# คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

**แบบ ตก. ๑**

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑**

**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

**หัวข้อ ๑ การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ**

**ตัวชี้วัด ๑๓.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑.๑ ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลในกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นสถาบันสำหรับฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หลักสูตร In-service training และ formal training ในเขตสุขภาพ

๑.๓ ศูนย์เรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

จังหวัดตรังมีการแบ่งพื้นที่คลินิกหมอครอบครัว ๑๐ อำเภอ จำนวน ๒๑ Cluster ๕๘ ทีม สามารถเปิดดำเนินการได้เต็มรูปแบบ ๓ Cluster ในอำเภอเมืองตรังและอำเภอห้วยยอด ส่วนอำเภออื่นสามารถเปิดในลักษณะ Extended OPD เนื่องจากไม่มีความพร้อมด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการเปลี่ยนสถานที่ทำงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | เมือง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | **รวม** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑. | ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) | เป้าหมาย | ๑๕ | ๘ | ๖ | ๖ | ๓ | ๙ | ๓ | ๓ | ๓ | ๒ | **๕๘** |
| | | ผลงาน | ๖ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | **๑๗** |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๔๐ | ๑๓ | ๑๗ | ๑๗ | ๓๓ | ๓๓ | ๓๓ | ๓๓ | ๓๓ | ๕๐ | **๒๙** |
| ๒. | โรงพยาบาลในกระทรวงฯ ที่เป็นสถาบันสำหรับฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว | เป้าหมาย | ๑ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๑** |
| | | ผลงาน | | - | - | - | - | - | - | - | - | - | |
| | | อัตรา/ร้อยละ | | | | | | | | | | | |

**ที่มาข้อมูล : งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สสจ.ตรัง ณ วันที่ ๕ เดือน มกราคม ๒๕๖๑**

**อภิปรายผลจากตาราง**

จังหวัดตรัง กำหนดแผนจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว จำนวน ๒๑ cluster ๕๘ ทีม ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ สามารถเปิดดำเนินการเต็มรูปแบบ ๓ cluster ๙ ทีม ในอำเภอเมืองตรัง และอำเภอห้วยยอด ส่วนอำเภออื่นมีการนำร่องในลักษณะทีมหมอครอบครัว รวม ๘ ทีม ซึ่งใช้แพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป (GP) เป็นหัวหน้าทีม ส่วนใหญ่จัดอยู่ในกลุ่มระดับ Extended OPD โดยบทบาทเน้นการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

**๔. แผนงาน - โครงการหรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก | พื้นที่ ดำเนินการ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| **๑.** | แผนงาน : พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ<br>โครงการ : สนับสนุนและพัฒนากลไกคณะกรรมการ พชอ. และระบบการแพทย์ปฐมภูมิ จังหวัดตรัง<br>กิจกรรม : ๑. อบรมเชิงปฏิบัติการทีม PCC ด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว<br>๒. แลกเปลี่ยนเรียนรู้วิชาการวิชาชีพสำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ<br>๓. เยี่ยมเสริมพลังและติดตามผล | ๑๐ อำเภอ | ธ.ค. ๒๕๖๐ – มิ.ย. ๒๕๖๑ | งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ตรัง (นายทรงวุฒิ ท่าจีน) |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ระดับจังหวัด**

๑. ความพร้อมด้านบุคลากร (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)

๒. ความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์หลักของการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว

๓.

ผู้รายงาน.....นายทรงวุฒิ ท่าจีน.....
ตำแหน่ง.....นักวิชาการสาธารณสุข.....
โทร.....๐๗๕ ๒๐๕ ๖๑๕ – ๒๒ ต่อ ๓๐๗.....
e-mail.....sthajeen@gmail.com.....
วันที่รายงานข้อมูล .....๕ มกราคม ๒๕๖๑.....

**หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

**ตัวชี้วัด : M๑๓**

๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. NCD Clinic Plus

๒. กำกับติดตามให้กลุ่มป่วย DM/HT เข้าถึงบริการดูแลรักษาครบทุกมิติ

๓. การพัฒนาระบบข้อมูล

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

จังหวัดตรังมีประชากร ๖๔๑,๖๘๔ คน เป็นผู้ป่วยเบาหวาน (DM) จำนวน ๒๓,๘๗๒ ราย, เป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ๓,๒๙๑ ราย (๕๑๒.๘๗ ต่อแสน ปชก.) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (HT) จำนวน ๕๘,๗๙๘ ราย และเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๑๐,๓๐๙ ราย (๑,๖๐๖.๕๕ ต่อแสน ปชก.) ผู้ป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีจำนวน ๒๔,๐๑๘ คน ได้รับการตรวจ HbA๑C จำนวน ๑๕,๐๙๗คน คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๘๕ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน ๕๙,๐๑๙ คน ได้รับการตรวจความดันโลหิตสูง จำนวน ๓๘,๘๐๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๗๕ จากข้อมูล HDC จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เท่ากับร้อยละ ๒๒.๗๕ (เป้าหมาย ≥๔๐) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี เท่ากับร้อยละ ๓๒.๓๐ (เป้าหมาย ≥๕๐) อันดับ ๒ เมื่อเทียบกับจังหวัด อื่นๆ ในเขตเดียวกัน และผู้ป่วยยังไม่เข้าถึงบริการ (Stroke & STEMI) การที่ผู้ป่วย DM/HT ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตสูงได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า และหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนผลงานร้อยละ ๘๕.๒๐ แม้ว่าได้มีการพัฒนาโครงสร้างในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้รับบริการหลักคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจัดให้ทุกสถานพยาบาลมีการประเมิน NCD clinic คุณภาพผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ทั้งจังหวัด และพัฒนาการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในปี ๒๕๖๐ ส่วนกลางได้มีการปรับรูปแบบการประเมินที่สามารถบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาและการจัดบริการให้กับผู้ป่วยโดยรวมเอาตัวชี้วัดเข้ามาร่วมในการประเมิน NCD clinic plus สำหรับระบบข้อมูลควรมีการตรวจสอบการจัดการระบบทะเบียนข้อมูลเพื่อนำเข้าระบบ HDC ในการรายงานสถานการณ์

## ๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

### ๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM รายใหม่จาก Pre DM

| อำเภอ | ๒๕๖๐ | | | ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย (B) | ผลงาน (A) | ร้อยละ | เป้าหมาย (B) | ผลงาน (A) | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๑๐,๓๗๙ | ๑๔๓ | ๑.๓๘ | ๑๓,๔๓๔ | ๕๐ | ๐.๓๗ |
| กันตัง | ๕,๒๘๐ | ๗๘ | ๑.๔๘ | ๕,๑๔๕ | ๒๖ | ๐.๕๑ |
| ย่านตาขาว | ๘,๑๒๑ | ๘๘ | ๑.๐๘ | ๘,๔๘๗ | ๒๗ | ๐.๓๒ |
| ปะเหลียน | ๒,๔๘๐ | ๓๓ | ๑.๓๓ | ๓,๕๔๗ | ๑๐ | ๐.๒๘ |
| สิเกา | ๑,๒๐๔ | ๑๔ | ๑.๑๖ | ๑,๐๑๕ | ๑ | ๐.๑ |
| ห้วยยอด | ๙,๙๗๕ | ๑๓๙ | ๑.๓๙ | ๙,๗๖๙ | ๑๔ | ๐.๑๔ |
| วังวิเศษ | ๕,๒๗๖ | ๖๗ | ๑.๒๗ | ๕,๕๕๒ | ๑๐ | ๐.๑๘ |
| นาโยง | ๖,๘๔๔ | ๖๖ | ๐.๙๖ | ๗,๑๙๒ | ๙ | ๐.๑๓ |
| รัษฎา | ๒,๕๘๖ | ๔๒ | ๑.๖๒ | ๑,๘๔๐ | ๕ | ๐.๒๗ |
| หาดสำราญ | ๑,๓๙๓ | ๓๐ | ๒.๑๕ | ๑,๒๘๐ | ๕ | ๐.๓๙ |
| **รวมจังหวัด** | ๕๓,๕๓๘ | ๗๐๐ | ๑.๓๑ | ๕๗,๒๖๑ | ๑๕๗ | ๐.๒๗ |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่มีค่าระดับ FBS ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณที่ผ่านมาอยู่ในช่วง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl

A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่มีค่าระดับ FBS ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณที่ผ่านมาอยู่ในช่วง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ พบว่า ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น ได้วางแผนในการค้นหา คัดกรอง ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกความดันโลหิตสูง ที่พบภาวะเสี่ยงเบาหวาน IFG ให้เป็นระบบและรวดเร็ว ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ โดยการมีส่วนร่วมในคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง และในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการดำเนินงานในโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ทั้งที่พบในโรงพยาบาลและในชุมชน

### ๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

| อำเภอ | ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐) | | | ร้อยละของผู้ป่วยHT ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๕,๘๕๐ | ๙๑๗ | ๑๕.๖๘ | ๑๓,๒๓๙ | ๒,๙๘๖ | ๒๒.๕๕ |
| กันตัง | ๓,๑๓๔ | ๗๔๕ | ๒๓.๗๗ | ๗,๗๕๐ | ๒,๖๕๗ | ๓๔.๒๘ |
| ย่านตาขาว | ๒,๖๑๖ | ๗๑๐ | ๒๗.๑๔ | ๖,๙๒๘ | ๒,๗๙๐ | ๔๐.๒๗ |
| ปะเหลียน | ๒,๖๕๖ | ๕๕๔ | ๒๐.๘๖ | ๖,๕๐๒ | ๒,๕๒๘ | ๓๘.๘๘ |
| สิเกา | ๑,๓๘๙ | ๓๓๕ | ๒๔.๑๒ | ๓,๓๒๒ | ๑,๓๐๔ | ๓๙.๒๕ |
| ห้วยยอด | ๓,๓๑๒ | ๖๙๒ | ๒๐.๘๙ | ๘,๔๖๙ | ๒,๕๙๖ | ๓๐.๖๕ |
| วังวิเศษ | ๑,๕๑๐ | ๕๐๖ | ๓๓.๕๑ | ๓,๗๓๒ | ๗๙๓ | ๒๑.๒๕ |
| นาโยง | ๑,๖๖๓ | ๖๖๕ | ๓๙.๙๙ | ๔,๖๕๒ | ๒,๑๔๘ | ๔๖.๑๗ |
| รัษฎา | ๑,๒๕๓ | ๒๕๑ | ๒๐.๐๓ | ๒,๗๒๑ | ๗๐๑ | ๒๕.๗๖ |
| หาดสำราญ | ๖๓๕ | ๑๘๒ | ๒๘.๖๖ | ๑,๗๐๔ | ๖๗๑ | ๓๙.๓๘ |
| **รวมจังหวัด** | **๒๔,๐๑๘** | **๕,๕๕๗** | **๒๓.๑๔** | ๕๙,๐๑๙ | ๑๙,๑๗๔ | ๓๒.๔๙ |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๓๐ ต.ค.๖๐

- **ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ควบคุมได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| อำเภอ | ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐) | | | ร้อยละของผู้ป่วยHT ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๕,๖๓๐ | ๑๑๐ | ๑.๙๕ | ๑๒,๓๕๒ | ๔๕๒ | ๓.๖๖ |
| กันตัง | ๓,๐๒๘ | ๗๒ | ๒.๓๘ | ๗,๔๘๐ | ๒๘๙ | ๓.๘๖ |
| ย่านตาขาว | ๒,๕๖๘ | ๒๗๒ | ๑๐.๖ | ๖,๗๕๔ | ๑,๐๗๘ | ๑๖ |
| ปะเหลียน | ๒,๕๓๘ | ๓๔๒ | ๑๓.๕ | ๖,๐๙๗ | ๕๔๕ | ๘.๙๔ |
| สิเกา | ๑,๓๔๓ | ๓๑ | ๒.๓๑ | ๓,๑๓๑ | ๓๑๐ | ๙.๙ |
| ห้วยยอด | ๓,๑๕๐ | ๒๖๐ | ๘.๒๕ | ๘,๑๕๖ | ๕๖๓ | ๖.๙ |
| วังวิเศษ | ๑,๔๘๙ | ๒๒ | ๑.๔๘ | ๓,๕๒๘ | ๒๔ | ๐.๖๘ |
| นาโยง | ๑,๖๓๔ | ๑๑๘ | ๗.๒๒ | ๔,๕๑๗ | ๖๔๖ | ๑๔.๓ |
| รัษฎา | ๑,๒๖๓ | ๑๓ | ๑.๐๓ | ๒,๗๐๗ | ๕๓ | ๑.๙๖ |
| หาดสำราญ | ๖๒๙ | ๑๐๓ | ๑๖.๔ | ๑,๖๖๕ | ๒๑๕ | ๑๒.๙ |
| **รวมจังหวัด** | **๒๓,๒๗๒** | **๑,๓๔๓** | **๕.๗๗** | **๕๕,๓๘๗** | **๔,๑๗๕** | **๗.๔๐** |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากผลการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเป้าหมาย ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ในผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพียงร้อยละ ๒๓.๑๔ (เป้าหมายร้อยละ ๔๐) ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เพียงร้อยละ ๓๒.๔๙ (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)

**๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (≥ร้อยละ ๘๐) ปีงบฯ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐)**

| อำเภอ | ๒๕๖๐ | | | ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย (B) | ผลงาน(A) | ร้อยละ | เป้าหมาย (B) | ผลงาน(A) | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๔,๗๖๔ | ๓,๕๖๕ | ๗๔.๘๓ | ๔,๕๙๐ | ๗๒๕ | ๑๕.๘๐ |
| กันตัง | ๓,๑๘๘ | ๒,๙๙๔ | ๙๓.๙๑ | ๓,๑๕๑ | ๑,๒๕๗ | ๓๙.๘๙ |
| ย่านตาขาว | ๒,๗๒๐ | ๒,๔๗๗ | ๙๑.๐๗ | ๒,๖๖๖ | ๑,๒๔๐ | ๔๖.๕๑ |
| ปะเหลียน | ๒,๔๙๒ | ๒,๐๒๐ | ๘๑.๐๖ | ๒,๔๖๔ | ๑,๔๙๖ | ๖๐.๗๑ |
| สิเกา | ๑,๕๓๐ | ๑,๔๔๖ | ๙๔.๕๑ | ๑,๕๑๘ | ๓๔๒ | ๒๒.๕๓ |
| ห้วยยอด | ๓,๓๘๗ | ๒,๙๙๒ | ๘๘.๓๔ | ๓,๒๘๔ | ๙๗๖ | ๒๙.๗๒ |
| วังวิเศษ | ๑,๔๗๓ | ๑,๑๘๖ | ๘๐.๕๒ | ๑,๔๕๘ | ๔๐๓ | ๒๗.๖๔ |
| นาโยง | ๑,๗๔๘ | ๑,๔๔๑ | ๘๒.๔๔ | ๑,๖๙๙ | ๓๐๕ | ๑๗.๙๕ |
| รัษฎา | ๑,๒๐๙ | ๑,๐๓๖ | ๘๕.๖๙ | ๑,๑๖๓ | ๙๓ | ๘.๐๐ |
| หาดสำราญ | ๖๙๕ | ๖๑๔ | ๘๘.๓๕ | ๗๑๑ | ๔๘๑ | ๖๗.๖๕ |
| **รวมจังหวัด** | **๒๓,๒๐๖** | **๑๙,๗๗๑** | **๘๕.๒๐** | **๒๒,๗๐๔** | **๗๓๑๘** | **๓๓.๖๔** |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD

A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ยังไม่ป่วยด้วย CVD ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

**๓.๔ ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) จำแนกตาม Risk Score ที่ >๓๐% ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๐-๒๕๖๐**

| อำเภอ | ๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM /HT ที่เสี่ยง CVD Risk >๓๐% ปี ๒๕๕๙ | | | ๒. ๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่เสี่ยง CVD Risk >๓๐% ปี ๒๕๖๐ | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๒,๙๑๑ | ๒๐ | ๐.๖๙ | ๓,๕๖๕ | ๑๕ | ๐.๔๒ |
| กันตัง | ๑,๘๖๙ | ๗ | ๐.๓๗ | ๒,๙๙๔ | ๑๑ | ๐.๓๖ |
| ย่านตาขาว | ๑,๘๗๙ | ๗ | ๐.๓๗ | ๒,๔๗๗ | ๙ | ๐.๓๖ |
| ปะเหลียน | ๑,๗๙๘ | ๔ | ๐.๒๓ | ๒,๐๒๐ | ๗ | ๐.๓๕ |
| สิเกา | ๑,๐๖๔ | ๓ | ๐.๒๘ | ๑,๔๔๖ | ๑๐ | ๐.๖๙ |
| ห้วยยอด | ๒,๓๕๒ | ๓ | ๐.๑๓ | ๒,๙๙๒ | ๙ | ๐.๓ |
| วังวิเศษ | ๘๗๙ | ๔ | ๐.๔๕ | ๑,๑๘๖ | ๔ | ๐.๓๔ |
| นาโยง | ๑,๑๕๖ | ๔ | ๐.๓๕ | ๑,๔๔๑ | ๕ | ๐.๓๕ |
| รัษฎา | ๙๑๕ | ๐ | ๐ | ๑,๐๓๖ | ๓ | ๐.๒๙ |
| หาดสำราญ | ๕๐๙ | ๐ | ๐ | ๖๑๔ | ๐ | ๐ |
| **รวมจังหวัด** | **๑๕,๓๓๒** | **๕๒** | **๐.๓๔** | **๑๙,๗๗๑** | **๗๓** | **๐.๓๗** |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากการคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในปี ๒๕๖๐ ส่วนใหญ่**มี**การคัดกรองได้เกินเป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ พบว่าผู้ป่วยที่คัดกรองส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงน้อย ซึ่งได้ดำเนินการปรับ ลด พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงเช่น ระดับไขมัน รอบเอว การควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย การเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งดำเนินการร่วมกันกับคลินิกอดบุหรี่และติดตามผู้ป่วยให้ได้รับการอดบุหรี่ สามารถลดความเสี่ยง CVD ส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับ ๓ มีการติดตามโดยคลินิกในการดูแลตนเองอย่างเข้มข้น การลดรอบเอว การควบคุมระดับความดัน และติดตามในการมาตรวจตามนัดทุกครั้ง พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญ แต่ยังไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้ ซึ่งทีมได้ติดตามต่อไป

**๓.๔ ร้อยละโรงพยาบาลใน จ.ตรัง ที่ผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๐**

| อำเภอ | ร้อยละโรงพยาบาลใน จ.ตรัง ที่ผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus | | |
|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลการประเมินตนเอง (ร้อยละ) | ผลงาน (ร้อยละ) |
| ห้วยยอด | ๖๐% | ๔๑.๗๕% | ๖๗.๑๕ |
| รัษฎา | ๖๐% | ๓๗.๙๕% | ๕๘.๕๕ |
| กันตัง | ๖๐% | ๓๓.๑๐% | ๖๐.๗๐ |
| ย่านตาขาว | ๖๐% | ๓๒.๙๓% | ๖๘.๗๓ |
| ปะเหลียน | ๖๐% | ๓๑.๖๕% | ๕๘.๔๕ |
| เมืองตรัง | ๖๐% | ๓๑.๕๘% | ๕๓.๙๘ |
| วังวิเศษ | ๖๐% | ๒๘.๔๘% | ๕๑.๖๘ |
| สิเกา | ๖๐% | ๒๗.๘๕% | ๕๐.๔๕ |
| นาโยง | ๖๐% | ๒๖.๙๓% | ๔๙.๓๓ |
| หาดสำราญ | ๖๐% | NA | NA |

**อภิปรายผลจากตาราง**

การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ได้มีการประเมินตนเองจากโรงพยาบาลพื้นที่ทุกแห่ง พร้อมกับผลลัพธ์การดำเนินงานจากโปรแกรม HDC ภาพรวมจังหวัดตรัง ในปี ๒๕๖๐ สถานบริการที่ผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus มากกว่า ๖๐% จำนวน ๓ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ อำเภอที่ได้คะแนนสูงสุดคือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๖๘.๗๓ รองลงมาคือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๖๗.๑๕ และอำเภอกันตัง ร้อยละ ๖๐.๗๐ ผ่าน NCD Clinic Plus ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ มีการวางแผนสำหรับการติดตามประเมินภายในจังหวัดอีก ๓ รพ.ให้แล้วเสร็จ

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | **ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี** >๔๐%, >๕๐% (เพิ่มจากผลงานเดิมอย่างน้อย ๕%) | มาตรการที่ ๑ กงหรา Model | ๑. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ต้นแบบ (กงหรา Model) | | | สสจ./service plan |
| | | มาตรการที่ ๒ ชุมชนต้นแบบลดหวาน ลดเค็ม | ๑. กิจกรรมชุมชนต้นแบบ ลดหวาน ลดเค็ม ๑ ชุมชน/อำเภอ | | | คลินิกเรื้อรังของสถานบริการทุกระดับ |
| | | มาตรการที่ ๓ กิจกรรม SMBG / SMBP | ๑. กิจกรรม SMBG / SMBP | | | คลินิกเรื้อรังของสถานบริการทุกระดับ |
| | | มาตรการที่ ๔ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ๑. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเฉพาะราย (uncontrol, complication) | | | คลินิกเรื้อรังของสถานบริการทุกระดับ |
| | **ลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล**<๗% | มาตรการที่ ๑ Stroke & STEMI Alert | ๑. โครงการเฝ้าระวังและสร้างความตื่นตัวโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ จัดทำ Spot วิทยุ/โทรทัศน์ warning sign | | | เวชกรรมสังคม/ รพ.สต.<br>คลินิกเรื้อรังของสถานบริการทุกระดับ |
| | | มาตรการที่ ๒ Stroke Model | ๑. กิจกรรมชุมชนต้นแบบ ลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ๑ ชุมชน/อำเภอ | | | เวชกรรมสังคม/ รพ.สต. |
| | | มาตรการที่ ๓ Best Practice Stroke | ๑. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การจัดการโรคหลอดเลือดสมองดีเด่นระดับจังหวัด | | | สสจ./service plan |

**มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| | ๑.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ๔๐% | | ๑.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ๔๐% | ๑.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ๔๐% | ๑.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี > ๔๐% |
| | ๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี > ๕๐% | | ๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี > ๕๐% | ๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี > ๕๐% | ๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี > ๕๐% |
| | ๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) > ๘๐% | | ๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) > ๘๐% | ๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) > ๘๐% | ๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) > ๘๐% |
| | ๔.อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ < ๗% | | ๔.อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ < ๗% | ๔.อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ < ๗% | ๔.อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ < ๗% |
| | ๕. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขได้รับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๗๐ | | ๕. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขได้รับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๗๐ | ๕. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขได้รับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๗๐ | ๕. ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขได้รับการประเมิน NCD Clinic Plus ร้อยละ ๗๐ |

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

**- ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| - ระบบสังคม | - |
| - โครงสร้างการขับเคลื่อน | - |
| - แรงจูงใจ/รงสนับสุนน | - |

**๖. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑. **มีพื้นที่ต้นแบบ คือ**
๒. กงหรา Model
๓. รัตภูมิ Model
๔. มดตะนอย กันตัง

**หัวข้อ ๒.๓ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Health Outcome สาขาโรคหลอดเลือดสมอง**

**<u>ตัวชี้วัด</u>** : ๑๗ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑) การจัดตั้ง Stroke Unit ในรพ.ระดับ A, S

๒) ปรับเพิ่มจำนวนเตียง Stroke Unit ให้เหมาะสม

๓) การจัดการและให้บริการกรณี Hemorrhage ใน Stroke unit

๔) พัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

สถานการณ์จังหวัดตรัง มีผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น พบว่า มีแนวโน้มอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบ ๒๕๕๗-๒๕๖๐ คือ ๖.๖, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๕.๑๓ ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดปี ๒๕๖๐ คือ อ.ห้วยยอด(๒๕/๓๗๒) รองลงมา คือ อ.หาดสำราญ(๓/๔๗)

จำนวนผู้ป่วย Stroke รับการรักษาทั้งใน รพช. และ รพ.ตรัง ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ คือ ๑,๖๐๘, ๑,๗๔๓, ๒,๑๑๕ และ ๒,๒๙๘ ราย ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ประชากร ๖๔๑,๖๘๔ คน เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๕๘,๗๙๘ ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ๑๐,๓๐๙ ราย (๑,๖๐๖.๕๕ ต่อแสน ปชก.)

ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตสูงได้เพียง ๓๒.๓๐% ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เริ่มมีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยม และนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ *(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)***

**๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I๖๐-I๖๙) (<ร้อยละ๗) ปีงบฯ ๒๕๖๐**

| อำเภอ | รพ.ตรัง | | | รพช. | | | รวม | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๕๓๙ | ๓๑ | ๕.๗๕ | - | - | - | ๕๓๙ | ๓๑ | ๕.๗๕ |
| กันตัง | ๒๘๗ | ๑๕ | ๕.๒๓ | ๑๔ | ๐ | ๐.๐๐ | ๓๐๑ | ๑๕ | ๔.๙๘ |
| ย่านตาขาว | ๑๖๒ | ๕ | ๓.๐๙ | ๑๘ | ๐ | ๐.๐๐ | ๑๘๐ | ๕ | ๒.๗๘ |
| ปะเหลียน | ๒๐๗ | ๑๑ | ๕.๓๑ | ๑๗ | ๑ | ๕.๘๘ | ๒๒๔ | ๑๒ | ๕.๓๖ |
| สิเกา | ๑๑๑ | ๔ | ๓.๖๐ | ๒๑ | ๑ | ๔.๗๖ | ๑๓๒ | ๕ | ๓.๗๙ |
| ห้วยยอด | ๓๕๘ | ๒๔ | ๖.๗๐ | ๑๔ | ๑ | ๗.๑๔ | ๓๗๒ | ๒๕ | ๖.๗๒ |
| วังวิเศษ | ๑๒๖ | ๒ | ๑.๕๙ | ๑๔ | ๐ | ๐.๐๐ | ๑๔๐ | ๒ | ๑.๔๓ |
| นาโยง | ๑๐๗ | ๔ | ๓.๗๔ | ๑๐ | ๒ | ๒๐.๐๐ | ๑๑๗ | ๖ | ๕.๑๓ |
| รัษฎา | ๘๒ | ๒ | ๒.๔๔ | ๑๐ | ๑ | ๑๐.๐๐ | ๙๒ | ๓ | ๓.๒๖ |
| หาดสำราญฯ | ๔๑ | ๓ | ๗.๓๒ | ๖ | ๐ | ๐.๐๐ | ๔๗ | ๓ | ๖.๓๘ |
| ต่างจังหวัด | ๑๕๔ | ๑๑ | ๗.๑๔ | - | - | - | ๑๕๔ | ๑๑ | ๗.๑๔ |
| รวม | ๒,๑๗๔ | ๑๑๒ | ๕.๑๕ | ๑๒๔ | ๖ | ๔.๘๔ | ๒,๒๙๘ | ๑๑๘ | ๕.๑๓ |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรังและ รพ.ตรัง วันที่ ๓๐ ก.ย.๖๐**

**๓.๑.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒)(≤ร้อยละ ๒๕) ปีงบฯ ๒๕๖๐**

| อำเภอ | รพ.ตรัง | | | รพช. | | | รวม | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน. ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๙๕ | ๑๙ | ๒๐.๐๐ | - | - | ๐ | ๙๕ | ๑๙ | ๒๐.๐๐ |
| กันตัง | ๔๕ | ๘ | ๑๗.๗๘ | ๒ | - | ๐ | ๔๗ | ๘ | ๑๗.๐๒ |
| ย่านตาขาว | ๓๐ | ๔ | ๑๓.๓๓ | ๕ | - | ๐ | ๓๕ | ๔ | ๑๑.๔๓ |
| ปะเหลียน | ๒๔ | ๖ | ๒๕.๐๐ | ๒ | - | ๐ | ๒๖ | ๖ | ๒๓.๐๘ |
| สิเกา | ๒๖ | ๒ | ๗.๖๙ | ๒ | - | ๐ | ๒๘ | ๒ | ๗.๑๔ |
| ห้วยยอด | ๖๔ | ๑๖ | ๒๕.๐๐ | ๔ | - | ๐ | ๖๘ | ๑๖ | ๒๓.๕๓ |
| วังวิเศษ | ๒๔ | ๒ | ๘.๓๓ | - | - | ๐ | ๒๔ | ๒ | ๘.๓๓ |
| นาโยง | ๒๗ | ๔ | ๑๔.๘๑ | ๑ | - | ๐ | ๒๘ | ๔ | ๑๔.๒๙ |
| รัษฎา | ๙ | ๑ | ๑๑.๑๑ | ๒ | - | ๐ | ๑๑ | ๑ | ๙.๐๙ |
| หาดสำราญฯ | ๘ | ๒ | ๒๕.๐๐ | ๒ | - | ๐ | ๑๐ | ๒ | ๒๐.๐๐ |
| ต่างจังหวัด | ๓๙ | ๙ | ๒๓.๐๘ | - | - | ๐ | ๓๙ | ๙ | ๒๓.๐๘ |
| รวม | ๓๙๑ | ๗๓ | ๑๘.๖๗ | ๒๐ | - | ๐ | ๔๑๑ | ๗๓ | ๑๗.๗๖ |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรังและ รพ.ตรัง วันที่ ๓๐ ก.ย.๖๐**

**๓.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓๐-I๖๓๙)(≤ร้อยละ ๕) ปีงบฯ ๒๕๖๐**

| อำเภอ | รพ.ตรัง | | | รพช. | | | รวม | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน. ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ | จน.ผู้ป่วย | ตาย | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๔๔๔ | ๑๑ | ๒.๔๘ | - | - | ๐ | ๔๔๔ | ๑๑ | ๒.๔๘ |
| กันตัง | ๒๔๐ | ๗ | ๒.๙๒ | ๑ | - | ๐ | ๒๔๑ | ๗ | ๒.๙๐ |
| ย่านตาขาว | ๑๒๗ | ๑ | ๐.๗๙ | ๕ | - | ๐ | ๑๓๒ | ๑ | ๐.๗๖ |
| ปะเหลียน | ๑๘๑ | ๔ | ๒.๒๑ | - | - | ๐ | ๑๘๑ | ๔ | ๒.๒๑ |
| สิเกา | ๘๕ | ๒ | ๒.๓๕ | ๖ | - | ๐ | ๙๑ | ๒ | ๒.๒๐ |
| ห้วยยอด | ๒๙๐ | ๘ | ๒.๗๖ | ๑ | - | ๐ | ๒๙๑ | ๘ | ๒.๗๕ |
| วังวิเศษ | ๑๐๒ | ๐ | ๐.๐๐ | ๘ | - | ๐ | ๑๑๐ | ๐ | ๐.๐๐ |
| นาโยง | ๗๙ | ๐ | ๐.๐๐ | ๒ | - | ๐ | ๘๑ | ๐ | ๐.๐๐ |
| รัษฎา | ๗๑ | ๐ | ๐.๐๐ | ๑ | - | ๐ | ๗๒ | ๐ | ๐.๐๐ |
| หาดสำราญฯ | ๓๒ | ๑ | ๓.๑๓ | ๐ | - | ๐ | ๓๒ | ๑ | ๓.๑๓ |
| ต่างจังหวัด | ๑๑๐ | ๑ | ๐.๙๑ | ๐ | - | ๐ | ๑๑๐ | ๑ | ๐.๙๑ |
| รวม | ๑,๗๖๑ | ๓๕ | ๑.๙๙ | ๒๔ | - | ๐ | ๑,๗๘๕ | ๓๕ | ๑.๙๖ |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรังและ รพ.ตรัง วันที่ ๓๐ ก.ย.๖๐**

**๓.๒ Stroke unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ ปีงบฯ ๒๕๖๐**

| ตัวชี้วัด | ปีงบฯ ๒๕๖๐ | | รวมจังหวัด |
|---|---|---|---|
| | **รายการข้อมูล** | โรงพยาบาลตรัง | |
| ๑. Stroke unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ | เป้าหมาย | ๑ | ๑ |
| | ผลงาน | ๑ | ๑ |
| | อัตรา/ร้อยละ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| ๒. Stroke Fast Track โรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ | เป้าหมาย | ๑ | ๑ |
| | ผลงาน | ๑ | ๑ |
| | อัตรา/ร้อยละ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| Stroke unit โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพช.ห้วยยอด)<br>(ไม่สามารถจัดตั้งเป็น STROKE unit ได้เนื่องจาก ไม่มี CT SCAN) | | | |

**อภิปรายผลจากตาราง**

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบฯ ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบ ๒๕๕๗-๒๕๖๐ คือ ๖.๖, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๕.๑๓ ตามลำดับ อำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดปี ๒๕๖๐ คือ อ.ห้วยยอด(๒๕/๓๗๒) รองลงมา คือ อ.หาดสำราญ(๓/๔๗)

มีการนำส่งระบบทางด่วน (stroke fast tract) จากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ที่สามารถให้บริการ Unit stroke ในอัตราการเข้าถึงตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๕๐.๓, ๔๔.๙, ๔๒.๙ และ ๔๒.๙ ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐ ร้อยละ ๖.๔๓ ,๗.๒ ,๕.๓๔ และ..... ตามลำดับ

อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน ๖๐ นาที ผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙๓.๕๐, ๗๔.๐๓, ๗๙.๗๖ และ.....

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยม และนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๒๕๖๑ | ๑. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่รวดเร็วทันเวลา<br>- รพช.ร้อยละ ๖๐<br>- ER รพ.ตรัง ภายในเวลา ๔.๕ ชม.ร้อยละ ๓๐ | Alert Stroke/A lert STEMI<br>- ประชากรรับรู้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ<br>- อสม. รพสต.ทุกตำบลมีความรู้โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ<br>- สื่อสารประชาสัมพันธ์ | ๑. โครงการเฝ้าระวังและสร้างความตื่นตัวโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ จัดทำ Spot วิทยุ/โทรทัศน์warning sign/สื่อสารประชาสัมพันธ์<br>- ประชากรรับรู้ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ<br>- ผู้ป่วยมาด้วยระบบ EMS<br>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการทันเวลาหลังมีอาการ ๔.๕ ชม. | | | พญ.ภัทรนันท์ เหลืองดิลก<br>น.ส. พิมใจ หอยบาง<br>นางจันทร์ทรา ทิพย์ เพทาย<br>สสจ.ตรัง ร่วมกับงานโรคหลอดเลือดสมอง/NCD รพ.ตรัง |
| | ๒. ลดอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาล <๗% | ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระบบทางด่วน<br>- Fast tract Stroke<br>- บุคลากรมีความรู้ฟื้นฟูทุก ๑ ปี<br>- Door to Refer รพช.ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๕๐<br>- Door to ER รพ.ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๔๐<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๐ | - รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพในรพช. จำนวน ๙ รพช.<br>- Conference stroke ด้วยทีมสหวิชาชีพทุกวันจันทร์แรกของเดือน<br>-Intermediates care ที่รพช. | | | พญ. ภัทรนันท์ เหลืองดิลก<br>น.ส. พิมใจ หอยบาง<br>นางจันทร์ทรา ทิพย์ เพทาย<br>สสจ.ตรัง ร่วมกับงานโรคหลอดเลือดสมอง/NCD รพ.ตรัง |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑. โครงการเฝ้าระวังและสร้างความตื่นตัวโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ จัดทำ Spot วิทยุ/ โทรทัศน์ warning sign | - | | - รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช. จำนวน ๓ รพช. ระดับ M๒, F๒, F๒ (กันตัง) | - รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช. จำนวน ๓ รพช. ระดับ F๒ (ปะเหลียน, นาโยง, สิเกา) | - รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช. จำนวน ๓ รพช. ระดับ F๒ (รัษฎา,วังวิเศษ), F๓( หาดสำราญ) |
| ๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระบบทางด่วน (Fast tract Stroke)<br>- บุคลากรมีความรู้ฟื้นฟูทุก ๑ ปี<br>- Door to Refer รพช. ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๕๐<br>- Door to ER รพ.ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๔๐<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๐ | - Door to Refer รพช. ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๕๐<br>- Door to ER รพ.ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๒๕<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๐ | | - Door to Refer รพช. ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๕๕<br>- Door to ER รพ. ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๓๐<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๓ | - Door to Refer รพช. ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๖๐<br>- Door to ER รพ.ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๓๕<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาที ร้อยละ ๘๕ | - Door to Refer รพช. ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๖๕<br>- Door to ER รพ.ตรัง to CT ภายใน ๒๐ นาที ร้อยละ ๔๐<br>- Door to needle time ภายใน ๖๐ นาทีร้อยละ ๙๐ |
| อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง <๗% | <๗% | | <๗% | <๗% | <๗% |

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

๑) ในปี ๒๕๖๐ ตรังได้นิเทศ รพช. ๘ แห่งได้กำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน คือ ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันเวลาที่กำหนดเป้าหมายมากว่าเท่ากับร้อยละ ๕๐ บางพื้นที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และในปี ๒๕๕๙ ร้อยละผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลาสูงสุด ได้แก่ รพช.กันตัง ร้อยละ ๕๙.๑ น้อยสุด รพช.รัษฎา ร้อยละ ๓๔.๓ และในปี ๒๕๖๐ ร้อยละผู้ป่วยเข้าที่รับบริการทันเวลาสูงสูดได้แก่ รพช.ย่านตาขาว ร้อยละ ๕๒.๒๔ น้อยที่สุดได้แก่ รพช.ห้วยยอด ร้อยละ ๓๓.๓๓

๒) การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหน่วยบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงมีการคืนกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรังทุกเดือน ในกรณีที่ด่วนจะติดต่อทางไลน์ทันที และในปี ๒๕๖๐ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลตรัง ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านคืนกลับไปให้พื้นที่ผ่านระบบเพิ่มมากขึ้น

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| | ๑. พัฒนาการดำเนินงาน Stroke Alert ทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว |
| | ๒. พัฒนาศักยภาพของ อสม./นสค.ในพื้นที่ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง |

ผู้รายงาน นางสาวพิมใจ หอยบาง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖ ๙๔๕ ๗๐๒๓
Email : tongtong_๒๕๐๘ @ hotmail.com

ข้อมูล วัน ที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Service Outcome การส่งต่อนอกเขตสุขาพลดลง**
**<u>ตัวชี้วัด</u> : ๑๖ ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

๑. จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ มีบทบาทหน้าที่ในการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อของพื้นที่

๒. มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

๓. มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย การจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูล และ แก้ไขปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ

๔. มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่/แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพ และ เพื่อเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

๕. มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

๖. สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาการจัดระบบบริการ (service plan) โดยการจัดสรรทรัพยากร และกำลังคน จัดการให้ประชาชนในทุกพื้นที่ได้รับการบริการที่เท่าเทียมกัน ทั้งในยามเจ็บป่วย ทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน บริการตามมาตรฐานแนวทางเดียวกัน เพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิตประชาชน โดยหลักการบูรณาการ บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ ให้ประสานสอดคล้อง โดยมีระบบเครือข่ายที่ช่วยเหลือกัน ภายใต้แนวทางปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการแต่ละระดับ จึงต้องมีประสิทธิภาพ

ในรอบปีที่ผ่านมา การพัฒนาระบบส่งต่อของจังหวัดตรัง ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยมีกรอบการพัฒนาระบบส่งต่อ คือ การบริหารจัดการระบบส่งต่อภายในจังหวัด การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในระดับต่างๆ การใช้ข้อมูลในการประเมินเพื่อพัฒนาระบบ การจัดให้มีหน่วยประสานการส่งต่อ รวมทั้งให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ครอบคลุมการให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชน อันได้แก่ โรงพยาบาลทุกแห่งและหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกหน่วย โดยจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัดอยู่ที่โรงพยาบาลตรัง มีผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานประจำศูนย์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลาง บริหารจัดการระบบส่งต่อภายในจังหวัดและภายในเขต โดยเครือข่ายสถานบริการ ได้ร่วมกันพัฒนาระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ได้มีการจัดประชุม เพื่อหาข้อผิดพลาดหรือจุดเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะส่งต่อ มีการให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยรายกรณีจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา และปัญหาเชิงระบบที่พบจากการทำงาน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน ดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ป่วยปลอดภัย

นอกจากนั้นยังได้จัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย จากโปรแกรม Hos.XP และโปรแกรม Thai refer ในการบันทึกข้อมูล ซึ่งข้อมูลจะถูกบันทึกอย่างเป็นระบบ สามารถเรียกดูและตรวจสอบ เชื่อมโยงกับสถานพยาบาลทั้งภายในจังหวัดและภายในเขตบริการ รวมทั้งมีการจัดทำทำเนียบเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในทุกสาขาโดยเฉพาะสาขากุมารศัลยกรรม จิตเวชและมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่มีการส่งต่อออกนอกเขตในลำดับต้นๆ เพื่อความสะดวกในการประสานงานและปรึกษาปัญหา ลดอัตราการส่งต่อออกนอกเขต

