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	(ราย/ร้อยละ)	(ราย/ร้อยละ)	(ราย/ร้อยละ)	(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
รวม	385	358	92.98	327/84.93	23/5.97	8/2.07	17/4.4

ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – ธ.ค.68)						
	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	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
รวม	95	92	96.84	83/87.36	6/6.31	3/3.15	2/2.1
ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค.69)						
	B. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัด	A. จำนวนผู้ป่วยภายในจังหวัดที่คัดกรองเข้าระบบ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	Outcome จากการติดตามผู้ป่วย BI <15 เมื่อครบ 6 เดือน			
				BI สูงขึ้น	BI คงที่	BI ลดลง	เสียชีวิต

	ที่คัดกรอง เข้าระบบ (ราย)	กรองเข้าระบบ และมีการ ติดตาม ประเมิน BI เมื่อครบ 6 เดือน (ราย)	BI เมื่อครบ 6 เดือน A/B) X100 (ร้อยละ)	(ราย/ ร้อยละ)	(ราย/ ร้อยละ)	(ราย/ ร้อยละ)	(ราย/ ร้อยละ)
Stroke	187	174	93.04	161/86.09	8/4.27	5/1.93	7/3.74
TBI	24	23	95.83	21/87.5	1/ 4.16	1/0.57	0
SCI	6	6	100	6/100	0	0	0
Fracture Hip	42	38	90.47	36/85.71	2/4.76	0	3/7.14
รวม	259	241	93.05	224/86.48	11/4.24	6/2.31	10/3.86

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยนอก) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะ กลาง 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) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะกลาง จำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน	
	เป้าหมาย $\geq$ ร้อยละ 60	
	ปีงบประมาณ 2569	

	ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 - พ.ค.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	38	27	71.05	98	75	76.53
ท่าแพ	12	12	100	32	31	96.87
ละงู	15	13	86.67	56	41	73.21
ควนโดน	8	8	100	19	17	89.47
ควนกาหลง	12	6	50	24	12	50
มะนัง	2	1	50	16	12	75
ทุ่งหว้า	8	8	100	14	14	100
ภาพรวมจังหวัด	95	75	78.94	259	202	77.99

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

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

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

1. พัฒนาการเชื่อมข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วยจากระบบ HIS ไปยังโปรแกรม PRM referral system 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) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากยิ่งขึ้น

4. นิเทศการดูแลผู้ป่วย IMC ในโรงพยาบาลระดับ M, F ร่วมกับ Service plan สาขา Stroke สาขา ศัลยกรรม (TBI) และสาขาระดุกและข้อ (เครือข่าย FLS/SCI) รวมไปถึงการขับเคลื่อนงาน IMC ในทีม PCT แต่ละสาขาร่วมด้วย

5. พัฒนาระบบบริหารภาพผู้ป่วยระยะกลางผู้ป่วยนอกและระบบการติดตามผู้ป่วยแบบเชิงรุก โดยการจัดทำแนวทางในการติดตามผู้ป่วยมาฟื้นฟูสภาพทุกรูปแบบให้ครบตามกำหนดภายในระยะ เวลา 6 เดือน เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลและติดตามผู้ป่วย รวมไปถึงการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดได้ สำหรับ โรงพยาบาลที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์

6. ร่วมกันวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการให้บริการผู้ป่วย IMC แบบผู้ป่วยใน โดยให้โรงพยาบาลเป็น แบบอย่าง เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสตูลได้ให้บริการ IMC ward เพื่อเพิ่มรายได้และ เพิ่ม ศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลด้วย

7. พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วย IMC ที่รพ.ละงูให้เป็น node ในการดูแลผู้ป่วยใน zone อำเภอ ทุ่งหว้า และนอกจากนี้กระตุ้นให้เปิดบริการ IMC ward เนื่องจาก รพ.ละงูมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ประจำ 1 ท่าน

6. ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1.ปัจจุบันการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มโรคกระดูกสะโพกหัก ยังไม่ครอบคลุมทุกเคส เนื่องจากการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยทีม SP สาขาระดุกและข้อ ร่วมประเมิน ด้วย ตอนนี้ส่งกลับได้เฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการ ผ่าตัดเป็นหลัก	1.เสนอให้มีการจัดทำแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยกลุ่ม กระดูกสะโพกหักใน SP สาขาระดุกและข้อในระดับเขต และกระทรวงาร่วมด้วย เพื่อจะได้เข้าใจระบบ การ ส่งกลับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และกระตุ้น ให้มีการขับเคลื่อนทีม PCT แผนก กระดุกและข้อาร่วมด้วย
2.ในโครงสร้างกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูไม่มีตำแหน่ง พยาบาลฟื้นฟู	2.เสนอให้มีกรอบตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟูในโครงสร้างกลุ่ม งานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยระยะ กลางมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ด้านการพยาบาล)

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
3.โรงพยาบาลที่เปิดให้บริการ IMC ward ไม่มีกรอบ นักกิจกรรมบำบัด	3.เสนอให้มีกรอบนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลที่เปิด ให้บริการ IMC ward

4. ยังไม่สามารถเชื่อมโยงโปรแกรม PRM referral system ได้กับฐาน HIS รพ. เนื่องจากปัจจุบันบางโรงพยาบาลยังพัฒนาระบบ IPD paperless ยังไม่คงที่	4. รอให้ระบบโปรแกรม HIS IPD ของโรงพยาบาลทุกอำเภอให้คงที่ และจะนัดทีม PRM จากสถาบันสิรินธร มาเชื่อมต่อ อาจจะเริ่มต้นจากโรงพยาบาลนำร่องบางอำเภอ ก่อน
---	--