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

**๓.๑ ตัวชี้วัด** : การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

**ตารางที่ ๑** แสดงจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตบริการ ปีงบประมาณ ๑๕๖๐ และ ๒๕๖๑ (ระหว่าง ต.ค. ๕๙– ธ.ค.๕๙ กับต.ค.๖๐ –ธ.ค. ๖๐)

| รพ. | ปี ๖๐ (ต.ค. ๕๙-ธ.ค. ๖๐) | | | ปี ๖๑ (ต.ค.๖๐ –ธ.ค.๖๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด (ราย) | จำนวนส่งต่อนอกเขตบริการ (ข้ามเครือข่ายและส่วนกลาง) | ร้อยละ | จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด (ราย) | จำนวนส่งต่อนอกเขตบริการ (ข้ามเครือข่ายและส่วนกลาง) | ร้อยละ |
| รพ.ตรัง | ๑๖๗๑ | ๑๑๒ | ๖.๗๐ | ๑๕๕๗ | ๑๑๗ | ๗.๕๑ |
| รพ.ห้วยยอด | ๒๕๗๑ | ๔๒ | ๑.๖๓ | ๒๓๕๘ | ๕๒ | ๒.๒๐ |
| รพ. กันตัง | ๑๘๕๐ | ๒๑ | ๑.๑๓ | ๑๙๘๗ | ๑๙ | ๐.๙๕ |
| รพ.ย่านตาขาว | ๒๕๗๑ | ๑๗ | ๐.๖๖ | ๑๖๘๕ | ๒๐ | ๑.๑๘ |
| รพ.นาโยง | ๑๒๘๒ | ๑๗ | ๑.๓๒ | ๑๔๑๐ | ๑๖ | ๑.๑๓ |
| รพ.สิเกา | ๙๔๖ | ๑๑ | ๑.๑๖ | ๘๗๘ | ๑๓ | ๑.๔๘ |
| รพ.ปะเหลียน | ๑๖๖๙ | ๓๖ | ๒.๑๕ | ๑๖๙๔ | ๔๔ | ๒.๕๙ |
| รพ.รัษฎา | ๗๔๔ | ๒๕ | ๓.๓๖ | ๗๙๐ | ๓๒ | ๔.๐๕ |
| รพ.วังวิเศษ | ๗๙๕ | ๒๑ | ๒.๖๔ | ๑๐๖๕ | ๓๐ | ๒.๘๑ |
| รพ.หาดสำราญฯ | ๕๑๔ | ๐ | ๐ | ๕๘๐ | ๑ | ๐.๑๗ |
| **รวม** | **๑๔๖๑๓** | **๓๐๒** | **๒.๐๘** | **๑๔๐๐๔** | **๓๔๔** | **๒.๔๕** |

**อภิปรายผลจากตาราง**

การส่งต่อออกนอกเขตของจังหวัดตรัง เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกัน ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กับ ๒๕๖๑ ช่วงระหว่างเดือน ต.ค. –ธ.ค. พบว่าจำนวนการส่งต่อทั้งหมด (นอกเขตในเขตและส่วนกลาง ) มีจำนวนลดลง ๖๐๙ ราย จำนวนการส่งต่อออกนอกเขตบริการ และส่วนกลาง เพิ่มขึ้น ๔๒ ราย เปรียบเทียบอัตราการส่งต่อออกนอกเขตบริการและส่วนกลาง ระหว่างปีงบประมาณ๖๐ และ ๖๑พบว่า ในช่วงระยะเวลาเดียวกันมีอัตราเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๐.๓๗

- การส่งต่อออกนอกเขตใน ๔ สาขาหลักเปรียบเทียบผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ระหว่าง ต.ค. ๕๙ -ธ.ค.๕๙ กับ ต.ค.๖๐– ธ.ค. ๖๐

**๑. สาขาโรคหัวใจ**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค. ๕๙) มีการส่งต่อด้วยโรคหัวใจทั้งหมด ๑๖ รายเป็นการส่งต่อไปส่วนกลาง ๑๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๗๕ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจากขีดความสามารถไม่เพียงพอ ไปตามแพทย์นัดและนอกเขต ๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๖.๒๕ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจากขีดความสามารถเพียงพอ แต่ต้องการใช้สิทธิ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) มีการส่งต่อด้วยโรคหัวใจทั้งหมด ๒๔ รายเป็นการส่งต่อไปส่วนกลาง

๒๓ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๓ ส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๑๗ สาเหตุของการส่งต่อเนื่องจากขีดความสามารถเพียงพอ แต่ต้องการใช้สิทธิ์

**๕ อันดับโรคหัวใจที่ส่งต่อนอกเขต มีรายละเอียดดังนี้**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙- ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐–ธ.ค. ๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) | ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) |
| ๑ | :Chronic ischaemic heart disease | สถาบันโรคทรวงอก/รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช | ๕ | ๑ | Chronic ischaemic heart disease | สถาบันโรคทรวงอก | ๕ |
| ๒ | :Cardiomyopathy | สถาบันโรคทรวงอก | ๔ | ๒ | Aortic(vale) insufficiency | สถาบันโรคทรวงอก | ๓ |
| ๓ | Atrioventricular-And-Left bundle-branch block | จุฬาลงกรณ์ | ๒ | ๓ | Atrial fibrillation and flutter | สถาบันโรคทรวงอก | ๒ |
| ๔ | Rheumatic heart disease | รพ.ราชวิถี | ๑ | ๔ | Atrioventricular-And-Left bundle-branch block | จุฬาลงกรณ์ | ๑ |
| ๕ | Supra ventricular tachycardia | สถาบันโรคทรวงอก | ๑ | ๕ | Tricuspid insufficiency | รพ.ราชวิถี | ๑ |

**<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>**

อัตราการส่งต่อออกนอกเขตด้วยโรคหัวใจ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน พบว่า ปี ๖๑ อัตราเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็นการส่งต่อไปส่วนกลางเกือบทั้งหมด สาเหตุของการส่งต่อนอกเขตเป็นการส่งต่อเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องตามแพทย์นัดและต้องการใช้สิทธิ์ตามภูมิลำเนา โรคหัวใจที่ส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุดทั้งปีงบประมาณ ๖๐ และ ๖๑ คือ Chronic ischemic heart disease โดยส่งไปยังสถาบันทรวงอก ในปี ๖๐ ลำดับรองลงมาคือโรค Cardiomyopathy / Atrioventricular-And-Left bundle-branch block/ Supra ventricular tachycardia ส่วนในปี ๖๑ โรคที่ส่งต่อไปส่วนกลาง ได้แก่ Aortic(vale) insufficiency/Atrial fibrillation and flutter/ Atrioventricular-And-Left bundle-branch block และ Tricuspid insufficiency โรงพยาบาลที่ส่งต่อ ได้แก่ สถาบันทรวงอก /รพ.จุฬาลงกรณ์/ร.พ.ราชวิถี/ร.พ. มหาราชนครศรีธรรมราช

**๒. สาขาโรคมะเร็ง**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) มีการส่งต่อด้วยโรคมะเร็ง ทั้งหมด ๑๙ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๐๕ และส่งต่อส่วนกลาง ๑๕ รายคิดเป็นร้อยละ ๗๘.๙๕ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจากเกินศักยภาพ (เพื่อการวินิจฉัยและรักษา) ขีดความสามารถไม่พอเพียง (ไปตามแพทย์นัด)และขีดความสามารถเพียงพอ แต่ผู้ป่วยและญาติต้องการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค. ๖๐) มีการส่งต่อด้วยโรคมะเร็ง ทั้งหมด ๑๙ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๓๒ และส่งต่อไปส่วนกลาง ๑๔รายคิดเป็นร้อยละ ๗๓.๖๘ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจากเกินศักยภาพ (เพื่อการวินิจฉัยและรักษา) ขีดความสามารถไม่เพียงพอ (ไปตามแพทย์นัด)

**๕ อันดับโรคมะเร็ง ที่ส่งต่อนอกเขต มีรายละเอียดดังนี้**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐-ธ.ค..๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) | ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) |
| ๑ | Malignant neoplasm of cervix uteri | รพ.รามาธิบดี | ๒ | ๑ | Malignant neoplasm of cervix uteri | รพ.ศิริราช | ๑ |
| ๒ | Malignant neoplasm of breast | รพ. จุฬาลงกรณ์ | ๑ | ๒ | Malignant neoplasm of breast | รพ. จุฬาลงกรณ์ | ๑ |
| ๓ | Malignant neoplasm of Tongue | รพ.รามาธิบดี | ๑ | ๓ | Malignant neoplasm of Tongue | รพ.ศิริราช | ๑ |
| ๔ | Malignant neoplasm of stomach | รพ.พระมงกุฎเกล้า | ๑ | ๔ | Malignant neoplasm of cerebellum | สถาบันประสาทวิทยา | ๑ |
| ๕ | Malignant neoplasm of Liver | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | ๑ | ๕ | Malignant neoplasm of palate | สถาบันมะเร็งแห่งชาติ | ๑ |

**<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>**

การส่งต่อออกนอกเขตด้วยโรคมะเร็ง เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ ในช่วงเวลาเดียวกัน มีจำนวนเท่ากัน สาเหตุสำคัญของการส่งต่อนอกเขตและส่วนกลลาง เนื่องจาก เกินศักยภาพ (เพื่อการวินิจฉัยและรักษา) /เป็นผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องที่ไปตามแพทย์นัด,การส่งต่อเนื่องจาก ความต้องการของญาติ ในปี ๖๐ และ ๖๑ โรคมะเร็งที่ส่งต่อออกนอกเขตมากที่สุด ๓ ลำดับแรก ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งที่ลิ้น ในลำดับที่ ๔ และ ๕ ของปี ๖๐ พบผู้ป่วยส่งต่อด้วยมะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ส่วนลำดับที่ ๔ และ ๕ ของปี ๖๑ ได้แก่มะเร็งที่สมอง และที่เพดานปาก โรงพยาบาลที่ส่งต่อเป็นโรงพยาบาลในส่วนกลางทั้งหมด ได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ร.พ.จุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลศิริราช

**๓. สาขาอุบัติเหตุ**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) มีการส่งต่อด้วยอุบัติเหตุ ๓ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๗ และส่งต่อส่วนกลาง ๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓สาเหตุของการส่งต่อเนื่องจาก ขีดความสามารถเพียงพอแต่ผู้ป่วยและญาติต้องการ /ขีดความสามารถเพียงพอ แต่ต้องการใช้สิทธิ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค. ๖๐) มีการส่งต่อด้วยอุบัติเหตุ ๑ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจาก ขีดความสามารถเพียงพอ แต่ต้องการใช้สิทธิ์

**โรคทางอุบัติเหตุ ที่ส่งต่อนอกเขต มีรายละเอียดดังนี้**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐– ธ.ค. ๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) | ลำดับ | โรค | รพ. | จำนวน (ราย) |
| ๑ | Contact with other powered hand tools-and-household machinery | รพ.ราชบุรี | ๑ | ๑ | Occupant of pick-up trunk or van injured in collision with fixed or stationary object | รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช | ๑ |
| ๒ | Exposure to unspecified electric | รพ.ท่าศาลา | ๑ | ๒ | - | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | current | | | | | | |
| ๓ | Motorcycle rider injured-in-transport accident | รพ.สิชล | ๑ | ๓ | - | | |

**<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>**

การส่งต่อผู้ป่วยสาขาอุบัติเหตุ เมื่อเปรียบเทียบช่วงระยะเวลาเดียวกัน ระหว่างปี ๖๐-๖๑ มีการส่งต่อออกนอกเขตลดลง ๒ ราย เป็นการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ๑๒ ทั้งหมด ไม่มีส่งต่อไปส่วนกลาง สาเหตุจาก ความต้องการของญาติและความต้องการใช้สิทธิ์ การเกิดอุบัติเหตุจากการใช้เครื่องมือในการทำงาน อุบัติเหตุจากการจราจร และจากกระแสไฟฟ้า โรงพยาบาลที่ส่งต่อ จะเป็นโรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพ ตามที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่

**๔. สาขากุมารเวชกรรม**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) มีการส่งต่อสาขากุมารเวชกรรม ๙ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๒๒ และส่งต่อไปส่วนกลาง ๗ รายคิดเป็นร้อยละ ๗๗.๗๘ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจาก ขีดความสามารถไม่เพียงพอ ไปตามแพทย์นัด/ ขีดความสามารถเพียงพอ แต่ผู้ป่วยและญาติต้องการใช้สิทธิ์/เกินศักยภาพ เพื่อการวินิจฉัย/รักษา

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค. ๖๐) มีการส่งต่อสาขากุมารเวชกรรม ทั้งหมด ๑๓ รายเป็นการส่งต่อไปนอกเขตสุขภาพ ๑๒ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๖๙ และส่งต่อไปส่วนกลาง ๑๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๑ สาเหตุของการส่งต่อ เนื่องจาก ขีดความสามารถไม่เพียงพอ ไปตามแพทย์นัด และต้องการใช้สิทธิ์

**๕ อันดับโรคสาขากุมารเวชกรรม ที่ส่งต่อนอกเขต มีรายละเอียดดังนี้**

| **ข้อมูลต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙** | | | | **ข้อมูล ต.ค. ๖๐ –ธ.ค.๖๐** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **ลำดับ** | **โรค** | **รพ.** | **จำนวน (ราย)** | **ลำดับ** | **โรค** | **รพ.** | **จำนวน (ราย)** |
| ๑ | Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites | รพ. รามาธิบดี | ๑ | ๑ | Systemic lupus erythematosus | รพ.รามาธิบดี | ๑ |
| ๒ | Cystic fibrosis with pulmonary manifestations | สถาบัน สุขภาพเด็ก แห่งชาติ | ๑ | ๒ | Cirrhosis of liver | รพ.รามาธิบดี | ๑ |
| ๓ | Ventricular septal defect | รพ. รามาธิบดี | ๑ | ๓ | Ventricular septal defect | สถาบันสุขภาพ เด็กแห่งชาติ | ๑ |
| ๔ | Haemolytic anaemias | รพ.หลังสวน | ๑ | ๔ | Arterial embolism and thrombosis | รพ. ศิริราช | ๑ |
| ๕ | Other Lack of expected normal physiological development | รพ.ราชเวช อุบลราชธานี | ๑ | ๕ | Pneumonia | รพ.กระบี่ | ๑ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

การส่งต่อผู้ป่วยสาขากุมารเวชกรรม เมื่อเปรียบเทียบช่วงระยะเวลาเดียวกัน ในช่วงเวลาเดียวกัน(ตค.-ธ.ค.) ของปี ๖๐ และ ๖๑ จำนวนเพิ่มขึ้น ๔ ราย ในปี ๖๐ การส่งต่อ ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ /โรคถุงน้ำในปอด /โรค Haemolytic anaemias โรงพยาบาลที่ส่งต่อไปรับการรักษา ได้แก่ โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันสุขภาพเด็กราชินี ร.พ. ที่ส่งต่อนอกเขต ได้แก่ ร.พ.หลังสวน และ ร.พ.ราชเวชอุบลราชธานี สาเหตุส่วนใหญ่จาก ขีดความสามารถไม่เพียงพอ ไปตามแพทย์นัด /ขีดความสามารถเพียงพอแต่ผู้ป่วยและญาติต้องการ /เกินศักยภาพ เพื่อการรักษา ส่วนปี ๖๑ โรคที่ส่งต่อ ได้แก่ โรคเลือด/โรคหัวใจ/โรคตับ /ปอดบวม โรงพยาบาลที่ส่งต่อมีทั้งโรงพยาบาลนอกเขต ได้แก่ โรงพยาบาลกระบี่ และโรงพยาบาลในส่วนกลาง ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชินี , โรงพยาบาลรามาธิบดี

- **การส่งต่อภายในจังหวัด**

**Refer in**โรงพยาบาลตรังซึ่งเป็นแม่ข่ายของการส่งต่อภายในจังหวัด มีการ refer in จากโรงพยาบาลอื่นๆ ภายในเครือข่าย

๑) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) รพ.ตรัง มีการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๘,๐๗๗ ราย จากการส่งต่อภายในจังหวัดทั้งหมด ๗,๘๕๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๕ จากนอกจังหวัดทั้งหมด ๒๒๒ รายคิดเป็นร้อยละ ๒.๗๕

๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ต.ค.๖๐-๒๙ธ.ค.๖๐) รพ.ตรัง มีการรับส่งต่อจาก โรงพยาบาลอื่น ๘,๓๑๐ ราย จากการส่งต่อภายในจังหวัดทั้งหมด ๘,๐๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๔ จากนอกจังหวัดทั้งหมด ๒๒๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๖

**๕ อันดับโรค ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลตรัง**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐ – ธ.ค. ๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | แผนก | จำนวน (ราย) | ลำดับ | โรค | แผนก | จำนวน (ราย) |
| ๑ | Supervision of other normal pregnancy | สูติกรรม | ๒๖๔ | ๑ | Stroke,not specified as haemorrhage or infraction | อายุรกรรมประสาท | ๒๗๓ |
| ๒ | Stroke,not specified as haemorrhage or infraction | อายุรกรรมประสาท | ๒๓๘ | ๒ | Supervision of other normal pregnancy | สูติกรรม | ๑๖๐ |
| ๓ | Senile cataract | จักษุ | ๒๑๕ | ๓ | Acute appendicitis | ศัลยกรรมทั่วไป | ๑๕๕ |
| ๔ | Acute appendicitis | ศัลยกรรมทั่วไป | ๑๗๖ | ๔ | Senile cataract | จักษุ | ๑๔๙ |
| ๕ | Pneumonia | กุมารเวชกรรมทั่วไป | ๑๒๑ | ๕ | Pneumonia | อายุรกรรมทั่วไป | ๑๓๘ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

การส่งต่อเข้าภายในจังหวัด ปี ๖๐ และ ปี ๖๑ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน มีอัตราใกล้เคียงกัน โดยโรคระบบสูติกรรม จะเป็นลำดับต้นที่ส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง ในปี ๖๐ ลำดับรองลงมา ได้แก่อายุรกรรมประสาท จักษุ ศัลยกรรมทั่วไป และกุมารเวช ตามลำดับ ส่วนในปี ๖๑ สาขาที่ส่งต่อเข้าโรงพยาบาลตรัง เป็นลำดับแรก คือโรคหลอดเลือดสมอง ลำดับรองลงมาเป็นสูติกรรม จักษุ ศัลยกรรมทั่วไปจักษุและอายุรก

- **Refer out จากโรงพยาบาลตรัง** ไปโรงพยาบาลในเขตส่วนใหญ่จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (มอ.)โรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลกรุงเทพหาดใหญ่

๑) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลตรังไปยังโรงพยาบาลในเขตบริการเดียวกัน ๑,๔๙๙ ราย จากการส่งต่อทั้งหมด ๒๑๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑๑

๒) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๑) มีการส่งต่อจากโรงพยาบาลตรังไปยังโรงพยาบาลในเขตบริการเดียวกัน ๑,๑๖๑ ราย จากการส่งต่อทั้งหมด ๒,๐๐๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๕๘.๐๒

**๕ อันดับโรค ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลตรัง ไปยัง โรงพยาบาล มอ./หาดใหญ่/กรุงเทพหาดใหญ่**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐ – ธ.ค. ๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | จำนวน (ราย) | สาเหตุ | ลำดับ | โรค | จำนวน (ราย) | สาเหตุ |
| ๑ | Brain benign neoplasm | ๓๒ | เกินศักยภาพ | ๑ | Breast malignant neoplasm | ๑๗ | เกินศักยภาพ |
| ๒ | Acute subendocardial myocardial infraction | ๒๓ | เกินศักยภาพ | ๒ | Acute subendocardial myocardial infraction | ๑๗ | เกินศักยภาพ |
| ๓ | :Breast malignant neoplasm | ๒๑ | เกินศักยภาพ | ๓ | Degeneration of macula and posterior pole | ๑๗ | เกินศักยภาพ |
| ๔ | Thyrotoxicosis | ๒๐ | เกินศักยภาพ | ๔ | Chronic ischaemic heart disease | ๑๕ | เกินศักยภาพ |
| ๕ | :Cervix uteri malignant neoplasm | ๑๖ | เกินศักยภาพ | ๕ | Cervix uteri malignant neoplasm | ๑๕ | เกินศักยภาพ |

**<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>**

การส่งต่อจากโรงพยาบาลตรัง ไปโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และกรุงเทพ-หาดใหญ่ ช่วงเวลา ต.ค. –ธ.ค. ปี ๖๐ และ ๖๑ ลดลงร้อยละ ๑๒.๐๙ สาเหตุของการส่งต่อทั้งหมดจากสาเหตุ เกินศักยภาพด้านการรักษา ในปี ๖๐ โรคที่ส่งต่อไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และกรุงเทพ-หาดใหญ่ ลำดับแรก คือโรคเนื้องอกสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ไทรอยด์เป็นพิษ โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจ ตามลำดับ ส่วนในปี ๖๑ ส่งต่อด้วย มะเร็งเต้านม โรคกล้ามเนื้อหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด และมะเร็งปากมดลูก

- **Refer back ส่งกลับจากโรงพยาบาลตรังกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชน**

-ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙) มีการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลตรังไปยังโรงพยาบาลชุมชน ๔๔๘ ราย จากการส่งต่อกลับทั้งหมด ๔๖๙ ราย คิดเป็นร้อยละ๙๕.๕๒

-ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) มีการส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลตรังไปยังโรงพยาบาลชุมชน ๔๓๔ ราย จากการส่งต่อกลับทั้งหมด ๔๘๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๔๒

**๕ อันดับโรค ที่ส่งต่อกลับจากโรงพยาบาลตรัง ไปยัง โรงพยาบาลชุมชน (Refer back)**

| ข้อมูล ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙ | | | | ข้อมูล ต.ค. ๖๐ – ธ.ค. ๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | โรค | จำนวน (ราย) | สาเหตุ | ลำดับ | โรค | จำนวน (ราย) | สาเหตุ |
| ๑ | Cerebral infraction | ๕๒ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา | ๑ | Hyperkinetic conduct disorder | ๔๐ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา |
| ๒ | Schizophrenia | ๓๕ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา | ๒ | Cerebral infraction | ๓๓ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา |
| ๓ | Acute subendocardial myocardial infraction | ๒๔ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา | ๓ | Schizophrenia | ๒๕ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา |
| ๔ | Pneumonia | ๑๔ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา | ๔ | Paranoid Schizophrenia | ๑๑ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา |
| ๕ | Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation | ๑๒ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา | ๕ | Unspecified nonorganic psychosis | ๑๑ | ใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา |

**<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>**

การส่งต่อผู้ป่วยกลับ (refer back) จากโรงพยาบาลตรังไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับยา ดูแลต่อเนื่อง และใช้สิทธิ์ในภูมิลำเนา ในปี ๖๐ และปี ๖๑ มีอัตราใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคระบบหัวใจ โรคจิตเภท และโรคระบบการหายใจ

**๔. แผนงาน/โครงการ หรือมาตรการ ที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | แผนงาน/โครงการ | เป้าหมาย | ระยะเวลา | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|
| ๑ | ประชุมคณะกรรมการส่งต่อจังหวัด | วางแผนการดำเนินงานและพัฒนาระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการพัฒนาระบบ การจัดเก็บข้อมูลและพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วย | กรกฎาคม๒๕๖๑ | - |
| ๒ | ประชุมreferal conference | หยิบยกประเด็นปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยรายกรณี และให้ความรู้ทางวิชาการจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาหมุนเวียนกันไป | ทุก ๓ เดือน | - |
| ๓ | ประชุมติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานระบบส่งต่อภายในจังหวัด | ติดตามปัญหาการใช้โปรแกรมThai refer ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาการบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล รวมถึงประเด็นปัญหาอุปสรรคอื่นๆในการดำเนินงาน | ทุก ๖ เดือน | |

**๕. ปัญหา อุปสรรคหรือปัจจัยสำคัญ ในภาพรวมที่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานในรอบปีที่ผ่านมา**

๑) โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย M๒ แม้ว่าได้มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ ๔ สาขาหลักแล้ว แต่ยังอยู่ระหว่างการดำเนินงาน ยังมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยังไม่ครบทุกสาขา บางสาขาแพทย์อยู่ระหว่างศึกษาต่อ

๒) ลักษณะทางภูมิประเทศ บริเวณรอยต่อชายขอบ เช่น ระหว่างจังหวัดตรัง-นครศรีธรรมราชหรือกระบี่ ผู้ป่วยในบางตำบลของจังหวัดตรัง เดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลในจังหวัดนครศรีธรรมราช หรือกระบี่ ซึ่งอยู่นอกเขตเพราะใกล้และสะดวกกว่าเดินทางไปเข้าไปรักษาโรงพยาบาลในจังหวัด

๓) ความสมบูรณ์ของการบันทึกรายงานในฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มของหน่วยบริการส่งผลต่อระบบประมวลผลรายงานและการวิเคราะห์สถานการณ์

๔) ความเชื่อ ความศรัทธา และความต้องการของญาติ ส่งผลต่อการส่งต่อออกนอกเขต เช่น การส่งต่อไปศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี หรือโรงพยาบาลที่มีชื่อเสียงด้านการรักษาในส่วนกลาง

**๖. ข้อเสนอแนะ**

ควรจะมีการประชุมติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานการส่งต่อผู้ป่วยระดับเขต เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาในการดำเนินงาน และร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

**๗. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน ( ประมาณ ๓ - ๖ ภาพ )**






ผู้รายงาน นางวลัยลักษณ์ มีเภตรา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๗-๘๘๗๗๓๒๑
Email : walailuk_๑๐@hotmail.com

ข้อมูล วัน ที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด (Service Plan) สาขาทารกแรกเกิด**

**ตัวชี้วัด** : M ๑๔ อัตราตายทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐๐ กรัม

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๒. จำนวนเตียง NICU เป็นสัดส่วนเหมาะสม ๑: ๕๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ

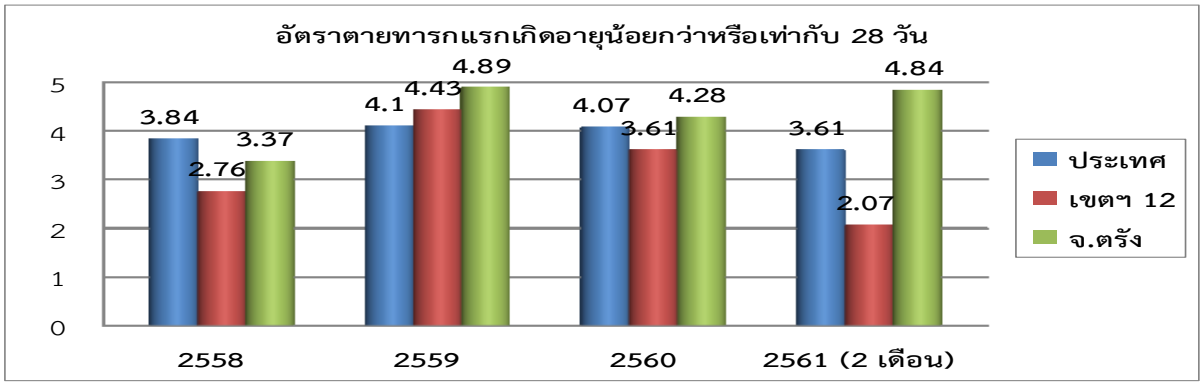
๓. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในโรงพยาบาลระดับ F๓ ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

ผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดจังหวัดตรัง ของปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน เท่ากับ ๔.๒๘ (ทารกเสียชีวิต ๒๖ ราย) ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ ลดลงจากปี ๒๕๕๙ ซึ่งมีค่าเท่ากับ ๔.๘๙ (ทารกเสียชีวิต ๒๖ ราย) ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ และในปี ๒๕๖๐ สูงกว่าระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ ๑๒ จากการวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ได้แก่

| | | |
|---|---|---|
| ๑. Preterm c severe RDS | ๗ | ราย |
| ๒. Neonatal sepsis | ๖ | ราย |
| ๓. ทารกพิการแต่กำเนิด(ศัลยกรรม) | ๕ | ราย |
| ๔. ทารกขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth asphyxia) | ๑ | ราย |
| ๕. ภาวะ MAS (PPHN) | ๒ | ราย |
| ๖. CHD | ๑ | ราย |
| ๗. Extremely low birth weight | ๓ | ราย |

ภาวการณ์ขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ ๒๔.๕๐ (ปี ๒๕๖๐) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนสูงและทารกที่รอดชีวิตมีปัญหาความพิการ เช่น BPD ROP สมองพิการ พัฒนาการล่าช้า รวมทั้งบุคลากรยังขาดแคลน โดยเฉพาะกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด สัดส่วนพยาบาลต่อการดูแลทารกยังไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงปัจจุบันยังมีทารกอีกส่วนหนึ่งที่มีปัญหาด้านโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคทางศัลยกรรม ที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ ตามลำดับ อีกทั้งการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำและการส่งเสริมการให้นมแม่ในเด็กป่วยเพื่อให้ทารกเจริญเติบโตและมีพลังงาน การคัดกรองทารกที่มีปัญหาโรคหัวใจชนิดเขียว เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต เพื่อแก้ปัญหาในการดูแลทารกแรกเกิดดังกล่าว การพัฒนาบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยเน้นในเรื่องการเพิ่มศักยภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับทารกภายในเครือข่ายให้ได้มาตรฐานเพื่อจะนำไปสู่การลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสร้างความประทับใจแก่ประชาชนที่ได้รับบริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างคุ้มค่า และเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละระดับหน่วยบริการ อันจะส่งผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ ลดการเกิดความพิการและลดอัตราป่วยตายของทารกแรกเกิด




**ที่มา : ข้อมูลจาก HDC** วันที่ประมวลผล:: ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

## ๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | เมือง | ห้วยยอด | ย่านตาขาว | กันตัง | ปะเหลียน | **สิเกา** | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | **รวมจังหวัด** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ระดับ | A | M๒ | F๑ | F๒ | F๒ | **F๒** | F๒ | F๒ | F๒ | F๓ | - |
| ๑. | อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล : ๒๙ ธ.ค.๖๐ | ปี ๒๕๖๐ | | | | | | | | | | | |
| | | เป้าหมาย | ๓,๘๑๖ | ๓๑๙ | ๔๒๓ | ๓๙๕ | ๓๔๓ | ๒๒๔ | ๒๐๒ | ๑๙๔ | ๑๖๑ | ๑ | ๖,๐๗๘ |
| | | ผลงาน | ๒๖ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๒๖ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๖.๘๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๔.๒๘ |
| | | ปี ๒๕๖๑ (ถึง พ.ย.๖๐) | | | | | | | | | | | |
| | | เป้าหมาย | ๖๖๓ | ๕๖ | ๘๙ | ๕๑ | ๓๖ | ๓๑ | ๔๒ | ๔๑ | ๒๔ | ๐ | **๑,๐๓๓** |
| | | ผลงาน | ๕ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๕** |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๗.๕๔ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๔.๘๔** |
| ๒. | เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ | จำนวนทารกเกิดมีชีพปี ๖๐ | | | | | | | | | | | |
| | | จำนวนเตียง | ๘ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๘** |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๘.๒๘ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๑๓.๔๙** |
| ๓ | ร้อยละของ รพ.ตั้งแต่ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (๖๐%) | เป้าหมาย | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | - | **๓** |
| | | ผลงาน | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | - | **๓** |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | - | **๑๐๐** |
| | ทั้งจังหวัด ๙ แห่ง | | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๐ | **๙/๑๐ (๙๐%)** |
| ๔ | มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ | เป้าหมาย | - | ๔๖ | ๔๔ | ๗๙ | ๖๕ | ๒๙ | ๒๙ | ๒๕ | ๒๓ | ๔ | **มี** |
| | | ผลงาน | - | ๒ | - | ๒ | ๔ | - | ๒ | ๑ | ๑ | - | **มี** |
| | | อัตรา/ร้อยละ | - | ๔.๓๔ | ๐ | ๒.๕๓ | ๖.๑๕ | ๐ | ๖.๘๙ | ๔ | ๔.๓๔ | ๐ | **มี** |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **บุคลากรสาขาทารกแรกเกิด** | | | | | | | | | | | | | |
| ๑ | กุมารแพทย์ | ราย | ๙ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๙** |
| ๒ | พยาบาลเฉพาะทาง (๔ เดือน) | ราย ไม่รวมหน. | ๖ | ๑ | - | - | - | - | - | - | - | - | **๗** |
| ๓ | พยาบาล NS | ราย | ๑๐ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๒๐%** |
| ๔ | พยาบาล NICU | ราย | ๑๒ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๓๓.๓๓%** |
| ๕ | พยาบาลเฉพาะทาง (๑ เดือน) | ราย | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **-** |
| **เครื่องมือ** | | | | | | | | | | | | | |
| ๑ | ventilator | เครื่อง | ๑๑ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๑๑** |
| | -ชนิดความถี่สูง | เครื่อง | ๒ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๒** |
| ๒ | Transport incubator | เครื่อง | ๑ | ๑ | ๑ | - | - | - | - | - | - | - | **๓** |
| ๓ | NBP | เครื่อง | ๙ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๙** |
| ๔ | Neopuff | เครื่อง | ๑ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | **๑** |

**อภิปรายผลจากตาราง**

ผลการดำเนินงาน อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ผลงาน ๒ เดือน) เท่ากับ ๔.๘๔ (ทารกเสียชีวิต ๕ ราย) ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

เตียง NICU ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โรงพยาบาลตรังได้ให้บริการทั้งผู้รับบริการในเขตและนอกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียง และพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อรองรับกับอัตราการคลอดมีชีพให้เพียงพอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัดมีจำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ ๗,๐๐๐ รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU ๑๔ เตียง (เตียง NICU ๑ เตียง : คลอด ๕๐๐ ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU ๘ เตียง และเพิ่มอีก ๒ เตียง ในปี ๒๕๖๑ ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย โดยอัตราการครองเตียง ปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๘๐, ๗๔.๐๐, ๗๙.๑๖ และ ๘๔.๖๓ (ธ.ค.๖๐) ตามลำดับ

การเพิ่มจำนวนเตียง NICU อีก ๑๐% ของจำนวนที่ต้องการ: อัตราการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดต่อเตียง NICU พบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังพบภาวะทารกตายปริกำเนิดในอัตราที่สูง จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากยังขาดเครื่องมือที่จำเป็นได้แก่ High Frequency Ventilator ตลอดจนกุมารแพทย์เฉพะทางด้านหัวใจและ กุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด การขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล

การคัดกรองหัวใจพิการแต่กำเนิด ในจังหวัดตรังตั้งแต่ F๑ ขึ้นไป จำนวน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง ห้วยยอด ย่านตาขาว และรพ.กันตัง มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดทุก รพช. ยกเว้น รพช.หาดสำราญฯ(ไม่มีการคลอด) ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ พบเด็กผิดปกติ ๒ ราย ของปีงบฯ ๒๕๕๙ ที่โรงพยาบาลห้วยยอด และในปีงบฯ ๒๕๖๐ ยังไม่พบ

ระบบ Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ มีระบบการประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาลตรัง ที่สามารถดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงได้

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/ โครงการ/กิจกรรม | งบ ประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๒๕๖๑ | ลดอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ ๐ - ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม เป้าหมาย ≤๓.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ | ๑. KM Sharing สัญจร<br>๒. ฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิดหลักสูตร ๔ เดือน จำนวน ๒ คน(NNP)<br>๓. เพิ่มศักยภาพการรักษาBAด้วยการลดอุณหภูมิทารกทั้งร่างกาย(Cooling therapy)<br>๔.เพิ่มศักยภาพการรักษาภาวะ PPHN ด้วยการใช้NO | ๑. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดและระบบการส่งต่อ<br>๒. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย<br>๓. NO ปี ๖๒<br>๔. Cooling therapy | ๕๐,๐๐๐ บาท | ๑ ก.พ. ๖๑- ๓๐ มิ.ย. ๖๑ (รุ่นที่ ๔) | |
| | | ๑. เพิ่มศักยภาพการคัดกรองทารกแรกเกิดโรคหัวใจชนิดเขียวให้ครอบคลุมทุกระดับ A-F๓<br>๒. การให้โฟเลตในหญิงวัยเจริญพันธุ์<br>๓. การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร่วมกันระหว่างในรูปแบบ MCH board<br>๔. ประชุมคณะกรรมการ Service Plan ทุก ๓ เดือน | ๑. โครงการการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด<br>๒. โครงการป้องกันทารกพิการแต่กำเนิดร่วมกับทีม MCH Board | - | | |
| | | ๑. พัฒนาระบบรายงานฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม HDC และฐานข้อมูลอื่นๆในระดับจังหวัดและระดับเขต | ๑. โครงการพัฒนาระบบฐานข้อมูล | - | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน | <๓.๔ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ | | <๓.๔ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ | <๓.๔ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ | <๓.๔ : ๑๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ |

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

มี MCH board ระดับจังหวัด/เขต มีระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณการในรูปแบบของ MCH board ประกอบด้วย ปฐมภูมิ กลุ่มสตรีและเด็ก Service plan สูติกรรมและทารกแรกเกิดแล้ว แต่อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน มีแนวโน้มยังไม่ลดลง

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. เกณฑ์ห้องคลอดคุณภาพยังไม่ผ่าน ๘๐% ทุกรพช. | |
| ๒. ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ A ขาด Neonatologist, Pediatric Cardiologist | - เนื่องจากเป็นสาขาที่ขาดแคลน ไม่ค่อยมีแพทย์ไปเรียน อยากให้แพทย์ศึกษาต่อเนื่อง |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑. ผลิตพยาบาล NNP (Neo ปีละ ๒ คน ตั้งแต่ ๒๕๕๘-๒๕๖๒)
๒. ทำระบบ Intrauterine transfer
๓. KM sharing สัญจร
๔. NB Fast track ทุก รพช.