7. ข้อเสนอแนะ

- เสนอให้มีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสะโพกหักของ SP IMC SP กระดูกและข้อ และ SP ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ระดับกระทรวงฯและเขต เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
- เสนอเพิ่มกรอบตำแหน่งพยาบาลฟื้นฟูในกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อเพิ่มการดูแลผู้ป่วยด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- เสนอให้มีกรอบตำแหน่งนักกิจกรรมบำบัดในโรงพยาบาลระดับ 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 การพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (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 เป็นโรคไม่ติดต่อที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติ ปีงบประมาณ2566 มีผู้รับบริการ 1700 ราย ปีงบประมาณ2567 มีผู้รับบริการ 1759ราย และ ปี 2568 มีผู้รับบริการ1798 ราย อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง(อายุ40ปีขึ้นไป) ซึ่งยังสูงกว่าเกณฑ์ ปี2566 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ141.47 ปี2567 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ130.24 แนวโน้มอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันลดลง ในปี 2568 อัตราการกำเริบเฉียบพลัน ร้อยละ137.95 มีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย

ในปีงบประมาณ 2569 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2568 – เดือนพฤษภาคม 2569 พบว่า มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 122.10 อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐานร้อยละ 90 โรงพยาบาลควนกาหลง มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันสูงที่สุดในจังหวัดสตูล สาเหตุจากผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของปอดน้อยลง ภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลง และการมีโรคร่วม

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

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

3.1.1 อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ40ปีขึ้นไป)

< 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อำเภอ	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ40ปีขึ้นไป) 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
ภาพรวมจังหวัด	141.47	130.24	1789	2468	137.95

ปีงบประมาณ 2569					
ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
อัตราการเกิด การกำเริบ เฉียบพลันใน ผู้ป่วยโรคปอด อุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40ปี ขึ้น ไป)	เมืองสตูล	ไม่เกิน110ครั้ง ต่อ 100 ผู้ป่วย ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	652	823	126.23
	ควนโดน		87	72	82.76
	ควนกาหลง		152	212	139.47
	ท่าแพ		188	207	110.44
	ละงู		311	367	118.01
	ทุ่งหว้า		144	189	131.25
	มะนัง		104	130	125.10
	ภาพรวมจังหวัด		1,638	2,000	122.10
	(ข้อมูล 1 ต.ค.68– 31 พ.ค.69)				

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

- ไม่มี -

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

- ระบบบริการและสถานที่ : ในคลินิกไม่ได้ให้บริการแบบ one stop service คลินิกงตบหรือแยกส่วนบริการ
- บุคลากร : แพทย์หมุนเวียนนอกตรวจในโรงพยาบาลชุมชน 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
โทร 084-7504488
mail:achaneeeya.nhd@gmail.com

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- 1.1 อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 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 อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ ลดลงร้อยละ 10

สถานการณ์โรคปอดอักเสบในเด็ก และแนวทางการพัฒนาการดูแลรักษา โรคที่พบมากที่สุด ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) ซึ่งมักส่งผลให้เกิดภาวะ หายใจล้มเหลว (Respiratory failure) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสม 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 อัตราผู้ป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 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 วิเคราะห์ข้อมูลพบผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Trauma) ในเด็กอายุ 1 เดือนถึง 4 ปี จำนวน 1 ราย

3.1.3 รากการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma

3.1.3.1 จำนวนผู้เสียชีวิตจาก non-trauma ทั้งหมด

จากที่ระบุว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วย Sepsis 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 8

สามารถคำนวณจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรค non-trauma

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

3.1.3.2 บทบาทของ Sepsis ในการเสียชีวิต

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

3.1.3.3 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	1049	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					
	ต.ค.67 – ธ.ค.67			ต.ค.67 – ก.ย. 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

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปีบริบูรณ์ เป้าหมาย ลดลง ร้อยละ 10%					
	ปีงบประมาณ 2568					
	ต.ค.68 – ธ.ค.68			ต.ค.68 – พ.ค.69		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมือง	257	0	0	257	0	0
ควนโดน	64	0	0	64	0	0
ควนกาหลง	54	0	0	54	0	0
ท่าแพ	203	0	0	203	0	0
ละงู	82	0	0	82	0	0
ทุ่งหว้า	19	0	0	19	0	0
มะนัง	148	0	0	148	0	0
ภาพรวมจังหวัด	827	0	0	827	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
รวม	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
รวม	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
รวม	119	0	0	3	0	0	119	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC								
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – พ.ค 69)								
	S00-S99,T00-T981			W65-W74			V00-V99		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล		0	0		0	0		0	0
ควนโดน		0	0		0	0		0	0
ควนกาหลง		0	0		0	0		0	0
ท่าแพ		0	0		0	0		0	0
ละงู		0	0		0	0		0	0
ทุ่งหว้า		0	0		0	0		0	0
มะนัง		0	0		0	0		0	0
รวม		0	0		0	0		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 2566					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	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 2567					
	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 2568					
	sepsis			ไข้เลือดออก		
	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 2569 (ต.ค.68 - พ.ค.69)					
	sepsis			ไข้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	0	0	0	0	0	0
ควนโดน	0	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	0	0	0	0	0	0
ท่าแพ	0	0	0	0	0	0
ละงู	0	0	0	0	0	0
ทุ่งหว้า	0	0	0	0	0	0
มะนัง	0	0	0	0	0	0
ภาพรวมจังหวัด	0	0	0	0	0	0

อำเภอ	ข้อมูลจาก HDC					
	อัตราการป่วยตายในเด็ก 1 เดือนถึง 4 ปีจากโรคอื่นที่ไม่ใช่ การบาดเจ็บ non-trauma					
	ปีงบประมาณ 2568					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	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 – พ.ค.69)					
	sepsis			ใช้เลือดออก		
	ป่วย	ตาย	ร้อยละ	ป่วย	ตาย	ร้อยละ
เมืองสตูล	24	0	0	0	0	0
ควนโดน	4	0	0	0	0	0
ควนกาหลง	2	0	0	0	0	0
ท่าแพ	2	0	0	0	0	0
ละงู	10	0	0	2	0	0
ทุ่งหว้า	19	0	0	0	0	0
มะนัง	22	0	0	8	0	0
ภาพรวมจังหวัด	83	0	0	10	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 ปติตตา สถานตัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร0908889354

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

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

ในภาพรวมปี 2569(1ต.ค.68-30เม.ย.69) ผ่าตัดต้อกระจกได้ 95.37% ได้ตามเป้า

2.2 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

ในภาพรวมปี 2569(1ต.ค.68-30เม.ย.69) คัดกรองสายตาผู้สูงอายุได้ 86.7% ได้ตามเป้า

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)	มีการประชุมให้ความรู้ข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ก่อนดำเนินการคัดกรอง
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	เครื่องมือ ยา และเวชภัณฑ์ทางการแพทย์เหมาะสม
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	N/A
6 ภาวะผู้นำ ธรรมาภิบาล (Leadership)	ผู้นำองค์กรทุกระดับมีธรรมาภิบาล

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

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

3.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 ($\geq$ 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



โรงพยาบาลสุทนต์
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

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

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน โดยโปรแกรม Vision 2020 $\geq 85\%$ ทั้งหมด 350 ตา		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – 30 เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	99	95	95.96
ควนโดน	12	11	91.66
ควนกาหลง	23	22	95.65
ท่าแพ	12	11	91.66
ละงู	3	3	100
ทุ่งหว้า	9	8	88.88
มะนัง	15	15	100
ต่างจังหวัด	ไม่มีเคส	ไม่มีเคส	ไม่มีเคส
ภาพรวมจังหวัด	173	165	95.37

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



โรงพยาบาลสตูล
Satun Hospital

ตรวจราชการและนิเทศงาน รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2569

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.68 – ธ.ค.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

อำเภอ	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq 85\%$		
	ปีงบประมาณ 2569 (ต.ค.68 – 30 เม.ย.69)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองสตูล	1,448	1,440	99.45
ควนโดน	1,448	1,414	100
ควนกาหลง	3,687	3,686	99.97
ท่าแพ	858	300	34.97
ละงู	12,249	9,646	78.75
ทุ่งหว้า	3,778	3,575	94.63
มะนัง	1,934	1,934	100
ภาพรวมจังหวัด	25,368	21,995	86.7

4. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

อยู่ในช่วงดำเนินการคัดกรอง

5. ปัญหา อุปสรรค

ไม่มี

6. ข้อเสนอแนะ

การ UPDATE ฐานข้อมูลผู้สูงอายุในจังหวัดยังไม่เป็นปัจจุบันตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ เสนอประธาน SP จักขุ เขต 12 เนื่องจากมีปัญหาทุกจังหวัดในเขต 12

ผู้รับผิดชอบ พว.กัลยารัตน์ ชนวรรณโณ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

โทร 085-5874977

e-mail - Kalyaratlee@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

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

สาขา การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล /

การป้องกันและควบคุมเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

1.จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด ผ่านอย่างน้อยร้อยละ 60 ของอำเภอทั้งหมด

อำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาใช้ยาอย่างสมเหตุผล ต้องผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 5 ข้อ ดังนี้

1.1 RDU Hospital : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อ

1.2 RDU PCU : ร้อยละ 80 ของ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านตัวชี้วัด RDU ในโรค RI และ AD

1.3 RDU community : มากกว่าร้อยละ 30 ของร้านชำทั้งหมดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ร้านชำ (G-RDU)

1.4 คลินิก (เวชกรรม/ทันตกรรม/พยาบาล) : มากกว่าร้อยละ 50 ของคลินิกกลุ่มเป้าหมายผ่านประเมิน

ตนเองระดับ 2 (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 50)

1.5 ร้อยละ 60 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80

2. อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดกลุ่มเป้าหมาย ของโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปี 2566 ร้อยละ 10

2. สถานการณ์

2.1.ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด

อำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 5 ประเด็น ปัจจุบันมี 2 อำเภอที่ผ่านมาตรฐานอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) คือ อำเภอกวนโดนและอำเภอมะนัง คิดเป็น ร้อยละ 28.57 จังหวัดสตูลจึงยังไม่ผ่านเกณฑ์จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province)

1. RDU Hospital : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อ

ผลการดำเนินงาน RDU Hospital ปี 2568 ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2567 - พฤษภาคม 2568 มีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU Hospital จำนวน 5 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลควนกาหลง ท่าแพ ละงู โรงพยาบาลทุ่งหว้า และโรงพยาบาลมะนัง คิดเป็น ร้อยละ 71.42 (ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569)

2. RDU PCU : ร้อยละ 80 ของ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านตัวชี้วัด RDU ในโรค RI และ AD

ผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี 2568 (เดือนตุลาคม 2568 - พฤษภาคม 2569) พบว่าอำเภอที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI และ AD มากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวน 6 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 85.71

3. RDU community : มากกว่าร้อยละ 30 ของร้านชำทั้งหมดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ร้านชำ (G-RDU)

อำเภอที่มีผลการดำเนินงาน G RDU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็น 28.57 %

4. คลินิก (เวชกรรม/ทันตกรรม/พยาบาล) : มากกว่าร้อยละ 50 ของคลินิกกลุ่มเป้าหมายผ่านประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 50)

ผลการดำเนินงานพบว่าอำเภอที่มีผลการประเมินตนเองเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 3 อำเภอ คือ อำเภอกวนโดน มะนัง และควนกาหลง คิดเป็นร้อยละ 42.86

5. ร้อยละ 60 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงาน ร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ โดยมี ร้านยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 มีจำนวน 42 ร้าน จากจำนวนร้านยา ขย.1 จำนวน 57 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 73.68