ผู้รายงาน นางพรจันทร์ ชัยเชื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๗๕-๒๐๑๕๐๐ ต่อ ๓๑๐๙
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๙๕๕๙๓๕
E-mail : loomoo๒๐๒@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๐

**หัวข้อ Service Plan สาขา Palliative care**

**โครงการ : การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน**

**<u>ตัวชี้วัด</u> :** M ๑๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม

๓. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan)เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่กระบวนการดูแล
- โรคมะเร็ง (stage๔/Recurrent/PPS ≤ ๕๐%) ๗๕.๕%
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Long term home oxygen) ๔๓.๗%
- โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (GFR ≤ ๑๕ ที่ปฏิเสธ/ยุติการฟอก) ๔๗.๘%
- โรคหลอดเลือดสมอง (Vegetative stage) ๗๘.๘๘%

๒) ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan ๗๘.๗%

๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ๗๐.๔%

๔) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการแล้วมีคะแนนจาก ESAS ลดลง

๔.๑ ความปวดลดลง ๗๖.๑%

๔.๒ อาการหอบเหนื่อยลดลง ๕๖.๓%

๕) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน ๘๗.๒%

๖) ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่บ้านและได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ๗๑.๓%

๗) ร้อยละของผู้ป่วยเสียชีวิตตามความต้องการ ๘๓.๘%

๘) ร้อยละความพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ๘๐%

**สภาพปัญหาของจังหวัดตรัง**

การค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบยังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากหน่วยงานในโรงพยาบาลยังไม่เห็นความสำคัญและไม่มีความรู้และทักษะด้านการดูแลประคับประคอง อีกทั้งหน่วยงานยังขาดการให้ข้อมูลตามจริงผู้ป่วยระยะท้ายและญาติตามความเป็นจริง ทำให้ขาดการตัดสินใจตามสภาวะความเป็นจริงของโรค รวมทั้งไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในระยะท้าย

การดำเนินงานด้านประคับประคอง ยังไม่มี unit ที่ชัดเจน บุคลากรยังไม่มี full time ทำให้เป็นภาระหนักกับสมาชิกในทีมดูแลประคับประคอง ซึ่งต้องทำงานประจำและเสริมงาน PC และกำลังอยู่ในช่วงดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการดูแลประคับประคองแก่บุคลากรหน่วยงานอื่นและเครือข่าย

ระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของแต่ละโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง ยังมีความพร้อมไม่เท่ากัน ทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ และกระบวนการดูแล

การส่งต่อ-รับกลับข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลในจังหวัด ยังไม่มีประสิทธิภาพทุกโรงพยาบาล

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

๓.๑ ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

**<u>ตารางที่ ๑</u> แผนปฏิบัติการการดำเนินงาน**ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในภาพรวมจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

| แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2560 สำรวจ ณ 2 พ.ย.60 | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ลำดับ | แผนปฏิบัติการ | ตรัง | ห้วยยอด | ย่านตาขาว | กันตัง | ปะเหลียน | สิเกา | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | ระยะเวลาการแผน |
| | | A | M2 | F1 | F1 | F2 | F2 | F2 | F2 | F2 | F3 | |
| 1 | จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการแบบประคับประคอง | | | | | | | | | | | |
| | *แพทย์ที่อบรม PC - ประธาน/เลขาทีม | | | | | | | | | | | |
| | มีพยาบาลประคับประคองอย่างน้อย 1 คน | | | | | | | | | | | |
| | * มีทีม PCWN ครอบคลุม OPD,IPD | | | | | | | | | | | 6 เดือน |
| 2 | กำหนดแนวทางการดูแลแบบ PC | | | | | | | | | | | |
| 3 | จัดตั้งงานพยาบาลแบบประคับประคอง | | | | | | | | | | | |
| 4 | มีการคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เข้าสู่ | | | | | | | | | | | |
| | การดูแลแบบ PC > 80% | | | | | | | | | | | |
| 5 | มีระบบการดูแลต่อเนื่องจาก รพ. ถึงบ้าน | | | | | | | | | | | 9 เดือน |
| 6 | รักษาด้วย Strong Opioid | | | | | | | | | | | |
| 7 | จัดระบบการดูแล และแบบการแพทย์ไทย | | | | | | | | | | | 12 เดือน |
| | สวดมนต์/สมาธิบำบัด/ปรับสมดุลร่างกาย | | | | | | | | | | | |
| 8 | มีกิจกรรม Family meeting /ทำ ACP | | | | | | | | | | | ปี 2561 |
| 9 | มีการส่งข้อมูลต่อ ACP | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับ รพ. | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับจังหวัด | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับเขต | | | | | | | | | | | |
| | * ข้ามเขต | | | | | | | | | | | |
| 10 | มีโครงการกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่น | | | | | | | | | | | ปี 2561 |
| | รพ.สต/สสอ/สสจ | | | | | | | | | | | |
| 11 | มีคลังอุปกรณ์ | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับ รพ. | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับจังหวัด | | | | | | | | | | | |
| | * ระดับเขต | | | | | | | | | | | |
| | * จัดทำฐานข้อมูล และบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย | | | | | | | | | | | |
| 12 | มีงานวิจัย | | | | | | | | | | | |
| | * R2R/CQI | | | | | | | | | | | |
| | * Best Practice 1 เรื่อง/จังหวัด | | | | | | | | | | | |
| | * วิจัย 1 เรื่อง/เขต | | | | | | | | | | | |
| | * Bechmarking | | | | | | | | | | | |

**<u>ตารางที่ ๒</u>** : ผลงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวมทั้งจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ตัวชี้วัด Service Plan Palliative care จังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.59 -ก.ย.60)

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | รพ.ตรัง A | รพ.ห้วยยอด M2 | รพ.ย่านตาขาว F1 | รพ.กันตัง F2 | รพ.ปะเหลียน F2 | รพ.สิเกา F2 | รพ.วังวิเศษ F2 | รพ.นาโยง F2 | รพ.รัษฎา F2 | รพ.หาดสำราญ F3 | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับ | ≥ 50% | | | | | | | | | | | |
| | ประคองเข้าสู่กระบวนการดูแล | | | | | | | | | | | | |
| | 1.1 โรคมะเร็ง PPS ≤ 50 % | | 75.3 | 46.38 | 100 | 79.83 | 66.66 | 78 | 87.5 | 70 | 75.5 | NA | **75.5** |
| | 1.2 โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย | | 31.45 | NA | NA | 82.5 | NA | NA | 42.8 | 45 | 60.5 | NA | **43.7** |
| | 1.3 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | | 9.74 | 43 | NA | 37.11 | NA | NA | 66.6 | 55 | 75.6 | NA | **47.8** |
| | 1.4โรคหลอดเลือดสมอง | | 28.5 | NA | NA | NA | NA | NA | 100 | NA | 74.8 | NA | **78.88** |
| 2 | ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan | ≥ 50% | 88 | 100 | 60 | 88.66 | 68.33 | 72.7 | 70.3 | 70.3 | 90 | NA | **78.7** |
| 3 | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน | ≥ 70% | 42.3 | 45.16 | 100 | 89.69 | 70.05 | 70.9 | 85.18 | 60 | 70 | NA | **70.4** |
| 4 | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการแล้วมีคะแนนจาก ESAS ลดลง | ≥ 50% | | | | | | | | | | | |
| | 4.1 ความปวดลดลง | | 98 | 100 | NA | 46.39 | 62.27 | 67.76 | 74 | 80 | 80 | NA | **76.1** |
| | 4.2 อาการหอบเหนื่อยโดยวัดจากอัตราการหายใจลดลง ≥ ร้อยละ 20 | | 35 | 100 | NA | 46.39 | 50 | NA | NA | NA | 50 | NA | **56.3** |
| | 4.3 อาการซึมเศร้าลดลง ≥ ร้อยละ 50 | | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | NA | **NA** |
| 5 | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ | ≥ 80% | 83.5 | 100 | 100 | 71.43 | 100 | 100 | 100 | 80 | 50 | NA | **87.2** |
| | และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน | | | | | | | | | | | | |
| 6 | ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ | ≥ 20% | 35.2 | 100 | 100 | 37.11 | 100 | 100 | 18 | 80 | NA | NA | **71.3** |
| | ที่บ้านและได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล | | | | | | | | | | | | |
| 7 | ร้อยละของผู้ป่วยเสียชีวิตตามความต้องการ | ≥ 50% | 60.8 | 100 | 100 | 93.67 | 100 | 100 | 100 | 100 | 80 | NA | **83.8** |

**อภิปรายผลจากตาราง**

๑) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ยังมีหลายโรงพยาบาลที่การเก็บข้อมูลผู้ป่วยประคับประคอง ยังไม่ครบถ้วน เพราะเพิ่งเริ่มดำเนินงานด้านนี้

๒) ผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง เข้าสู่กระบวนการดูแล พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคองมากที่สุด รวมร้อยละ ๗๕.๕ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ ในขณะที่โรคอื่นๆ ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่เริ่มมีข้อมูลผู้ป่วยได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น เพราะมีการกำหนดข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนขึ้น ในการคัดกรองผู้ป่วยเข้ามาในระบบการดูแล

๓) ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan ร้อยละ ๗๘.๗ และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ ๗๐.๔ ถือว่าผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด เพราะได้มีการดำเนินการมาก่อนเก็บข้อมูลเป็นงานประจำอยู่แล้ว

๔) ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการแล้วมีคะแนนจาก ESAS ลดลง ในด้านคะแนนความปวดและอาการหอบเหนื่อยผ่านเกณฑ์การประเมิน แต่ในด้านอาการซึมเศร้า ไม่ได้เก็บข้อมูล เพราะประเมินได้ยาก และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแล เป็นกลุ่มที่อยู่ในระยะท้าย (PPS < ๓๐%) ซึ่งไม่สามารถประเมินอาการซึมเศร้าได้

๕) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน ร้อยละ ๘๗.๒ ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ แม้ว่าช่วงแรกอุปกรณ์จากโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ แต่ทางทีมได้ประสานยืมอุปกรณ์จากแหล่งต่างๆ เช่น ชุมชน เทศบาล หรือแนะนำศูนย์เช่าอุปกรณ์ให้ญาติได้ติดต่อเช่าเอง

๖) ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่บ้านและได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ร้อยละ ๗๑.๓ ถือว่าผ่านเกณฑ์

๗) ผู้ป่วยเสียชีวิตตามความต้องการ ร้อยละ ๘๓.๘ ถือว่าผ่านเกณฑ์

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี ๒๕๖๑ | ๑. ค้นหาผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลแบบประคับประคอง ≥๕๐%<br>๒. บุคลากร (แพทย์ พยาบาล) มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>๓. สร้างเครือข่ายเพื่อประสานการดูแลต่อเนื่อง สู่ชุมชน รพช. อย่างมีประสิทธิภาพ<br>๔. บริหารจัดการอุปกรณ์ให้เพียงพอ<br>๕. มีระบบให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง | ๑. เพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาผู้ป่วยประคับประคองเข้าสู่ระบบการดูแล<br>๒.เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยประคับประคองในโรงพยาบาลและที่บ้าน<br>๓.จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ<br>๔.สร้างระบบให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง | ๑. จัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทั้งในรพ. และชุมชน<br>๒. แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง<br>๓. นิเทศ ติดตาม กำกับ รพ.ห้วยยอดและรพ.ย่านตาขาว เพื่อเป็นแม่ข่ายในการดูแลผู้ป่วย<br>๔. ประสานความร่วมมือในการดูแลต่อเนื่องและการบริหารจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์ จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนในแต่ละอำเภอ/ตำบล<br>๕. จัดตารางการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เพื่อให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง | | ๙ – ๑๑ พ.ค.๖๑<br>๕ – ๖ ก.ค.๖๑<br>๙ – ๑๐ ส.ค.๖๑ | ทีม Palliative care |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| **ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑** | ๑. มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธานหรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล<br>๒. ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (OPD/IPD) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ≥ ร้อยละ ๕๐<br>๓. มี Pain Clinic หรือ Palliative care clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ≥ร้อยละ ๕๐ | มีแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ สสจ. สสอ. รพ.สต องค์กรในท้องถิ่นหรือองค์กรต่าง ๆ เช่น อปท., มูลนิธิ/อาสาสมัครในชุมชน เป็นต้น อย่างน้อย ๑ แผนงาน/โครงการหรือกิจกรรมต่อ ๑ โรงพยาบาล | ๑. มีการสร้างเครือข่ายและแนวทางการรับ – ส่งต่อ ของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับการดูแลแบบประคับประคองในทุกโรงพยาบาล<br>๒. มีระบบให้คำปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง<br>๓. มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้ โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมี | ๑. มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำและปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพจนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) ≥ ร้อยละ ๕๐<br>๒. มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R๒R,Mini Research,CQI) หรือ Best/Good Practice ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (benchmarking) อย่างน้อย ๑ เรื่อง/โรงพยาบาล |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | การจัดหาให้เพียงพอ | |

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

**<u>ปัจจัยความสำเร็จ/โอกาส/จุดแข็ง</u>**

๑) มีทีมงานที่เข้มแข็ง และมีใจที่จะทำงานด้านประคับประคองอย่างเต็มเปี่ยม
๒) มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างดีและมีระบบการทำงานอย่างต่อเนื่อง
๓) มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ทั้งภาคบุคลากรทางการแพทย์ จากรพศ. รพช. ที่มีได้รับการอบรมเบื้องต้น ครบถ้วน และภาคประชาชน ที่เข้มแข็ง
๔) มีแพทย์เฉพาะทางที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ |
|---|---|
| ๑. ระบบการค้นหาผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง | - เร่งดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลประคับประคองแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย รพช.-ชุมชน เพื่อให้มีทักษะและตระหนักถึงความสำคัญในการค้นหาผู้ป่วย |
| ๒. การลงข้อมูลการดูแลแบบประคับประคองในระบบ Hos-XP และการส่งต่อ-รับกลับข้อมูลสู่เครือข่าย | - เพิ่มบุคลากรช่วยลงข้อมูล และติดตามเก็บข้อมูลทั้งจากการส่งต่อและรับกลับข้อมูลจากเครือข่าย |
| ๓. บุคลากรไม่เพียงพอ และขาดความรู้/ทักษะในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในระดับลึก | - เร่งดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้การดูแลประคับประคองแก่บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย รพช.-ชุมชน<br>- ส่งเสริมการจัดตั้งหน่วยดูแลแบบประคับประคองที่ชัดเจน เพื่อให้มีศูนย์กลางเป็นที่ศึกษาดูงานและฝึกทักษะแก่บุคลากรหน่วยงานอื่น |
| ๔. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของ รพ.สต. รพช. ยังน้อย | - มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด<br>- มีการนิเทศติดตามกำกับจากแม่ข่ายสู่ลูกข่าย |
| ๕.อุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อความต้องการ | - จัดระบบการยืม-คืนอุปกรณ์จากแม่ข่าย ที่มีประสิทธิภาพ และบริการได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- ควรมีการสนับสนุนด้านบุคลากรที่ชัดเจน และมีการจัดตั้ง Unit ในการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

ผู้รายงาน น.ส.ณัฐธยาน์ ช่วยธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖-๖๙๐๓๔๐๕
E-mail : nuttaya๘@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Service Outcome สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน**

**ตัวชี้วัด :** ๑๗ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๒๐

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ร้อยละ ๒๐

๑) กลไกขับเคลื่อนงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับเขตสุขภาพ (Chief Thai Tradition and alternative Medicine Officer : CTMO)

๒) ประเมินการพัฒนาโรงพยาบาลเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด

๓) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานใน รพสต.ทุกแห่ง

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐- ปัจจุบัน

๒.๑ การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ปัจจุบันมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตามระดับบริการ ประกอบด้วย รพศ. จำนวน ๑ แห่ง รพช.จำนวน ๙ แห่ง และรพ.สต./สอ. จำนวน ๑๒๕ แห่ง รวมทั้งหมด ๑๓๕ แห่ง

นอกจากนั้นมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตาม Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ซึ่งมีคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F๓) , จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีคลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน (A-F๓) จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ , คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M๑) จำนวน ๒ แห่ง คือรพ.ตรัง และรพ.ห้วยยอด คิดเป็นร้อยละ ๒๐ มีการจัดบริการการแพทย์แผนจีน จำนวน ๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๐ ส่วนการจัดบริการการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น มณีเวช, สมาธิบำบัด,SKT ,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,การปรับสมดุลโครงสร้าง และอื่นๆ จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ส่วนการจัดบริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต. ซึ่งมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่า ๑๐ รายการ จำนวน ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การจัดบริการเวชกรรมไทย จำนวน ๒๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๐ การจัดบริการเภสัชกรรมไทย จำนวน ๒๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๐๐ การจัดบริการนวดไทย จำนวน ๕๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๒๐ และการจัดบริการการดูแลมารดาหลังคลอด จำนวน ๒๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๔๐ ดังรายละเอียดตามตาราง ๑ , ๒ และ ๓ ดังนี้

**ตารางที่ ๑ : ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑ (รพ.)**

| ที่ | หน่วยบริการ | ระดับ รพ. | การจัดบริการการแพทย์แผนไทย | | | | | คลินิก OPD แพทย์แผนไทย คู่ขนาน | คลินิก บริการ ผู้ป่วยใน (IPD) | คลินิกครบ วงจรด้าน การแพทย์ แผนไทย | การ จัดบริการ การแพทย์ แผนจีน |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | เวช กรรม ไทย | เภสัช กรรม ไทย | นวด ไทย | ผดุง ครรภ์ ไทย | ยาแผนไทย (จำนวน/ ชนิด) | | | | |
| ๑ | รพ.ตรัง | A | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๔๓ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๒ | รพ.ห้วยยอด | M๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๕๐ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๓ | รพ.ย่านตาขาว | M๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๕ | ๑ | ๐ | ๑ | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ๔ | รพ.กันตัง | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๐ | ๑ | ๐ | ๑ | ๑ |
| ๕ | รพ.สิเกา | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๐ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| ๖ | รพ.วังวิเศษ | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๐ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| ๗ | รพ.รัษฎา | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๐ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| ๘ | รพ.นาโยง | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๒ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| ๙ | รพ.ปะเหลียน | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๑ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| ๑๐ | รพ.หาดสำราญ | F๓ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๓๐ | ๑ | ๐ | ๑ | |
| | รวม | | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ | | ๑๐ | ๒ | ๑๐ | ๓ |

**ตารางที่ ๒ : ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ (รพ.สต.)**

| ที่ | หน่วยบริการตามเครือข่ายในภาพ CUP | จำนวน รพ.สต.(แห่ง) | การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (แห่ง) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ยาแผนไทย | เวชกรรมไทย | เภสัชกรรมไทย | นวดไทย | การดูแลมารดาหลังคลอด |
| ๑ | เมืองตรัง | ๑๘ | ๑๘ | ๓ | ๓ | ๗ | ๔ |
| ๒ | ห้วยยอด | ๒๐ | ๒๐ | ๘ | ๖ | ๑๗ | ๗ |
| ๓ | ย่านตาขาว | ๒๐ | ๒๐ | ๓ | ๒ | ๑๒ | ๔ |
| ๔ | กันตัง | ๑๖ | ๑๖ | ๑ | ๑ | ๒ | ๑ |
| ๕ | สิเกา | ๑๘ | ๑๘ | ๓ | ๔ | ๖ | ๓ |
| ๖ | วังวิเศษ | ๙ | ๙ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๗ | รัษฎา | ๗ | ๗ | ๑ | ๑ | ๔ | ๑ |
| ๘ | นาโยง | ๖ | ๖ | ๑ | ๑ | ๒ | ๑ |
| ๙ | ปะเหลียน | ๗ | ๗ | ๑ | ๑ | ๒ | ๑ |
| ๑๐ | หาดสำราญ | ๔ | ๔ | ๐ | ๐ | ๑ | ๐ |
| | **รวม** | **๑๒๕** | **๑๒๕(๑๐๐%)** | **๒๒(๑๗.๖๐%)** | **๒๐(๑๖.๐๐%)** | **๕๔(๔๓.๒๐%)** | **๒๓(๑๘.๔๐%)** |

**ตารางที่ ๓ การจัดบริการคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑**

| ที่ | หน่วยบริการ | ระดับ รพ. | คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย (จำนวน) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ไมเกรน | ข้อเข่าเสื่อม | ภูมิแพ้ | อัมพฤกษ์-อัมพาต | กระตุ้นพัฒนาการเด็ก | ปวดหลัง | วัยทอง | รวมจำนวน |
| ๑ | รพ.ตรัง | A | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | ๖ |
| ๒ | รพ.ห้วยยอด | M๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | | | ๔ |
| ๓ | รพ.ย่านตาขาว | M๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | | | ๔ |
| ๔ | รพ.กันตัง | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | | | ๔ |
| ๕ | รพ.สิเกา | F๒ | ๑ | ๑ | | ๑ | | | | ๓ |
| ๖ | รพ.วังวิเศษ | F๒ | ๑ | ๑ | | ๑ | | | | ๓ |
| ๗ | รพ.รัษฎา | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | | | ๔ |
| ๘ | รพ.นาโยง | F๒ | | ๑ | | ๑ | | | | ๒ |
| ๙ | รพ.ปะเหลียน | F๒ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | | | ๑ | ๕ |
| ๑๐ | รพ.หาดสำราญ | F๓ | ๑ | ๑ | | ๑ | | | | ๓ |
| | **รวม** | | **๙** | **๑๐** | **๖** | **๑๐** | **๑** | **๑** | **๑** | |

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ผลการดำเนินงานร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (เกณฑ์ร้อยละ ๒๐) จังหวัดตรังมีผลงาน ร้อยละ ๒๖.๑๔

**ตาราง ๔ ร้อยละ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | เมือง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | รวมจังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑. | ตัวชี้วัดหลัก (ภาพรวม) | เป้าหมาย | ๖๒,๓๗๗ | ๕๒,๗๖๒ | ๓๒,๖๘๓ | ๒๒,๘๒๓ | ๑๒,๓๙๑ | ๓๖,๐๓๔ | ๑๒,๐๒๒ | ๑๔,๗๖๕ | ๑๔,๐๐๑ | ๖,๘๖๗ | ๒๖๖,๗๒๕ |
| | | ผลงาน | ๑๐,๙๔๒ | ๑๓,๔๓๓ | ๑๐,๘๔๖ | ๖,๐๘๓ | ๓,๔๖๘ | ๑๒,๘๗๓ | ๒,๘๘๒ | ๓,๕๙๖ | ๓,๔๐๔ | ๒,๒๐๖ | ๖๙,๗๓๓ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๗.๕๔ | ๒๕.๔๖ | ๓๓.๑๙ | ๒๖.๖๕ | ๒๗.๙๙ | ๓๕.๗๒ | ๒๓.๙๗ | ๒๔.๓๕ | ๒๔.๓๑ | ๓๒.๑๒ | ๒๖.๑๔ |
| ๒. | ตัวชี้วัดหลัก รพศ/รพช. | เป้าหมาย | ๓๙,๓๕๘ | ๓๕,๖๕๘ | ๑๘,๖๑๖ | ๘,๖๕๒ | ๕,๗๕๙ | ๑๕,๙๗๕ | ๕,๙๐๘ | ๗,๘๙๐ | ๙,๗๗๔ | ๓,๑๐๘ | ๑๕๐,๖๙๘ |
| | | ผลงาน | ๕,๑๗๙ | ๔,๔๘๕ | ๒,๑๗๙ | ๑,๓๙๐ | ๘๘๑ | ๓,๙๔๐ | ๑,๑๑๙ | ๑,๖๒๙ | ๑,๗๕๖ | ๕๒๘ | ๒๓,๐๘๖ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๓.๑๖ | ๑๒.๕๘ | ๑๑.๗๐ | ๑๖.๐๗ | ๑๕.๓๐ | ๒๔.๖๖ | ๑๘.๙๔ | ๒๐.๖๕ | ๑๗.๙๗ | ๑๖.๙๙ | ๑๕.๓๒ |
| ๓. | ตัวชี้วัดหลัก รพ.สต. | เป้าหมาย | ๑๗,๘๒๗ | ๑๗,๑๐๔ | ๑๔,๐๖๗ | ๑๓,๗๙๑ | ๖,๖๓๒ | ๑๘,๖๓๘ | ๖,๑๑๔ | ๖,๔๘๖ | ๔,๒๒๗ | ๓,๗๕๙ | ๑๐๘,๖๔๕ |
| | | ผลงาน | ๕,๐๔๕ | ๘๙๔๘ | ๘๖๖๗ | ๔๖๙๐ | ๒๕๘๗ | ๘,๗๖๑ | ๑,๗๖๓ | ๑,๘๙๗ | ๑๖๔๘ | ๑,๖๗๘ | ๔๕,๖๘๔ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๒๘.๓๐ | ๕๒.๓๒ | ๖๑.๖๑ | ๓๔.๐๑ | ๓๙.๐๑ | ๔๗.๐๑ | ๒๘.๘๔ | ๒๙.๒๕ | ๓๘.๙๙ | ๔๔.๖๔ | ๔๒.๐๕ |

ที่มา : อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๐

**อภิปรายผลจากตาราง**

๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๒๐.๐๐ )

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๒๐.๐๐) พบว่าในภาพรวมของตัวชี้วัดนี้ จังหวัดตรังสามารถดำเนินการได้เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๒๖.๑๔

๒) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาล (รพศ.ร้อยละ ๑๐ , รพช. ร้อยละ ๒๐)

เมื่อจำแนกเป็นโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กลุ่มโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๓.๑๖ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลห้วยยอด ร้อยละ ๒๔.๖๖ และโรงพยาบาลนาโยง ร้อยละ ๒๐.๖๕ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๕.๓๒ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

๓) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ร้อยละ ๓๐)

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐผ่านเกณฑ์ จำนวน ๗ อำเภอ คือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๖๑.๖๑ รองลงมาอำเภอกันตัง ร้อยละ ๕๒.๓๒ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๔๗.๐๑ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๔๔.๖๔ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๓๙.๐๑ อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๓๘.๙๙ และอำเภอปะเหลียน ร้อยละ ๓๔.๐๑ ในภาพรวมของโรงพยาบาลส่งริมสุขภาพตำบลทั้ง ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๔๒.๐๕ ซึ่งผ่านเกณฑ์

## ๔. แผนงาน – โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| ลำดับ | แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม | เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | โครงการพัฒนาทักษะวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง ปี ๖๑<br>-อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทยในคลินิก OPD คู่ขนาน | แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงานใน รพ.และรพ.สต. ทุกแห่ง | ม.ค.-มี.ค. ๖๑ | สสจ.ตรัง |
| ๒. | โครงการประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑<br>-ประกวดพื้นที่ต้นแบบแพทย์แผนไทยและบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยฯ | รพศ. จำนวน ๑ แห่ง<br>รพช. จำนวน ๙ แห่ง<br>รพ.สต. จำนวน ๑๒๕ แห่ง | ม.ค.-มี.ค. ๖๑ | สสจ.ตรัง |
| ๓. | โครงการคาราวานแพทย์แผนไทย | -ร้อยละบริการผู้ป่วยนอกที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ๑%<br>-เปิด OPD คู่ขนานเพิ่ม ๑ วัน<br>-สรุปรายรับบริการแผนไทยได้กำไรเพิ่มขึ้น ๕% | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๔. | แผนงานการให้บริการมณีเวชในระบบบริการสุขภาพ<br>- กลุ่มแม่และเด็ก<br>- กลุ่มกล้ามเนื้อและข้อ | | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๕. | แผนการขยายการบริการสปา<br>- การนวดหินร้อน<br>- นวดน้ำมัน นวดผ่อนคลาย<br>- ขัดผิว | | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๖. | โครงการมหกรรมการแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานสู่ระบบบริการสุขภาพในการรักษาผู้ป่วย มีบุตรยาก ปวดประจำเดือน และไมเกรนและโครงการต่อเนื่อง | - เปิดคลินิกครบวงจรเพิ่ม ๑ คลินิก<br>- มีงานวิจัย ๑ เรื่อง/ปี | ๑๒ สัปดาห์ | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๗. | โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเพิ่มทักษะประสิทธิภาพและคุณภาพการนวดรักษา | ร้อยละของการเพิ่ม ทักษะประสิทธิภาพและคุณภาพการนวดรักษา | ๓ วัน | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๘. | แผนงานการดูแลแผลในระบบบริการการแพทย์ผสมผสาน ในรพ.ตรัง | - เพิ่มประสิทธิภาพการหายของแผล<br>- ลดต้นทุนการดูแลแผล | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๙. | การให้ความรู้เรื่องยาสมุนไพร และสมุนไพร แก่ประชาชน | ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น ๐.๐๑% | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ตรัง |
| ๑๐. | แผนก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทย ๔ ชั้น | ร้อยละบริการผู้ป่วยนอกที่ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น ๑ % | ๑ ปี | งานแผน รพ.ตรัง |
| ๑๑. | การดูแลมารดาที่มีอาการแพ้ท้องรุนแรงด้วยศาสตร์มณีเวช | -ร้อยละบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้น | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |
| ๑๒. | การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคภูมิแพ้อากาศ | | | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |
| ๑๓. | การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต | | | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ๑๔. | การรักษาผู้ป่วยติดบุหรี่ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | | | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |
| ๑๕ | การพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยไมเกรน | | | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |
| ๑๗ | การส่งเสริมงานวิชาการ | -มีงานวิชาการอย่างน้อย ๔ ผลงาน/ปี | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ห้วยยอด |
| ๑๘ | โครงการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการ | -ร้อยละบริการผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้น | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.นาโยง |
| ๑๙ | การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการ | | | แพทย์แผนไทย รพ.นาโยง |
| ๒๐ | การบริการและพัฒนาคุณภาพการบริการ<br>- แผนจัดบริการคลินิก(OPD)คู่ขนาน ๔ โรคตาม Service plan<br>- แผนงานดูแลมารดาตั้งครรภ์ด้วยศาสตร์มณีเวช<br>- แผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยการแพทย์แผนไทย<br>- แผนมหกรรมแพทย์แผนไทยภาคใต้ครั้งที่ ๑๗<br>- ส่งเสริมสุขภาพวิถีไทยภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน<br>- แผนการจัดซื้อเครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมเครื่องพิมพ์<br>- แผนการจัดซื้อเสื้อผ้าผู้มารับบริการ | - ประชาชนทั่วไป<br>- ห้องคลอด/ANC ในรพ.<br>- คลินิกโรคเรื้อรัง<br>- แพทย์แผนไทยและผุ้ช่วยแพทย์แผนไทย จำนวน ๕ คน<br>- ประชาชนในเขตรับผิดชอบอำเภอย่านตาขาว<br>- แพทย์แผนไทย<br>- ผู้มารับบริการในคลินิก | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ย่านตาขาว |
| ๒๑ | พัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยแพทย์ทางเลือกในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรัษฎา | รพ.สต. ๖ แห่ง | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.รัษฎา |
| ๒๒ | โครงการกำจัดเหาในเด็กวัยเรียน | โรงเรียนประถมศึกษาใน PCC โซนเทือกเขาบรรทัด ๑ แห่งๆ ละ ๕๐ คนแม่น้ำตรัง ๑ แห่งๆ ละ ๕๐ คน รวมทั้งหมดจำนวน ๑๐๐ คน | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.รัษฎา |
| ๒๓ | โครงการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | ผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อมครอบคลุม รพ.สต. ๔ แห่งๆ ละ ๔๐ คน รวมทั้งหมดจำนวน ๑๖๐ คน | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.รัษฎา |
| ๒๔ | พัฒนาคุณภาพบริการ | ผู้ป่วย CVA Stroke | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |
| ๒๕ | ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในระดับครัวเรือน | ร้อยละ ๘๐ ของ ของครัวเรือนในเขตรับผิดชอบ รพ.สิเกา มียาสมุนไพรใช้ | ๓ เดือน | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |
| ๒๖ | ส่งเสริมการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย | ผู้รับบริการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ | ๓ เดือน | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |
| ๒๗ | เปิดบริการผดุงครรภ์แผนไทย<br>- การดูแลมารดาระยะตั้งครรภ์ | - มารดาระยะตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ รพ.สิเกา | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | - การดูแลมารดาระยะหลังคลอด<br><br>- ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ | - ร้อยละ ๘๐ ของมารดาหลังคลอด ได้รับการดูแลด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย<br>- มารดาที่พาบุตรมารับวัคซีนในวันพุธสัปดาห์ที่ ๑ และสัปดาห์ที่ ๓ ของเดือน/คลินิกสุขภาพเด็กดี | | |
| ๒๘ | บริการคลินิกข้อเข่าเสื่อม | ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |
| ๒๙ | สร้างผลงานเด่นและงานวิจัย | บุคลากรด้านแพทย์แผนไทย | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.สิเกา |
| ๓๐ | แผนงานพัฒนาคลินิกบริการแพทย์แผนไทย | อ.ปะเหลียน | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ปะเหลียน |
| ๓๑ | แผนพัฒนาศักยภาพและมาตรฐานด้านการแพทย์แผนไทย | อ.ปะเหลียน | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.ปะเหลียน |
| ๓๒ | บูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วย subacute (stroke/CVA) และ intermediate care | อ.กันตัง | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.กันตัง |
| ๓๓ | พัฒนาบริการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัวให้มีบริการครอบคลุมทั้ง ๔ ด้าน (เวชกรรมไทย/นวดไทย/ผดุงครรภ์ไทย/เภสัชกรรมไทย) | อ.กันตัง | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.กันตัง |
| ๓๔ | โครงการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย หัตถเวชกรรมไทย) อำเภอหาดสำราญ ปี ๒๕๖๑ | รพ. และรพ.สต.ทุกแห่งในอ.หาดสำราญ | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๓๕ | โครงการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยการแพทย์แผนไทย อำเภอหาดสำราญ ปี ๒๕๖๑ | มารดาหลังคลอดทุกคนในอำเภอหาดสำราญ | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๓๖ | โครงการส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร | - หมอพื้นบ้านทุกคนในอำเภอหาดสำราญ<br>- อสม.อำเภอหาดสำราญ จำนวน ๓๐ คน | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๓๗ | โครงการจิตอาสาเพื่อการพัฒนาแพทย์แผนไทย | อสม.อย่างน้อย ๔๐ คน และประชาชนที่สนใจ | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๓๘ | พัฒนาวิชาการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน | รพ. และรพ.สต. | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๓๙ | โครงการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ | ผู้ป่วยในเขตอำเภอหาดสำราญ | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |
| ๔๐ | โครงการชาวหาดสำราญปลอดภัยจากพิษแมงกะพรุน | ชาวประมงในเขตอำเภอหาดสำราญ | ๑ ปี | แพทย์แผนไทย รพ.หาดสำราญ |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ระดับจังหวัด**

๑) การสนับสนุนยาแผนไทยในหน่วยบริการยังไม่มีเพียงพอสำหรับความต้องการใช้ยาแผนไทยของบุคลากร

โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ประเภทและปริมาณของยาแผนไทย ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการเวชกรรมไทย

๒. การจัดบริการนวดไทยในรพ.สต. มีข้อจำกัดเรื่อง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้านบริการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มข้าราชการ จะต้องมีแพทย์แผนไทย ( หลักสูตร ๔ ปีและมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์ )

๓. การสนับสนุน ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยใน รพ. และ รพ.สต. และสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจ้างแพทย์แผนไทยให้ปฏิบัติงานใน รพ.และ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจนในเรื่องงบประมาณ และตำแหน่งที่จัดสรรได้มาไม่เพียงพอต่ออัตรากำลังและบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงและ ไม่เพียงพอต่อภารกิจการจัดบริการตาม Service Plan

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา / อุปสรรค / ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทยฯ และบริการนวดไทย ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องสถานที่ ในการจัดบริการฯ มีสถานที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการรับบริการ | - เสนอควรจัดสรรงบประมาณเพื่อก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ตามสภาพความต้องการของพื้นที่ |
| ๒. งบประมาณจำกัด ขาดงบการลงทุนการจัดบริการแพทย์แผนไทยระดับรพ.สต. | - สนับสนับสนุนงบประมาณตามแผนงบประมาณประจำปี |
| ๓. กรอบอัตรากำลัง (FTE) ผู้ให้บริการด้านแพทย์แผนไทยเท่าเดิมในขณะที่ภาระงานเพิ่มขึ้น ผู้ให้บริการจึงไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ | - ขยายกรอบอัตรากำลังคน (FTE) มีความต้องการบุคลากรทางแพทย์แผนไทยเพื่อพัฒนางานและรองรับการขยายงานแพทย์แผนไทยสู่เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ |
| ๔. บุคลากรขาดประสบการณ์ ทักษะและประสิทธิภาพในการทำงาน | - จัดอบรมความรู้ทางวิชาการ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทยตาม Service plan |
| ๕. บุคลากรขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน และความไม่เท่าเทียมของทีมสหวิชาชีพ น้าที่แพทย์แผนไทย | - สนับสนุนค่าตอบแทนกำลังคนเท่าเทียมกับสหวิชาชีพ |
| **๖.** แพทย์แผนปัจจุบันขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพร | - สนับสนุนการทำวิจัย /R๒R |
| ๗. ข้อมูลงานวิจัย/งานวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยที่รองรับมีน้อย แพทย์ขาดความเชื่อมั่น | |
| ๘. การติดตามและส่งต่อข้อมูลบริการแพทย์แผนไทยในอำเภอและจังหวัด มีความซ้ำซ้อนและผิดพลาดฐานข้อมูลไม่ตรงกัน | - จัดทำข้อมูลให้มีแบบแผนเดียวกัน |
| ๙. ราคายาสมุนไพรที่สูง ทำให้โรงพยาบาลไม่ค่อยสนับสนุนและแบกรับภาระทางการเงินมากเกินไป | - การสนับสนุนยาแผนไทยควรมีการจัดสรรงบการซื้อยาแผนไทยจากกระทรวงฯ ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลและรพ.สต.ต่อปริมาณการใช้ยาแผนไทย ในกิจกรรมต่างๆ เช่น OPD คู่ขนาน , การออกหน่วย พอสว. |

**๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

๑) การใช้ศาสตร์มณีเวชในการดูแลสุขภาพรพ.เพชรบูรณ์ และรพ.หาดใหญ่ MODEL
๒) การดูแลแผลเรื้อรังแบบการแพทย์แผนไทยสุราษฎร์และสุรินทร์ MODELจัดโดยกรมการแพทย์แผนไทย
๓) มหัศจรรย์ยาหม่องลูกประคบ
๔) หนุนสบายคลายปวด
๕) Herbal pill for insomnia
๖) ยาพอกสมุนไพร
๗) CQI พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ได้เข้าร่วมนำเสนอผลงาน Poster Presentation งานมหกรรมคุณภาพ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี ๒๕๕๙ และเข้าร่วมนำเสนอผลงาน Poster Presentation HA Southern Regional Forum ๒๐๑๕
๘) KM การจัดการความรู้เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย รพ.ปะเหลียน จ.ตรัง ได้รับรางวัลชมเชย Oral Presentationงานมหกรรมคุณภาพ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ประจำปี ๒๕๖๐
๙) R๒R ประสิทธิผลของการใช้ยาหอมเทพจิตรในการรักษาอาการวัยทอง
๑๐) R๒R เรื่อง ประสิทธิผลของการรักษาอาการปวดเข่าด้วยการพอกยาสมุนไพรแบบผสมผสานในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ได้เข้าร่วมนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๐
๑๑) CQI เรื่อง ลดอาการชาเท้าในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ได้เข้าร่วมนำเสนอผลงานในการประชุม HA National Forum ๑๘
๑๒) โรงเรียนสร้างสุขภาพพึ่งตน สอนความรู้กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานและความดันโลหิต ด้วยหลักสูตร ๔ ก ใน โรงพยาบาลกันตัง
๑๓) R๒R เรื่องผลการลดอาการปวดและเพิ่มการเคลื่อนไหวข้อเข่าด้วยยาพอกสมุนไพรพื้นบ้านกับสมุนไพรสูตรเดิมในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมของโรงพยาบาลวังวิเศษ
๑๔) การพอกเข่าสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วยสมุนไพรพอกเข่า สูตรวังวิเศษ

**๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน ( ประมาณ ๓-๖ ภาพ )**

***๑) โครงการมหกรรมแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน ๒๘ พ.ย. ๒๕๖๐ ของโรงพยาบาลตรัง***




*OPD คู่ขนาน ของโรงพยาบาลทุกแห่ง*




*๓) ผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว งานเยี่ยมบ้าน*




*๔) โรงพยาบาลกันตังได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๑ พื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ ปี ๒๕๖๐*




ผู้รายงาน นางอรุณี ธัญธนวิทยา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สจจ.ตรัง
โทร ๐๘๑-๓๙๖๘๒๙๒
E mail : tarunee@gmail.com

นาง นงนุช ตรีรัตนพันธุ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร ๐๙๖-๖๓๖๓๕๔๐
E mail : panthaitrang@hotmail.com

วันที่รายงานข้อมูล ๓ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช**

ตัวชี้วัด : M ๑๖ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

M ๑๗ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

**๑. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

๑. ระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง

๒. บริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน

๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน

๕. บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความชุกสูงในทุกภูมิภาคทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและเร่งด่วนซึ่งมีความชุกสูงแล้วยังท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพมากคือโรคซึมเศร้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่ามีอัตราร้อยละ ๘๗.๗๑และ โรคจิต ร้อยละ ๘๗.๕๐ ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้ายังเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้สูงมาก

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรจังหวัดตรัง ๓ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๕๙ เท่ากับ ๖.๐๒ ๕.๗๘ ๖.๐๐ และ ๕.๖๑ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดอยู่ในระดับที่คงที่ แต่เมื่อพิจาณารายอำเภอในแต่ละปีพบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้งสิ้น ๔๒ ราย รายละเอียดดังนี้ อ.เมือง ๑๙ ราย, อ.สิเกา ๒ ราย, อ.หาดสำราญ ๑ ราย, อ.วังวิเศษ ๑ ราย, อ.นาโยง ๑ ราย, อ.ห้วยยอด ๘ ราย, อ.ย่านตาขาว ๓ ราย, อ.ปะเหลียน ๒ ราย, อ.กันตัง ๕ ราย, อ.รัษฎา ๐ ราย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในช่วงอายุ ๕๐-๕๙ ปี รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเพศชายร้อยละ ๖๕ โดยใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุดร้อยละ ๘๐ ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สารเสพติด/สุรา ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน บางรายไม่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน แต่พบว่า ก่อนที่ ผู้ฆ่าตัวตายจะกระทำสำเร็จ ได้พูดถึงเรื่องเกี่ยวกับเรื่องการตายกับบุคคลที่สนิทใกล้ชิดหรือญาติบ้างแล้ว ซึ่งครอบครัวและญาติ คิดว่าไม่มีอะไร หรือไม่กระทำจริงๆ จนกระทั่งฆ่าตัวตายสำเร็จจริง ฉะนั้นบุคคลในครอบครัวหรือคนที่สนิทใกล้ชิดหรือญาติ ควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงความสำคัญถึงคำพูด “การตาย”หรือสัญญาณเตือนการตายของบุคคลในครอบครัวและญาติ หรือคนสนิท โดยเฉพาะคนที่ไม่เคยพูดเรื่องการตายมาก่อน เพื่อช่วยกันเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากร

ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ ๒๐-๒๙ ปี รองลงมาคือ อายุ ๓๐-๓๙ ปี สถานภาพโสดพบมากที่สุด ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกร วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุด รองลงมาคือกินสารเคมี น้ำยาล้างห้องน้ำ สาเหตุเกิดจากขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว น้อยใจที่ถูกดุด่า รองลงมาคือ ปัญหาด้านความรัก ทะเลาะกับคนใกล้ชิด

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**๑. ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐**

| โรงพยาบาล | SP๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ≥๕๐% | | | SP๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥๖๘% | | | SP๑๓.ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๘% | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ตรัง | ๒,๘๒๘ | ๒,๖๑๐ | ๙๒.๒๙ | ๙๘๔ | ๑,๔๕๓ | ๑๔๗.๖๖ | ๔๗๔ | ๘๖๓ | ๑๘๒.๐๖ |
| ห้วยยอด | ๑,๗๓๙ | ๑,๒๙๗ | ๗๔.๕๘ | ๖๐๕ | ๓๕๖ | ๕๘.๘๔ | - | - | - |
| ย่านตาขาว | ๑,๑๙๒ | ๕๗๓ | ๔๘.๐๗ | ๔๑๕ | ๔๐๐ | ๙๖.๓๙ | - | - | - |
| กันตัง | ๑,๕๗๘ | ๕๙๔ | ๓๗.๖๔ | ๔๕๙ | ๓๑๙ | ๖๙.๕๐ | - | - | - |
| ปะเหลียน | ๑,๒๓๑ | ๑,๙๖๗ | ๑๕๙.๗๘ | ๔๒๘ | ๒๒๒ | ๕๑.๘๖ | - | - | - |
| สิเกา | ๖๖๖ | ๖๐๒ | ๙๐.๓๙ | ๒๓๒ | ๑๒๑ | ๕๒.๑๖ | - | - | - |
| วังวิเศษ | ๗๘๒ | ๔๑๐ | ๕๒.๔๓ | ๒๗๒ | ๑๓๘ | ๕๐.๗๔ | - | - | - |
| นาโยง | ๘๒๖ | ๑,๒๙๔ | ๑๕๖.๖๖ | ๒๘๗ | ๙๐ | ๓๑.๓๕ | - | - | - |
| รัษฎา | ๕๒๑ | ๕๒๕ | ๑๐๐.๗๗ | ๑๘๑ | ๖๑ | ๓๓.๗๐ | - | - | - |
| หาดสำราญฯ | ๒๙๘ | ๙๗ | ๓๒.๕๕ | ๑๐๓ | ๔๒ | ๔๐.๗๘ | - | - | - |
| ต่างจังหวัด | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **รวม** | **๑๑,๖๖๑** | **๙,๘๖๘** | **๘๔.๖๓** | **๔,๐๕๖** | **๓,๒๐๒** | **๗๘.๙๔** | **๔๗๔** | **๘๖๓** | **๑๘๒.๐๖** |

**ที่มา :** ๑. ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์
๒. ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ของโรงพยาบาล
๓. ข้อมูลผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม โรงพยาบาลตรัง

**อภิปรายผลจากตาราง**

๑) จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๘๔.๖๓ (เกณฑ์>๕๐%)แต่ยังมีอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๓ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว และหาดสำราญ

๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๗๘.๙๔ (เกณฑ์>๖๘%) ทั้งนี้ในระดับอำเภอยังมีอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จะต้องผ่านการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้วินิจฉัยแยกเฉพาะ จึงทำให้ยอดผู้ป่วยจิตเภทยังน้อยกว่าเกณฑ์

๓) ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๑๘๒.๐๖ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในหน่วยบริการโรงพยาบาลศูนย์ตรังเท่านั้น ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของจังหวัดตรังที่ได้รับบริการตามแนวทางการดูแล โดย หน่วยบริการ รพช. มีการคัดกรอง ค้นหา และส่งต่อมา รพศ.เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกแห่ง

**๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐**

| โรงพยาบาล | ๒๕.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย | | | SP๙.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี ≥๘๐% | | | SP๑๐.ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค = ๕๐% | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **ประชากร** | **ผลงาน** | **อัตรา** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ** |
| ตรัง | ๑๕๒,๖๑๙ | ๑๙ | ๑๒.๔๔ | ๕๔ | ๕๔ | ๑๐๐ | ๑๙ | ๑๙ | ๑๐๐ |
| ห้วยยอด | ๙๔,๑๓๕ | ๘ | ๘.๔๙ | ๑๗ | ๑๗ | ๑๐๐ | ๒๑ | ๒๑ | ๑๐๐ |
| ย่านตาขาว | ๖๔,๐๐๗ | ๓ | ๔.๖๘ | ๖ | ๖ | ๑๐๐ | ๑๗ | ๑๗ | ๑๐๐ |
| กันตัง | ๘๖,๒๐๐ | ๕ | ๕.๘ | ๗ | ๗ | ๑๐๐ | ๒๑ | ๒๑ | ๑๐๐ |
| ปะเหลียน | ๖๖,๗๕๘ | ๒ | ๒.๙๙ | ๒ | ๒ | ๑๐๐ | ๑๙ | ๑๙ | ๑๐๐ |
| สิเกา | ๓๗,๔๒๓ | ๒ | ๕.๓๔ | ๓ | ๓ | ๑๐๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐๐ |
| วังวิเศษ | ๔๓,๒๒๐ | ๑ | ๒.๓ | ๒ | ๒ | ๑๐๐ | ๘ | ๘ | ๑๐๐ |
| นาโยง | ๔๔,๓๕๙ | ๑ | ๒.๒๕ | ๖ | ๖ | ๑๐๐ | ๘ | ๘ | ๑๐๐ |
| รัษฎา | ๒๘,๘๕๒ | ๐ | ๐ | ๑๓ | ๑๓ | ๑๐๐ | ๗ | ๗ | ๑๐๐ |
| หาดสำราญฯ | ๑๖,๖๕๑ | ๑ | ๖.๐๑ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ | ๕ | ๕ | ๑๐๐ |
| ต่างจังหวัด | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| **รวม** | ๖๓๔,๒๒๔ | ๔๒ | ๖.๖๒ | ๑๑๑ | ๑๑๑ | ๑๐๐ | ๑๓๕ | ๑๓๕ | ๑๐๐ |

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง

**อภิปรายผลจากตาราง**

๑) จังหวัดตรังอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เท่ากับ ๖.๖๒ ต่อแสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)

๒) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์เท่ากับ >๘๐%) ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รักษาและดูแลต่อเนื่องครั้งแรกหลังจากกลับบ้านภายใน ๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน และติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ ๑ ปี

๓) ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๓๕ แห่งคิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐)

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| **เป้าหมายท้าทาย** | | **มาตรการ/กลวิธี** | **แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม** | **งบประมาณ** | **ระยะเวลา** | **ผู้รับผิดชอบ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | ผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน | <u>มาตรการที่ ๑</u> **เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจิตเวช**<br>๑.๑ กำหนดให้โรงพยาบาลระดับ A มี ward จิตเวช และรับเป็นผู้ป่วยในจิตเวชร่วมกับฝ่ายกายการ พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วย | ๑. พัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ./สสอ./รพ.สต. และมีแนวทางการดำเนินงานที่เป็น Flow chart ที่ชัดเจน<br>๒. หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง และ | | | สสจ.<br>รพศ.<br>รพช.<br>รพสต. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | บริการ ทุกระดับ<br>๑.๒ บริหารจัดการให้มียาจิตเวชในโรงพยาบาลที่ไม่มีจิตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนบริหารจัดการให้มียาจิตเวชพร้อมใช้ (บัญชียาจิตเวชพื้นฐาน) | โรคสุรา/สารเสพติด และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน บางหน่วยบริการคัดกรองครอบคลุมถึงประชากร ๑๕ ปีขึ้นไป | | | |
| | | ๑.๓ กำหนดให้มีการจัดการให้มีศูนย์ Psychosocial clinic เชื่อมโยงกับระบบการช่วยเหลือ<br>๑.๔ กำหนดให้มีการจัดการบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแยกเฉพาะสัดส่วนในสถานบริการระดับ F2<br>๑.๕ การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน<br><u>มาตรการที่ ๒</u> **การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต**<br>๒.๑ สถานบริการ A M2 F1 F2 พัฒนาคุณภาพบริการ ๓ ด้าน ด้านบุคลากร ด้านสถานบริการ ด้านขีดความสามารถ<br>๒.๒ โรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีจิตแพทย์นิเทศติดตามงานภายในจังหวัด | ๓. บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็นของอำเภอหรือตามบริบทของพื้นที่<br>๑. หน่วยบริการระดับ A-M2 มีระบบบริการ จิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและแนวทางของการบริการ acute care<br>๒. รพช.ทุกแห่ง มีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตาม พรบ.สุขภาพจิต พศ.๒๕๕๑<br>๓. หน่วยบริการมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่ฆ่าตัวตายและบันทึกข้อมูลใน รง. 506 | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี 2561 | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|---|---|---|---|
| | - | - | - | รายงานอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคน (เป้าหมาย< 6.3 ต่อประชากรแสนคน) |

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

๑) ระบบงาน ข้อมูลและตัวชี้วัดระดับต่างๆของงานสุขภาพจิตในเชิงนโยบายมีจำนวนมากเกินไป ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีบุคลากรเพียง ๑ คน ไม่สอดคล้องกับภาระงานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู อีกทั้งให้เชื่อมโยงครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทำให้ผู้รับผิดชอบงานมีข้อจำกัดในการทำงานทั้งการวิเคราะห์และติดตามงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

๒) ระบบโครงสร้างการปฏิบัติงานและกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบสุขภาพจิตไม่ชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บุคลากรมีข้อจำกัดในการทำงานให้ทันกับปริมาณงาน และเวลาที่กำหนด

๓) การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุม และครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| - สถานบริการบางระดับไม่สามารถเปิดบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้ | |
| - ขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงาน โดยเฉพาะจิตแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็ก | บุคลากรมีจำนวนน้อย ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น |
| - การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่ สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบเนื่องจากสถานที่ บุคลากรยังไม่พร้อม | รพศ. เปิดบริการผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยอื่นและเปิดเป็น unit แยกที่หอผู้ป่วย ENT รับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด ๔-๖ เตียง<br>หอผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหลบหนี บางรายที่ admitted นาน ไม่มีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ

๒) โครงสร้างและบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อม ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน

๓) ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับ และเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพ ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑. การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตชุมชนกับระบบสุขภาพอำเภอ

**- การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชุมชนบ้านสันตัง ต.หนองตรุด อ.เมือง จ.ตรัง**

โดยเชื่อมโยงงานสุขภาพจิตเข้ากับประเด็นสุขภาพในเรื่องผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยจะรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลงนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า นอนไม่หลับ สมองเสื่อม การดำเนินงานเน้นปัจจัยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทีมสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งพร้อมรับมือปัญหา

จากการรายงานจำนวนผู้สูงอายุบ้านสันตัง ต.หนองตรุด อ.เมือง จ.ตรัง ทั้งหมด ๓๒๘ คน พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๑๒๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘ จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด และประสบปัญหาโรคเรื้อรังอย่างน้อย ๑ โรค ได้แก่ โรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะปอดอุดตันเรื้อรัง มะเร็ง

**<u>ประเด็นสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง</u>**

ผลการสำรวจสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ บ้านสันตัง ต.หนองตรุด อ.เมือง จ.ตรัง ด้วยแบบวัดความสุขฉบับสั้น ๑๕ ข้อ ผลคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุบ้านสันตังต่ำกว่าคนทั่วไปเล็กน้อย สาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

**<u>กิจกรรมสำคัญที่ทำ</u>**

๑. ประเมินคัดกรองสุขภาพจิตผู้สูงอายุในคลินิก NCD แบบวัดคุณภาพชีวิต,แบบวัดการมีคุณค่าในตนเอง

- การให้สุขภาพจิตศึกษา

๒. ออกกำลังกายประจำวัน

๓. กิจกรรมสุขสบายเพื่อวัด ความพร้อมในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน แบบต่อเนื่อง

๔. การทำสมาธิบำบัด

**<u>ผลที่ได้รับ</u>**

๑. ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีไม่เกิด อุบัติเหตุง่าย สามารถช่วยเหลือ ตัวเอง และไม่เป็นภาระให้กับผู้อื่น

๒. สิ่งที่ผู้สูงอายุได้รับนอกจากความ คล่องตัวแล้ว การออกมานำเสนอ ท่าออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มความรู้สึกภาคภูมิใจให้กับผู้สูงอายุได้

๓. ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง

๔. ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของกิจกรรม เจ้าของชุมชน เกิดการตื่นตัวต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและของคนในชุมชน ส่งผลให้เกิดการยั่งยืนของการดูแลสุขภาพ

ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร : ๐๘๙-๔๗๕ ๔๓๘๑
E-mail : nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ Service Plan สาขาอายุรกรรม**

**<u>ตัวชี้วัด</u>** : M ๑๘ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

**๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน, เบาหวาน, โรคไต, ผู้ป่วยนอนติดเตียงที่บ้าน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุดและมีแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกๆปี

**๒. ประเด็นการตรวจราชการ**

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยผ่านประเด็นตรวจราชการที่มุ่งเน้น ดังนี้

๑. มีการติดตามตัวชี้วัด output คือ อัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsisให้ได้น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้านและไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)]

๒. มีการติดตามตัวชี้วัด process ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsisได้แก่

- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐
- อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตรสำหรับผู้ใหญ่)ใน ๑ ชม.แรก ≥ร้อยละ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
- อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓ ) เป็นต้น ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย ≥ ร้อยละ ๓๐

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**๓.๑ อัตราตายจากติดเชื้อ Sepsis จังหวัดตรัง ปี ๒๕๕๗-๒๕๖๐**

| KPIs | เป้าหมาย | ๒๕๕๗ (เริ่มพ.ค.๕๗) | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑. การวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็วใน ๑ ชม. | ๑๐๐% | ๘๐.๘ | ๙๑.๖ | ๙๒.๘๔ | ๘๘.๗ |
| ๒.อัตราการใช้ sepsis protocol | ๑๐๐% | ๙๑.๑ | ๙๒.๗ | ๙๕.๒๘ | ๘๗.๐๙ |
| ๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB | ๑๐๐% | ๙๓.๓ | ๙๕.๔ | ๙๙.๑๐ | ๙๕.๑๓ |
| ๔. อัตราการได้รับยา ATB ใน ๑ชม. | ๑๐๐% | ๖๓.๒ | ๘๓.๗ | ๘๔.๒๓ | ๘๗.๘๓ |
| ๕. อัตราผู้ป่วยที่มี adequate tissue perfusion ภายใน ๖ ชม. >๘๐% | >๘๐% | ๗๘.๖ | ๕๘.๖ | ๕๔.๐๓ | ๖๓.๖๑ |
| ๖. อัตราตายรวม | < ๓๐% | ๓๓.๔ | ๒๔.๘ | ๒๙.๒๑ | ๒๔.๘๕ |
| ๗. อัตราวันนอนเฉลี่ย | ลดลง | ๑๑.๖ | ๙.๙ | ๑๑.๙๐ | ๑๒.๖๔ |
| ๘. อัตราตายของผู้ป่วย severe sepsis/sepsis shock | ลดลง | NA | ๓๙.๙ | ๔๕.๙๗ | ๓๖.๑๓ |
| ๙. จำนวนผู้ป่วย | | ๔๓๗ | ๑,๐๐๖ | ๗๖๔ | |

**๓.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ปี ๒๕๖๑(๒ ด.)**

| ลำดับที่ | ตัวชี้วัด | เกณฑ์ (%) | ผลงานปี ๒๕๖๑ (๒ ด.) |
|---|---|---|---|
| ๑ | จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด | | ๘๗ |
| ๒ | จำนวนผู้ป่วยตายทั้งหมด (รวมปฏิเสธการรักษาที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้าน) | | ๒๗ |
| ๓ | อัตราตาย | | ๓๑.๐๓ |
| ๔ | อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)≥ร้อยละ ๙๐ | ≥๙๐% | ๙๔.๕๒ |
| ๕ | อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ร้อยละ ๙๐ | ≥๙๐% | ๑๐๐ |
| ๖ | อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก ≥ร้อยละ ๙๐ (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) | ≥๙๐% | ๘๓.๙๐ |
| ๗ | อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล ๒-๓ ) ภายใน ๓ ชม.หลังได้รับการวินิจฉัย ≥ร้อยละ ๓๐ | ≥๓๐% | ๕.๗๕ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากข้อมูลพบว่า ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ มีอัตราป่วยตายผู้ป่วย Sepsis เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๒๘ และอัตราป่วยตายด้วย septic shock คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๖๖ ซึ่งพบว่ามีอัตราการป่วยตายที่สูง พบว่ามีความล่าช้าในการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษาคิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๓ และ ๘๗.๘๓ในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ ร่วมกับขาดประสิทธิภาพของการ Resuscitation สารน้ำในการรักษาภาวะ Septic shock ในช่วง ๓ ชั่วโมงแรกซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (Critical care) โดยมีอัตรา adequate tissue perfusion ภายใน ๖ ชั่วโมงที่ร้อยละ ๕๔.๐๓ และ ๖๓.๖๑ ในในปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ตามลำดับ

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ผลงาน ๒ เดือน) จากข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired พบว่า จากการได้นำ standing order มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มโรค Septic shock ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามแนวทางเป็นไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากรในทีมมีความตื่นตัวในการดูแลผู้ป่วย แต่จากข้อมูลพบว่าในช่วงแรกของการ resuscitation ผู้ป่วย ทำให้การได้รับ antibiotic มีความล่าช้ากว่า ๑ ชั่วโมง และการให้สารน้ำตาม guideline ของ SSC ๒๐๑๖ พบว่าสามารถให้สารน้ำ ๑,๕๐๐ ml ใน ๓ ชั่วโมง ทำให้ตัวชี้วัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | -ลดอัตราตายรวม น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ (community acquired sepsis) | - การใช้ Standing order: sepsis / septic shock<br>-การใช้ Early warning sign ในการประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องก่อนอาการทรุดลง<br>- การนิเทศหน้างานโดยทีมอายุรกรรม<br>- การขยายผลสู่ชุมชน | - จัดประชุมเครือข่ายบริการจังหวัดตรัง<br>-พัฒนาระบบสารสนเทศผู้ป่วย sepsis การจัดเก็บตัวชี้วัด<br>- การติดตามงานตามตัวชี้วัดและประชุมแลกเปลี่ยนปัญหาการปฏิบัติงานจากเครือข่ายทุก ๓ เดือน<br>- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประชุมวิชาการเรื่องโรค พยาธิสภาพและการรักษาพยาบาล | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี 2561 | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|---|---|---|---|
| | | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30 | | อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30 |

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

๑) ขวด H/C ในสถานบริการเครือข่ายไม่เพียงพอ
๒) ผู้ป่วยติดเชื้อเข้ารับบริการล่าช้า
๓) การประชุมทีมเครือข่าย Sepsis fast Track จ. ตรัง ทุก ๓ เดือน ร่วมกันปรึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานและการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละโรงพยาบาล
๔) ทีมเข้มแข็ง ติดตามข้อมูลต่อเนื่อง

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| -ความรู้และทักษะของบุคลากร<br>-แรงจูงใจ<br>-การขับเคลื่อนงาน<br>- ผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock และมีภาวะ organ failure ไม่ได้เข้า ICU<br>-อุปกรณ์ไม่เพียงพอ เช่น ขวด H/C, เครื่องวัด Lactate เป็นต้น | - การมีแพทย์ประจำไอซียู (intensivist) |

ผู้รายงาน นางสุนิสา เดชพิชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการ)
โทร ๐๘๑-๖๙๑๐๕๕๓
Email : sunisa.dech๐๕๗@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (Service Plan) สาขาศัลยกรรมกระดูก**
**<u>ตัวชี้วัด</u> :** M ๑๙ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the Fracture

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the Fracture

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)

๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่ไดรับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

- การพัฒนาการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกจังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ได้พัฒนาระบบการ Consult online ในจังหวัดตรังสามารถช่วยในการวางแผนการรักษา รพช.มีความมั่นใจในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น
- จัดตั้งคณะกรรมการทีม Capture the Fracture ในโรงพยาบาลตรัง

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ *(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)***

**๓.๑ ตัวชี้วัด :** ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)

จากการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) มีทั้งหมด ๖ ราย แบ่งเป็น close fracture neck femur ๓ ราย และ close fracture intertrochanteric femur ๓ ราย ในผู้ป่วยทั้ง ๖ รายนี้ ยังไม่พบว่ามีกระดูกหักซ้ำ (Refracture) ดังนั้นร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) = ๐

**๓.๑ ตัวชี้วัด :** ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่ไดรับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการเก็บข้อมูลในเดือนธันวาคม ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) มีทั้งหมด ๖ ราย ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ๔ ราย อีก ๒ รายไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปฏิเสธการผ่าตัด ต้องการไปรักษาแพทย์แผนโบราณ ในผู้ป่วยทั้ง ๔ รายมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมงทั้งหมด ๓ ราย อีก ๑ รายที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวจึงจำเป็นต้องผ่าตัดเกิน ๗๒ ชั่วโมง ดังนั้นร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่ไดรับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล = ๗๕

### ❖ ตัวชี้วัดร้อยละของการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป

| โรงพยาบาล | ระดับ | ๒๕๕๙ | | | | ๒๕๖๐ | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | จำนวน | refer | ทำเอง | ร้อยละ | จำนวน | refer | ทำเอง | ร้อยละ |
| ตรัง | A | ๑๒๖ | ๐ | ๑๒๖ | ๑๐๐ | ๑๔๘ | ๐ | ๑๔๘ | ๑๐๐ |
| ห้วยยอด | M๒ | ๓๘ | ๒ | ๓๖ | ๙๔.๗๔ | ๔๔ | ๑๐ | ๓๔ | ๗๗.๒๘ |
| ย่านตาขาว | F๑ | ๒๔ | ๑๐ | ๑๔ | ๕๘.๓๓ | ๑๗ | ๗ | ๑๐ | ๕๘.๘๒ |
| กันตัง | F๒ | ๓๖ | ๒ | ๓๔ | ๙๔.๔๔ | ๑๗ | ๓ | ๑๔ | ๘๒.๓๕ |
| สิเกา | F๒ | ๗ | ๑ | ๖ | ๘๕.๗๑ | ๙ | ๕ | ๔ | ๔๔.๔๔ |
| ปะเหลียน | F๒ | ๒๙ | ๕ | ๒๔ | ๘๒.๗๖ | ๘ | ๖ | ๒ | ๒๕ |
| นาโยง | F๒ | ๓๐ | ๑๕ | ๑๕ | ๕๖.๐๐ | ๕ | ๓ | ๒ | ๔๐ |
| วังวิเศษ | F๒ | ๑๓ | ๓ | ๑๐ | ๗๖.๙๒ | ๒ | ๐ | ๒ | ๑๐๐ |
| รัษฎา | F๒ | ๑๖ | ๕ | ๑๑ | ๖๘.๗๕ | ๙ | ๕ | ๔ | ๔๔.๔๔ |
| หาดสำราญฯ | F๓ | ๗ | ๒ | ๕ | ๗๑.๔๓ | ๐ | ๐ | ๐ | N/A |
| **รวมระดับA** | - | ๓๒๖ | ๔๕ | ๒๘๑ | ๘๖.๒๐ | ๒๕๙ | ๓๙ | ๒๒๐ | ๘๔.๙๔ |
| **รวม M๒ ลงไป** | - | - | - | - | - | ๑๑๑ | ๓๙ | ๗๒ | ๖๔.๘๗ |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรัง**

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากตารางพบว่าโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๒ ลงไปในจังหวัดตรัง สามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ผลงานปี ๒๕๖๐ อยู่ที่ ๖๔.๘๗ ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ และโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ วังวิเศษ ห้วยยอด และกันตัง ร้อยละ ๑๐๐, ๗๙.๔๙ และ ๗๒.๗๓ ตามลำดับ

### ❖ ผลงานการพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับ M๒ ในเขตฯ ๑๒ (รพ.ห้วยยอด)

| ชนิดหัตถการ | ปี ๒๕๕๘ | ปี ๒๕๕๙ | ปี ๒๕๖๐ |
|---|---|---|---|
| Major surgery(GA/RA) | | | |
| ORIF with Plate&Screw | ๐ | ๑๑ | ๓๕ |
| ORIF with K-wire | ๐ | ๔ | ๗ |
| Remove Plate&Screw | ๑ | ๑ | ๕ |
| Repair tendon | ๑ | ๑๓ | ๖ |
| Closed Reduction under GA | ๑ | ๑ | ๐ |
| ORIF with Tension band wiring | | ๓ | ๒ |
| รวม | ๓ | ๓๓ | **๕๕** |
| Minor surgery (LA) | | | |
| Release Trigger finger | ๗ | ๑๐ | ๒๙ |
| Carpal tunnel release | ๔ | ๓๐ | ๒๒ |
| Release De quervain's | ๐ | ๓ | ๓ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Excision | ๑ | **๒๑** | ๖ |
| Other เช่น Debridment,Suter | ๓ | **๕** | ๙ |
| Arthrotomy joint | ๐ | **๑** | ๓ |
| A๑ Pulley | ๐ | **๑** | ๐ |
| Closed stump | ๐ | **๑** | ๒ |
| Eccision | ๐ | **๐** | ๗ |
| Connection Bipolar hemiphoplasty Lt hip | | **๑** | ๒ |
| รวม | ๑๕ | **๗๓** | **๘๓** |

**ที่มา : ข้อมูลจาก รพช.ห้วยยอด ๖แพทย์ลาศึกษาต่อตั้งแต่ ส.ค.๖๐)**

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| เป้าหมายท้าทาย | มาตรการ/ กลวิธี | แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|
| <u>ปี ๒๕๖๑</u><br>- รพช.ในเขตสามารถให้การรักษาผู้ป่วยNon displace Fracture ที่ไม่ complicate ในรพช. ได้เพิ่มมากขึ้น<br>-Open fracture ควร Debride ใน๖ ชั่วโมง ในระดับA,S ,M๑<br>-การเปิด Spine unit ในรพ.ระดับ A คือ รพ.หาดใหญ่และรพ.ตรัง<br>-refracture<ร้อยละ ๓๐ ในผู้ป่วยที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง<br>-ผ่าตัดแบบ early surgery > ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปที่กระดูกหักซ้ำหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง | - การนิเทศงานรพช.ในเขตรับผิดชอบและการให้ความรู้<br>- การเพิ่มจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น<br>- การเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์<br>-จัดตั้งทีม capture the fracture | -โครงการอบรมเฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์สำหรับแพทย์และพยาบาลในรพศ./รพท.<br>- โครงการพัฒนาศักยภาพรพช.ในการดูแลรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์<br>- แผนการจัดตั้งSpine unit ในรพ.หาดใหญ่และรพ.ตรัง<br>-แผนการจัดตั้งทีม capture the fracture | -งบประมาณ ในการจัดตั้งSpine unit<br>- อัตรากำลังที่เพียงพอ<br>- ความร่วมมือของรพช.ในเขต<br>-ศักยภาพของรพช.ในการดูแลผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์<br>-เพิ่มเติมความรู้ให้แก่บุคลากรเรื่อง capture the fracture | | รพศ./รพท. |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| รพช.ในเขตสามารถให้การรักษาผู้ป่วยNon displace Fracture ที่ไม่ complicate ในรพช. | -รพช.ในเขตสามารถให้การรักษาผู้ป่วยNon displace Fracture ที่ไม่ complicate ในรพช. ได้เพิ่มมากขึ้น | มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ | - | มากกว่าร้อยละ ๗๐ |
| ทีม capture the fracture | -จัดตั้งทีม capture the fracture | | | |
| ลดการ Refracture | | Refracture น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ | | Refracture น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ |
| การผ่าตัดแบบ Early surgery | | ผ่าตัดแบบ Early surgery มากกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป | | ผ่าตัดแบบ Early surgery มากกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป |

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

๑) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มีโรคอื่นร่วมด้วยเช่นโรคทางศัลยกรรมประสาทจึงทำให้ต้อง refer

๒) ไม่มีเจ้าหน้าที่ X-Ray นอกเวลาราชการในบางโรงพยาบาล

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. รพช.ไม่มีเจ้าหน้าที่ด้านรังสีนอกเวลาราชการ | เสนอให้มีเจ้าหน้าที่ X-Ray นอกเวลาราชการ |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑) จัดระบบ consult film online เช่น Line กลุ่มออร์โธปิดิกส์

๒) จัดทำ facebookแนวทางการรักษา และวิดีโอ เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก

ผู้รายงาน นางนันทิกา วัชรมานะกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๑-๗๘๗๓๙๔๐
E-mail : nanti-๙๙@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

**หัวข้อ Service Plan สาขากุมารเวชกรม**

**ตัวชี้วัด : M ๒๓ ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี**

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. มีการคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม ทั้ง ระดับเขต, ระดับจังหวัด, ระดับ รพ..

๒. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุมารเวชกรรม ทั้ง ระดับเขต, ระดับจังหวัด.

๓. มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามผลการพัฒนา

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

จากข้อมูล Health Data center รายไตรมาสปี ๒๕๖๐ พบว่า เด็กอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปี บริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปวดบวม จำนวน ๒,๑๙๐ ราย และมีอัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมของเด็ก ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๘ ซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุ ๑ เดือน มี Congenital Heart Disease ๒ ราย เป็น Edward. s Synd. ๑ ราย และเป็นผู้ป่วยเด็กที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง ทั้งหมด ๑๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๔ ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๐.๔๓

ดังนั้นในปี ๒๕๖๐ Service Plan สาขากุมารเวชกรรมมีเป้าหมายโดยอัตราป่วยตายโรคปอดบวมของเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ให้ ลดลงร้อยละ ๑๐ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

ตัวชี้วัด : ลดอัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ผลงาน ปี ๒๕๖๐

| **โรงพยาบาล** | จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี | จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ ๑ เดือน – ๕ ปี | อัตรา/ร้อยละ | จำนวนผู้ป่วย Dead ด้วย pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี | อัตรา/ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|
| ตรัง | ๑๐๔ | ๙๐๙ | - | ๔ | ๐.๕๑ |
| ห้วยยอด | ๑๖ | ๓๖๐ | ๓๓.๒๒ | ๐ | ๐ |
| ย่านตาขาว | ๑๘ | ๑๕๐ | ๑๒.๐๐ | ๐ | ๐ |
| กันตัง | ๒๒ | ๒๒๙ | ๙.๖๐ | ๐ | ๐ |
| ปะเหลียน | ๖ | ๑๒๙ | ๔.๖๕ | ๐ | ๐ |
| สิเกา | ๙ | ๑๑๒ | ๘.๐๓ | ๐ | ๐ |
| วังวิเศษ | ๑๑ | ๗๗ | ๑๔.๒๘ | ๐ | ๐ |
| นาโยง | ๖ | ๑๐๓ | ๕.๘๒ | ๐ | ๐ |
| รัษฎา | ๖ | ๗๙ | ๗.๕๙ | ๐ | ๐ |
| หาดสำราญฯ | ๒ | ๔๒ | ๔.๗๖ | ๐ | ๐ |
| ต่างจังหวัด | ๘ | - | - | - | - |
| **รวม จ.ตรัง** | ๙๖ | ๒,๑๙๐ | ๔.๓๘ | - | - |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม รพ./สสจ.**

**ตารางแสดง จำนวนเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ที่ตายด้วยโรคปอดบวม แยกตามกลุ่มอายุ**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ตรัง | ห้วยยอด | ย่านตาขาว | กันตัง | ปะเหลียน | **สิเกา** | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | **รวมจังหวัด** | ต่างจังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑. | จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี | อายุ ๐-๑ ปี | | | | | | | | | | | | |
| | | >๑-๒ ปี | | | | | | | | | | | | |
| | | >๒-๓ ปี | | | | | | | | | | | | |
| | | >๓-๕ ปี | | | | | | | | | | | | |
| | | >๕ ปี | | | | | | | | | | | | |
| | | รวม | ๑๐๔ | ๑๖ | ๑๘ | ๒๒ | ๖ | ๙ | ๑๑ | ๖ | ๖ | ๒ | **๙๖** | **๘** |
| ๒. | จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ ๑ เดือน – ๕ ปี | อายุ ๐-๑ ปี | ๒๒๑ | | | | | | | | | | | |
| | | >๑-๒ ปี | ๒๑๗ | | | | | | | | | | | |
| | | >๒-๓ ปี | ๑๔๕ | | | | | | | | | | | |
| | | >๓-๕ ปี | ๑๕๗ | | | | | | | | | | | |
| | | >๕ ปี | ๑๖๙ | | | | | | | | | | | |
| ๓ | จำนวนผู้ป่วย Dead ด้วย pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี | อายุ ๐-๑ ปี | ๔ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๔** | **๐** |
| | | >๑-๒ ปี | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๐** | **๐** |
| | | >๒-๓ ปี | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๐** | **๐** |
| | | >๓-๕ ปี | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๐** | **๐** |
| | | >๕ ปี | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | **๐** | **๐** |

**ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม รพ./สสจ.**

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง จำนวน ๙๐๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๕๐ ของผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย และมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๘ เป็นเด็กอายุ ๑ เดือน มีภาวะ Underlying Congenital Heart Disease รับ refer กลับมาจากรพ.หาดใหญ่ เนื่องจากมารักษาต่อเพื่อ Supportive ๑ ราย ซึ่งเด็กมีภาวะ Neonation sepsis, เด็กมี Congenital Heart Disease ๑ ราย และเด็กมี Chromosome abnormal เป็น Edward. 's Syndrome ๑ ราย ที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียง ผลงาน ตุลาคม ๕๙ – กันยายน ๖๐ รับไว้รักษาทั้งหมด จำนวน ๒๑๙๐ราย รับส่งต่อมา ๑๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๗๔ และ รพ. ระดับ M๒ (รพ.ห้วยยอด) ใน จ.ตรัง ยังไม่สามารถดูแลเด็กโดยใช้เครื่องช่วยหายใจได้

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี ๒๕๖๑ | - ลดอัตราการป่วยของเด็ก ๑ เดือน- ๕ ปี ด้วยโรคปอดบวม<br>- ลดอัตราการตายของเด็กโรคปอดบวม เป้าหมายลดลงร้อยละ ๑๐ | ๑. การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ, โรคปอดบวม<br>๒. พัฒนาศักยภาพรพช.ระดับ M๒ ในการใช้ Early HFNC<br>๓. การให้การให้วัคซีนป้องกันโรคหวัดแก่เด็กที่มีปัญหา CLD และเด็กที่มีประวัติการ ON ETT | ๑. โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ<br>๒. ประสานกับรพช. ในการฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ HFNC<br>๓. โครงการการให้วัคซีนป้องกันโรคหวัดแก่เด็กที่มีปัญหา CLD | ๕๐,๐๐๐ บาท | ม.ค.๖๑ | หัวหน้าสาขาฯ<br>ห้องผู้ป่วยหนักกุมารฯ<br>เภสัชกรรม |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| | - อัตราการป่วยของเด็กโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี ลดลง (แนวทางการดูแลเด็กระบบทางเดินหายใจ)<br>- อัตราเด็กโรคเรื้อรังได้รับวัคซีนป้องกันโรคหวัดเพิ่มขึ้น<br>(ปี ๒๕๖๐ : เด็กโรคเรื้อรังได้รับวัคซีนจำนวน ๓ คน บางรายยังไม่พร้อมจ่ายค่าวัคซีน (มีแผนพัฒนาการพิจารณาด้านการอนุเคราะห์การให้วัคซีนแก่เด็กโรคเรื้อรัง) | - อัตราการส่งต่อของเด็กโรคปอดบวมลดลง<br>(การพัฒนาระบบการส่งต่อของเด็กโรคปอดบวม)<br>อัตราการส่งต่อเด็กโรคปอดบวมจาก รพช.มารพ.ตรัง<br>รพ.ห้วยยอด : ร้อยละ ๓๓.๒๒<br>รพ.ย่านตาขาว : ร้อยละ ๑๒.๐๐<br>รพ.กันตัง : ร้อยละ ๙.๖๐<br>รพ.สิเกา : ร้อยละ ๘.๐๓<br>รพ.ปะเหลียน : ร้อยละ ๔.๖๕<br>รพ.นาโยง : ร้อยละ ๕.๘๒<br>รพ.วังวิเศษ : ร้อยละ ๑๔.๒๘<br>รพ.รัษฎา : ร้อยละ ๗.๕๙<br>รพ.หาดสำราญ : ร้อยละ ๔.๗๖<br>รวมทั้งหมด : ร้อยละ ๔.๓๘ | - อัตราการป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี (ปี ๒๕๖๐ อัตราร้อยละ ๐.๕๑) | - อัตราการใช้เครื่อง HFNC ในรพ.ตรัง/รพช.เพิ่มขึ้น (พัฒนาการใช้เครื่อง HFNC เพิ่มขึ้น) |

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

๑. โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ (รพช.ห้วยยอด) มีกุมารแพทย์เพียง ๑ โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องให้ออกซิเจนหรือรับการรักษาที่ซับซ้อน ต้องส่งต่อมารับการรักษาโรงพยาบาลตรัง การยังไม่มีการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Lower respiratory tract infection ได้

๒. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงานในระดับคณะกรรมการ ARIC ระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายยังไม่ได้มีการกำหนดแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง

๓. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง ได้ดำเนินการสืบสวนสาเหตุการตาย และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหาทำในเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด ยังไม่ได้ทำร่วมกันในระดับเครือข่าย

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| -การพัฒนาศักยภาพการดูแลเด็กระบบทางเดินหายใจของรพช.ระดับ M๒ | |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาโรคปอดบวมในเด็กตามแนวทางมาตรฐาน ARIC ในรพ.ทุกระดับ
๒) การพัฒนาการใช้ CPG ในการดูแล ARIC ทุกระดับ และเกณฑ์ในการ Refer ผู้ป่วย และการดูแลระหว่างนำส่ง

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑) การใช้เครื่องมือ Early HFNC ในผู้ป่วย Impending Resp. Fail. ก่อนผู้ป่วย On ETT
๒) Early Detectionผู้ป่วยโดยใช้หลัก RCA
๓) ระบบการ Consult และการส่งต่อตามแนวทาง

ผู้รายงาน นางสุดาชาติ บุญวิชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๖-๙๕๐-๗๘๒๖
e-mail b_sudachard@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

**หัวข้อ Service Plan สาขาสูติกรรม**

**ตัวชี้วัด :** M ๒๔ อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ ๐

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. มีการคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ทั้งระดับเขต, ระดับจังหวัด, ระดับรพ

๒. มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสูติกรรม ทั้งระดับ เขต, ระดับจังหวัด

๓. มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ และกำกับติดตามผลการพัฒนา

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

จังหวัดตรังมีมารดาที่เสียชีวิตในปี ๒๕๖๐ จำนวน ๓ ราย สาเหตุจาก PPH (Twins) ๑ ราย, Pulmonary embolism ๑ ราย และ Septic criminal Abortion with shock ๑ ราย และในปี ๒๕๖๑ ยังไม่มีมารดาที่เสียชีวิต การดำการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ โดยการจัดแพทย์ประจำโซนอำเภอในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง มีคลินิกครรภ์เสี่ยงในแผนกฝากครรภ์ และมีการ Conference การวางแผนดูแลครรภ์เสี่ยง

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ตรัง | ห้วยยอด | ย่านตาขาว | กันตัง | ปะเหลียน | สิเกา | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | **รวมจังหวัด** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | A | M๒ | F๑ | F๑ | F๒ | **F๒** | F๒ | F๒ | F๒ | F๒ | - |
| ๑. | อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด =๐ | มารดาคลอดในโรงพยาบาล | ๓,๖๔๑ | ๕๐๓ | ๓๖๒ | ๓๘๕ | ๒๐๑ | ๒๖๙ | ๑๘๐ | ๒๐๔ | ๑๖๑ | ๐ | ๕,๙๐๖ |
| | | เสียชีวิตจากการตกเลือด | ๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๑ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๐.๐๓ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐.๐๒ |

ที่มา : ฐานข้อมูล รพช.ทุกแห่งในจังหวัดตรัง: **วันที่ประมวลผล :: ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐**

❖ **การพัฒนาที่ได้ดำเนินการไปแล้ว**

๑) ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาของราชวิทยาลัยสูติอย่างเคร่งครัด เช่น ใช้ถุงตวงเลือดในมารดาคลอดทุกราย

๒) พัฒนาระบบรายงานแบบคู่ขนานตามเกณฑ์ (Extern/Intern + Staff)

๓) พัฒนาการติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มาตามนัดหรือขาดนัด

๔) พัฒนาการดูแลกลุ่ม Sepsis ตามแนวทาง Sepsis

❖ **ตารางแสดง อัตราการเกิด Birth Asphyxia ปีงบฯ ๒๕๕๘– ๒๕๖๐**

| **ตัวชี้วัด** | **๒๕๕๘** | | | **๒๕๕๙** | | | **๒๕๖๐** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | **คลอด** | **BA** | **อัตรา** | **คลอด** | **BA** | **อัตรา** | **คลอด** | **BA** | **อัตรา** |
| รพ.ตรัง | ๔,๒๘๕ | ๑๔๒ | ๓๓.๑๔ | ๓,๙๑๗ | ๑๑๗ | ๒๙.๘๗ | ๓,๖๕๔ | ๑๓๒ | ๓๖.๑๒ |
| -ที่ดูแลระยะรอคลอด รพ.ตรัง | ๔,๒๖๕ | ๑๒๒ | ๒๘.๖๐ | ๓๙๐๒ | ๑๐๒ | ๒๖.๑๔ | ๓,๖๒๑ | ๙๙ | ๒๗.๓๔ |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| - refer มาจาก รพช. | | | | | | | | | |
| ๑. Attend รพ.ตรัง | | | | | | | | | |
| ๒. Attend รพช. | | | | | | | | | |
| รพ.ห้วยยอด | ๕๘๓ | ๕ | ๙.๒๔ | ๔๘๓ | ๓ | ๖.๒๑ | ๕๐๓ | ๐ | ๐.๐๐ |
| รพ.ย่านตาขาว | ๓๙๗ | ๗ | ๑๗.๖๓ | ๓๒๙ | ๓ | ๙.๑๒ | ๓๖๒ | ๓ | ๘.๒๙ |
| รพ.กันตัง | ๔๐๖ | ๒ | ๔.๙๓ | ๓๘๐ | ๒ | ๕.๒๖ | ๓๘๕ | ๓ | ๗.๗๙ |
| รพ.สิเกา | ๒๑๙ | ๑ | ๙.๑๓ | ๒๓๓ | ๒ | ๘.๕๘ | ๒๐๑ | ๒ | ๙.๙๕ |
| รพ.ปะเหลียน | ๓๗๑ | ๒ | ๕.๓๙ | ๓๑๔ | ๓ | ๙.๕๕ | ๒๖๙ | ๔ | ๑๔.๘๗ |
| รพ.นาโยง | ๒๒๓ | ๑ | ๔.๔๘ | ๑๙๙ | ๑ | ๕.๐๓ | ๑๘๐ | ๑ | ๕.๕๖ |
| รพ.วังวิเศษ | ๒๗๘ | ๓ | ๑๐.๗๙ | ๒๒๔ | ๓ | ๑๓.๓๙ | ๒๐๔ | ๐ | ๐.๐๐ |
| รพ.รัษฎา | ๒๐๗ | ๓ | ๑๔.๔๙ | ๑๙๘ | ๓ | ๑๕.๑๕ | ๑๖๑ | ๐ | ๐.๐๐ |
| รพ.หาดสำราญ | - | - | - | ๔ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐.๐๐ |
| รวม | ๖,๙๖๙ | ๑๖๖ | ๒๓.๘๒ | ๖,๒๘๑ | ๑๓๗ | ๒๑.๘๑ | ๕,๙๑๙ | ๑๔๕ | ๒๔.๕๐ |

**ที่มา HDC : วันที่ประมวลผล :: ๕ มกราคม ๒๕๖๑**

### ❖ วิเคราะห์สาเหตุการเกิด Birth Asphyxiaที่ รพ.ตรัง และ ที่ รพช. Referมาโรงพยาบาลตรัง

ปีงบฯ ๒๕๖๐

| สาเหตุ การเกิด Birth Asphyxia | | สาเหตุ ๓ ลำดับ |
|---|---|---|
| จ.ตรัง | | ๑. ปัจจัยตัวเด็ก ๕๙.๑๐% : (PTL, Fetal distress)<br>๒. ปัจจัยจากการคลอด ๒๑.๒๑% : (Prolonged ๒nd stage)<br>๓. ปัจจัยด้านมารดา๑๙.๖๙% : (PIH, Post term) |
| รพ.ตรัง | | |
| รพ.ห้วยยอด | | ๑. Severe Pre-eclampsia<br>๒. Fetal distress , Preterm<br>๓. ท่าก้น |
| รพ.ย่านตาขาว | | |
| รพ.กันตัง | | |
| รพ.สิเกา | | |
| รพ.ปะเหลียน | | |
| รพ.นาโยง | | |
| รพ.วังวิเศษ | | |
| รพ.รัษฎา | | |
| รพ.หาดสำราญ | | |