2.2 อุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดกลุ่มเป้าหมาย ของโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปี 2566 ร้อยละ 10

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (Bloodstream Infection: BSI) หรือ AMR (Antimicrobial Resistance) surveillance ของจังหวัดสตูล พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (%AMR CASE) ข้อมูลรายงานล่าสุดของจังหวัดสตูล ปี พ.ศ. 2568 (รอบ 12 เดือน) มีค่าเท่ากับ **6.80%** ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยข้อมูลปี พ.ศ. 2566 ที่มีค่าเท่ากับ **23.15%** โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2568 มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (AMR CASE) **รวม 216 ราย** จากจำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด**รวมทั้งสิ้น 3,178 ราย** ทั้งในจำนวนนี้พบผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด**ทั้งหมดรวม 38 จาก 216 ราย (17.59%)** เชื้อดื้อยาด้านจุลชีพที่พบบ่อย ได้แก่ *E. coli* (84 ราย) *S. aureus* (38 ราย) *K. pneumoniae* (36 ราย) รายงานเชื้อที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ *P. aeruginosa*: **67%** (2 จาก 3 ราย) *E. faecium*: **50%** (1 จาก 2 ราย) และ *E. coli*: **40%** (4 จาก 10 ราย)

ที่มา : Antimicrobial resistance surveillance report, EA0010746 Satun Hospital, Thailand, 01 Jan 2025 to 31 Dec 2025.

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.1.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1.ระบบบริการ (Service delivery)	1. มีแนวทางการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยนอกในโรคระบบทางเดินหายใจ โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และแผลสด 2. พัฒนาความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในแพทย์ใช้ทุน/ รพ.สต./ร้านยา/อสม./ประชาชน
2.กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	1. จัดอบรมความรู้เรื่อง RDU 2. จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาการดำเนินงาน 3.จัดอบรมพัฒนาความรู้ เรื่องแนวทางการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจและอุจจาระร่วงเฉียบพลันในหน่วยบริการปฐมภูมิ
3.ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	1.ติดตามตัวชี้วัดจาก HDC, HPVC 2.รายงานสถานการณ์การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan - RDU) ผ่านโปรแกรมระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	การใช้โปรแกรม G-RDU ประเมินร้านชำคุณภาพ
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	ตามสิทธิผู้ป่วย
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	ติดตามตัวชี้วัด

3.1.2 อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน 2566

หัวข้อ	ข้อมูลเชิงคุณภาพ
1. ระบบบริการ (Service delivery)	มีคำสั่ง service plan : AMR ซึ่งกำหนดให้มีการดำเนินงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) เพื่อให้การป้องกัน ควบคุม และจัดการการใช้ยาต้านจุลชีพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce)	มีนโยบายและมาตรการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง โดยส่งเสริมให้บุคลากรเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเชี่ยวชาญ และทักษะในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร/ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health information system)	มีมาตรการสนับสนุนเพื่อควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การจัดอบรมให้ความรู้บุคลากร การจัดทำสื่อโปสเตอร์ เป็นต้น โดยติดตั้งในจุดสำคัญของหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างสะดวกและต่อเนื่อง
4 เทคโนโลยีทางการแพทย์ / การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (Access to essential medicine)	หน่วยงานมีการทบทวนและพิจารณารายการยาของฝ่ายเภสัชกรรม รวมถึงรายการน้ำยาตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นประจำทุกปี โดยดำเนินการผ่านคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รายการยาหรือวัสดุวิทยาศาสตร์ที่ใช้ในหน่วยบริการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับแนวทางการรักษา มาตรฐานวิชาชีพ และสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
5 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ/ กลไกการคลังด้านสุขภาพ (Financing)	ตามสิทธิผู้ป่วย
6 ภาวะผู้นำ ธรรมมาภิบาล (Leadership)	บูรณาการความร่วมมือระหว่างอายุรแพทย์ เภสัชกร เทคนิคการแพทย์ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ (IC) และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

4.2.1 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU province) ที่กำหนด เป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด

1.1 RDU Hospital : ร้อยละ 60 ของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด RDU hospital อย่างน้อย 10 ข้อ ใน 12 ข้อ

ข้อ	เกณฑ์	สตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
1	URI. $\leq$ 20%	45.76	16.44	18.47	20.00	21.62	27.83	19.00
2	AD $\leq$ 20%	39.42	21.54	25.42	8.61	31.34	17.08	17.29
3	FTW $\leq$ 50%	60.50	55.77	63.12	40.10	59.63	13.06	52.09
4	APL $\leq$ 10%	52.49	4.76	0	0	8.62	2.94	15.00
5	RAS 2 ชนิด 0%	0	0	0	0	0	0	0
6	NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตระดับ 3 ขึ้นไป $\leq$ 10%	0.28	0.65	1.45	0.49	2.22	2.14	1.94
7	Metformin โดยไม่มีข้อห้ามใช้ $\geq$ 80%	93.44	96.18	93.20	95.88	95.80	93.45	93.86
8	NSAIDs ซ้ำซ้อน $\leq$ 5%	0.51	0	0.08	0	0.18	0	0
9	โรคหืดที่ได้รับ inhale corticosteroid $\geq$ 80%	89.14	83.75	90.78	85.91	81.80	82.39	85.39
10	long-acting benzodiazepine ในผู้สูงอายุ $\leq$ 5%	0.97	0.38	0.59	0.84	1.62	2.25	0.91
11	non-sedating ในผู้ป่วยเด็ก RI $\leq$ 20%	19.40	2.85	3.04	0.56	24.19	6.38	5.85
12	สตรีได้รับยาที่ห้ามใช้ 0 คน	0	0	0	0	0	0	0
	จำนวนข้อที่ผ่าน	8	10	10	12	9	11	10

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

1.2 RDU PCU : ร้อยละ 80 ของ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านตัวชี้วัด RDU ในโรค RI และ AD

ตัวชี้วัด	สตูล	ควนโดน	ควนกาหลง	ท่าแพ	ละงู	ทุ่งหว้า	มะนัง
จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด	20	4	7	6	11	7	4
จำนวนรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	18	4	7	6	11	7	4
จำนวนรพ.สต.ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	14	4	7	6	11	6	4
จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านโรคทั้ง RI และ AD	14	4	7	6	11	6	4
ร้อยละที่ผ่าน RI และ AD	70	100	100	100	100	85.71	100

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

1.3 RDU community : มากกว่าร้อยละ 10 ของร้านค้าทั้งหมดในอำเภอ ผ่านเกณฑ์ร้านชำ (G-RDU)

อำเภอที่มีผลการดำเนินงาน GRDU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 2 อำเภอ คิดเป็น 28.57 %

1.4 คลินิก (เวชกรรม/ทันตกรรม/พยาบาล) : มากกว่าร้อยละ 50 ของคลินิกกลุ่มเป้าหมายผ่านประเมินตนเองระดับ 2 (คะแนน $\geq$ ร้อยละ 50)

อำเภอ	จำนวนสถานพยาบาล(เวชกรรม/ทันต/พยาบาล)	จำนวนสถานพยาบาลที่ทำแบบประเมินตนเอง RDU แล้ว	ร้อยละ
เมือง	52	4	7.69
ละงู	25	5	20
ควนกาหลง	5	4	80
ควนโดน	6	4	66.67
ท่าแพ	3	0	0
ทุ่งหว้า	4	1	25
มะนัง	4	2	50

1.5 ร้อยละ 60 ของร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80

ผลการดำเนินงาน ร้านยา ขย.1 ผ่านเกณฑ์ โดยมี ร้านยา ขย.1 ที่ผ่านเกณฑ์ GPP หมวด 5 โดยได้คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 มีจำนวน 42 ร้าน จากจำนวนร้านยา ขย.1 จำนวน 57 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 73.68

4.2.2 อุตสาหกรรมการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดกลุ่มเป้าหมาย ของโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยปี 2566 ร้อยละ 10

รายการ	ข้อมูลปี พ.ศ. 2566 (12 เดือน)	ข้อมูลปี พ.ศ. 2568 (12 เดือน)
ภาพรวมของการติดเชื้อในกระแสเลือด (BSI)		
จำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (ราย)	204	3178
จำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (AMR CASE) (ราย)	69 (33.82%) %AMR CASE	216 (6.80%) %AMR CASE
จำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (AMR CASE) (ราย)	135 (66.18%) %NON AMR CASE	2962 (93.20%) %NON AMR CASE
อัตราการเสียชีวิต		
จำนวนรวมผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดทั้งหมด (ราย)	37 จาก 204 (18.14%)	159 จาก 3178 (5.00%)
จำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (AMR CASE) เสียชีวิต (ราย)	18 จาก 69 (26.09%) %AMR DEATH	38 จาก 216 (17.59%) %AMR DEATH
จำนวนรวมผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นการติดเชื้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับเชื้อดื้อยา (AMR CASE) เสียชีวิต (ราย)	19 จาก 135 (14.07%) %NON AMR DEATH	178 จาก 216 (82.41%) %NON AMR DEATH

รายการ	ข้อมูลปี พ.ศ. 2566(12 เดือน)	ข้อมูลปี พ.ศ. 2568(12 เดือน)
การวิเคราะห์เชื้อก่อโรค		
เชื้อที่พบบ่อย	<i>E. coli</i> (71) <i>S. aureus</i> (37)	<i>E. coli</i> (84) <i>S. aureus</i> (38)
เชื้อที่มี %AMR CASE สูง	<i>A. baumannii</i>: 71.43% (25/35) <i>K. pneumoniae</i>: 44.44% (16/36) <i>Salmonella</i> spp.: 33.33% (1/3)	<i>E. coli</i>: 1% (4/341) <i>E. cloacae</i>: 0.3% (2/341)
เชื้อที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง	<i>P. aeruginosa</i>: 50.00% (1/2) <i>A. baumannii</i>: 44.00% (11/25) <i>K. pneumoniae</i>: 25.00% (4/16)	<i>P. aeruginosa</i>: 67% (2/3) <i>E. faecium</i>: 50% (1/2) <i>E. coli</i>: 40% (4/10)

ที่มา : Antimicrobial resistance surveillance report, EA0010746 Satun Hospital, Thailand, 01 Jan 2025 to 31 Dec 2025.

5. การดำเนินงาน/แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ประเด็น	การพัฒนา/การดำเนินการ
Medication safety	- การทำงานร่วมกันระหว่างเภสัชกรรมบริหาร เภสัชกรปฐมภูมิ และเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภค - ประชุมพัฒนาระบบเภสัชกรรมปีละ 3 ครั้ง เพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดสตูล - จัดทำแนวทาง Preventable adverse events ของแต่ละโรงพยาบาล - เภสัชกรปฐมภูมิและเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคนำปัญหาที่เกี่ยวข้องจากการใช้ยา มาพัฒนาอย่างเป็นระบบ และนำไปสู่งานวิจัย - การพัฒนาการดำเนินงานเชื้อมียาในรูปแบบ service plan AMR จังหวัดสตูล