### ❖ สาเหตุการเกิด Birth Asphyxia ที่ดูแลใน รพช. ปีงบฯ ๒๕๖๐

| รพ. | BA | สาเหตุการเกิด |
|---|---|---|
| รพ.ย่านตาขาว | ๓ | แม่มีไข้ก่อนคลอด , Thick meconium |
| รพ.กันตัง | ๓ | แม่มีน้ำเดิน มาก่อนคลอด ๔ ชม., สำลักน้ำคร่ำ |
| รพ.สิเกา | ๒ | มดลูกหดรัดตัวไม่ดี |
| รพ.ปะเหลียน | ๔ | คลอดติดไหล่, Thick meconium |
| รพ.นาโยง | ๑ | Thick meconium |
| รวม | ๑๓ | - |

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | มารดาเสียชีวิตเป็น ๐ | ๑.พัฒนาการดูแลครรภ์เสี่ยงและการดูแลการคลอดครรภ์เสี่ยง<br>Screen new high Risk<br>๑) Early ANC identification high Risk<br>๒) Risk management<br>**<u>กลุ่ม high Riskpregnancy</u>**<br>๑. ดูแลโดยสูติแพทย์, แพทย์ประจำโซน<br>๒. กลุ่มเสี่ยงมีพยาบาลรับผิดชอบ<br>๓. มีการ Conference การวางแผนดูแลครรภ์เสี่ยงและวางแผนการคลอด<br>๔. ติดตาม Case loss F/U /ครรภ์เสี่ยงที่ส่งจาก รพช.<br>๕. กลุ่มเสี่ยงทำคลอดโดยสูติแพทย์<br>๖. ระบบบริหารจัดการภาวะตกเลือด (Prevention, Early detection, Early treatment)<br>๓) พัฒนาระบบ Consult และการส่งต่อมารพ.ตรัง | ๑) ระบบการดูแลกลุ่มเสี่ยงโดยสูติแพทย์และการดูแลแบบ Case manager (พยาบาล)<br>๒) โครงการเยี่ยมเสริมพลัง รพช. (งานANC/LR)<br>-วางระบบ ANC ให้ความรู้การดูแลครรภ์เสี่ยง | - | ธ.ค.๖๐-ก.ย.๖๑ | - คกก.MCH board |
| | -อัตรา BA < ๒๕ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ | ๑. Early ANC identification high Risk<br>๒. ใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของเครือข่าย<br>๒.๑) วัดความยาวคอมดลูกในกลุ่มมารดาวัยรุ่น<br>๒.๒) ให้ยา utrogestanเหน็บช่องคลอดตามcriteria<br>๒.๓) ย้ำการมารพ.เร็วภายใน ๓๐ นาทีเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์<br>๓. พัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ในการทำหัตถการฉุกเฉินของผู้คลอด และทักษะการทำ NCPR<br>๔. พัฒนาการดูแลครรภ์เสี่ยงและการดูแลการคลอดครรภ์เสี่ยง<br>๕.ปฏิบัติตามguidelineการวางแผนการคลอดใน Post term | | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| ๑. ร้อยละของมารดาเสียชีวิต ร้อยละ ๐ | ร้อยละ ๐ | ร้อยละ ๐ | ร้อยละ ๐ | ร้อยละ ๐ |
| ๒. มีระบบข้อมูลครรภ์เสี่ยงโซนอำเภอเป็น Real time | >๙๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| มีระบบติดตาม Case loss F/U /ครรภ์เสี่ยงที่ส่งจาก รพช. | ๙๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| ๓. ออกเยี่ยมเสริมพลัง รพช. (งาน ANC/LR) | ๒ แห่ง (สิเกา, ย่านตาขาว) | ๒ แห่ง (กันตัง, ปะเหลียน) | ๒ แห่ง (นาโยง, รัษฎา) | ๒ แห่ง(วังวิเศษ, หาดสำราญ) |
| ๔. Conference ครรภ์เสี่ยง | ๗๐% | ๘๐% | ๙๐% | ๑๐๐% |
| ๕. ติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังจำหน่าย | ๙๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| ๖. กลุ่มเสี่ยงทำคลอดโดยสูติแพทย์ | ๗๐% | ๙๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| ๗. ร้อยละมารดารพช.ระดับ M๒ (รพ.ห้วยยอด) ได้รับการทำผ่าตัดคลอด ร้อยละ ๒๕ | ร้อยละ ๕ | ร้อยละ ๑๐ | ร้อยละ ๑๕ | ร้อยละ ๒๕ |
| ๘. ร้อยละมารดาได้ทำ TR ที่รพช. ระดับ M๒ >ร้อยละ๙๕ | >ร้อยละ๙๕ | >ร้อยละ๙๕ | >ร้อยละ๙๕ | >ร้อยละ๙๕ |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จจากประเด็นปัญหา**

๑. รพ.ตรัง มีสูติแพทย์ ๑๐ ท่าน
๒. รพช.ระดับ M๒ (รพ.ห้วยยอด) มีสูติแพทย์ ๓ ท่าน
๓. มีระบบแพทย์โซนรับผิดชอบดูแลโซนต่างๆ

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ ที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| - ระบบ Consult ที่ปรึกษา ที่หลากหลาย การรักษาไม่เป็นในแนวทางเดียวกัน | |
| - ระบบการรับ refer ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ | |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

- R๒Rรูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด “TEAMWORK”

**หัวข้อ Service Plan สาขาสูติกรรม**

**ตัวชี้วัด**: M ๒๕ ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด(อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) ลดลงร้อยละ ๑๐เทียบจากปีที่ผ่านมา

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. Primary Prevention

๒. Secondary Prevention

๓.Tertiary Prevention

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

อัตราการคลอดก่อนกำหนดในภาพจังหวัดปี๕๙=๕.๖๙% ปี๖๐=๕.๐๗% ลดลง ๑๐.๙๐% ผลการวิเคราะห์การคลอดก่อนกำหนด เป็นมารดากลุ่มเสี่ยงปี ๕๙ คิดเป็น ๖๗% และปี ๖๐ คิดเป็น ๖๙% ตามลำดับ และพบว่ากลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดมารพ.ช้า ทำให้ไม่สามารถยับยั้งได้ และคลอดก่อนกำหนด

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

๓.๑ ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด(อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์) ลดลงร้อยละ ๑๐ เทียบจากปีที่ผ่านมา

| รพ. | ระดับ | ๒๕๕๙ | | อัตรา/ร้อยละ | ๒๕๖๐ | | อัตรา/ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | คลอด | Preterm labor | | คลอด | Preterm labor | |
| ตรัง | A | ๓,๙๑๗ | ๒๓๕ | ๖.๐๐ | ๓,๖๕๔ | ๑๙๖ | ๕.๓๖ |
| กันตัง | F๒ | ๓๘๐ | ๒๖ | ๖.๘๔ | ๓๘๕ | ๒๐ | ๕.๑๙ |
| ย่านตาขาว | F๑ | ๓๒๙ | ๑๗ | ๕.๑๗ | ๓๖๒ | ๒๑ | ๕.๘๐ |
| ปะเหลียน | F๒ | ๓๑๔ | ๑๑ | ๓.๕๐ | ๒๖๙ | ๖ | ๒.๒๓ |
| สิเกา | F๒ | ๒๓๓ | ๑๓ | ๕.๕๘ | ๒๐๑ | ๖ | ๒.๙๙ |
| ห้วยยอด | M๒ | ๔๘๓ | ๓๑ | ๖.๔๒ | ๕๐๓ | ๓๔ | ๖.๗๖ |
| วังวิเศษ | F๒ | ๒๒๔ | ๐ | ๐ | ๒๐๔ | ๐ | ๐ |
| นาโยง | F๒ | ๑๙๙ | ๑๓ | ๖.๕๓ | ๑๘๐ | ๑๓ | ๗.๒๒ |
| รัษฎา | F๒ | ๑๙๘ | ๑๑ | ๕.๕๖ | ๑๖๑ | ๑๔ | ๘.๗๐ |
| รวม | - | ๖,๒๗๗ | ๓๕๗ | ๕.๖๙ | ๕,๙๑๙ | ๓๐๐ | ๕.๐๗ |
| อัตราการคลอดก่อนกำหนด (เกณฑ์ลดลงร้อยละ ๑๐) ผลงานปี ๒๕๕๙ กับ ปี ๒๕๖๐ : ลดลงร้อยละ ๑๐.๙๐ | | | | | | | |

ที่มา : ฐานข้อมูล รพ.ทุกแห่งในจังหวัดตรัง

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | -อัตราคลอดก่อนกำหนดลดลงร้อยละ๑๐ | ๑. Early ANC identification high Risk/Preterm<br>๒. ใช้แนวทางปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของเครือข่าย<br>๒.๑) วัดความยาวคอมดลูกในกลุ่มมารดาวัยรุ่น<br>๒.๒) ให้ยา utrogestanเหน็บช่อง | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | คลอดตาม criteria<br>๒.๓) ย้ำการมารพ.เร็วภายใน ๓๐ นาทีเมื่อมีภาวะเจ็บครรภ์<br>๓. พัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ในการทำหัตถการฉุกเฉินของผู้คลอด และทักษะการทำ NCPR<br>๔. พัฒนาการดูแลครรภ์เสี่ยงและการดูแลการคลอดครรภ์เสี่ยง | | | | |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จจากประเด็นปัญหา**

-

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ<br>ที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| -ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ การให้บริการ ANC คุณภาพโดยเฉพาะการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ทำได้ยากจากภาระงานที่มาก (ผู้รับผิดชอบงานแม่และเด็กคนเดียว) | |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑. ภาพพลิกการให้ความรู้ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

๒. สปอตโฆษณาทางวิทยุ ประชาสัมพันธ์ เจ็บครรภ์มาเร็ว

**หัวข้อ Service Plan สาขาสูติกรรม**

**<u>ตัวชี้วัด</u>** : M ๒๘ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. โรงพยาบาลมีการใช้ Robson ten group classification ในการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอด

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

- อัตราการคลอดทางช่องคลอดและผ่าตัดคลอดปี ๒๕๖๐

- คลอดทางช่องคลอด ๕๐.๕๔%
- ผ่าตัดคลอด ๔๙.๔๖%

- กลุ่มผ่าตัดคลอดมีข้อมูลดังนี้

- กลุ่ม Elective C/S ๓๕.๙%
  - กลุ่ม Emergency และอื่นๆ ๖๔.๑%
    ๑. Fetal distress ๒๓.๙%
    ๒. ท่าก้น ๑๗.๘%
    ๓. CPD ๑๖.๗%
    ๔. Arrest of dilatation ๑๕.๑%
    ๕. Severe Pre-eclampsia ๘.๘%
    ๖. Fail induction ๘.๑%

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

๓.๑ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นโดยใช้ Robson ten group

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ตรัง | ห้วยยอด | ย่านตาขาว | กันตัง | ปะเหลียน | สิเกา | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | **รวมจังหวัด** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | A | M๒ | F๑ | F๑ | F๒ | F๒ | F๒ | F๒ | F๒ | F๒ | - |
| ๑ | ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.M๒ = ๒๕% | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.ระดับ A (รพ.ตรัง) | ๘๗๘ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ๘๗๘ |
| | | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช.ระดับ M๒ (ห้วยยอด) | - | ๗ | ๔ | - | - | - | - | - | - | - | ๑๑ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | ๐.๙๑ |

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม | งบ ประมาณ | ระยะ เวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | การผ่าตัดคลอด | ๑. ทบทวนความถูกต้องในการวินิจฉัยกลุ่มC/Sสูง เช่น Fetal distress, Failed induction<br>๒. การปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการคลอด | | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| อัตราผ่าตัดคลอดไม่เกิน ๔๐% | ลดลง ๓% | ลดลง ๕% | ลดลง ๘% | ลดลง ๑๐% |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จจากประเด็นปัญหา**

-

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ ที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. ขาดแคลนวิสัญญีแพทย์ | |
| ๒. บางเวลาสูติแพทย์ M๒ เหลือคนเดียว | |

ผู้รายงาน กุหลาบ ไกรเทพ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๙๕ ๒๘๓๙๘๖๔
Email : kraitap@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Health Outcome สาขาโรคหัวใจ**

**ตัวชี้วัด :** ๑๙ อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร

**หัวข้อ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Service Outcome สาขาโรคหัวใจ**

**ตัวชี้วัด :** ๒๘ ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (เป้าหมาย ๑๐๐%)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร
๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI (๑๐๐%)
๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐%
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%
๕. การลงข้อมูลใน Thai ACS registry โดยมีการลงข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษา (๑๐๐%)

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ปัจจุบัน**

จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ พบอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๕, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ อัตราตายอยู่ที่ ๒๔.๒๕, ๓๕.๒๙, ๓๐.๒๓, ๓๕.๒๓ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ (ใช้ฐานข้อมูลจาก สนย.) พบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หากใช้ผลงานฐานข้อมูลจาก HDC ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ พบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีอัตราที่ลดลงดังนี้ ๗.๕๓, ๖.๗๙ และ ๑.๘๙ ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลไม่ได้สัมพันธ์กัน จังหวัดตรังได้พัฒนาการดูแลรักษาโรคหัวใจโดยมีเครือข่ายหัวใจตั้งแต่ ปี ๒๕๕๒ และพัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้ช่องทางด่วน STEMI ในปี ๒๕๕๗ เปิดห้องตรวจสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้อัตราตายลดลง ลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า รวมทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอย และภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษา

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**ผลงานปี ๒๕๖๐**

| **รพ.** | ระดับ | ๓.๑ อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ | | | ๓.๒ รพ.ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ๑๐๐% | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ตรัง(เมือง) | A | ๑๐๔๙ | ๗๔ | ๗.๐๕ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| ห้วยยอด | M๒ | ๖๔๕ | ๔๔ | ๖.๘๒ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| ย่านตาขาว | F๑ | ๔๔๒ | ๓๖ | ๘.๑๔ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| กันตัง | F๑ | ๗๐๙ | ๔๔ | ๖.๒๐ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| สิเกา | F๒ | ๑๙๕ | ๑๒ | ๖.๑๕ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ปะเหลียน | F๒ | ๕๙๙ | ๒๘ | ๔.๖๗ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| นาโยง | F๒ | ๓๘๑ | ๒๕ | ๖.๕๖ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| วังวิเศษ | F๒ | ๓๐๑ | ๑๖ | ๕๐๓๑ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| รัษฎา | F๒ | ๒๐๙ | ๑๖ | ๗.๖๖ | ๑ | ๑ | ๑๐๐ |
| หาดสำราญฯ | F๓ | ๑๓๖ | ๘ | ๕.๘๘ | ๐ | ๐ | ๐ |
| **รวม** | - | ๔,๖๖๖ | ๓๐๓ | ๖.๔๙ | ๘ | ๘ | ๑๐๐ |

| **รพ.** | ระดับ | ๓.๓ ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) ≥๘๐% | | | ๓.๔ อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล ≤๑๐% | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ตรัง (เมือง) | A | ๘๘ | ๖๖ | ๗๕ | ๖๐ | ๑๓ | ๒๑.๖๗ |
| ห้วยยอด | M๒ | ๒๙ | ๙ | ๓๑.๐๓ | ๒๙ | ๓ | ๑๐.๓๕ |
| ย่านตาขาว | F๑ | ๒๐ | ๗ | ๓๕ | ๒๐ | ๔ | ๒๐ |
| กันตัง | F๑ | ๑๘ | ๕ | ๒๗.๗ | ๑๘ | ๑ | ๕.๕๕ |
| สิเกา | F๒ | ๘ | ๕ | ๖๒.๕ | ๘ | ๑ | ๑๒.๕ |
| ปะเหลียน | F๒ | ๑๕ | ๓ | ๒๐ | ๑๕ | ๑ | ๖.๖๗ |
| นาโยง | F๒ | ๑๔ | ๒ | ๑๔.๒๘ | ๑๔ | ๑ | ๗.๑๔ |
| วังวิเศษ | F๒ | ๑๔ | ๐ | ๐ | ๑๔ | ๑ | ๗.๑๔ |
| รัษฎา | F๒ | ๖ | ๑ | ๑๖.๖๗ | ๖ | ๑ | ๑๖.๖๗ |
| หาดสำราญฯ | F๓ | ๖ | ๐ | ๐ | ๖ | ๒ | ๓๓.๓๓ |
| **รวม** | - | ๒๑๘ | ๒๐๒ | ๘๕.๓๒ | ๒๑๘ | ๓๒ | ๑๔.๖๘ |

ที่มา : แหล่งข้อมูล เวชระเบียนและระบบ Hosxp

**อภิปรายผลจากตาราง**

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา จังหวัดตรังมีอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ๖.๔๓% (เป็นรายงานจากข้อมูลในโรงพยาบาลตรัง) ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย และผู้ป่วย STEMI ยังคงมีอัตราตาย ๑๔.๖๘% ซึ่งมีแนวโน้มลดลง และยังเกินเกณฑ์เป้าหมาย(๑๐%) อยู่เล็กน้อย การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบ ๑๐๐% ทำให้อัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นเป็น ๘๕.๓๒% และมีการให้ SK ที่รพช. ๓๒ ราย

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี ๒๕๖๑ | ผู้ป่วย STEMI<br>๑. อัตราตาย STEMI ≤๑๓% | - ACS Alert<br>- โรงพยาบาลชุมชนเข้มแข็ง<br>- CVD risk score | - เมืองต้นแบบ ACS Alert<br>- tracer STEMI รพช.<br>- ACLS award<br>- บูรณาการกับ NCD<br>- หมอหัวใจดูแลคนไข้หัวใจเอง<br>- ชุมชนต้นแบบหัวใจ"เกาะเคี่ยม." | งบเทศบาล<br>๓๐,๐๐๐ บ.<br>๖๐,๐๐๐ บ. | ๑๙ ม.ค.๖๑ | จังหวัด, รพช. |
| | ผู้ป่วย STEMI<br>๑. Door to needle time ≤๓๐ นาที<br>๒. Onset to needle time ≤๓ ชม.<br>๓. อัตราตาย STEMI ≤๑๓% | - ACS Alert<br>- Tracer ระบบ Fast track ในโรงพยาบาลชุมชน<br>- จัดประชุมเครือข่ายกลยุทธ์ Fast track | - เมืองต้นแบบ "ACS Alert"<br>- นิเทศและจัดประชุมโรงพยาบาลชุมชน"ต่อยอด SK ใน รพช. | งบเทศบาล<br>๕๐,๐๐๐ บ. | ๑๙ ม.ค.๖๑<br>๔ พ.ค.๖๑ | จังหวัด, รพช. |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| อัตราตาย STEMI ๑๓% | ไม่เกิน ๑๔% | ๘.๖๙% | ไม่เกิน ๑๓.๕ % | ไม่เกิน ๑๓.๕% | ไม่เกิน ๑๓% |
| อัตราตายหลอดเลือดหัวใจ ๕.๕% | ไม่เกิน ๖.๔๑% | ๕.๓๔% | ไม่เกิน ๖% | ไม่เกิน ๖% | ไม่เกิน ๕.๕% |
| | ๑. Door to needle time <๓๐ นาที ได้ ๔๐% | ๒๐% | Door to needle time <๓๐ นาที ได้ ๕๐% | Door to needle time <๓๐ นาที ได้ ๖๐% | Door to needle time <๓๐ นาที ได้ ๗๐% |
| | ๒. Onset to needle time ๒:๓๐ ชม. | ๒ชม. | Onset to needle time ๒ ชม. | Onset to needle time ๑:๓๐ ชม. | Onset to needle time ๑ ชม. |

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

- เครือข่ายหัวใจจังหวัดตรังเข้มแข็ง
- Team work
- Management by fact
- มีการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจแบบครบวงจร
- Cardiac Rehab โปรแกรม

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ |
|---|---|---|
| - ปริมาณผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีปริมาณมากขึ้นและมีความรุนแรงสูง | - เพิ่มการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการchest painมา รพ.เร็ว<br>- primary care และทีมโรคเรื้อรัง ควรเร่งรัดเชิงรุกและเชิงป้องกัน | - ควรรณรงค์ระดับประเทศ<br>- ควรมีการติดตามจากทีม primary care และNCD |
| - CVT เหลือ 1 คน | - ลดปริมาณการผ่าตัดหัวใจ<br>- เพิ่มการ refer ไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพ | - ควรมีการสนับสนุนทั้งด้านโครงสร้าง ห้องผ่าตัด ขวัญและกำลังใจอย่างจริงใจ |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- ควรมีทิศทาง นโยบาย ที่แตกต่างกันระหว่าง รพ.ในระดับที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

- Portable zero gravity radiation shield ช่วยลดน้ำหนักเสื้อตะกั่วของInterventionist ซึ่งป่วยด้วยหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาท

ผู้รายงาน นางแสงโสม ช่วยช่วง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖๙๕๑๕๗๒๒
E-mail annacn๖๔@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง**

ตัวชี้วัด : M ๒๐ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ** ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓-C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘-C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)
  ๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐%
  ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%
  ๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%
- การบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดผ่าน Thai cancer based
- การส่งต่อผ่าน electronic refer และเครือข่าย CNC

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ – ปัจจุบัน

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับ หนึ่งของคนไทย และแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีปัญหาการเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนการสร้างภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่มีราคาสูง จึงได้จัดเป็นหนึ่งในสาขาที่จะต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามเป้าหมายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จะ ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย ลดอัตราป่วย ลดค่าใช้จ่าย และบริการสุขภาพได้มาตรฐานในภาคใต้ พบว่า มีโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๐,๓๒๒ รายต่อปี แบ่งเป็นเพศชาย ๔,๓๕๓ รายต่อปี เพศหญิง ๕,๗๘๘ รายต่อปี อุบัติการณ์โรคมะเร็งเมื่อจำแนกเป็นชนิดของโรคมะเร็ง พบว่า ในเพศชายพบมะเร็งปอดสูงเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน ๘๙๙รายต่อปี ในเพศหญิงพบว่า มะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน ๙๐๑ รายต่อปี รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก จำนวน ๗๓๘ รายต่อปี และมะเร็งลำไส้ จำนวน ๓๒๗ รายต่อปี และประมาณการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งแต่ละปี พบว่าในภาคใต้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ ๗,๐๑๘ รายต่อปี (จากสถิติทะเบียนมะเร็งในปี ๒๐๐๗ - ๒๐๐๙ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)

จังหวัดตรัง ในปี ๒๕๕๗ ที่มาจากรายงานมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งในจังหวัดตรังปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบว่า จำนวน ๔๓๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นอัตราการตาย ๗๖.๔๓, ๘๕.๔๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด, มะเร็งตับ, มะเร็งไม่ระบุตำแหน่ง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงได้แก่ มะเร็งปอดมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับในขณะที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกตำแหน่งมะเร็ง อีกทั้งมะเร็งรายใหม่ก็เกิดเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลโรงพยาบาลตรังปี ๒๕๕-๒๕๖๐ พบมะเร็งที่เข้ามารักษาตัวอันดับ ๑ คือ มะเร็งเต้านม อันดับ ๒ มะเร็งปอด อันดับ ๓ มะเร็งลำไส้ใหญ่ อันดับ ๔ มะเร็งปากมดลูก และอันดับ ๕ คือมะเร็งตับ

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**๓.๑ ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก**

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

| จังหวัดตรัง | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑(ต.ค.-ธ.ค.๒๕๖๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| มะเร็งเต้านม | ๘๗.๕ | ๗๐.๘๓ | ๘๐.๘๒ | ๖๘/๑๐๔=๖๕.๓๘ | ๘๐ | ๑๖/๒๒ | ๗๓ |
| มะเร้งลำไส้ใหญ่ | ๖๐ | ๖๖.๗ | ๘๘.๘๙ | ๓๘/๔๓=๘๘ | ๘๐ | ๔/๔ | ๑๐๐ |

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

| จังหวัดตรัง | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.-ธ.ค.๒๕๖๐) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | เป้าหมาย | ผลงาน | เป้าหมาย |
| มะเร็งเต้านม | ๗๕ | ๖๐.๔๘ | ๘๐.๘๘ | ๗๖/๘๙=๘๕ | ๘๐ | ๑๐/๑๔ | ๗๑ |
| มะเร้งลำไส้ใหญ่ | ๕๐ | ๖๐ | ๗๗.๓๓ | ๖/๑๐=๖๐ | ๘๐ | ๑/๒ | ๕๐ |

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

| จังหวัดตรัง | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.-ธ.ค.๒๕๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| มะเร็งเต้านม | N/A | N/A | N/A | ๓๐/๓๑=๙๖.๗๗ | ๖/๖=๑๐๐ |
| มะเร็งลำไส้ใหญ่ | N/A | N/A | N/A | NA | NA |

*ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

| ระยะโรค | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.-ธ.ค.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| ระยะที่๑,๒ | ๖๕.๓๙ | ๖๖ | ๖๙/๙๙=๖๙.๗ | ๗๓/๑๑๙=๖๑.๓๔ | ๔/๑๑=๓๖.๓๖ |
| ระยะที่๓,๔ | ๓๔.๘๘ | ๓๕ | ๓๐/๙๙=๓๐.๓ | ๔๖/๑๑๙=๓๘.๖๖ | ๗/๑๑=๖๓.๖๔ |

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

| ระยะโรค | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑(ต.ค.-ธ.ค.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| ระยะที่๑,๒ | ๑๓/๓๕=๓๗.๑๔ | ๑๔/๒๗=๕๑.๘๕ | ๔/๒๔=๑๖.๖๖ | ๑๖/๔๓=๓๗.๒๑ | ๑/๔=๒๕ |
| ระยะที่๓,๔ | ๒๒/๓๕=๖๒.๘๖ | ๑๓/๒๗=๔๘.๑๔ | ๒๐/๒๔=๘๓.๓๓ | ๒๗/๔๓=๖๒.๗๙ | ๓/๔=๗๕ |

- ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐

| อำเภอ | สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี | ได้รับการคัดกรอง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | คัดกรอง | ร้อยละ | คัดกรองด้วยตนเอง | ร้อยละ | คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๓๔,๕๓๕ | ๑๗,๖๔๐ | ๕๑.๐๘ | ๓,๒๙๐ | ๙.๕๓ | ๑๗,๖๔๐ | ๕๑.๐๘ |
| กันตัง | ๑๘,๒๙๘ | ๑๕,๒๖๘ | ๘๓.๔๔ | ๔,๐๙๑ | ๒๒.๓๖ | ๑๕,๒๖๘ | ๘๓.๔๔ |
| ย่านตาขาว | ๑๓,๔๑๗ | ๑๒,๒๓๘ | ๙๑.๒๑ | ๖๘๓ | ๕.๐๙ | ๑๒,๒๓๘ | ๙๑.๒๑ |
| ปะเหลียน | ๑๕,๑๔๗ | ๑๓,๔๗๗ | ๘๘.๙๗ | ๕,๗๙๕ | ๓๘.๒๖ | ๑๓,๔๗๗ | ๘๘.๙๗ |
| สิเกา | ๘,๒๐๙ | ๓,๒๘๑ | ๓๙.๙๗ | ๘๙๙ | ๑๐.๙๕ | ๓,๒๘๑ | ๓๙.๙๗ |
| ห้วยยอด | ๑๙,๖๑๒ | ๑๔,๒๖๔ | ๗๒.๗๓ | ๖๖ | ๐.๓๔ | ๑๔,๒๖๔ | ๗๒.๗๓ |
| วังวิเศษ | ๙,๐๒๑ | ๗,๔๕๔ | ๘๒.๖๓ | ๕,๒๑๑ | ๕๗.๗๗ | ๗,๔๕๔ | ๘๒.๖๓ |
| นาโยง | ๙,๙๔๒ | ๘,๖๑๙ | ๘๖.๖๙ | ๘,๓๘๕ | ๘๔.๓๔ | ๘,๖๑๙ | ๘๖.๖๙ |
| รัษฎา | ๖,๓๗๙ | ๕,๘๗๑ | ๙๒.๐๔ | ๑,๑๔๑ | ๑๗.๘๙ | ๕,๘๗๑ | ๙๒.๐๔ |
| หาดสำราญ | ๓,๔๓๐ | ๓,๑๙๗ | ๙๓.๒๑ | ๒,๓๓๐ | ๖๗.๙๓ | ๓,๑๙๗ | ๙๓.๒๑ |
| **รวม** | ๑๓๗,๙๙๐ | ๑๐๑,๓๐๙ | ๗๓.๔๒ | ๓๑,๘๙๑ | ๒๓.๑๑ | ๑๐๑,๓๐๙ | ๗๓.๔๒ |

**ที่มา :** HDC **วันที่**ประมวลผล :: ๓๐ ก.ย.๖๐

- ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐)

| อำเภอ | สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี | ได้รับการคัดกรอง | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | คัดกรอง | ร้อยละ | คัดกรองด้วยตนเอง | ร้อยละ | คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ | ร้อยละ |
| เมืองตรัง | ๓๔,๗๙๗ | ๕๙๒ | ๑.๗ | ๓๒ | ๐.๐๙ | ๕๙๒ | ๑.๗ |
| กันตัง | ๑๘,๕๕๒ | ๔,๔๖๘ | ๒๔.๐๘ | ๑,๒๘๗ | ๖.๙๔ | ๔,๔๖๘ | ๒๔.๐๘ |
| ย่านตาขาว | ๑๓,๕๙๑ | ๘,๙๑๔ | ๖๕.๕๙ | ๗,๙๒๙ | ๕๘.๓๔ | ๘,๙๑๔ | ๖๕.๕๙ |
| ปะเหลียน | ๑๕,๑๖๖ | ๖,๒๙๕ | ๔๑.๕๑ | ๔,๙๕๑ | ๓๒.๖๕ | ๖,๒๙๕ | ๔๑.๕๑ |
| สิเกา | ๘,๒๗๗ | ๓๔๓ | ๔.๑๔ | ๑๒๘ | ๑.๕๕ | ๓๔๓ | ๔.๑๔ |
| ห้วยยอด | ๑๙,๗๐๗ | ๑,๓๙๕ | ๗.๐๘ | ๕๖ | ๐.๒๘ | ๑,๓๙๕ | ๗.๐๘ |
| วังวิเศษ | ๙,๑๙๓ | ๑,๘๖๒ | ๒๐.๒๕ | ๑,๘๔๔ | ๒๐.๐๖ | ๑,๘๖๒ | ๒๐.๒๕ |
| นาโยง | ๙,๙๒๖ | ๒,๕๗๕ | ๒๕.๙๔ | ๒,๕๕๔ | ๒๕.๗๓ | ๒,๕๗๕ | ๒๕.๙๔ |
| รัษฎา | ๖,๓๖๙ | ๙ | ๐.๑๔ | ๑ | ๐.๐๒ | ๙ | ๐.๑๔ |
| หาดสำราญ | ๓,๔๕๖ | ๒๓๙ | ๖.๙๒ | ๓ | ๐.๐๙ | ๒๓๙ | ๖.๙๒ |
| **รวม** | ๑๓๙,๐๓๔ | ๒๖,๖๙๒ | ๑๙.๒๐ | ๑๘,๗๘๕ | ๑๓.๕๑ | ๒๖,๖๙๒ | ๑๙.๒๐ |

**ที่มา : HDC วันที่**ประมวลผล :: ๓ ม.ค.๖๑

- **โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมมูลนิธิกาญจนบารมีในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี**

  เป็นโครงการที่ให้มีการคัดกรองเต้านมและส่งผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมแมมโมแกรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

| รายการ | ๒๕๕๘(๑วัน) | ๒๕๕๙(๒วัน) |
|---|---|---|
| คัดกรองโดยพยาบาล (NCM) | ๕๐๑(๑๐๐%) | ๔๗๑(๑๐๐%) |
| คัดกรองโดยแพทย์ | ๕๙(๑๑.๗๗%) | ๑๕๐(๓๑%) |
| Mammogram & U/S | ๓๓(๖.๕๘%) | ๕๘(๑๒.๓๑%) |
| CA | ๓ (๐.๕๙%) พบระยะ ๒ ทั้งหมด | ๕ (๑.๐๖%) พบ ระยะ ๒ : ๒ คน และระยะ๓ : ๓ คน |

**จากตาราง** : พบว่า ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๕๙ เป็น ร้อยละ ๑.๐๖ และระยะโรคยังสูงอยู่คือระยะ ๒ และ ๓

- **ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีงบฯ ๒๕๕๘-๒๕๖๑** (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐)

| อำเภอ | จำนวนเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ ๕๘ | ปีงบประมาณ ๕๘ สะสมถึงปีงบประมาณ ๖๑ | ร้อยละ | ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | คัดกรองตรงตามเป้าหมาย | | | | คัดกรองนอกกลุ่มเป้าหมาย | | | คัดกรองซ้ำซ้อน |
| | | | | ทั้งหมด (คน) | ร้อยละ | PAP (คน) | VIA (คน) | ทั้งหมด (คน) | PAP (คน) | VIA (คน) | ทั้งหมด(คน) |
| เมืองตรัง | ๒๘,๓๔๔ | ๙,๔๑๕ | ๓๓.๒๒ | ๗๑ | ๐.๒๕ | ๗๑ | ๐ | ๕๑ | ๕๑ | ๐ | ๑๙๐ |
| กันตัง | ๑๕,๒๗๖ | ๖,๙๐๔ | ๔๕.๒ | ๑๓๓ | ๐.๘๗ | ๑๓๓ | ๐ | ๒๔ | ๒๔ | ๐ | ๔๔ |
| ย่านตาขาว | ๑๑,๐๐๐ | ๗,๐๓๓ | ๖๓.๙๔ | ๕๑๕ | ๔.๖๘ | ๕๑๕ | ๐ | ๗๗ | ๗๗ | ๐ | ๒๕๒ |
| ปะเหลียน | ๑๒,๔๐๐ | ๘,๘๔๙ | ๗๑.๓๖ | ๑๒๑ | ๐.๙๘ | ๑๒๑ | ๐ | ๔๒ | ๔๒ | ๐ | ๕๕ |
| สิเกา | ๖,๙๔๕ | ๔,๘๘๖ | ๗๐.๓๕ | ๖๙ | ๐.๙๙ | ๖๙ | ๐ | ๒๔ | ๒๔ | ๐ | ๒๗ |
| ห้วยยอด | ๑๖,๓๐๔ | ๑๑,๖๔๖ | ๗๑.๔๓ | ๖๒ | ๐.๓๘ | ๖๒ | ๐ | ๒๑ | ๒๑ | ๐ | ๒๗๙ |
| วังวิเศษ | ๗,๕๗๙ | ๔,๖๐๗ | ๖๐.๗๙ | ๓๘ | ๐.๕ | ๓๘ | ๐ | ๑๖ | ๑๖ | ๐ | ๒๕ |
| นาโยง | ๘,๐๔๓ | ๔,๒๖๔ | ๕๓.๐๒ | ๕๔ | ๐.๖๗ | ๕๔ | ๐ | ๓๑ | ๓๑ | ๐ | ๑๑๐ |
| รัษฎา | ๕,๓๐๐ | ๓,๒๑๐ | ๖๐.๕๗ | ๒ | ๐.๐๔ | ๒ | ๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๐ | ๑๗ |
| หาดสำราญ | ๒,๘๑๔ | ๑,๘๙๒ | ๖๗.๒๔ | ๑ | ๐.๐๔ | ๑ | ๐ | ๓ | ๓ | ๐ | ๐ |
| รวม | ๑๑๔,๐๐๕ | ๖๒,๗๐๖ | ๕๕.๐ | ๑,๐๖๖ | ๐.๙๔ | ๑,๐๖๖ | ๐ | ๒๙๙ | ๒๙๙ | ๐ | ๙๙๙ |

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๓ ม.ค.๖๑

- **คัดกรองมะเร็งลำไส้ ปี ๒๕๕๙ เริ่มทำการคัดกรองในอำเภอห้วยยอด**
  - ประชากรทั้งหมด ๗๓,๐๐๒ คน
  - ประชากรกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี = ๑๖,๒๔๓ คน

คัดกรอง colonoscopy ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๒-๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๖-๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐ ครั้งที่ 3 กรกฎาคม 2560-กันยายน 2560 *ครั้งที่ 3 FIT Test 2 ครั้ง

FIT TESTทั้งหมด ๔,๖๕๒ คน

| รายการ | จำนวน | % |
|---|---|---|
| FIT positive | ๔๒๒/๑๒๙๒ | ๓๒.๖๖ |
| นัดมาส่องกล้อง | ๒๗๖/๔๒๒ | ๖๕.๔๐ |
| colonoscopy | ๒๑๕/๒๗๖ | ๗๗.๘๙ |
| รอนัด | ๖๙ | |

ครั้งที่๓ (*ครั้งที่ 3 FIT Test 2 ครั้ง)

| รายการ | จำนวน | % |
|---|---|---|
| FIT positive ครั้งที่๑ | ๔๘๐/๓๓๖๐ | ๑๔.๒๘ |
| FIT positive ครั้งที่๒ | ๑๕๓/๓๔๒ | ๔๔.๗๓ |
| นัดมาส่องกล้อง | ๙๙/๑๕๓ | ๖๔.๗๐ |
| colonoscopy | ๙๙ | ๑๐๐ |

| รายการ | จำนวน | % |
|---|---|---|
| total | **๓๑๔** | ๑๐๐ |
| Total cancer | ๖ | **๑.๙** |
| Pre cancer | ๖๐ | ๑๙.๑ |
| polyp | ๖๓ | ๒๐.๑ |
| Total other | ๒๓ | ๗.๓ |
| normal | ๑๖๒ | ๕๑.๖ |

จากตาราง พบว่า ในเขตห้วยยอดพบ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๒๐.๔๖ ซึ่งลดการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใน ๕ ปีข้างหน้าได้ และพบมะเร็งลำไส้ในระยะที่ ๑ ร้อยละ ๑.๘๖

**ปัญหาและอุปสรรค**

๑) ขาดทีมแพทย์ศัลยกรรมในการ coloscopy ที่จะทำได้อย่างต่อเนื่อง
๒) ขาดเครื่องมือ Colonoscopy
๓) ระบบการคัดกรองไม่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ต่างไม่ชัดเจน

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

| เป้าหมายท้าทาย | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑. ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ | ๑. รณรงค์ให้มีความรู้ ๕ ทำ ๕ ไม่ห่างไกลมะเร็งและ ๗ สัญญาณอันตราย<br>๒. รณรงค์ให้มีความรู้ อาหารก่อมะเร็งสาเหตุการตรวจ การรักษาของมะเร็งชนิดต่างๆและวิธีป้องกัน<br>๓. รณรงค์ให้มีความรู้ ๓อ๒ส | ๑. ให้มีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการโปรแกรมวัคซีน (HBV HPV)<br>๒. ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุท้องถิ่น เสี่ยงตามสาย<br>๓. ให้มีตลาดนัดสุขภาพทุกอำเภอ | | | เขตสุขภาพ<br>จังหวัด<br>อำเภอ<br>ตำบล |
| ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ | ๑. เจ้าหน้าที่มีการอบรมการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ | ๑. พัฒนาฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ | | | เขตสุขภาพ<br>จังหวัด<br>อำเภอ<br>ตำบล |
| ๓. การค้นหาผู้ป่วยมะเร็ง<br>- เต้านม<br>- ปากมดลูก<br>- ลำไส้ใหญ่ | ๑. สตรีอายุ ๓๐.-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน<br>๒. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน<br>๓. กลุ่มเป้าหมายอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่(ตามโครงการที่จัด) | ๑. บูรณาการการตรวจคัดกรองในคราวเดียวกันในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูก<br>๒. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ทำตามโครงการที่กำหนด | | | เขตสุขภาพ<br>จังหวัด<br>อำเภอ<br>ตำบล |
| ๔. เครือข่ายบริการมีผู้จัดการผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี (Case manager)ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน | ๑. เครือข่ายบริการมีผู้จัดการผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี (case manager) สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมารฐาน | ๑. ผ่านการอบรมหลักสูตร ๑๐ วัน<br>๒. ได้รับหน้าที่ในการทำงานจากหน่วยงาน | | | เขตสุขภาพ<br>จังหวัด<br>อำเภอ<br>ตำบล |
| ๕. การรายงาน | ๑. มีข้อมูลผลการดำเนินการในฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา | ๑. ส่งข้อมูลในระบบอย่างครบถ้วนในHDC,TCB (Thai cancer base) | | | เขตสุขภาพ<br>จังหวัด<br>อำเภอ<br>ตำบล |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| การประเมินผลสำเร็จ | ๑. ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ<br>-ร้อยละของเครือข่ายมีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการ HBV HPV vaccine)<br>- ร้อยละของกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ๓/๑๐ ๓๐% | ๑. ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ<br>-ร้อยละของเครือข่ายมีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการ HBV HPV vaccine)<br>- ร้อยละของกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ๖/๑๐ ๖๐% | ๑. ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ<br>-ร้อยละของเครือข่ายมีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการ HBV HPV vaccine)<br>- ร้อยละของกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ๙/๑๐ ๙๐% | ๑. ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ<br>-ร้อยละของเครือข่ายมีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการ HBV HPV vaccine) ๑๐๐%<br>- ร้อยละของกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ๑๐/๑๐ ๑๐๐% |
| | ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ | - ร้อยละของหน่วยบริการที่มี จนท. ที่มีทักษะตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบ ร้อยละ ๑๐๐ | - ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความผิดปกติได้รับการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ ๑๐๐ | - ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อยร้อยละ ๘๐ |
| | ๓. การค้นหาผู้ป่วยมะเร็ง<br>- เต้านมร้อยละ ๓๐ ของกลุ่มเป้าหมาย<br>- ปากมดลูกร้อยละ<br>- ลำไส้ใหญ่ | ๓. กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง<br>- เต้านม<br>- ปากมดลูก<br>- ลำไส้ใหญ่ | ๓. กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง<br>- เต้านม<br>- ปากมดลูก<br>- ลำไส้ใหญ่ | ๓. กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง<br>- เต้านม<br>- ปากมดลูก<br>- ลำไส้ใหญ่ |
| | ๔. สำรวจและมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบ | ๔. สำรวจและมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบ | ๔. สำรวจและมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบ | ๔. สำรวจและมีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ในเขตรับผิดชอบ |
| | ๕. ให้ความรู้แกนนำ/อสม. และประชาชนกลุ่มเป้าหมายในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง | ๕. มีอสม.เชียวชาญในการตรวจเต้านม | ๕. มีอสม.เชียวชาญในการตรวจเต้านม | ๕. มีอสม.เชียวชาญในการตรวจเต้านม |