ประเด็น	การพัฒนา/การดำเนินการ
RDU literacy	1.การส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการดูแล การค้นหา และการรายงาน ปัญหาความเจ็บป่วยที่เกิดจากยากลุ่ม NSAIDs/steroids/antibiotic และผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและ อสม. 2.การสร้างเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคใน อย.น้อย
RDU hospital	1.การประชุมคณะกรรมการ service plan RDU จังหวัดสตูล เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาตามตัวชี้วัด service plan 2.การส่งเสริมความรู้แพทย์ใช้ทุน เกี่ยวกับ แนวทางการสั่งยาที่ถูกต้องตามแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 3.โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน drug reconcile ในผู้ป่วยทุกรายโดยเภสัชกร 4.โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน DUE ในรายการยาที่มีมูลค่าสูง 5.การใช้โปรแกรม easy dispensing ในการช่วยตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสมในการจ่ายยา 6.การใช้ FDH smart check (กระทรวงกำลังพัฒนา) เพื่อตรวจสอบข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล
RDU in private section (คลินิก)	1.ทำหนังสือขอความร่วมมือผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนทำแบบประเมินตนเองเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 2.ทำหนังสือแจ้งโรงพยาบาลให้ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทำแบบประเมินตนเองเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ปัญหา อุปสรรค

- กระทรวงประกาศตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลซ้ำ ทำให้การดำเนินงานของจังหวัดซ้ำ
- ผู้ประกอบการสถานพยาบาลเอกชนที่ต้องดำเนินการประเมินสถานพยาบาลเอกชนประเมินตนเอง เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลยังไม่ค่อยเห็นความสำคัญและไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการดำเนินงานประเมินตนเอง

นางสาวอารีวรรณ ไชยรักษ์ เกษัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงาน RDU

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0898761820

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun_fda@yahoo.com

นายนิธิศ สุธากุล เกษัชกรชำนาญการ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงาน AMR

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0864816612

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun_fda@yahoo.com

นางสุขมาลย์ พัฒนศิริ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ประสานงานภาพรวมจังหวัดและเขต

โทรศัพท์ที่ทำงาน : 074-723566 โทรศัพท์มือถือ : 0898768187

โทรสาร : 074-721523 E-mail : satun_fda@yahoo.com

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

1. ประเด็นการตรวจราชการ

ยุทธศาสตร์ Health-Related Economy Excellence (เศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ)

ชื่อตัวชี้วัด : มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC

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

จังหวัดสตูล มีหน่วยบริการด้านสาธารณสุขโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสตูล มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทุ่งหว้า โรงพยาบาลมะนัง โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลควนกาหลง โรงพยาบาลควนโดน และโรงพยาบาลท่าแพ รวมถึงมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน รวมจำนวนทั้งหมด 66 แห่ง โดยแบ่งเป็น โรงพยาบาล 7 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 56 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูล จำนวน 3 แห่ง โดยมีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ แพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขรวมจำนวนทั้งหมด 47 คน ดังตารางที่ 1 ซึ่งกระจายในหน่วยบริการทุกอำเภอ ดังนี้ ภาพที่ 1 มีบุคลากรปฏิบัติงานในทุกโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนทั้งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและองค์การบริหารส่วนจังหวัดสตูลจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.16 โดยทุกหน่วยบริการมีการส่งเสริมใช้จ่ายสมุนไพรในทุกสิทธิและมียาสมุนไพรในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 20 รายการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ต่ำกว่า 10 รายการ โดยในปีงบประมาณ 2569 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ได้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้จ่ายสมุนไพรให้ครอบคลุมทั้งด้านเพิ่มพูนทักษะการสั่งจ่ายสมุนไพร ระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร การวางแผนด้านการบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาสมุนไพรผ่านโครงการพัฒนาระบบยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 12 กิจกรรมอบรมเพิ่มพูนทักษะการสั่งจ่ายสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ กิจกรรมเชิงรุกอบรมบูรณาการพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรร่วมกับสหวิชาชีพในทุกอำเภอของจังหวัดสตูล และการอบรมแนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC จังหวัดสตูล และจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 12 โดยมีบุคลากรที่เข้าร่วมการอบรมได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แพทย์ เภสัชกร แพทย์แผนไทย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในทุกหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล ในช่วงเดือนมกราคม-พฤษภาคม พ.ศ.2569 เพื่อขับเคลื่อนตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ซึ่งเป็นตัวชี้วัดใหม่ที่เริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2569

บุคลากรแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จ.สตูล ปี 2569	
ตำแหน่ง	จำนวนบุคลากร
แพทย์แผนไทย	31
แพทย์แผนจีน	4
นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	10
รวมทั้งสิ้น	47

ภาพที่ 1 ข้อมูลบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในจังหวัดสตูล



3. ผลการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC โดยนำเสนอผลการดำเนินงานเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

3.1 ผลการดำเนินงานเชิงปริมาณ

ตารางที่ 2 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568)

ปี	ข้อมูลสถานการณ์ ย้อนหลัง 3 ปี (2566-2568) (บาท)		
	จังหวัด	เขตฯ 12	ประเทศ
2566			
2567			
2568	8,017,725.00	127,565,514.00	1,561,768,917.50

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปี 2568 ภาพรวมระดับเขต

จังหวัด	เป้าหมาย 8 เดือน	ผลงาน (ข้อมูล ณ 30 พ.ค.2569)	ร้อยละ
สงขลา	26,632,846.17	17,661,025.5	66.31
นราธิวาส	19,854,336.25	13,497,213	67.98
ตรัง	16,867,044.51	13,405,754	79.48
พัทลุง	13,498,122.13	10,228,583.5	75.78
ปัตตานี	16,979,730.08	9,774,619.5	57.57
ยะลา	12,120,898.27	8,514,929.5	70.25
สตูล	7,155,111.833	5,619,112	78.53
รวมทั้งหมด	113,108,089.3	78,701,237	69.58

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปี พ.ศ. 2568 รายอำเภอ

ระดับอำเภอ	จำนวนหน่วยบริการ (แห่ง)	จำนวนครั้งจ่ายยาสมุนไพร สิทธิ UC ปี 2568 (ครั้ง)	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร สิทธิ UC ปี 2568 (บาท)
เมืองสตูล	21	22,930	1,460,656
ละงู	12	51,120	3,230,812
ทุ่งหว้า	8	17,592	1,156,823
ควนกาหลง	8	12,154	791,854
ท่าแพ	7	10,424	623,899
มะนัง	5	7,150	453,834
ควนโดน	5	4,300	299,847
รวมทั้งหมด	66	125,670	8,017,725

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC (เกณฑ์: เพิ่มขึ้นร้อยละ 33 ของมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ 2568)

ผลการดำเนินงาน ปี 2569 (ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2569)			
อำเภอ	เป้าหมาย 8 เดือน ปี 2569 (บาท)	มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร ในสิทธิ UC (บาท)	ร้อยละ
ละงู	2,864,653.31	1,768,123.5	61.72
เมืองสตูล	1,295,114.99	1,622,343.5	125.27
ทุ่งหว้า	1,038,174.06	631,061.5	60.79
ควนกาหลง	702,110.55	557,217	79.36
ท่าแพ	570,125.78	514,490.5	90.24
มะนัง	419,068.81	310,000	73.97
ควนโดน	265,864.34	215,876	81.20
ภาพรวม	7,155,111.83	5,619,112	78.53 (ระดับ 4)

ที่มา : <https://www.thaipadi.com/kpi> ข้อมูล ณ วันที่ 2 มิถุนายน 2569

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

Building Block	ผลการดำเนินงาน
การให้บริการสุขภาพ	- มีการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตกแต่ละอำเภอใน 10 กลุ่มโรค/อาการที่พบบ่อย - มีการกำหนดรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันจำนวน อย่างน้อย 7 รายการ และมีการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนฯ จำนวน 7 รายการ - มาตรการเชิงรุกในการลงพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหา และพัฒนาระบบบริการเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพร ผลงาน รายการยาสมุนไพรที่ใช้ทดแทน ร้อยละ 100 คิดเป็น 100 คะแนน (ระดับ 5)

Building Block	ผลการดำเนินงาน
กำลังคนที่ให้บริการ	- มีทีมผู้เชี่ยวชาญให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนตะวันตก ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด - มีการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ให้แก่ผู้มีหน้าที่สั่งจ่าย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล แพทย์แผนไทย นักวิชาการสาธารณสุข

	และเภสัชกร ครอบคลุมหน่วยบริการทุกแห่ง ทั้งโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิ เป้าหมายในปี พ.ศ.2569 จำนวน 80 คน ผลงาน จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรม 84 คน คิดเป็นร้อยละ 105 เท่ากับ 100 คะแนน (ระดับ 5)
ระบบงาน และการจัดการข้อมูล	1. แพทย์แผนไทยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สุขภาพดิจิทัลอำเภอเมืองสตูลจัดอบรม ติดตาม ลงพื้นที่การพัฒนาระบบข้อมูลยาสมุนไพรในทุกอำเภอของจังหวัดสตูลในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2. ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพร (รหัส 24 หลัก) จำนวนรหัสยาที่พบในระบบ 273 รายการ จำนวนรหัสยาสมุนไพรที่ถูกต้อง 242 รายการ ผลงาน ร้อยละความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพร 88.64 คิดเป็น 84 คะแนน (ระดับ 4)
การเข้าถึงยาและเทคโนโลยี	1. มีการจัดอบรมการจัดการระบบคลังยาสมุนไพรให้สมเหตุสมผลต่อการเบิกจ่าย 2. จำนวนรายการยาสมุนไพร (ED) ที่มาจากแหล่งผลิตที่ผ่านการรับรองมาตรฐานการผลิต (GMP) 188 รายการ จากจำนวนรายการยาสมุนไพร (ED) ที่พบในระบบทั้งหมด 203 รายการ ร้อยละ 95 ของรายการยาสมุนไพร (ED) ที่พบในระบบ ผลงาน ร้อยละรายการยาสมุนไพร (ED) ที่มาจากแหล่งผลิตที่ได้มาตรฐาน GMP 92.61 คิดเป็น 83 คะแนน (ระดับ 4)
คะแนนเฉลี่ย 4 ด้าน (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)	91.75 คะแนน

ผลสัมฤทธิ์ของการประเมินตัวชี้วัดการตรวจราชการ

ผลการดำเนินงาน	ระดับคะแนนที่ได้		สัดส่วน	คะแนนรวม (เต็ม 10 คะแนน)
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้		
เชิงปริมาณ	10	7.9	ร้อยละ 70	5.53
เชิงคุณภาพ	100	91.75	ร้อยละ 30	2.75
คะแนนรวมทั้งหมด			ร้อยละ 100	8.28

4. มาตรการดำเนินงาน/แนวทางการพัฒนางาน /แผนการดำเนินงาน

- 4.1 วิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการ มาตรการการดำเนินงานเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC
- 4.2 จัดทำโครงการโครงการพัฒนาระบบยาสมุนไพรในเขตสุขภาพที่ 12 เพื่อส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งในด้านระบบข้อมูล และในการสั่งใช้ยาสมุนไพร

4.3 นิเทศผสมผสาน ในประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัดสตูล และตัวชี้วัดระดับพื้นที่ แนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรในสิทธิ UC ปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ครอบคลุมทุกอำเภอ

4.4 ติดตามผลการดำเนินงานผ่านกลุ่มไลน์ของแพทย์แผนไทยทั้งจังหวัด และ TTM Data Satun เพื่อกำกับติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวมทั้งสอบถามปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงาน

4.5 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้จ่ายสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันให้กับหน่วยบริการทั้งในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดสตูล เมื่อ 18 พฤษภาคม 2569