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

-

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ |
|---|---|
| ๑. จำนวนบุครากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ | ขอจัดสรรเครื่องมือเพิ่ม / ขอแพทย์บางเวลามาช่วย |
| ๒. ประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย | ติดป้ายรณรงค์ ๕ ทำ ๕ไม่ ๗ สัญญาณอันตรายให้เข้าถึงประชาขนในที่สาธารณ สถานประกอบการต่างๆ |
| ๓. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ | ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงสถานประกอบการและมีช่องทางด่วนในเข้ามาบริการได้ง่าย |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) การรณรงค์ต้องทำอย่างยั่งยืนต้องใช้งบประมาณที่จำกัดแต่ให้ส่งผลยั่งยืน
๒) เปลี่ยนทัศนคติประชาชนดูแลเฝ้าระวังก่อนเป็นมะเร็งให้มากกว่าเป็นมะเร็งเป็นแล้วต้องตาย
๓) การคัดกรองเป็นงานที่ต้องทำอย่างจริงจังต้องใช้คนจำนวนมากต้องผลักดันทั้งระบบ

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

๑) จัดให้มี Nurse case manager ระดับอำเภอ
๒) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรมาธารณสุข (CBE)
๓) ระบบ one stop service.ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
๔) บูรณาการการตรวจมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในคราวเดียวกัน
๕) มีศูนย์มะเร็งประสานส่งต่อข้อมูล และทำทะเบียนมะเร็ง

ผู้รายงาน นางกษมภัฏ สวัสดิรักษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๖๑ – ๔๐๒๕๑๑๗
Email: tonaow_cakesom@hotmail.co.th
ข้อมูล ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) Service outcome สาขาไต**

ตัวชี้วัด : ๒๐ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m๒/yr

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
๒. การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม
๓. การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
๔. การจัดบริการ Palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

จังหวัดตรังตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตรายใหม่ลดลง โดยผลงานปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๒๕.๔๗ , ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๒๕.๒๔ และปี ๒๕๖๑(๒ เดือน) ร้อยละ ๑๘.๐๗

- ตารางแสดง ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD)ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ (๒ เดือน)

| อำเภอ | ปีงบฯ ๒๕๖๐ | | | ❖ ปีงบฯ ๒๕๖๑ (๒ เดือน) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ผู้ป่วย DM/HT | | | ผู้ป่วย DM/HT | | |
| | ทียังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต | เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ | อัตรา (๑๐๐) | ทียังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต | เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ | อัตรา (๑๐๐) |
| เมืองตรัง | ๕๕๑ | ๙๒ | ๑๖.๗ | ๙๕๗ | ๑๔๕ | ๑๕.๑๕ |
| กันตัง | ๑,๘๙๑ | ๔๐๑ | ๒๑.๒๑ | ๒,๘๗๓ | ๕๔๓ | ๑๘.๙ |
| ย่านตาขาว | ๒,๓๙๐ | ๕๗๓ | ๒๓.๙๗ | ๑,๕๘๓ | ๓๒๑ | ๒๐.๒๘ |
| ปะเหลียน | ๒,๖๘๒ | ๓๓๙ | ๑๒.๖๔ | ๑,๕๖๙ | ๑๕๓ | ๙.๗๕ |
| สิเกา | ๑,๑๖๑ | ๑๓๗ | ๑๑.๘ | ๗๓ | ๑๕ | ๒๐.๕๕ |
| ห้วยยอด | ๔,๑๗๕ | ๗๙๖ | ๑๙.๐๗ | ๑,๘๘๔ | ๓๔๖ | ๑๘.๓๗ |
| วังวิเศษ | ๒,๐๓๘ | ๓๘๐ | ๑๘.๖๕ | ๒๗๑ | ๗๖ | ๒๘.๐๔ |
| นาโยง | ๒,๕๗๕ | ๑,๖๗๔ | ๖๕.๐๑ | ๓๑๔ | ๕๙ | ๑๘.๗๙ |
| รัษฎา | ๑,๑๑๒ | ๑๕๑ | ๑๓.๕๘ | ๑๒๙ | ๒๐ | ๑๕.๕ |
| หาดสำราญ | ๓๒๔ | ๒๒๘ | ๗๐.๓๗ | ๘๑๑ | ๒๑๓ | ๒๖.๒๖ |
| **รวม** | ๑๘,๘๙๙ | ๔,๗๗๑ | ๒๕.๒๔ | ๑๐,๔๖๔ | ๑,๘๙๑ | ๑๘.๐๗ |

**แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๙ ธ.ค.๖๐**

ปี ๒๕๖๐ จังหวัดตรัง พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๒๕.๒๔ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๑๘,๘๙๙ พบผลเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน ๔,๗๗๑ ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่สูงสุดคือ อำเภอหาดสำราญ รองลงมาอำเภอนาโยง ๗๐.๓๗ และ ๖๕.๐๑ ตามลำดับ

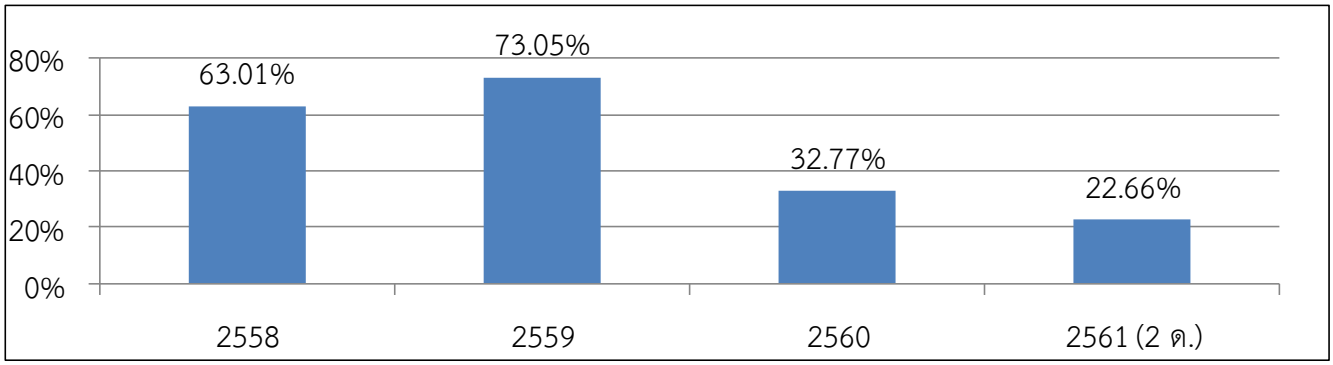
๑) การคัดกรองโรคไต

KPI CKD ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ เป้าหมาย ≥๘๐%, ปี ๒๕๖๐ : ≥๙๐%

| ปี | ผู้ป่วย DM/HT | ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง | คิดเป็น % |
|---|---|---|---|
| ๒๕๕๘ | ๖๐,๐๕๖ | ๓๗,๘๓๙ | ๖๓.๐๑% |
| ๒๕๕๙ | ๕๙,๙๕๙ | ๔๓,๘๐๒ | ๗๓.๐๕% |
| ๒๕๖๐ | ๕๗,๖๖๖ | ๑๘,๘๙๙ | ๓๒.๗๗% |
| ๒๕๖๑ (๒ ด.) | ๕๓,๔๕๙ | ๑๒,๑๑๖๔ | ๒๒.๖๖% |

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๙ ธ.ค.๖๐

- **กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๑ เป้าหมาย ≥ ๘๐%ปี, ๒๕๖๐ ≥๙๐%**




แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๙ ธ.ค.๖๐

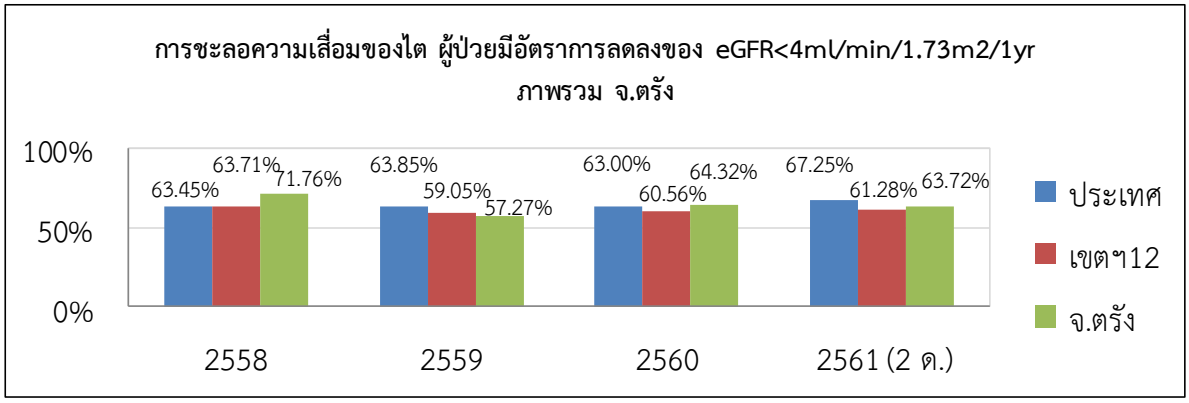
**๒) การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม**

KPI CKD ๒.๓ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ $m^{๒}$/yr

- ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๕๙ เป้าหมาย ๕๐%
- ปี ๒๕๖๐ เป้าหมาย ≥๖๕% , ปี ๒๕๖๑ เป้าหมาย ≥๖๖%

| ปีงบประมาณ | ผู้ป่วย CKD | eGFR< ๔ | คิดเป็น (%) |
|---|---|---|---|
| ๒๕๕๘ | ๕,๓๖๘ | ๓,๘๕๒ | ๗๑.๗๖ |
| ๒๕๕๙ | ๘,๗๙๔ | ๕,๐๓๖ | ๕๗.๒๗ |
| ๒๕๖๐ | ๕,๗๖๓ | ๓,๗๐๗ | ๖๔.๓๒ |
| ๒๕๖๑(๒ ด.) | ๒,๙๑๑ | ๑,๘๕๕ | ๖๓.๗๒ |

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๙ ธ.ค.๖๐




**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

๑. ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓$m^2$/yr
(เป้าหมาย: ≥๖๕% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ๒๕๖๐)(เป้าหมาย: ≥๖๖% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ๒๕๖๑)

| โรงพยาบาล | ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ Creatinine / มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า | | ได้รับการตรวจcreatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง< ๔ | | ร้อยละ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (๒ ด.) | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (๒ ด.) | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (๒ ด.) |
| A : โรงพยาบาลตรัง | ๑,๔๕๔ | ๔๓๓ | ๘๖๕ | ๒๙๑ | ๕๙.๔๙ | ๖๗.๒๑ |
| M๒ : โรงพยาบาลห้วยยอด | ๕๘๓ | ๓๕๒ | ๔๑๙ | ๒๖๙ | ๗๑.๘๗ | ๗๖.๔๒ |
| F๑ : โรงพยาบาลย่านตาขาว | ๖๔๓ | ๕๒๘ | ๔๕๒ | ๓๓๓ | ๗๐.๓ | ๖๓.๐๗ |
| F๑ : โรงพยาบาลกันตัง | ๗๓๘ | ๔๑๓ | ๕๐๐ | ๒๖๘ | ๖๗.๗๕ | ๖๔.๘๙ |
| F๒ : โรงพยาบาลปะเหลียน | ๗๔๖ | ๔๖๙ | ๔๕๒ | ๒๗๑ | ๖๐.๕๙ | ๕๗.๗๘ |
| F๒ : โรงพยาบาลสิเกา | ๘๒ | ๓๘ | ๕๗ | ๒๗ | ๖๙.๕๑ | ๗๑.๐๕ |
| F๒ : โรงพยาบาลวังวิเศษ | ๓๘๐ | ๒๖๑ | ๒๖๒ | ๑๗๓ | ๖๘.๙๕ | ๖๖.๒๘ |
| F๒ : โรงพยาบาลนาโยง | ๗๒๓ | ๓๑๑ | ๔๕๐ | ๑๔๗ | ๖๒.๒๔ | ๔๗.๒๗ |
| F๒ : โรงพยาบาลรัษฎา | ๓๙๘ | ๑๐๐ | ๒๔๔ | ๗๓ | ๖๑.๓๑ | ๗๓ |
| F๓ : โรงพยาบาลหาดสำราญ | ๑๖ | ๖ | ๖ | ๓ | ๓๗.๕ | ๕๐ |
| รวม | ๕,๗๖๓ | ๒,๙๑๑ | ๓,๗๐๗ | ๑,๘๕๕ | ๖๔.๓๒ | ๖๓.๗๒ |

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล ๒๙ ธ.ค.๖

**อภิปรายผลจากตาราง**

ผลการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๒ $m^2$/yr ในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๐ ผลงานยังไม่ได้ตามเป้าหมาย(๖๕%) ผลงานร้อยละ ๖๔.๓๒ พื้นที่เครือข่ายอำเภอห้วยยอดมีอัตราการชะลอไตเสื่อมสูงสุดร้อยละ ๗๑.๘๗ รองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๗๐.๓ และอัตราการชะลอไตเสื่อมต่ำสุดพื้นที่อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๓๗.๕ และรองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอเมืองตรัง ร้อยละ ๕๙.๔๙

## ❖ งานไตเทียม

- การรักษาบำบัดทดแทนไตจังหวัดตรัง ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๑

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑. จำนวนเครื่องไตเทียม | | | | | | |
| - รพ.ตรัง | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ | ๑๐ |
| - รพ.ห้วยยอด | | ๐ | ๔ | ๕ | ๖ | ๖ |
| -รพ.ตรังรวมแพทย์ | | ๘ | ๘ | ๘ | ๑๔ | ๑๔ |
| -รพ.วัฒนแพทย์ | | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ |
| | | | | | | **รวม ๓๘ เครื่อง** |
| ๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟอกเลือด | | | | | | |
| ● รพ.ตรัง | | | | | | |
| - Chronic | | ๔๐ | ๔๘ | ๔๘ | ๕๐ | ๔๐ |
| - Acute | | ๑๕๐ | ๑๙๐ | ๒๑๕ | ๑๓๖ | ๔๘ |
| | | | | | | **รวม ๘๘ คน** |
| ● รพ.ห้วยยอด | | ๐ | ๒๐ | ๓๒ | ๔๔ | ๔๘ |
| ● รพ.ตรังรวมแพทย์ | | | | ๖๐ | ๘๖ | ๘๖ |
| ● รพ.วัฒนแพทย์ | | | | ๖๔ | ๕๒ | ๔๘ |
| | | | | | | **รวม ๑๘๒ คน** |
| ๓. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง(CAPD) | | | | | | |
| - รพ.ตรัง | | ๖๔ | ๖๗ | ๖๘ | ๘๐ | ๘๐ |
| - รพ.ห้วยยอด | | ๐ | ๗ | ๑๓ | ๒๐ | ๒๒ |
| | | | | | | **รวม ๙๔ ราย** |
| ๔. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต | - | - | - | - | ๑ | - |
| ๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการฟอกเลือดในเวลาที่กำหนด | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| ๖. Unplanned dialysis | | NA | ๙๘% | ๘๘.๘๙% | ๙๒.๗๔% | ๘๓.๘๗% |
| ๗. ระยะเวลารอคอยทำ Vascular Access(<๒ เดือน)จำนวนราย | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% | ๑๐๐% |
| ๖. จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดทำ Vascular Access | | ๒๗ | ๑๔ | ๒๑ | ๑๖ | ๓ |

❖ จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๘-๒๕๖๐(๒ เดือน)

| ผู้ป่วย | ๒๕๕๘ | | ๒๕๕๙ | | ๒๕๖๐ | | ๒๕๖๑ | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ราย | ครั้ง | ราย | ครั้ง | ราย | ครั้ง | ราย | ครั้ง |
| ๑. Case chronic | ๔๘ | ๓,๘๔๐ | ๔๘ | ๓,๙๙๑ | ๕๐ | ๔,๐๖๗ | ๔๘ | ๙๙๙ |
| ๒. Case acute | ๑๙๐ | ๘๕๙ | ๒๑๕ | ๘๒๒ | ๑๓๖ | ๙๘๐ | ๔๘ | ๒๙๕ |

❖ **จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง(CAPD) : มีการให้บริการในรพ.ตรัง และรพ.ระดับ M๒ (รพ.ห้วยยอด)**

| ผู้ป่วย | ปีงบประมาณ | | | |
|---|---|---|---|---|
| | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ |
| ๑. CAPD | ๖๗ | ๖๘ | ๘๐ | ๘๐ |

- **ข้อมูลด้านบุคลากรสาขาไตจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๑**

| บุคลากร | รพ.ตรัง | รพ.ห้วยยอด | รพ.ตรังรวมแพทย์ | รพ.วัฒนแพทย์ | รวมจังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑. แพทย์โรคไต | ๓ | ๐ | ๐ | ๐ | ๓ |
| ๒. แพทย์ไตเทียม ๔ เดือน | - | - | - | - | - |
| ๓. แพทย์วางสายทางช่องท้อง | ๒ | - | - | - | ๒ |
| ๔. พยาบาลไตเทียม | ๖ | ๑+RN๑ | ๕ | ๓+RN๑ | ๑๕/RN๒ |
| ๕. พยาบาล CAPD (๔ เดือน) | ๒ | ๑ | - | - | ๓ |
| ๖. พยาบาล CAPD (๑ สัปดาห์) | ๒ | รพ.กันตัง ๑ คน | - | - | ๓ |

จังหวัดตรังมีหน่วยไตเทียมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis) ๔ แห่ง คือโรงพยาบาลตรังโรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลตรังรวมแพทย์ โรงพยาบาลวัฒนแพทย์ และมีหน่วยบริการที่ให้บริการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลห้วยยอด

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม/เบิกได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกวิธีการบำบัดรักษาทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยเครื่องไตเทียม งานไตเทียมโรงพยาบาลตรัง จะฟอกเลือดให้ผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อนจนอาการพ้นวิกฤติ หลังจากนั้นจะส่งผู้ป่วยไปฟอกเลือดโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยสมัครเข้าคิวไว้ ส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกบำบัดรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้อง งานไตเทียมจะ Training ผู้ป่วยจนสามารถกลับไปล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้าน และนัดมา Follow up ตามอาการ ๑-๒ เดือน สำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอห้วยยอด หลังจากใส่ราย Tenchkoff แล้วจะส่งผู้ป่วยไป Training ที่ รพ.ห้วยยอด

## ๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2561

| เป้าหมายท้าทาย | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | | | | | |
| ๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง<br>≥ ๙๐% | - ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุกราย ต้องได้รับการประเมิน eGFR และ Proteinuria อย่าน้อยปีละ ๑ ครั้ง | - รณรงค์คัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทุก รพ.สต./ รพช. เครือข่าย รพ.ตรัง ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง โดยผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินทั้ง eGFR และ Proteinuria | | ๑ ต.ค. ๖๐<br>-๓๐ ก.ย.<br>๖๑ | - ทีมปฐมภูมิ<br>- ทีมเวชกรรมสังคม<br>ทีม PCU |
| ๒. การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ ml / min /๑.๗๓ m²/ yr = ๖๕% | - มีการดำเนินการ CKD Clinic ทุก รพช. โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ<br>- ผู้ป่วยไตเสื่อมตามคลินิกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลตรังนำมาเข้า CKD Clinic | - โครงการพัฒนาศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อชะลอไตเสื่อม<br>- แนวทางการปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง นอกคลินิก<br>- มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย CKD นอกคลินิก นำเข้ามา CKD Clinic<br>- โครงการส่งเสริมสุขสุขภาพไตในสถานศึกษา กลุ่มเยาวชนและผู้ใหญ่ | -เงินบำรุง รพ.ตรัง ๔๐,๐๐๐ บาท | ๑ ต.ค. ๖๐<br>-๓๐ ก.ย.<br>๖๑<br><br>มีนาคม ๖๑ | งานไตเทียม<br><br>- อายุรแพทย์โรคไต<br>- พยาบาล OPD<br><br>งานไตเทียม |
| ๓. การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไตการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการล้างไตทางช่องท้อง | - ผู้ป่วย ESRD ทุกรายได้รับการให้คำปรึกษา เรื่องการบำบัดทดแทนไต<br>- สร้างระบบ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วย CAPD ภายในจังหวัดให้กระจายไปตามอำเภอต่าง ๆ<br>-ผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสามารถใช้บริการหน่วยไตเทียม ของเอกชนได้ในราคาใกล้เคียงกับ รพ.ของรัฐ | - กิจกรรมให้คำปรึกษาการบำบัดทดแทนไต<br>- โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย<br>- จัดทำ แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรัง<br>- ทำหนังสือส่งต่อไปฟอกเลือดที่โรงพยาบาลเอกชน ในกรณีผู้ป่วยเบิกราชการ และประกันสังคม สามารถเบิกได้ตามสิทธิ์ | | ๑ ต.ค. ๖๐<br>-๓๐ ก.ย.<br>๖๑ | งานไตเทียม |
| ๔. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ลดลง<br>๕ % | - ผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทำ CAPD หรือ HD เสนอทางเลือกการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรัง แบบองค์รวม ชนิดประคับ ประคอง<br>- ประสานงานกับหน่วยงาน Palliative care ร่วมดูแลผู้ป่วย | - โครงการให้ความรู้ บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ประสงค์จะงดเว้นการบำบัดทดแทนไต | | ๑ ต.ค. ๖๐<br>-๓๐ ก.ย.<br>๖๑ | งานไตเทียม<br>งาน Palliative care |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| | ๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๖๐% | | ๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๗๐% | ๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๘๐% | ๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๙๐% |
| | ๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml /min /๑.๗๓ $m^2$/yR ๔๐% | | ๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml /min /๑.๗๓ $m^2$/ yR ๕๐% | ๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ $m^2$/yR ๖๐% | ๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml /min /๑.๗๓ $m^2$/yR ๖๕% |
| | ๓. จำนวนผู้ป่วย ESRD ได้รับการทำ CAPD และ HD | | ๓. จำนวนผู้ป่วย ESRD ได้รับการทำ CAPD และ HD | ๓. จำนวนผู้ป่วย ESRD ได้รับการทำ CAPD และ HD | ๓. จำนวนผู้ป่วย ESRD ได้รับการทำ CAPD และ HD |
| | ๔. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ลดลง ๕% | | ๔. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ลดลง ๕% | ๔. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ลดลง ๕% | ๔. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ลดลง ๕% |

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

๑) ผู้ป่วย DM/HT เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น จากการควบคุมโรคได้ไม่ดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคหวาน มัน เค็ม การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคไตเรื้อรังยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

๒) บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลทุกแห่งมีไม่เพียงพอ และโรงพยาบาลหาดสำราญยังไม่มีคลินิกชะลอไตเสื่อม

๓) พัฒนา CKD คลินิก ให้มีคุณภาพครอบคลุมในระดับ รพ.สต

๔) การส่งข้อมูลในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD ให้เครือข่ายมีการตอบกลับมาน้อย

๕) การพัฒนาระบบ Palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ยังไม่มีรูปแบบและการดูแลที่ชัดเจน

๖) การขยายบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีข้อจำกัดในเรื่อง สถานที่ ไม่สามารถขยับขยายได้

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. เครือข่ายโรงพยาบาลตรังในเขตเทศบาล นอกเขตเทศบาล ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง มีการคัดกรองต่ำ ๓.๙๒% ข้อมูล ๒๐ ต.ค.๖๐ เนื่องจากต้องมีการประเมิน ทั้ง Cr และ Proteinuria แต่เครือข่ายประเมิน Cr อย่างเดียว | |

| | |
|---|---|
| ๒. การชะลอไตเสื่อมโรงพยาบาลตรังต่ำกว่าเกณฑ์ได้ ๕๗.๙% ข้อมูล ๒๐ ต.ค. ๖๐ มีผู้ป่วยไตเสื่อมตามคลินิกต่างๆ ไม่ได้รักษาใน CKD Clinic | |
| ๓. ผู้ป่วย Unplan Dialysis ต่ำกว่าเกณฑ์ (ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียม Vascular) access ก่อนเริ่มทำ RRT เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตัดสินใจ ในการบำบัดทดแทนไต | |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

- โครงการ “กิจกรรมวันไตโลกดีเด่น ประจำปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ และได้รับรางวัลจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย”

ผู้รายงาน นางโสภา บุญมณีประเสริฐ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๙-๕๙๑๐๔๙๑
e-mail so.paboon@hotmail.com

และ

ผู้รายงาน น.ส.นิภาภัทร พานิชกุล
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๗๕-๒๐๑๕๐๐-๒๑๒๐
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ**

ตัวชี้วัด : ๑.๑ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

M ๒๑ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ :**

๑. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

๒. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

จากฐานข้อมูลโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand ปี ๒๕๖๐ จังหวัดตรัง พบผู้สูงอายุ ๖๐ปี ขึ้นไปทั้งหมด ๘๓,๒๗๑ ราย ได้รับการคัดกรองสายตา ๓๙,๗๓๘ ราย คิดเป็นร้อยละ๔๗.๗๒ ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด(Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐)ร้อยละ ๙๗.๐๙ และผู้ป่วยต้อกระจกชนิด Low vision cataract ได้รับการผ่าตัดใน ๙๐ วัน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ผลงานร้อยละ ๙๗.๗๑ เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานจังหวัดตรัง การคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ไม่ผ่านเกณฑ์ (๗๐%) ปัญหาส่วนหนึ่งมาจากมีการผ่าตัดได้ตามเป้าหมายแต่ขาดการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand ส่งผลให้ข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

**๓.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา โดย รพ./รพสต. (≥ร้อยละ๗๐) จังหวัดตรัง**

| อำเภอ | ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป | | ผลการคัดกรองสายตา | | อัตรา/ร้อยละ | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ |
| เมืองตรัง | ๒๑,๔๘๘ | ๒๒,๐๙๑ | ๕,๔๗๐ | ๑๒๗ | ๒๕.๔๖% | ๐.๕๗ |
| กันตัง | ๑๐,๙๒๗ | ๑๑,๓๔๑ | ๔,๔๓๘ | ๔๑ | ๔๐.๖๑% | ๐.๓๖ |
| ย่านตาขาว | ๘,๒๓๐ | ๘,๖๐๑ | ๗,๑๓๕ | ๔๑ | ๘๖.๗๐% | ๐.๔๘ |
| ปะเหลียน | ๙,๑๔๖ | ๙,๖๗๐ | ๖,๐๗๒ | ๔๔ | ๖๖.๓๙% | ๐.๔๖ |
| สิเกา | ๔,๑๕๙ | ๔,๓๖๘ | ๒,๗๑๘ | ๑๖ | ๖๕.๓๕% | ๐.๓๗ |
| ห้วยยอด | ๑๒,๒๑๖ | ๑๑,๙๐๓ | ๙,๙๐๓ | ๖๐ | ๘๑.๐๗% | ๐.๕๐ |
| วังวิเศษ | ๕,๒๑๑ | ๕,๓๙๗ | ๘๙ | ๑๘ | ๑.๗๑% | ๐.๓๓ |
| นาโยง | ๖,๔๘๘ | ๗,๐๔๑ | ๘๒๖ | ๒๑ | ๑๒.๗๓% | ๐.๓๐ |
| รัษฎา | ๓,๔๒๒ | ๓,๖๐๗ | ๒,๓๓๒ | ๒๔ | ๖๘.๑๕% | ๐.๖๗ |
| หาดสำราญ | ๑,๙๘๔ | ๒,๑๒๐ | ๗๕๕ | ๒ | ๓๘.๐๕% | ๐.๐๙ |
| **รวม** | ๘๓,๒๗๑ | ๘๖,๑๓๓ | ๓๙,๗๓๘ | ๓๙๔ | ๔๗.๗๒% | ๐.๔๖ |

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

**๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐)**

**ประชากรเป้าหมาย ปี ๒๕๖๑ UC = ๙๓๐ ราย : Non UC=๒๑๘ ราย**

| อำเภอ | ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป | ผ่าตัดต้อกระจก Low vision | | ผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน | ร้อยละ | ผ่าตัดต้อกระจก Blinding | | ผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | UC | Non UC | | | UC | Non UC | | |
| เมืองตรัง | ๒๒,๐๙๑ | ๒๔ | ๑๙ | ๔๓ | ๑๐๐ | ๔๒ | ๑๖ | ๕๖ | ๙๖.๕๕ |
| กันตัง | ๑๑,๓๔๑ | ๕ | ๓ | ๘ | ๑๐๐ | ๑๘ | ๐ | ๑๘ | ๑๐๐ |
| ย่านตาขาว | ๘,๖๐๑ | ๓ | ๗ | ๑๐ | ๑๐๐ | ๒๑ | ๘ | ๒๙ | ๑๐๐ |
| ปะเหลียน | ๙,๖๗๐ | ๘ | ๔ | ๑๒ | ๑๐๐ | ๒๒ | ๑ | ๒๒ | ๙๕.๖๕ |
| สิเกา | ๔,๓๖๘ | ๒ | ๑ | ๓ | ๑๐๐ | ๕ | ๑ | ๖ | ๑๐๐ |
| ห้วยยอด | ๑๑,๙๐๓ | ๓ | ๖ | ๙ | ๑๐๐ | ๑๘ | ๙ | ๒๗ | ๑๐๐ |
| วังวิเศษ | ๕,๓๙๗ | ๙ | ๐ | ๙ | ๑๐๐ | ๘ | ๓ | ๑๐ | ๙๐.๙๑ |
| นาโยง | ๗,๐๔๑ | ๓ | ๑ | ๔ | ๑๐๐ | ๗ | ๒ | ๙ | ๑๐๐ |
| รัษฎา | ๓,๖๐๗ | ๒ | ๑ | ๓ | ๑๐๐ | ๔ | ๑ | ๕ | ๑๐๐ |
| หาดสำราญฯ | ๒,๑๒๐ | ๐ | ๒ | ๒ | ๑๐๐ | ๓ | ๐ | ๓ | ๑๐๐ |
| ต่างจังหวัด | - | ๑ | ๒ | ๓ | ๑๐๐ | ๒ | ๒ | ๔ | ๑๐๐ |
| **รวมจังหวัด** | ๘๖,๑๓๙ | ๖๐ | ๔๖ | ๑๐๖ | ๑๐๐ | ๑๕๐ | ๔๓ | ๑๘๙ | ๙๗.๙๓ |

ที่มา : ข้อมูลจากสถิติบริการการผ่าตัดต้อกระจก จังหวัดตรัง วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

**๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เกณฑ์ ๖๐%)**

| อำเภอ | ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Type area ๑,๓ | | | ผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการจากแฟ้ม Chronic FU | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | จำนวนผู้ป่วย | ได้รับการตรวจ | % | จำนวนผู้ป่วย | ได้รับการตรวจ | % |
| เมืองตรัง | ๕,๖๒๗ | ๓๓๘ | ๖.๐๑ | ๔,๒๒๐ | ๖๐๑ | ๑๔.๒๔ |
| กันตัง | ๓,๐๒๘ | ๙๐๖ | ๒๙.๙๒ | ๒,๓๘๕ | ๙๕๙ | ๔๐.๒๑ |
| ย่านตาขาว | ๒,๕๖๐ | ๑,๔๖๙ | ๕๗.๓๘ | ๒,๒๒๘ | ๑,๖๘๑ | ๗๕.๔๕ |
| ปะเหลียน | ๒,๕๑๖ | ๙๖ | ๓.๘๒ | ๑,๓๙๓ | ๓๐ | ๒.๑๕ |
| สิเกา | ๑,๓๔๓ | ๑๓ | ๐.๙๗ | ๖๘๖ | - | - |
| ห้วยยอด | ๓,๑๒๓ | ๓๒๒ | ๑๐.๓๑ | ๒,๐๒๙ | ๓๐๕ | ๑๕.๐๓ |
| วังวิเศษ | ๑,๔๘๙ | ๑๔ | ๐.๙๔ | ๘๒๑ | - | - |
| นาโยง | ๑,๖๓๔ | ๑๕ | ๐.๙๒ | ๑,๓๙๑ | - | - |
| รัษฎา | ๑,๒๖๑ | ๖ | ๐.๔๘ | ๖๕๘ | - | - |
| หาดสำราญ | ๖๒๘ | ๑๒ | ๑.๙๑ | ๕๓๙ | - | - |
| **รวมจังหวัด** | ๒๓,๒๐๙ | ๓,๑๙๑ | ๑๓.๗๕ | ๑๖,๓๕๐ | ๓,๕๗๖ | ๒๑.๘๗ |

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC : วันที่ประมวลผล :: **๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐**

**๓.๔ ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน (High risk DR : ผป. DM ขึ้นจอประสาทตาชนิดรุนแรงได้รับการรักษาด้วย LASER) ร้อยละ ๑๐๐**

**๓.๕ อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ๒๕๖๐ | ปีงบฯ ๒๕๖๑ | | | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | ต.ค. | พ.ย. | ธ.ค. | |
| ๑. | ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๑๐๐) (High risk DR : ผป.DM ขึ้นจอประสาทตาชนิดรุนแรงได้รับการรักษาด้วย LASER) | เป้าหมาย | | | | | |
| | | ผลงาน | ๑๖๙ | ๑๕ | ๑๑ | ๑๔ | ๔๐ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| ๒. | อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐) | เป้าหมาย | | | | | |
| | | ผลงาน | ๘๙(๙๐) | ๗ | ๘ | ๖ | ๒๑ |
| | | อัตรา/ร้อยละ | ๙๘.๘๘ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |

**๓.๖ อัตราการวัดสายตาในเด็กนักเรียน ป.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ จังหวัดตรัง**

| อำเภอ | สรุปโครงการเด็กไทยสายตาดี ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | นักเรียนทั้งหมด | ได้รับการคัดกรอง | การแปรผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น | | |
| | | | ผิดปกติ | พบจักษุแพทย์ | ได้แว่น |
| เมืองตรัง | ๒,๗๙๔ | ๒,๕๘๓ | ๒๑๑ | ๑๔๓ | ๗๗ |
| ห้วยยอด | ๑,๔๘๘ | ๑,๔๖๕ | ๒๓ | ๒๐ | ๑๑ |
| ย่านตาขาว | ๗๕๖ | ๗๕๐ | ๑ | ๑ | ๑ |
| กันตัง | ๑,๒๖๙ | ๑,๒๕๐ | ๑๙ | ๑๒ | ๑๒ |
| ปะเหลียน | - | - | ๐ | ๐ | ๐ |
| สิเกา | ๕๒๕ | ๕๐๔ | ๒๑ | ๑๓ | ๙ |
| วังวิเศษ | ๖๑๔ | ๖๐๖ | ๑๑ | ๘ | ๕ |
| นาโยง | ๓๘๙ | ๓๘๗ | ๒ | ๒ | ๑ |
| รัษฎา | ๓๙๙ | ๓๙๓ | ๖ | ๔ | ๑ |
| หาดสำราญฯ | ๑๘๙ | ๑๘๖ | ๓ | ๓ | ๐ |
| **รวมจังหวัด** | **๘,๔๒๓** | **๘,๑๒๔** | **๒๙๗** | **๒๐๖** | **๑๑๗** |
| **อัตรา/ร้อยละ** | **-** | **๘๘.๐๕** | **๓.๖๖** | **๖๙.๖๙** | **๕๖.๘๐** |

**อภิปรายผลจากตาราง**

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดตรังมีสถานบริการที่สามารถผ่าตัดต้อกระจก ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลตรังและ รพช.นาโยง มีเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus camera) ที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖ เครื่อง ใช้ระบบหมุนเวียนเครื่องร่วมกันในการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และมีเครื่องวัดความดันลูกตาอัตโนมัติ ที่ รพช. จำนวน ๒ เครื่อง เพื่อคัดกรองต้อหินในประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทำให้สามารถเพิ่มศักยภาพในการให้บริการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการคัดกรองโรคต้อหิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายของการดำเนินงานตาม Service Plan สาขาตา คือ ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ ≥ร้อยละ ๘๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๖๖๑ (ต.ค.-ธ.ค. ๖๑) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมด ๒๙๙ ราย ผู้ป่วย Low vision ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน จำนวน ๑๐๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เฉลี่ยอยู่ที่ ๙.๖๗ วัน ผู้ป่วย blinding cataract ได้มีจำนวน ๑๙๓ ราย รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๑๘๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๙๓ เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๑ วัน และร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา โดยรพ./รพสต.(เกณฑ์≥ร้อยละ ๗๐) จังหวัดตรัง ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๐.๔๖ เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับการคีย์ข้อมูลการคัดกรอง

อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ผลงานร้อยละ ๑๐๐ มีทารก ๐ รายที่ไม่สามารถตรวจ ROP

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในระยะเวลาที่กำหนด ๘๐% | -มีการคัดกรองเชิงรุก<br>-มีช่องทางด่วน (Fast tract) สำหรับ Blinding Cataract<br>-ใช้ห้องผ่าตัดของ รพช.<br>-รพสต.รพช.สามารถลงข้อมูลในโปรแกรม ๒๐๒๐ ได้ครบถ้วน | -ทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่(EYE Nurse) ทุก รพช.ปีละ ๑ ครั้ง | ๑๕,๐๐๐ บาท | เดือน กุมภาพันธ์ | เขตสุขภาพ-จังหวัด-อำเภอ-ตำบล |
| | | | -ทบทวนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ (EYE Nurse)ทุก รพช.ปีละ ๑ ครั้ง<br>-บูรณาการระบบให้เกิดความยั่งยืน | ๑๕,๐๐๐ บาท | เดือน กุมภาพันธ์ | เขตสุขภาพ-จังหวัด-อำเภอ-ตำบล |
| | | | | ๑๕,๐๐๐ บาท | เดือน กุมภาพันธ์ | เขตสุขภาพ-จังหวัด-อำเภอ-ตำบล |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ผลงาน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|---|
| ๑. อบรม Eye Nurse ทุก รพช.คัดกรองสายตาต้อกระจกและการตรวจตาเบื้องต้น | | | เจ้าหน้าที่ Eye Nurse ได้รับการอบรม อย่างน้อย รพช.ละ ๒ ท่าน ≥๘๐% | | |
| ๒. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองต้อกระจกและบันทึกในโปรแกรม โดย รพสต./รพช. | **ร้อยละ ๒๐** | | ร้อยละ ๓๐ | ร้อยละ ๕๐ | ร้อยละ ๗๕ |
| ๓. ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน | **ร้อยละ ๒๕** | | ร้อยละ ๔๐ | ร้อยละ ๖๐ | ร้อยละ ๘๐ |
| ๔. ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดสายตาเลือนราง (Low vision Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน | **ร้อยละ ๒๕** | | ร้อยละ ๔๐ | ร้อยละ ๖๐ | ร้อยละ ๘๐ |

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

๑. จักษุแพทย์โรงพยาบาลตรัง มีทั้งหมด ๔ คน จักษุแพทย์ ๓ คนสามารถทำการผ่าตัดต้อกระจกได้วันละ ๖-๑๐ case/ต่อคน ทำให้ผลงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนและลดความอัดที่โรงพยาบาลตรัง จึงมีการใช้สถานที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนาโยงทำการผ่าตัดได้ ๑๐ case/วัน

๒. พยาบาลประจำ รพสต.คนเดียวต้องทำหน้าที่หลายด้าน ทำให้การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand ล่าช้า ทำให้ผลงานได้น้อยกว่าความเป็นจริง

๓. กลุ่มเป้าหมาย ที่พบว่าเป็นตาต้อกระจกส่วนหนึ่งไม่สมัครใจผ่าตัด เนื่องจากกลัวการผ่าตัด ไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีญาติดูแล เลือกแพทย์ในการผ่าตัด และมีความปกติสุขดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. ไม่สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หอบหืด และในรายที่ไม่สามารถหยุดยาละลายลิ่มเลือดได้ | -หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดตรังผู้ดูแลงานคัดกรอง ต้องช่วยติดตามการคีย์ข้อมูลของอสม.รพสต.ในข้อมูล Vision ๒๐๒๐ข้อมูลการคัดกรองมีน้อยกว่าความเป็นจริงมาก |
| ๒. ผู้ป่วยรอความพร้อมจากครอบครัว เช่น ไม่มีคนดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง | |
| ๓. การลงข้อมูลในโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand พยาบาล รพสต.ลงข้อมูลไม่ทัน ต้องทำงานหลายด้าน | |

**๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม

ผู้รายงาน นางอรชร รัตนพงศ์เสน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๓-๒๘๐๖๖๖๓
Email : orachorn.gen@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๐

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขารับบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะ**

ตัวชี้วัด : ๒๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. การขยาย organ donor center ครอบคลุม รพ.ระดับ A,S ทั้งหมดในทุกเขต และ eye donor center ครอบคลุม รพ.ระดับ A,S,M๑ ทั้งหมดในทุกเขต