4.6 พัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพร ได้แก่ การจัดอบรมการบันทึก การตรวจสอบข้อมูลด้านยาสมุนไพรในแต่ละอำเภอโดยใช้มาตรการเชิงรุก ลงพื้นที่ทุกอำเภอ และมีระบบแจ้งเตือนกำหนดปริมาณการสั่งจ่ายยาสมุนไพรในระบบ HIS

4.7 เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยการจัดคลินิกแพทย์แผนไทยคู่ขนานที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงการออกหน่วยบริการเชิงรุกในคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกกระดูกและข้อ

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

5.1 การประมวลผล การวิเคราะห์ ข้อมูลตัวชี้วัดมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพรในสิทธิ UC ระหว่างข้อมูลกรมการแพทย์แผนไทยกับข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติไม่สอดคล้องกัน ส่งผลให้พื้นที่ต้องทำงานซ้ำซ้อน

5.2 บางอำเภอประสบปัญหาขาดสภาพคล่องในการจัดซื้อยาสมุนไพร ยาสมุนไพรไม่เพียงพอต่อความต้องการใช้ เนื่องจากมาตรการประหยัดพลังงาน ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นในการจัดซื้อยาสมุนไพรล่วงหน้าไปก่อนเพื่อเพิ่มมูลค่าการใช้จ่ายยาสมุนไพร โดยจังหวัดสตูลมีนโยบายสนับสนุนการเข้าถึงยาแผนไทย โดยมีการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Contingency fund : CF) ปีละ 1,230,000 บาท เพื่อให้โรงพยาบาลละงุมผลิตยาแผนไทยให้กับหน่วยบริการในจังหวัดสตูล แต่ในปีงบประมาณ 2568 หน่วยบริการเบิกจ่ายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลละงุมมูลค่ารวม 2,299,629 บาท

5.3 ระบบการส่งเบิกเงินชดเชยกับ สปสช. ที่ไม่เอื้อหรืออำนวยความสะดวกให้หน่วยบริการ

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

6.1 การกำหนดเงื่อนไข แนวทางการเบิกชดเชย ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรลดภาระการทำงานของบุคลากร และชี้แจงแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้ชัดเจน เพื่อความสะดวกในการบริหารจัดการงบประมาณ

6.2 ส่งเสริมการใช้จ่ายยาสมุนไพรในกลุ่มโรคทั่วไปที่มีอัตราการใช้สูง (High Volume) เช่น กลุ่มยาบรรเทาอาการปวดกล้ามเนื้อ และยาแก้ไอสมุนไพร เพื่อเพิ่มมูลค่าการเบิกจ่าย

6.3 พัฒนาระบบ Audit ข้อมูลก่อนส่งเบิกชดเชยกับ สปสช. และเร่งรัดการคืนข้อมูลการเบิกจ่ายให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา เพื่อให้มูลค่าสะท้อนผลงานจริงมากที่สุด

7. ผลงานเด่น/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. ผู้นำ/ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรของจังหวัดสตูล และเชื่อมโยงโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพรจังหวัดสตูล โดยการนำวัตถุดิบสมุนไพรที่ปลูกในพื้นที่ เช่น ขมิ้นชัน ไพล มาแปรรูปโดยโรงพยาบาลละงู ซึ่งเป็นโรงงานผลิตยาสมุนไพรที่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP กระจายให้หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดสตูล
2. มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรสำหรับโรงพยาบาล และจัดอบรมสัณจรให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งครบทั้ง 7 อำเภอ ส่งผลให้ความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลมูลค่ายาสมุนไพรเพิ่มขึ้น
3. มีนวัตกรรมระบบ HCS (Herbal Control System) เป็นระบบ รวม 2 Function ได้แก่ คู่มือยาสมุนไพรแบบดิจิทัล และระบบแจ้งเตือนจ่ายยาซ้ำ ในระบบ HIS

8. ภาพการดำเนินงาน

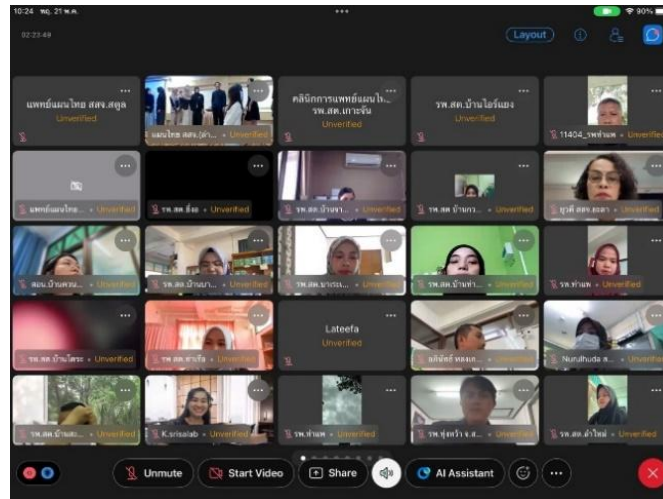
8.1 อบรมบูรณาเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบข้อมูลด้านยาสมุนไพรสำหรับโรงพยาบาลและ รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดสตูล





8.2 การอบรมแนวทางการเพิ่มมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสิทธิ UC





8.3 ภาพกิจกรรมการอบรมการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ



ผู้รายงาน นางจันนง ปันตีกา ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการพิเศษ

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เบอร์ติดต่อ...08 8783 8486

E-mail panthai.satun@gmail.com

An aerial photograph of a city, likely in Southeast Asia, featuring a large, multi-story white building with a flat roof in the foreground. The building has several windows and a small blue awning. To the left of this building is a smaller structure with a blue roof. In the background, there are more buildings, some with red roofs, and a dense area of trees. The sky is hazy with a warm, orange glow, suggesting sunrise or sunset. A semi-transparent white text box is overlaid on the center of the image.

Service Plan Satun