๒. การบริหารจัดการระบบการรับบริจาคและดวงตาใน รพ.เป้าหมาย

๓. ระบบการผ่าตัดนำอวัยวะผู้บริจาคออกเพื่อการนำไปปลูกถ่าย (organ harvesting) ทั้งการผ่าตัดโดยใช้ทีมจากกาชาดส่วนกลาง หรือ ทีมจากระดับเขต (regional harvesting team) และ ระบบการผ่าตัดจัดเก็บดวงตาโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับใน รพ.เป้าหมาย หรือ โดยกาชาดจังหวัด

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบันรพ.ตรัง ได้มีการจัดตั้งหน่วยรับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลตรัง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายไต มีการดำเนินการขอบริจาคอวัยวะทั้งจากผู้มีชีวิต และจากภาวะสมองตาย โดยมีการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และศูนย์รับบริจาคดวงตาสภากาชาดไทย แต่ยังขาดผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน

ปี ๒๕๖๐ รพ.ตรัง ร่วมกับศูนย์ประสานงานบริจาคอวัยวะสภากาชาด จัดโครงการอบรมเรื่อง การพัฒนาเครือข่ายบริการรับบริจาคอวัยวะในส่วนภูมิภาค ให้แก่บุคลากรในเครือข่ายเขตสุขภาพที่๑๒ และส่งบุคลากรเข้าอบรมในการจัดเก็บดวงตา มีการประชาสัมพันธ์ จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องการบริจาคอวัยวะและดวงตา

**๑. ระบบการรับบริจาคอวัยวะ**

| รายการ(ผู้แจ้งความประสงค์บริจาคอวัยวะ) | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๑ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ต.ค.๖๐ | พ.ย.๖๐ | ธ.ค.๖๐ |
| ๑. การบริจาคอวัยวะจากผู้มีชีวิต<br>- ไต<br>- ตับ<br>- หัวใจ<br>- ปอด<br>- อวัยวะทุกส่วน | ๕๖ | ๒๑ | ๑๕ | ๒ | ๔ |
| ๒. การขอรับบริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตาย<br>- ไต<br>- ตับ<br>- หัวใจ<br>- ปอด<br>- อวัยวะทุกส่วน | ๒ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

**๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา**

| รายการ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๑ | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | ต.ค.๖๐ | พ.ย.๖๐ | ธ.ค.๖๐ |
| -การบริจาคดวงตาจากผู้มีชีวิต | ๕๖ | ๐ | ๑๕ | ๑ | ๔ |
| -การบริจาคดวงตาจากภาวะสมองตาย | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

(๑) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน

| รพ. organ donor center ในจังหวัด | ๒๕๖๐ | | ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) | |
|---|---|---|---|---|
| | ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ตามยอดปี ๖๐ | จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคสมอง | ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ตามยอดปี ๖๑ | จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคสมอง |
| โรงพยาบาลตรัง | ๑,๑๔๑ | ๒ | ๑๖๒ | ๐ |

(๒) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน

| รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด | ๒๕๖๐ | | ๒๕๖๑(ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) | |
|---|---|---|---|---|
| | ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ตามยอดปี ๖๐ | จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา | ผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ตามยอดปี ๖๑ | จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา |
| โรงพยาบาลตรัง | ๑,๑๔๑ | ๑ | ๑๖๒ | ๐ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลตรังมียอดผู้ป่วยเสียชีวิต ๑,๑๔๑ ราย ได้ทำการเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายได้จำนวน ๒ ราย ซึ่งได้มีการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย แต่ผู้ป่วยมีภาวะสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่สามารถที่จะทำการผ่าตัดเอาอวัยวะออกได้

ปัญหา อุปสรรค ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย มีการคาท่อช่วยหายใจ นอนโรงพยาบาลหลายวัน มีภาวะไข้สูง (สงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) และ บางรายนับถือศาสนาอิสลามซึ่งจะขัดกับหลักศาสนา ความเชื่อและทัศนคติของญาติ

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี 2561 | ผลสำเร็จของการขอรับบริจาคอวัยวะ 2 ราย | -ค้นหา potential donor ทุกวัน<br>-ประสานหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องช่วยค้นหา potential donor<br>-ประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อประเมินและเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากญาติ<br>-ประสานงานกับศูนย์บริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย<br>-ประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล<br>-ดูแลผู้บริจาคและญาติ | -จัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์การบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายอวัยวะทั้งในและนอกโรงพยาบาล<br>-กิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในสื่อวิทยุเสียงตามสาย ภายในโรงพยาบาล<br>-จัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ไว้ตามจุดต่างๆเช่นหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง งานประชาสัมพันธ์ | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success) ปี๖๑**

| การประเมินความสำเร็จ | 3 เดือน | 6 เดือน | 9 เดือน | 12 เดือน |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย 1 ราย | จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย 1 ราย | จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย 1 ราย | จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย 2 ราย |

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

-

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ |
|---|---|
| - ความเชื่อและทัศนคติของญาติ | ควรมีการประชาสัมพันธ์ สื่อความรู้ทาง social media บ้าง |

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๐

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Service Outcome สาขายาเสพติด**

**<u>ตัวชี้วัด</u>** : ๒๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (๓ month remission rate)

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. จัดตั้งและมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบำบัดรักษา และคณะกรรมการลดอันตรายจากยาเสพติด (เฉพาะพื้นที่ ๓๗ จังหวัด)

๒. มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ การรับส่งต่อ การลดอันตรายจากยาเสพติด การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบในพื้นที่

๓. ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการคัดกรอง ประเมิน บำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

๔. สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบ ได้รับการพัฒนา และรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) (เป้าหมายประเทศร้อยละ ๘๐)

๕. บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดได้รับการพัฒนาความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน (หลักสูตรเวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์, หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทาง (PG) ยาเสพติด, หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉินด้านยาเสพติด, หลักสูตรการลดอันตรายจากยาเสพติด)

๖. พัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) เน้นพื้นที่ ๓๗ จังหวัด

๗. มีการบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. ที่ครบถ้วน ทันเวลา

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน โดยใช้กลไกประชารัฐ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการ บำบัดรักษาและอยู่ร่วมกับคนในสังคมโดยไม่ก่อผลกระทบ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักใน การบำบัดรักษา และจัดบริการให้มีคุณภาพได้ ที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะสังคม ไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลตรัง จึงทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป้าหมายผู้เข้าบำบัดระบบสมัครใจ ๔๔๐ คน ผลงาน ๕๖๗ คน ผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ ๑๐๗.๒๕

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (๓ month remission rate

| โรงพยาบาล | ปี ๒๕๖๐ | | | ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) | | | เป้าหมายติดตาม ปี ๖๐ | ผลงานติดตามปี ๖๐ | ร้อยละ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | อัตรา | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ | | | |
| ตรัง | ๘๐ | ๗๒ | ๙๐ | ๗๐ | - | - | ๑๐๐ | ๗๒ | ๗๒ |
| ห้วยยอด | ๔๐ | ๑๔๒ | ๓๕๕ | ๑๓๐ | ๒๘ | ๒๑.๕๓ | ๓๐ | ๙๖ | ๓๒๐ |
| ย่านตาขาว | ๔๐ | ๕๕ | ๑๓๗.๕ | ๕๕ | ๑ | ๑.๘๑ | ๔๐ | ๕๕ | ๑๓๗.๕ |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| กันตัง | ๔๐ | ๒๓ | ๕๗.๕ | ๒๐ | - | - | ๔๐ | ๒๓ | ๕๗.๕ |
| ปะเหลียน | ๔๐ | ๑๒ | ๓๐ | ๒๐ | ๑ | ๕ | ๓๐ | ๑๒ | ๔๐ |
| สิเกา | ๔๐ | ๑๘ | ๔๕ | ๒๐ | - | - | ๘๗ | ๑๘ | ๒๐.๖๘ |
| วังวิเศษ | ๔๐ | ๒๘ | ๗๐ | ๓๐ | ๑ | ๓.๓ | ๓๐ | ๒๘ | ๙๓.๓๓ |
| นาโยง | ๘๐ | ๒๐๓ | ๒๕๓.๗๕ | ๑๘๕ | ๔๑ | ๒๒.๑๖ | ๓๐ | ๑๔๐ | ๔๖๖.๖๖ |
| รัษฎา | ๔๐ | ๑๔ | ๓๕ | ๒๐ | - | - | ๕๐ | ๑๔ | ๒๘ |
| หาดสำราญฯ | - | - | - | - | - | - | | | |
| ต่างจังหวัด | - | - | - | - | - | - | | | |
| **รวม** | ๔๔๐ | ๕๖๗ | ๑๒๘.๘๖ | ๕๖๐ | ๗๒ | ๑๒.๘๗ | ๔๒๗ | ๔๕๘ | ๑๐๗.๒๕ |

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ (บสต.)

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผลการดำเนินงานรวมทั้งจังหวัดพบว่า ผู้ติดสารเสพติดเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจเป็นร้อยละ ๑๒๘.๘๖ และมีผลการติดตามผู้ผ่านการบำบัด คิดเป็นร้อยละ ๑๐๗.๒๕ ซึ่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่ในบางรายพื้นที่พบว่ายังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อ.เมือง, อ.กันตัง, อ.ปะเหลียน, อ.สิเกา, อ.รัษฎา จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ผู้เข้าบำบัดส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสารเสพติดในระบบต้องโทษ เมื่อส่งเข้าบำบัดที่โรงพยาบาลยังไม่ครบกำหนดแต่ถูกศาลสั่งให้ขัดเกลาในโปรแกรมของสถานพินิจก่อน และมีผู้เข้าบำบัดอีกจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดด้วยติดสารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย จากข้อมูลรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลตรัง มีจำนวนผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๙๐๔ คน, ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑,๐๑๐ คน, ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) จำนวน ๔๕๓ คน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตก่อน

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ปี ๒๕๖๑** | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate) (๗๒%) | มาตรการที่ ๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ<br>๑.๑ สถานบริการระดับปฐมภูมิมีศักยภาพในการคัดกรองส่งต่อดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ใช้ด้านการบำบัด BA, BI และการติดตามดูแลหลังการรักษา<br>๑.๒ มีแนวทางการคัดกรองบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ดูแลหลังการรักษาและส่งต่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน สอดคล้องกับศักยภาพของสถานบริการแต่ละระดับ | ๑.พัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพเพียงพอตามความจำเป็น<br>๒.สถานที่บริการให้มีความพร้อม<br>๓.ความสามารถการให้บริการในสถานบริการแต่ละระดับให้มีกระบวนการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน<br>๔.บูรณาการความร่วมมือในพื้นที่กับหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ได้แก่ ศูนย์พลังแผ่นดินแต่ละระดับ เชิงรุกร่วมกับครอบครัว โรงเรียน วัด ชุมชนและสถานประกอบการ | | | สสจ.<br>รพศ.<br>รพช.<br>รพสต. |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มาตรการที่ ๒ พัฒนากระบวนการคุณภาพด้านยาเสพติด สถานบริการมีคุณภาพทุกระดับ (HA ยาเสพติด)<br>๒.๑ พัฒนาขีดความสามารถสถานบริการทุกระดับ<br>๒.๒ พัฒนากระบวนการคุณภาพด้านยาเสพติด(HAยาเสพติด)ในสถานบริการในทุกระดับ | ๑.อบรมให้ความรู้มาตรฐานคลินิกยาเสพติด<br>๒.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ | | | |
| | | มาตรการที่ ๓ บุคลากรมีศักยภาพทักษะการให้บริการ<br>๓.๑ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด<br>๓.๒ ส่งเสริมความก้าวหน้าในสายอาชีพ | ๑.โครงการอบรมหลักสูตรต่างๆ ได้แก่ อบรมหลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เวชศาสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ, หลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูจิตสังคมบำบัดแบบผู้ป่วยนอก, หลักสูตรการบำบัดความคิดและพฤติกรรมผู้ติดยาเสพติด (CBT) | | | |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ปี | **๓ เดือน** | **๖ เดือน** | **๙ เดือน** | **๑๒ เดือน** |
|---|---|---|---|---|
| ๒๕๖๑ | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ | - | ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ |

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

๑) สถานการณ์การแพร่ระบาดของปัญหายาเสพติด ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ในทุกพื้นที่ โดยมีการใช้ยาในทางที่ผิดเพิ่มมากขึ้น เช่น น้ำกระท่อม, โซแลม(Alprazolam), tramadol เพิ่มขึ้นในพื้นที่ ในกลุ่มนักเรียนนักศึกษา

๒) การบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ แม้ว่าจะอยู่ในลำดับแรกของการเข้ารับการบำบัดของผู้เสพยาเสพติด แต่จำนวนของผู้เข้ารับบำบัดยังคงมีจำนวนไม่มากและส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสารเสพติดในระบบต้องโทษ รวมทั้งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ติดสารเสพติดมีอาการทางจิตร่วมด้วย

๓) กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะเยาวชน ครอบครัว และชุมชนยังขาดความตระหนักในปัญหายาเสพติด

๔) ยังมีผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดรายใหม่ และส่วนใหญ่ไม่สมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาฟื้นฟู

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| ๑. การแพร่ระบาดของยาเสพติดมากขึ้น การตรวจค้นและการปราบปรามค่อนข้างเสี่ยงต่อการดำเนินการ | |
| ๒. ผู้ใช้ยาเสพติดไม่เปิดเผยตนเองไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยความเต็มใจ | |
| ๓. ผู้ใช้ยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์ | |
| ๔. ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดแล้วหยุดได้กลับไปติดซ้ำ | |
| ๕. ผู้ติดยาเสพติดที่กลับไปติดซ้ำกลับเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่ล่าช้า | |
| ๖. ผู้ติดสารเสพติดจำนวนมากมีอาการทางจิตร่วมด้วย | ผู้เข้าบำบัดที่มีอาการทางจิตจำเป็นต้องเข้าบำบัดในคลินิกจิตเวช ทำให้งานด้านการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนบุคลากรผู้รับผิดชอบมีเท่าเดิม |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) ด้านการป้องกันปัญหายาเสพติดในพื้นที่ ควรมีการกำหนดนโยบายและมาตรการป้องกันปัญหายาเสพติด รวมทั้งการประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชนในการป้องกันยาเสพติดอย่างจริงจังและเร่งด่วน

๒) ด้านการปราบปรามยาเสพติดในสถานศึกษา ควรมีการกำหนดนโยบายในการปราบปรามอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อกำหนดวิธีการในการปราบปรามยาเสพติด โดยนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการให้ข่าว

๓) ควรมีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบำบัดผู้ติดยาเสพติดให้เป็นรูปธรรม หากมีการกลับไปเสพอีกควรมีการกำหนดบทลงโทษที่รุนแรง และเพื่อลดงบประมาณในการบำบัดรักษา

๔) ด้านการแก้ไขปัญหาและบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด ควรมีการจัดประชุมร่วมกันในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดนโยบายในการบำบัดผู้ติดยาเสพติด มีการจัดสรรงบประมาณที่ต้องใช้ในการทำกิจกรรม ระบุหน่วยงานที่รับผิดชอบในการบำบัดรักษา มีการกำหนดกิจกรรมบำบัดอย่างเป็นรูปธรรม จัดส่งผู้ติดยาเสพติดให้กับหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง และมีการจัดเจ้าหน้าที่ติดตามในการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร : ๐๘๙-๔๗๕ ๔๓๘๑
E-mail : nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก**

**ตัวชี้วัด** M ๒๖ ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

M ๒๗ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

เพื่อให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. เชื่อมโยงและขับเคลื่อนภายใต้ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ จึงกำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาดังนี้

๑.๑ ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ

๑.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

สาขาสุขภาพช่องปาก มีเป้าหมายตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คือ เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก โดย

๑). มีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญคือ การจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพในรพ.สต./ศสม. ภายใต้การสนับสนุนของ District Health Broad ด้วยการจัดให้มีทันตบุคลากรให้บริการประจำ ร่วมกับการหมุนเวียนทันตบุคลากรจากโรงพยาบาลไปจัดบริการ/สนับสนุนการจัดบริการ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากได้สะดวก

๒). เพิ่มอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

**ผลการให้บริการสุขภาพช่องปาก จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐**

๑. รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ (ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ คือ จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม และจัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรได้ตามเกณฑ์ร้อยละ ๒๐) มีทั้งหมด ๑๑๒ แห่ง จาก ๑๒๙ แห่ง เฉลี่ยร้อยละ ๘๖.๘๒ โดยมี ๕ อำเภอที่ให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่ ได้แก่ อำเภอย่านตาขาว, รัษฎา, นาโยง, วังวิเศษ และสิเกา

๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ จังหวัดตรัง เฉลี่ยร้อยละ ๓๒.๔๒ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๓๕ โดยอำเภอที่มีอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากสูงที่สุด ๓ อันดับ คือ อำเภอเมืองตรัง ,ห้วยยอด และสิเกา ร้อยละ ๓๘.๖๔ , ๓๖.๐๓ และ ๓๓.๔๔ ตามลำดับ

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

| ลำดับ | รายการข้อมูล | | อำเภอ | | | | | | | | | | ภาพรวมจังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | เมืองตรัง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | |
| ๑. ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ | | | | | | | | | | | | | |
| ๑.๑ | รพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม | เป้าหมาย | ๑๙ | ๒๐ | ๑๖ | ๑๙ | ๙ | ๒๑ | ๗ | ๘ | ๖ | ๔ | ๑๒๙ |
| | | ผลงาน | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| | | อัตรา /ร้อยละ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ |
| ลำ | รายการข้อมูล | อำเภอ | | | | | | | | | | | ภาพรวม |

| ดับ | | | เมืองตรัง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | จังหวัด |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ๑.๒ | รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากครอบ คลุม ร้อยละ ๒๐ | เป้าหมาย | ๑๙ | ๒๐ | ๑๖ | ๑๙ | ๙ | ๒๑ | ๗ | ๘ | ๖ | ๔ | ๑๒๙ |
| | | ผลงาน | ๐ | ๐ | ๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ | ๐ |
| | | อัตรา /ร้อยละ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๖.๒๕ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ | ๐.๐๐ |
| ๑.๓ | ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad | เป้าหมาย | | | | | | | | | | | ๑๐ |
| | | ผลงาน | | | | | | | | | | | ๐ |
| | | อัตรา /ร้อยละ | | | | | | | | | | | ๐.๐๐ |
| ๒ | อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขต > = ร้อยละ ๓๕ | | | | | | | | | | | | |
| | อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ | เป้าหมาย | ๑๒๔,๒๙๐ | ๗๖,๐๓๓ | ๕๔,๓๓๒ | ๕๘,๔๖๑ | ๓๓,๑๖๘ | ๗๔,๕๙๐ | ๓๗,๐๘๔ | ๓๙,๔๖๑ | ๒๕,๖๔๙ | ๑๔,๖๔๔ | ๕๓๗,๗๑๒ |
| | | ผลงาน | ๑๐,๑๔๕ | ๖,๘๙๙ | ๔,๖๘๙ | ๓,๗๐๙ | ๒,๒๗๔ | ๓,๔๑๕ | ๑,๕๗๔ | ๒,๖๓๗ | ๑,๔๖๒ | ๑,๑๒๐ | ๓๗,๙๒๔ |
| | | อัตรา /ร้อยละ | ๘.๑๗ | ๙.๐๘ | ๘.๖๓ | ๖.๓๕ | ๖.๘๖ | ๔.๕๘ | ๔.๒๕ | ๖.๖๙ | ๕.๗๐ | ๗.๖๕ | ๗.๐๖ |
| | ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด | เป้าหมาย | ๒๐,๔๓๓ | ๑๒,๔๔๖ | ๙,๑๕๙ | ๙,๐๐๔ | ๔,๔๗๐ | ๘,๓๒๒ | ๓,๕๗๗ | ๗,๗๖๕ | ๔,๗๕๗ | ๑,๙๑๔ | ๘๑,๘๔๗ |
| | | ผลงาน | ๕๘๖ | ๓๑๐ | ๑๒๑ | ๑๑๐ | ๒๒๑ | ๓๒๑ | ๘๙ | ๑๐๐ | ๙๙ | ๓๙ | ๑,๙๙๖ |
| | | อัตรา /ร้อยละ | ๒.๘๗ | ๒.๔๙ | ๑.๓๒ | ๑.๒๒ | ๔.๙๔ | ๓.๘๖ | ๒.๔๙ | ๑.๒๙ | ๒.๐๘ | ๒.๐๔ | ๒.๔๔ |

ที่มาข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ณ วันที่ ๒๙ ธันวาคม ๒๕๖๐

**อภิปรายผลจากตาราง**

จากภาพรวมจังหวัดตรัง ยังไม่มีอำเภอใด ผ่านเกณฑ์รพ.สต./ศสม.จัดบริการสุขภาพช่องปาก ส่วนอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขต ค่าเฉลี่ยจังหวัดตรัง คิดเป็นร้อยละ ๒.๔๔

## ๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

| ลำดับ | แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก | เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | ประชุมคปสอ.(ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข) ในเวที Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก เพื่อสรุปผล Quick Win ระดมสมอง เพื่อพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน | - ทันตแพทย์รพ.ตรัง , รพช. จำนวน ๑๐ แห่ง<br>- ทันตแพทย์ สสจ.ตรัง<br>- ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ใน จ.ตรัง | ต.ค.๖๐ – ก.ย.๖๑ | ทพญ.จุฑามาศ ตรีรัตน์พันธุ์ |
| ๒. | นำเสนอการดำเนินงานกลุ่มเป้าหมายเด็ก ๐ – ๑๒ ปี, ผู้สูงอายุ ในกลุ่ม Best Practice | | | |
| ๓. | นำเสนอ Best Practice ของคปสอ. ที่สามารถดำเนินงานตาม Quick Win | | | |
| ๔. | ประชุมนำเสนอผลงาน Service Plan ทันตกรรมในระดับเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอห้วยยอด | | มิ.ย.๖๑ | นายวราฤทธิ์ สฤษฎ์วานิช |
| ๕ | การลงเยี่ยมบ้านโดยนสค./ อสม.ทุกเดือน | | | นายวราฤทธิ์ สฤษฎ์วานิช |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small success)**

| ผลลัพธ์ ปี ๒๕๖๑ | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| **๑.** ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad | ๑. ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ | ๑. ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ | ๑. ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ | ๑. ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ |
| ๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ | ๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ๑๐ | ๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ๒๕ | ๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ๓๕ | ๒. อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ๓๕ |
| ๓. ร้อยละอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ | ๓. ร้อยละ ๕ ของอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๕) | ๓. ร้อยละ ๓๐ ของอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๕) | ๓. ร้อยละ ๔๐ ของอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๕) | ๓. ร้อยละ ๔๐ ของอำเภอจัดบริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๓๕) |
| ๔. ร้อยละจำนวนบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด | ๔. ร้อยละบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒ | ๔. ร้อยละบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘ | ๔. ร้อยละบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ | ๔. ร้อยละบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ |

**๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ระดับจังหวัด**

ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการติดตาม ควบคุม กำกับ รพ.สต. เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ |
|---|---|
| ๑. ช่วงการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายนิ่ง เช่น โรงเรียน, ศพด. จะเป็นช่วงครึ่งหลังปีงบประมาณ ทำให้ ๒ ไตรมาสแรกของปีงบประมาณผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก | ๑. ไตรมาสแรกเป็นการชี้แจง และรับทราบนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน จากหน่วยระดับสูง ไตรมาสที่ ๒ – ๓ จึงสามารถปฏิบัติงานให้เป็นไปตามตัวชี้วัด |
| ๒. สสอ.บางอำเภอ ยังไม่เข้าร่วมประชุม Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก เพื่อรับทราบปัญหา วิเคราะห์และเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน | |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่** | **ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหา** |

| บรรลุวัตถุประสงค์ | ที่เสนอต่อคณะตรวจฯ |
|---|---|
| ๓. กระทรวงสาธารณสุขปรับเกณฑ์ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์คุณภาพมากขึ้น ทำให้ผ่านได้ยากขึ้น | |
| ๔. เจ้าหน้าที่รพ.สต. บางคน ไม่เห็นประโยชน์ของการทำงานทันตกรรมในตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากไม่ส่งผลกระทบอะไร ทำให้การนัดคนไข้ การ key ข้อมูลบางครั้งไม่ได้ผลตามที่ต้องการ | |
| ๕. ไม่มีการติดตาม กระตุ้นทีมงานทันตกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลงานไม่ได้ตามเป้าหมาย | |

**๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

๑. การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน

**๘.** ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน ( ประมาณ ๓ - ๖ ภาพ )






ผู้รายงาน ทพญ.จุฑามาศ ตรีรัตน์พันธุ์
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐-๗๕๒๐-๑๕๐๐ ต่อ ๓๐๓๑
e-mail dent_cuptrang@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ : โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)**
**<u>ตัวชี้วัด</u> :** M ๑๕ ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑) การวางแผนพัฒนาฯทั้งในระดับหน่วยบริการ จังหวัดและเขต รวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากรในระยะแรกทั้งด้านบุคลากรและงบประมาณซึ่งอาจยังไม่มีระบบ reimbursement ที่ชัดเจน

๒) การสนับสนุนทางวิชาการและเทคนิคจากส่วนกลาง เช่น คู่มือดำเนินงานและการฝึกอบรม

๓) โรงพยาบาลระดับ M และ F สามารถให้บริการการดูแลระยะกลางไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ ในไตรมาสที่ ๒ และเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๐ ในไตรมาสที่ ๓ และ ๔

**๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง**

จากสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลตรังปี ๒๕๖๐ พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยในสูงสุดและเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาวันนอนเฉลี่ย ๔ - ๕ วัน อัตราครองเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตรังสูงถึง ร้อยละ๑๒๒.๔๑ ในปี ๒๕๖๐ ทำให้เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติจึงต้องจำหน่าย ไม่สามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งสามารถมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลตรังในรูปแบบผู้ป่วยนอก บางส่วนส่งไปฟื้นฟูต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๑๑ แห่ง มีโรงพยาบาลตรังเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A มีจำนวนเตียง ๕๕๓ เตียง โรงพยาบาลชุมชน ๑๐ แห่ง รพช.ระดับ M๒ จำนวน ๑ แห่ง รพช.ระดับ F๑ จำนวน๑ แห่ง รพช.ระดับ F๒ จำนวน ๖ แห่ง และรพช.ระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง และทุกโรงพยาบาลมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องและนักกายภาพบำบัดที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ไขสันหลังบาดเจ็บและบาดเจ็บสมอง

ที่ผ่านมาหลังจากส่งต่อผู้ป่วยเหล่านี้กลับไปรักษาตัวต่อในโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีระบบติดตามส่งต่ออย่างเป็นระบบ ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลตรังอีกรอบด้วยภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ข้อยึดติด ฯลฯ

จึงเป็นที่มาของการดูแลระยะกลางระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนโดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน และผู้ป่วยยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล(intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง(ไม่เกิน ๖ สัปดาห์ หรือ ๔๕ วัน) แต่จำเป็นต้องทำเป็นระบบและให้เหมะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ และจังหวัดตรังมีการจัดประชุมเพื่อพัฒนางาน intermediate care ระดับจังหวัด ทั้งหมด ๒ ครั้ง

- **<u>ครั้งที่ ๑</u>** เมื่อวันที่ ๒๗ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อหาแนวทางการทำงานร่วมกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ และระบบการส่งต่อ

- **<u>ครั้งที่ ๒</u>** เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๐ เพื่อชี้แจ้งตัวชี้วัดของกระทรวงฯ ติดตามผลการดำเนินงานช่วงที่ผ่านมา ปัญหาอุปสรรคและแนวทางพัฒนางาน รวมถึงจัดตั้งคณะทำงานIntermediate care ระดับจังหวัดตรัง

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)**

**<u>ตัวชี้วัด</u> :** ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลางในจังหวัดตรัง ปีงบ ๒๕๖๐ ได้ร้อยละ ๑๐๐ ผลการดำเนินงาน Intermediate care ปีงบฯ ๒๕๖๐-๒๕๖๑ : (ตั้งแต่ สิงหาคม-ตุลาคม ๒๕๖๐)

| โรงพยาบาล | ระดับ | จำนวนผู้ป่วยIntermediate care (ราย) | รูปแบบการให้บริการ | | | ไม่ได้พบ PT |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | IPD | OPD | HHC | |
| ห้วยยอด | M๒ | ๔ | ๐ | ๑ | ๐ | ๓ |
| ย่านตาขาว | F๑ | ๓ | ๐ | ๑ | ๑ | ๑ |
| กันตัง | F๒ | ๙ | ๐ | ๕ | ๓ | ๑ |
| ปะเหลียน | F๒ | ๕ | ๐ | ๑ | ๓ | ๑ |
| สิเกา | F๒ | ๒ | ๑ | ๑ | ๐ | ๐ |
| วังวิเศษ | F๒ | ๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๑ |
| นาโยง | F๒ | ๓ | ๐ | ๑ | ๐ | ๒ |
| รัษฎา | F๒ | ๔ | ๓ | ๑ | ๐ | ๐ |
| หาดสำราญ | F๓ | ๒ | ๒ | ๐ | ๐ | ๐ |
| รวม | - | ๓๓ | ๖ | ๑๑ | ๗ | ๙ |

ที่มา : จากรายงานที่ติดตามการส่งต่อผู้ป่วยIntermediate care

**อภิปรายผลจากตาราง** จากตารางพบว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้ง๑๐ แห่งในจังหวัดตรังสามารถให้การฟื้นฟูผู้ป่วย Intermediate care ได้ทุกแห่ง ทั้งในรูปแบบ IPD OPD หรือเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่ได้รับการดูแลต่อถึงร้อยละ ๒๗

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ปี | เป้าหมาย/ท้าทาย | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน | งบประมาณ | ระยะเวลา |
|---|---|---|---|---|---|
| ๒๕๖๑ | อัตราผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลังจากส่งต่อ ≥๖๐% | กำหนดรูปแบบและวิธีการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อ | - จัดประชุมเครือข่ายพัฒนางาน intermediate care จ.ตรัง<br>- ลงนิเทศ รพช. | ๑๐,๐๐๐ | ม.ค.-ก.พ.๖๑ |
| ๒๕๖๒ | อัตราผู้ป่วยเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลังจากส่งต่อ ≥๘๐% | ร่วมหาแนวทางในการพัฒนางานในเครือข่าย | - จัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานและเสริมวิชาการในส่วนขาด | ๑๐,๐๐๐ | รอบที่ ๑: ก.พ.๖๒<br>รอบที่ ๒ : ส.ค.๖๒ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ๒๕๖๓ | ผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางมีความสามารถเพิ่มขึ้น | เปรียบเทียบคะแนน Barthel index ก่อนและหลังให้บริการ | - สรุปรวบรวมข้อมูลผลการฟื้นฟูผู้ป่วย | - | ปีงบ ต.ค. ๖๒-ก.ย. ๖๓ |

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

- ความพร้อมในการให้บริการในแต่ละโรงพยาบาลชุมชนไม่เหมือนกัน ขึ้นกับจำนวนนักกายภาพบำบัด และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง
- ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการ

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ |
|---|---|
| -รพ.ยังขาดครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง | -จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง |
| -ขาดโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อผู้ป่วย | -จัดหาโปรแกรมมาตรฐานที่สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

- ควรตั้งเป้าหมายตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

ผู้รายงาน พญ.ธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑๘๙๔๕๐๘๕
Email : thima_pmr@yahoo.com
ข้อมูล วัน ที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ : Service Plan สาขาศัลยกรรม**

**ตัวชี้วัด** : ๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. การประเมินตนเองในการเข้าร่วมโครงการ One Day Surgery

๒. การจัดตั้งหน่วยให้บริการ One Day Surgery

๓. ผลลัพธ์ของการให้บริการ One Day Surgery

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

จังหวัดตรังมีผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยในทางด้านศัลยกรรมที่โรงพยาบาลตรัง ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๘,๔๖๖ ราย โดยมีผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย ๑๔๕ ราย/วัน หอผู้ป่วยสามัญมีอัตราการครองเตียง = ๑๒๖.๗๓ ทำให้เกิดความแออัดในหอผู้ป่วยสามัญ ซึ่งตามที่กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายและดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาศัลยกรรม เพื่อพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โดยวิธีการผ่าตัดแบบ One Day Surgery โรงพยาบาลตรัง มีผู้ป่วยตามกลุ่มโรคดังกล่าวแต่ยังไม่ได้ดำเนินการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ในปี ๒๕๖๐ ดังนี้

| กลุ่มโรค One Day Surgery | จำนวน (ราย) |
|---|---|
| ๑. จำนวนผู้ป่วย Inguinal hernia, Femoral hernia | ๒๕๗ |
| ๒. จำนวนผู้ป่วย Hydrocele | ๒๓ |
| ๓. จำนวนผู้ป่วย Hemorrhoid | ๑๐๔ |
| ๔. จำนวนผู้ป่วย Vaginal bleeding | ๔๘ |
| ๕. จำนวนผู้ป่วย Esophagogastric varices | ๑ |
| ๖. จำนวนผู้ป่วย Esophageal stricture | ๒ |
| ๗. จำนวนผู้ป่วย Esophagogastric cancer with ostruction | ๐ |
| ๘. จำนวนผู้ป่วย Colorectal polyp | ๕ |
| ๙. จำนวนผู้ป่วย Common bile duct stone | ๒ |
| ๑๐. จำนวนผู้ป่วย Pancreatic duct stone | ๐ |
| ๑๑. จำนวนผู้ป่วย Bile duct stricture | ๐ |
| ๑๒. จำนวนผู้ป่วย Pancreatic duct stricture | ๐ |

**๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

| One Day Surgery (เฉพาะ Elective case) | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) | | |
|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ๑. ผู้ป่วยInguinal hernia, Femoral hernia | ๕๐ | ๑ | ๒ |
| ๒. Hydrocele | ๔ | ๑ | ๒๕ |
| ๓. Hemorrhoid | ๑๘ | ๐ | ๐ |
| ๔. Vaginal bleeding | ๑๑ | ๐ | ๐ |
| ๕. Esophagogastric varices | ๑ | ๐ | ๐ |
| ๖. Esophageal stricture | ๐ | ๐ | ๐ |
| ๗. Colorectal polyp | ๒ | ๒ | ๑๐๐ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| รวม | ๘๖ | ๔ | ๔.๖๕ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

รพ.ตรัง สามารถผ่าตัด One Day Surgery ได้ในกลุ่มโรค Inguinal hernia, Femoral hernia, Hydrocele Vaginal bleeding, Esophagogastric varices, Esophageal stricture และ Colorectal polyp โดย hernia เริ่มทำในรายที่อายุไม่มาก ก้อนไม่ใหญ่ ในกรณี Hemorrhoid ผู้ป่วยยังมีอาการปวดหลังจากการผ่าตัด และใช้ Spinal block อาจจะต้อง observe อาการอย่างน้อง ๑ วัน รพ.ตรัง ได้เริ่มดำเนินการ ผ่าตัด One Day Surgery เมื่อ กลางเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๐ จึงทำให้ผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี ๒๕๖๑ | ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery ๕๐ราย | ๑. pre- operative Lab investigation<br>๒. พบวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล<br>๓. การดูแลและประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดก่อนจำหน่าย<br>๔. ระบบการติดตามและการปรึกษาของผู้ป่วย | ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง<br>๒. ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติ<br>๓. จัดตั้งหน่วยให้บริการ One Day Surgery<br>๔. ส่งบุคลากรทางการแพทย์ฝึกทักษะในการผ่าตัดแบบ one day surgery | | ๑-๓ พ.ย.๖๐<br>๒๓ พ.ย.๖๐ | นางเพ็ญศรี นพ.ปัญจพล |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| การประเมินความสำเร็จ | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery ๑๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery ๒๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery ๓๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery ๕๐ ราย |

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

๑) Post operative pain ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดมาก
๒) การประเมินหลังผ่าตัดก่อนจำหน่ายโดยแพทย์
๓) ความเชื่อและทัศนคติเดิมของผู้ป่วยที่จะต้องนอนโรงพยาบาล

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ |
|---|---|
| -Post operative pain | - กำหนดแนวทางให้ยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดที่ดีและเหมาะสม |
| - การประเมินหลังผ่าตัดก่อนจำหน่ายโดยแพทย์ | - พัฒนาระบบก่อนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ใบcheck list และมีระบบการรายงานแพทย์กรณีมีปัญหา |
| - ความเชื่อและทัศนคติเดิมของผู้ป่วยที่จะต้องนอน รพ. | -ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด บอกให้เห็นข้อดีของการผ่าตัดแบบ One Day Surgery |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

๑) ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้
๒) การเบิกจ่ายการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
๓) การฝึกอบรมการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ : Service Plan สาขาศัลยกรรม**

**ตัวชี้วัด :** KPI ๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally invasive Surgery

**๑. ประเด็นการตรวจราชการ**

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally invasive Surgery

**๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

๑) ร้อยละผู้ป่วย Symptomatic gallstone/cholecytitis ที่ได้รับการทำLaparoscopic Cholecystectomy เท่ากับ ๔๐.๙๘

๒) ร้อยละผู้ป่วย Coloreatal cancer ที่ได้รับการทำLaparoscopic Colectomy, Laparoscopic anterior resection, Laparoscopic abdominoperineal resection, Laparoscopic TME เท่ากับ ๐

๓) ร้อยละผู้ป่วยLumbar disc herniation ที่ได้รับการทำPercutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery เท่ากับ ๐

๔) ร้อยละผู้ป่วยACL injury ที่ได้รับการทำArthroscopic ACL Reconstruction เท่ากับ ๙๓.๗๕

๕) ร้อยละผู้ป่วยMyoma uteriที่ได้รับการทำLaparoscopic Hysterectomy เท่ากับ ๑.๘

๖) ร้อยละผู้ป่วยOvarian cyst ที่ได้รับการทำLaparoscopic Cystectomy เท่ากับ ๗.๓๒

**๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

| Minimally invasive Surgery | ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) | | |
|---|---|---|---|
| | เป้าหมาย | ผลงาน | ร้อยละ |
| ๑. Symtomatic gollstone / cholecystitis | ๓๕ | ๗ | ๒๐ |
| ๒. Coloreatal cancer | ๑๐ | ๐ | ๐ |
| ๓. Lumbar disc herniation | ๙ | ๐ | ๐ |
| ๔. ACL injury | ๖ | ๓ | ๕๐ |
| ๕. Myoma uteri | ๓๘ | ๑ | ๒.๖๓ |
| ๖. Ovarian cyst | ๑๖ | ๐ | ๐ |
| รวม | ๑๑๔ | ๑๑ | ๙.๖๕ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

Laparoscopic Cholecystectomy, Arthroscopic ACL Reconstruction มีการดำเนินการผ่าตัดอยู่แล้ว ปัจจุบันจะมีการพัฒนาการผ่าตัด Laparoscopic Colectomy และ Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery แต่รอเครื่องมือ สำหรับ Laparoscopic Hysterectomy กำลังเริ่มดำเนินการ

**๔. แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข้ปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| เป้าหมายท้าทาย | | มาตรการ/กลวิธี | แผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม | งบประมาณ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ปี ๒๕๖๑ | ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ๑๐๐ ราย | ๑. ประเมินและแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด<br>๒. จัดทำคู่มือให้ความรู้ผู้ป่วยในการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด<br>๓. มีการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด<br>๔. ระบบการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด | ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง<br>๒. ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติ<br>๓. ส่งบุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลฝึกทักษะในการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery ชนิดAdvanced | ๓๐,๐๐๐ | ๒ สัปดาห์ | คุณวารุณี |

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

| | ๓ เดือน | ๖ เดือน | ๙ เดือน | ๑๒ เดือน |
|---|---|---|---|---|
| การประเมินความสำเร็จ | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ๒๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ๔๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ๗๐ ราย | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ๑๐๐ ราย |

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

๑) แพทย์ยังขาดประสบการณ์ในการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery ชนิดAdvanced

๒) อุปกรณ์เครื่องมือบางชนิดราคาแพง

**๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะ |
|---|---|
| - แพทย์ยังขาดประสบการณ์ในการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery ชนิดAdvanced | - จัดอบรมการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery ชนิดAdvanced |
| - อุปกรณ์เครื่องมือบางชนิดราคาแพง | - กำหนดให้นโยบายให้โรงพยาบาลสามารถเบิกค่าอุปกรณ์ได้ |

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

**หัวข้อ : Service Plan สาขาศัลยกรรม**

**ตัวชี้วัด :**

๑) ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (<๒๐%)

๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%)

๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%)

**๑. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง** เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ปัจจุบัน

สถานการณ์ปัจจุบันรพ.ตั้งแต่ M๒ ลงไปยังไม่สามารถผ่าตัดAppendectomy ได้เนื่องจากไม่มีศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ซึ่งในรพช.ระดับ M๒ รพช.ห้วยยอดจะมีศัลยแพทย์จบการศึกษาปี ๒๕๖๓ ที่จะสามารถผ่าตัดได้ แต่ยังไม่มีวิสัญญีแพทย์มีเฉพาะวิสัญญีพยาบาลและให้ส่งผู้ป่วยมาผ่าตัด รพ.ตรัง

**๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๑) **ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (<๒๐%)**

| รายการ | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| Rupture appendicitis (K๓๕.๒,K๓๕.๘) | ๑๐๒ | ๑๑๑ | ๑๖๒ | ๑๖๕ | ๔๑ |
| Ac appendicitis (K๓๕.๒,k๓๕.๓,K๓๕.๘) | ๙๙๖ | ๑๐๗๔ | ๑๐๔๓ | ๙๓๓ | ๑๖๗ |
| ร้อยละ | ๑๐.๒๔ | ๑๐.๓๔ | ๑๕.๕๓ | ๑๗.๖๘ | ๒๔.๕๕ |

๒) **ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%)**

๒.๑ Acute cholecystitis (K๘๐.๐, K๘๑.๐, K๘๐.๔)

| **รายการ** | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute cholecystitis | ๒ | ๔ | ๔ | ๒ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วยAcute cholecystitisทั้งหมด | ๗๗ | ๘๘ | ๑๑๒ | ๙๔ | ๓๐ |
| ร้อยละ | ๒.๕๙ | ๔.๕๔ | ๓.๕๗ | ๒.๑๓ | ๐ |

๒.๒ Acute cholangitis (K๘๓.๐, K๘๐.๓)

| **รายการ** | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute cholangitis | ๖ | ๕ | ๑ | ๐ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วย Acute cholangitis ทั้งหมด | ๕๓ | ๔๔ | ๕๔ | ๕๓ | ๙ |
| ร้อยละ | ๑๑.๓๒ | ๑๑.๓๖ | ๑.๘๕ | ๐ | ๐ |

๒.๓ Acute pancreatitis (K๘๕.๑, K๘๕.๒, K๘๕.๓, K๘๕.๙)

| **รายการ** | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute pancreatitis | ๓ | ๒ | ๒ | ๕ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วย Acute pancreatitisทั้งหมด | ๑๐๓ | ๑๑๘ | ๑๐๒ | ๑๐๘ | ๑๙ |
| ร้อยละ | ๒.๙๑ | ๑.๖๙ | ๑.๙๖ | ๔.๖๓ | ๐ |

๒.๔ Gut obstruction (K๕๖.๑ -K๕๖.๖)

| **รายการ** | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Gut obstruction | ๓ | ๙ | ๒ | ๗ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วย Gut obstruction ทั้งหมด | ๑๒๐ | ๑๑๔ | ๑๑๖ | ๑๕๖ | ๑๔ |
| ร้อยละ | ๒.๕๐ | ๗.๘๙ | ๑.๗๒ | ๔.๔๙ | ๐ |

๒.๕ PU perforation (K๒๕.๑, K๒๕.๕, K๒๖.๑, K๒๖.๕, K๒๗.๑, K๒๗.๕ )

| **รายการ** | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก PU perforation | ๔ | ๕ | ๖ | ๐ | ๑ |
| จำนวนผู้ป่วย PU perforation ทั้งหมด | ๕๑ | ๖๔ | ๕๙ | ๔๖ | ๑๒ |
| ร้อยละ | ๗.๘๔ | ๗.๘๑ | ๑๐.๑๖ | ๐ | ๘.๓๓ |

### ๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%)

| รายการ | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขา (I๗๔.๐-I๗๔.๙,I๗๐.๒) | ๓ | ๑ | ๒ | ๔ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขาทั้งหมด | ๒๘ | ๒๗ | ๒๐ | ๑๖ | ๒ |
| ร้อยละ | ๑๐.๗๑ | ๓.๗๐ | ๑๐.๐๐ | ๒๕ | ๐ |

### ๔) ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา (.....%)

| รายการ | ๒๕๕๗ | ๒๕๕๘ | ๒๕๕๙ | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) |
|---|---|---|---|---|---|
| จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาและถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาในการการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕) (ICD-๙-CM:๘๔๑๓-๘๔๑๘) | ๑ | ๗ | ๓ | ๒ | ๐ |
| จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาทั้งหมด (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕) | ๒๘ | ๒๗ | ๒๐ | ๑๖ | ๒ |
| ร้อยละ | ๓.๕๗ | ๒๕.๙๓ | ๒๐.๐๐ | ๑๒.๕๐ | ๐ |

**อภิปรายผลจากตาราง**

- ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ(<๒๐%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไส้ติงอักเสบจำนวน ๙๓๓ ราย มีผู้ป่วยไส้ติ่งแตกจำนวน ๑๖๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๖๘ ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และผลงานในปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไส้ติงอักเสบจำนวน ๑๖๗ ราย มีผู้ป่วยไส้ติ่งแตกจำนวน ๔๑ ราย คิดเป็นร้อยละ๒๔.๕๕ จากการวิเคราะห์พบว่าในผู้ป่วยเด็กมีการส่งต่อล่าช้า ส่วนในผู้ใหญ่อาการไม่ชัดเจน มีการ admit ผิดแผนก

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute cholecystitis (<๔%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute cholecystitis จำนวน ๙๔ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๓ ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute cholecystitis จำนวน ๓๐ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute cholangitis (<๔%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute cholangitis จำนวน ๕๓ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐ ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute cholangitis จำนวน ๙ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Acute pancreatitis (<๔%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute pancreatitis จำนวน ๑๐๘ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๖๓ ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Acute pancreatitis จำนวน ๑๙ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Gut obstruction (<๔%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Gut obstruction จำนวน ๑๕๖ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๙ ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Gut obstruction จำนวน ๑๔ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก Gut obstruction (<๔%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Gut obstruction จำนวน ๑๕๖ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๔๙ ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Gut obstruction จำนวน ๑๔ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%) ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน ทั้งหมด ๑๖ ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน และเสียชีวิตจำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จากการวิเคราะห์พบว่าเสียชีวิตจากการมี Heart Disease ร่วม ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-พ.ย.๖๐) มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน จำนวน ๒ ราย มีผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน ๐ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา ปี ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน จำนวน ๒ ราย มีผู้ป่วยถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาจำนวน ๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐

- **ตารางแสดงจำนวนศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ห้องผ่าตัด จำแนกตามรายโรงพยาบาล**

| โรงพยาบาล | ระดับ | ศัลยแพทย์ทั่วไป | วิสัญญีแพทย์ | วิสัญญีพยาบาล | ห้องผ่าตัด |
|---|---|---|---|---|---|
| ตรัง | A | ๔ (รวมศัลยแพทย์กุมาร) | ๖ | ๒๑ | ๙ |
| ห้วยยอด | M๒ | - | - | - | ๑ |
| ย่านตาขาว | F๑ | - | - | - | ๑ |
| กันตัง | F๒ | - | - | - | - |
| ปะเหลียน | F๒ | - | - | - | - |
| สิเกา | F๒ | - | - | - | - |
| ย่านตาขาว | F๒ | - | - | - | - |
| วังวิเศษ | F๒ | - | - | - | - |
| นาโยง | F๒ | - | - | - | ๑ |
| รัษฎา | F๒ | - | - | - | - |
| หาดสำราญ | F๓ | - | - | - | - |
| **รวม** | | **๔** | **๖** | **๒๑** | **๑๒** |

❖ **ผลพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป รพช.ห้วยยอด**

| ชนิดหัตถการ | ปี ๒๕๕๘ | ปี ๒๕๕๙ | ปี ๒๕๖๐ |
|---|---|---|---|
| Excision mass | ๑๕๒ | ๑๒๖ | ๖๗ |
| Excision Breast mass | ๖ | ๙ | ๑ |
| Circumcision | ๒ | ๘ | ๓ |
| MRM/Mastecto | ๐ | ๑ | ๓ |
| Debridement | ๑๐ | ๔ | ๒ |
| จี้ไฟฟ้า | ๑๖ | ๑๓ | ๓๐ |
| Hemorrhoidectomy | ๒ | ๑ | ๙ |
| Herniorrhaphy | ๙ | ๘ | ๗ |
| Anal fistulectomy | ๑ | ๐ | ๐ |
| Anal sphicrotomy | ๑ | ๒ | ๐ |
| Hemorrhoid inj. | ๐ | ๕ | ๐ |
| skin graft | ๐ | ๐ | ๑ |
| Biopsy mass | ๐ | ๐ | ๑ |
| Veneous stripping | ๐ | ๐ | ๒ |
| อื่นๆ | ๐ | ๑๕ | ๒๖ |
| รวม | ๑๙๙ | ๑๙๒ | ๑๕๒ |

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๑

**คณะที่ .2**.....การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.....

**หัวข้อ**.....**.....**

**ตัวชี้วัด ...อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.....**

## 1.สถานการณ์วัณโรคการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

**ตารางที่1**

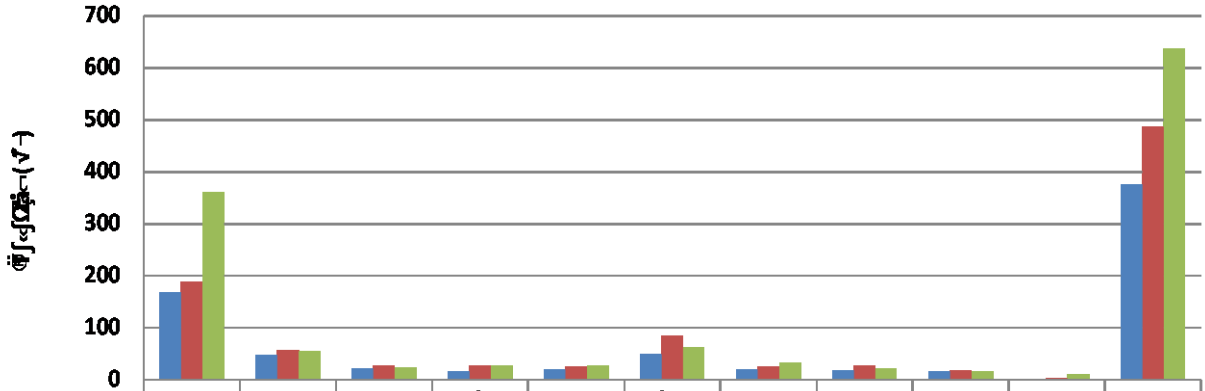
**เป้าหมายผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จังหวัดตรัง**

| ภาพรวม จังหวัดตรัง ปี งบประมาณ | ประชากร | Estimate case (ผู้ป่วยรายใหม่ (M+ M- EPใหม่ ไม่มีเสมหะ และกลับเป็นซ้ำ) | เป้าหมาย (80% ของค่า Estimate case) | ผลการดำเนินงาน (% เทียบจากค่าเป้าหมาย) |
|---|---|---|---|---|
| 2558 (ที่อัตราความชุก 171: แสน ปชก) | 638,746 | 1,092 | 874 | 388 ( 44.3%) |
| 2559 (ที่อัตราความชุก 172: แสน ปชก) | 640,793 | 1,102 | 882 | 499 (56.9%) |
| 2560 (ที่อัตราความชุก 172: แสน ปชก) | 640,793 | 1,102 | 882 | 656( 74.3% ) Active case126ราย Passive case530ราย |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานTB07

จากตารางที่ 1 พบว่าการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จังหวัดตรังปี 2558-2560มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน388ราย,499ราย 656ราย คิดเป็นร้อยละ44.3, ร้อยละ56.9, ร้อยละ74.3ตามลำดับ เมื่อเทียบกับเป้าหมายยังต่ำกว่าเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มดีขึ้นใกล้เคียงเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ และในปี2560 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 656 รายเป็นผู้ป่วยActive case 126 ราย และเป็นPassive case 530ราย

**กราฟที่ 1** จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. 2558-2560 จำแนกรายสถานบริการ

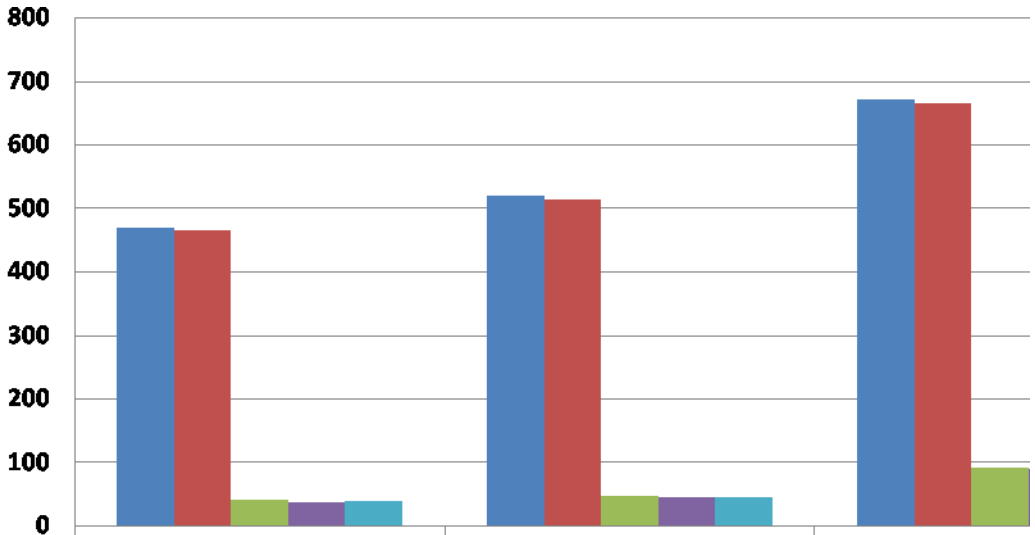



| | ตรัง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| พ.ศ. 2558 | 168 | 48 | 21 | 17 | 20 | 49 | 19 | 18 | 16 | 0 | 376 |
| พ.ศ. 2559 | 189 | 56 | 28 | 28 | 25 | 85 | 26 | 28 | 18 | 3 | 486 |
| พ.ศ. 2560 | 360 | 54 | 24 | 27 | 28 | 62 | 33 | 21 | 17 | 11 | 637 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานTB07

จากกราฟที่ 1 พบว่า จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จังหวัดตรัง ในปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาจำนวน376 ราย, 486ราย, 637ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนใกล้เคียงเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้เนื่องจากมีการดำเนินการค้นหาเชิงรุกในพื้นที่มากขึ้น และโรงพยาบาลที่จำนวนผู้ป่วยมากที่สุดในปี พ.ศ. 2558-2560คือโรงพยาบาลตรัง จำนวน 168ราย, 189ราย, 360ราย รองลงมาคือโรงพยาบาลห้วยยอดมีผู้ป่วย49ราย, 85ราย, 62ราย และโรงพยาบาลกันตังมีผู้ป่วย48ราย, 56ราย, 54ราย ตามลำดับ...

**กราฟที่2**การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ในปี พ.ศ. 2558-2560




| | 2558 | 2559 | 2560 |
|---|---|---|---|
| TB07 (ราย) | 468 | 519 | 670 |
| HIV test (ราย) | 465 | 513 | 664 |
| HIV pos (ราย) | 41 | 46 | 90 |
| ARV (ราย) | 37 | 45 | 88 |
| CPT (ราย) | 38 | 45 | 83 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานTB-HIV 01

จากกราฟที่ 2 พบว่า ในปี พ.ศ. 2558การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 468ราย สมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อHIV465รายคิดเป็น99.35%เป็นHIV Positive41รายได้รับยาARV 37 ราย คิดเป็น 90.24% และได้รับยาโคไตรมอกซาโซน 38 ราย คิดเป็น 92.68% ในปี พ.ศ. 2559 การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 519 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อHIV 513 ราย คิดเป็น 98.84% เป็นHIV Positive 46ราย ได้รับยา ARV 45 ราย คิดเป็น 97.82% และได้รับยาโคไตรมอกซาโซน 45 ราย คิดเป็น 97.82%..ในปี พ.ศ. 2560 การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 670 ราย สมัครใจตรวจเลือดหาเชื้อHIV 664ราย คิดเป็น99.10 % เป็นHIV Positive 90ราย ได้รับยา ARV 88 ราย คิดเป็น 97.77% และได้รับยาโคไตรมอกซาโซน 83 ราย คิดเป็น92.22%.....

**ตารางที่2**จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ปี พ.ศ. 2560 ของจังหวัดตรัง

| กลุ่มเสี่ยง | เป้าหมาย ปี พ.ศ.2560( ราย) | ผลการคัดกรอง ปี พ.ศ.2560(ราย) | ผลการดำเนินงานX-Ray ปี พ.ศ.2560(ราย) | เป้าหมาย ปี พ.ศ.2561 (ราย) |
|---|---|---|---|---|
| 1.ผู้สัมผัส | 921 | 921(100%) | 400(43.43%) | 978 |
| 2.HIV | 3,005 | 3,005(100%) | 794(26.42%) | 3,034 |
| 3.DM | 21,326 | 18,464(87%) | 2,774(13.01%) | 24,018 |
| 4.เรือนจำ | 2,338 | 2,338(100%) | 2,338(100%) | 2,176 |
| 5.แรงงานข้ามชาติ | 6,926 | 4,716(68%) | 4,385(63.31%) | 5,133 |
| 6.ผู้สูงอายุ | 81,244 | 54,715(67%) | 1,487(1.83%) | 2,291 |
| 7.บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข | 3,885 | 3,210(82.63%) | 3,210(82.63%) | 4,620 |
| รวม | 119,645 | 87,369(73%) | 15,388(12.86%) | 42,250 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มเสี่ยงเป้าหมายได้รับการคัดกรองภาพรวมจังหวัดตรังคิดเป็นร้อยละ 73โดยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ การคัดกรองได้ครอบคลุมมากที่สุดร้อยละ100คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน, กลุ่มผู้ป่วยHIVและเรือนจำตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วยการเอกซเรย์ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 12.86 และกลุ่มเสี่ยงได้รับการเอกซเรย์มากที่สุดคือเรือนจำคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาคือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขคิดเป็นร้อยละ 82.63 และกลุ่มแรงงานข้ามชาติคิดเป็นร้อยละ 63.31

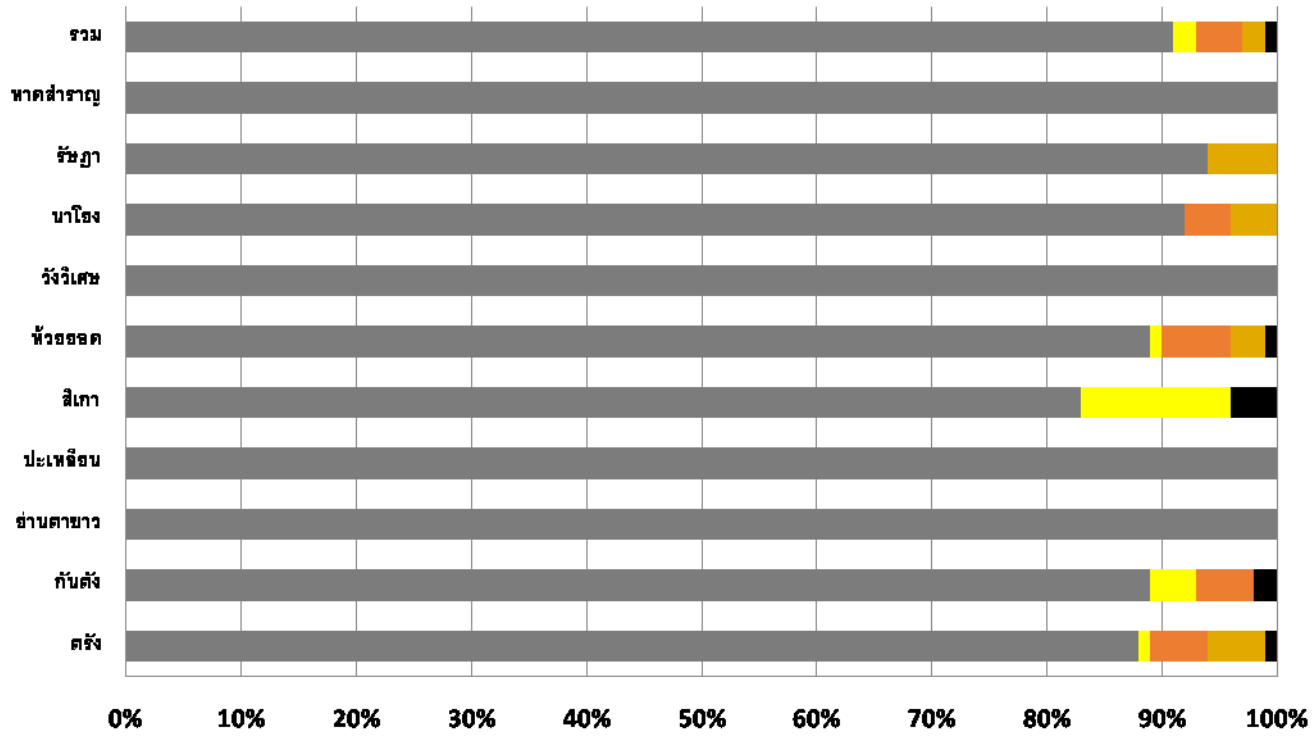
**ตารางที่3**จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาวัณโรคมาก่อนได้รับการส่งตรวจเสมหะเพาะเชื้อของจังหวัดตรัง ปี พ.ศ. 2558 –2560

| ปี พ.ศ. | ประเภท | TB07 | การส่งC/S | ร้อยละของการส่งC/S | RR-TB | MDR-TB | XDR-TB |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2558 | NEW | 376 | 47 | 12.5 | 1 | 0 | 0 |
| | Previously treated patient | 17 | 17 | 100 | 0 | 4 | 0 |
| 2559 | NEW | 486 | 61 | 12.6 | 0 | 0 | 0 |
| | Previously treated patient | 19 | 19 | 100 | 1 | 2 | 0 |
| 2560(รอบ9 เดือน) | NEW | 478 | 54 | 11.29 | 4 | 1 | 0 |
| | Previously treated patient | 9 | 7 | 77.77 | 0 | 0 | 0 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานPMDT 07

จากตารางที่ 3 พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 –2559ของจังหวัดตรังดำเนินงานส่งC/Sในผู้ป่วยPreviously treated patient ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 100และในปี2560ดำเนินงานส่งC/Sในผู้ป่วยPreviously treated patientไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ66.67เนื่องจากผู้ป่วยไม่มีเสมหะ และมีความเข้าใจในการส่งเสมหะเพาะเชื้อคลาดเคลื่อน ดังนั้น จังหวัดต้องเพิ่มมาตรการการดำเนินงานทางห้องปฏิบัติการและเพิ่มองค์ความรู้แก่บุคลากร....

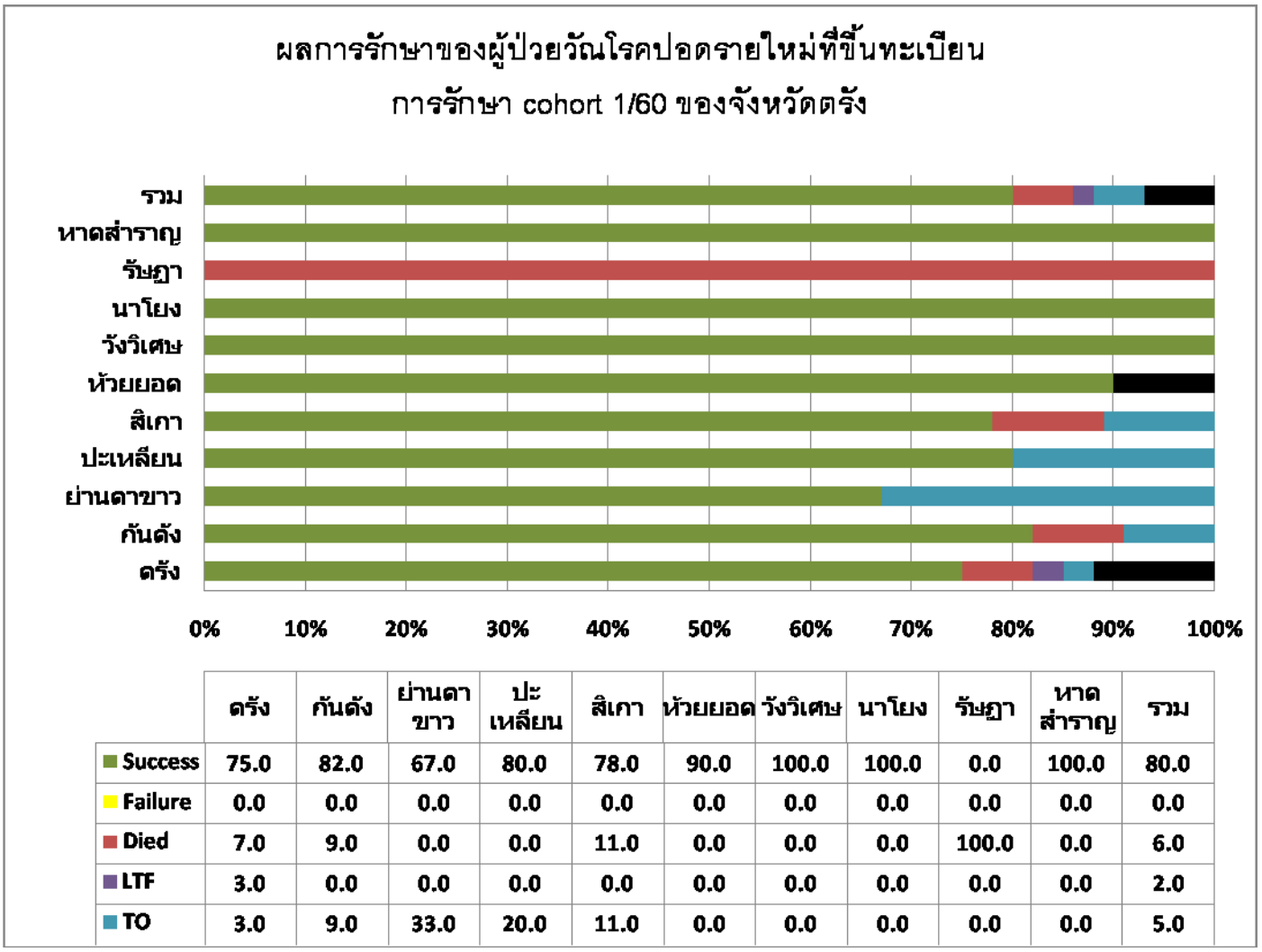
**กราฟที่** 3 ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทและกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนการรักษาใน ปี 2559 ของจังหวัดตรัง




| | ตรัง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Success | 88.0 | 89.0 | 100.0 | 100.0 | 83.0 | 89.0 | 100.0 | 92.0 | 94.0 | 100.0 | 91.0 |
| Failure | 1.0 | 4.0 | 0.0 | 0.0 | 13.0 | 1.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.0 |
| Died | 5.0 | 5.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 6.0 | 0.0 | 4.0 | 0.0 | 0.0 | 4.0 |
| LTF | 5.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 3.0 | 0.0 | 4.0 | 6.0 | 0.0 | 2.0 |
| TO | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| On | 1.0 | 2.0 | 0.0 | 0.0 | 4.0 | 1.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 1.0 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานTB 08

**กราฟที่** 4 ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาใน Cohort 1/60 ของจังหวัดตรัง




| | ตรัง | กันตัง | ย่านตาขาว | ปะเหลียน | สิเกา | ห้วยยอด | วังวิเศษ | นาโยง | รัษฎา | หาดสำราญ | รวม |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Success | 75.0 | 82.0 | 67.0 | 80.0 | 78.0 | 90.0 | 100.0 | 100.0 | 0.0 | 100.0 | 80.0 |
| Failure | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Died | 7.0 | 9.0 | 0.0 | 0.0 | 11.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100.0 | 0.0 | 6.0 |
| LTF | 3.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 2.0 |
| TO | 3.0 | 9.0 | 33.0 | 20.0 | 11.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 5.0 |

ที่มาของข้อมูล : จากรายงานการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคและรายงานTB 08

จากกราฟที่4 พบว่าผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนการรักษางวด1/60ของจังหวัดตรังมีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ80 ซึ่งได้น้อยกว่าเป้าหมายร้อยละ85 โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ โรงพยาบาลตรังมีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ75 เนื่องจากมีผู้ป่วยตายร้อยละ7ขาดยาร้อยละ3 โอนออกร้อยละ3กำลังรักษาร้อยละ12 และโรงพยาบาลสิเกามีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ78เนื่องจากมีผู้ป่วยตายร้อยละ11.โอนออกไปโรงพยาบาลตรังกำลังรักษาร้อยละ11โรงพยาบาลรัษฎา มีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ0 เนื่องจากมีผู้ป่วยตายร้อยละ100 โรงพยาบาลย่านตาขาวมีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ67เนื่องจากโอนออกไปรักษาโรงพยาบาลตรังผู้ป่วยแพ้ยาร้อยละ33โรงพยาบาลปะเหลียนมีอัตราความสำเร็จเท่ากับร้อยละ80 เนื่องจากโอนออกร้อยละ20ผู้ป่วยแพ้ยาส่งต่อโรงพยาบาลตรัง..

## 2.วิเคราะห์ช่องว่าง (GAP)ในการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2560

| ช่องว่างการดำเนินงาน | แนวทางแก้ไขปัญหา |
|---|---|
| 1 การค้นหาผู้ป่วย<br>-ความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงคิดเป็นร้อยละ73 กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองน้อยที่สุดคือกลุ่มผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ67 และกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองเชิงรุกด้วยการเอกซเรย์ร้อยละ12.86<br>-ปี2560พบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เพิ่มขึ้นจำนวน656รายเป็นผู้ป่วยActive case126รายและเป็นผู้ป่วยPassive case530ราย แต่ยังไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย | เร่งรัดการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงให้เพิ่มขึ้นโดยเน้นการเอกซเรย์นำ |
| 2การรักษา<br>ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำปี2559 คิดเป็นร้อยละ91 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ปี 2560 รอบ3เดือน (งวด1/2560)คิดเป็นร้อยละ80 เนื่องจากมีผู้ป่วยตายร้อยละ6(สาเหตุการตายมีโรคร่วมจาก HIV3ราย, Pneumonia1ราย, DM1ราย, ตับอักเสบ1ราย, เป็นลมตายบ้าน1ราย และโอนออกร้อยละ4(เป็นต่างด้าว2ราย) กำลังรักษาร้อยละ8 | เน้นการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่รวดเร็ว<br>พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคและโรคร่วมเพื่อลด สาเหตุการตาย เช่นในกลุ่มHIVควรได้รับยาARVครอบคลุม |
| 3การส่งตรวจเสมหะเพาะเชื้อเพื่อหาเชื้อวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม Previously treated patientในปี2560 คิดเป็นร้อยละ77.77 ซึ่งมีความครอบคลุมต่ำ | ติดตาม กำกับ นิเทศงานโรงพยาบาลทุกแห่ง<br>ชี้แจง ทำความเข้าใจ ให้ความสำคัญการส่งตรวจเสมหะเพาะเชื้อเพื่อหาเชื้อวัณโรคดื้อยาในกลุ่ม Previously treated patient ทุกราย |

## 3.แผนปฏิบัติการ/กิจกรรมปีงบประมาณ พ.ศ.2561

| ลำดับที่ | แผนปฏิบัติการ/กิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| 1<br><br>2 | วิเคราะห์สถานการณ์กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดำเนินงาน<br>-จัดตั้งOC-TB แต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคจ.ตรังภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข<br>-พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลและระบบการส่งต่อ | | ตค61<br><br>ธค.61 | สสจ.ตรัง,รพ.,สสอ.<br><br>สสจ. |
| 3 | จัดทำโครงการค้นหาวัณโรคเชิงรุกจังหวัดตรัง<br>3.1จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพแนวทางการคัดกรองวัณโรคสำหรับเจ้าหน้าที่ | ผู้รับผิดชอบงานระดับสสอ.,รพ.รพ.สต.รวม150คน | มค.61 | สสจ. |
| | 3. 2จัดประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกและติดตามผลการดำเนินงาน<br>3.3การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ<br>-จัดสรรงบประมาณให้รพ.ทุกแห่งดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค<br>-ระดับรพ.,สสอ.ร่วมจัดทำแผนรณรงค์คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย<br>-ดำเนินการให้ความรู้คัดกรองและส่งต่องานชันสูตรและส่งต่อผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา<br>3.4ติดตามเยี่ยมพื้นที่และสนับสนุนให้ความรู้ การคัดกรอง การเก็บเสมหะ | ผู้รับผิดชอบงานระดับสสอ.,รพ.รวม50คน<br><br>กลุ่มเสี่ยงวัณโรค<br><br>10อำเภอ | กพ.61<br><br>มค.61-กย.61<br><br>มค.61-กย.61<br><br>มค.61-กย.61<br><br>มีค.61-กย.61 | สสจ.<br><br>รพ.,สสอ.<br><br>รพ.สสอ.<br><br>รพ.สสอ.<br><br>สสจ.,สสอ.,รพ. |

| ลำดับที่ | แผนปฏิบัติการ/กิจกรรม | กลุ่มเป้าหมาย | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| 4 | พัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องเพื่อลดสาเหตุการตาย<br>-ประชุมเชิงปฏิบัติการด้านวิชาการเพื่อหาสาเหตุการตาย<br><br><br><br><br>-ประชุมเชิงปฏิบัติการ(DOT MEETING)2 ครั้ง | แพทย์,เภสัชกร จนทคลินิก วัณโรค, พยาบาลOPD ผู้รับงานเอดส์ ผู้ประสานงานระดับอำเภอ จนท.รพ.สต. รวม70คน<br><br>เภสัชกร,จนทคลินิกวัณโรค, พยาบาลOPDผู้รับงานเอดส์ ผู้ประสานงานระดับอำเภอ เรือนจำ,ตัวแทนรพ.สต. รวม60คน | มีค.61<br><br><br><br><br>กค.61 | สสจ.ตรัง, |
| 5 | การนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล | รพ,สสอ.ทุแห่ง | ตค.60-กย.61 | สสจ.ตรัง |

## 4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานแผนงานควบคุมวัณโรค

1) ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยกำลังรักษาจากการแพ้ยา, ผู้ป่วยTB/HIV, ผู้ป่วยวัณโรคกระดูก ,TB Meningitis....
2) โปรแกรมTBCM Online เพิ่งเริ่มดำเนินการกลางเดือนธันวาคม2560ซึ่งอยู่ระหว่างบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน.

ผู้รายงาน.นางนงลักษณ์ ทวนชีพ.....
ตำแหน่ง...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ..
โทร...081-415-1588...
e-mail...nonghos@hotmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ..5..มกราคม ๒๕๖1

**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑**

**คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ Service Excellence**

**หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**

**จังหวัด.....ตรัง.....เขตสุขภาพที่.....๑๒.....รอบที่...๑...ตรวจราชการวันที่...๑๐-๑๒ มกราคม...๒๕๖๑.....**

**๑. สถานการณ์**

**การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** เป็นการประเมิน การดำเนินงานของทั้งโรงพยาบาล (RDU๑) และ รพ.สต. ในเครือข่ายบริการ (RDU๒) โดยผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ พบว่า ภาพรวมจังหวัดตรังผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ เท่ากับร้อยละ ๙๐ ซึ่งบรรลุเป้าหมาย คือ RDU ขั้นที่ ๑ มากกว่าร้อยละ ๘๐ รายละเอียดดังรูป



รูปที่ ๑ แสดงผลการดำเนินงาน RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (สีแดง: อำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์)

# ผลการดำเนินงาน “ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ขั้นที่ ๑ (SP-RDU)
# ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไตรมาส ๔ (ข้อมูล ณ ๓๐ ก.ย. ๒๕๖๐)

| รายชื่อรพ. | ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ | RDU ๑ | | | | | | | | RDU ๒ | สรุปผลการประเมินการเป็น RDU Hospital ขั้นที่๑ (RDU ๑ + RDU ๒) | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process) | | | RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output) | | | | | ประเมินผลการดำเนินงาน (Output) | | |
| | | มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU | มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU | มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A S และ M๑ | ๑) ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED | ๒) ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล | ๓) รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล | ๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน | ๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา | ร้อยละของ รพ สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย | | |
| | | | | | ร้อยละ | ระดับ | จำนวนรายการ | ระดับ | ระดับ | ร้อยละ | ผ่าน | ไม่ผ่าน |
| ๑.ตรัง | A | √ | √ | √ | ๙๑.๐๓ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๕๔.๕๕ | √ | |
| ๒.ห้วยยอด | M๒ | √ | √ | | ๙๓.๔๖ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๘๑.๘๒ | √ | |
| ๓.ย่านตาขาว | F๑ | √ | √ | | ๙๕.๔๔ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๕๐ | √ | |
| ๔.กันตัง | F๑ | √ | √ | | ๙๒.๓๗ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๖๖.๖๗ | √ | |
| ๕.นาโยง | M๒ | √ | √ | | ๙๓.๑๗ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๗๕ | √ | |
| ๖.ปะเหลียน | F๒ | √ | √ | | ๙๒.๙๗ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๘๔.๒๑ | √ | |
| ๗.สิเกา | F๒ | √ | √ | | ๙๔.๗๗ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๗๗.๗๘ | √ | |
| ๘.วังวิเศษ | F๒ | √ | √ | | ๙๑.๕๕ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๗๑.๔๓ | √ | |
| ๙.รัษฎา | F๒ | √ | √ | | ๙๐.๔๘ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๕๐ | √ | |
| ๑๐.หาดสำราญฯ | F๓ | √ | √ | | ๘๘.๙๕ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๑๐๐ | | √ |
| **รวมผ่าน (แห่ง)** | | ๑๐ | ๑๐ | ๑ | **๙** | **๑๐** | **๑๐** | **๑๐** | **๑๐** | **๑๐** | **๙** | **๑** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | **มี** | **มี** | **มี** | รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐ | **ระดับ ๓** | **≤ ๑ รายการ** | **รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓** | **ระดับ ๓** | **≥ ร้อยละ ๔๐** | รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด | |
| เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ | | รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด | | | | | | | | | | |

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัดจำนวน ....๙..... แห่ง (รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย )

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ....๑๐.... แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด ( A / B ) x ๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ.....๙๐.....

## ๒. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น : การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒.๒ รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

| เป้าหมาย | มาตรการดำเนินการ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
|---|---|---|---|
| **๑. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** | | | |
| RDU ๑ ขั้นที่ ๑ และ ๒ | ดำเนินกิจกรรมตามกุญแจ PLEASE | ๑.ติดตามกิจกรรม ขั้นที่ ๑<br>- ส่งเสริมการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ<br>- PTC เข้มแข็ง<br>- ฉลากยามาตรฐาน<br>- ตัดยาที่ไม่เหมาะสมออกจากบัญชียาโรงพยาบาล<br>- ส่งเสริมจริยธรรมฯ<br>๒.ติดตามกิจกรรม ขั้นที่ ๒<br>- ลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน ๔ กลุ่มโรค<br>- ดูแลการใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคไต | RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ๘๐ %<br>RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ๒๐ % |
| **๒. รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ** | | | |
| RDU ๒ ขั้นที่ ๑ และ ๒ | ลดการใช้ยาปฏิชีวนะใน ๒ กลุ่มโรค ได้แก่ RI และ AD | ติดตามร้อยละของ รพ.สต. ใน CUP ที่ใช้ยาปฏิชีวนะผ่านเกณฑ์ทั้ง RI และ AD | |

### ๓. Small Success

| ไตรมาส ๑ | ไตรมาส ๒ | ไตรมาส ๓ | ไตรมาส ๔ |
|---|---|---|---|
| RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๖๐<br>RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๕ | RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๗๐<br>RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐ | RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๐<br>RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕ | RDU ขั้นที่ ๑≥ ร้อยละ ๘๐<br>RDU ขั้นที่ ๒ ≥ร้อยละ ๒๐ |

**ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

| ลำดับ | ตัวชี้วัด | รายการข้อมูล | ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ) | ภาพรวมจังหวัด - **รอบ ๑** (ข้อมูล ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑) - **รอบ ๒** (ข้อมูล ต.ค.๖๐- มิ.ย.๖๑) |
|---|---|---|---|---|
| ๑ | **ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล** (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU๑ และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : ๑.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด ๒.RDU ขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.ทั้งหมด | **เป้าหมาย** (จำนวน รพ.ทั้งหมด) | ๑๐ | ๑๐ |
| | **ผลงาน** ๑. จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑ | ๙ | ๙ |
| | RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ | ๙๐ | ๙๐ |
| | ๒. จำนวน รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ ๒ | ๐ | ๐ |
| | RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ | ๐ | ๐ |

***หมายเหตุ : ร้อยละ RDU ขั้นที่ ๑ คำนวณจาก จำนวน รพ.ที่ผ่านขั้นที่ ๑และขั้นที่๒ รวมกัน เช่น จังหวัด ก. มีจำนวน รพ.ทั้งหมด ๑๐ แห่ง ผ่านเงื่อนไขเฉพาะขั้น ๑ จำนวน ๖ แห่ง และผ่านเงื่อนไขขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง ดังนั้น ร้อยละของ RDU ขั้นที่ ๑ = (๖+๒) x๑๐๐ /๑๐ = ๘๐%**

## ผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ จำแนกตามโรงพยาบาล

| รายชื่อรพ. | ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ | RDU ๑ (ขั้นที่๑) | | | | | RDU๑ (ขั้นที่ ๒) | | | | | | | RDU ๒ | | | สรุปผลการประเมิน RDU | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | ๑) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ | ๒) การดำเนินงานของ PTC ในการชี้นำส่งเสริม RDU | ๓) รายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ. | ๔) การจัดทำฉลากมาตรฐาน | ๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา | ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค | | | | ๕) ร้อยละการใช้Glibenclamide ใน DM สูงอายุ/ไตระดับ ๓ | ๖) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระดับ ๓ | ๗.) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots | ๖) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD | | | | |
| | | | | | | | ๑) RI | ๒) AD | ๓) FTW | ๔) APL | | | | ผ่าน | ทั้งหมด | ร้อยละ | ขั้นที่ ๑ | ขั้นที่ ๒ |
| | | ร้อยละ ..... | ระดับ ..... | จำนวน ..... รายการ | ระดับ ..... | ระดับ ..... | ร้อยละ ..... | ร้อยละ ..... | ร้อยละ ..... | ร้อยละ ..... | ร้อยละ ..... | ร้อยละ ..... | .....ราย | | | | | |
| ๑.ตรัง | A | ๙๑.๑๑ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๓๗.๓๔ | ๒๔.๕๘ | ๕๕.๕๔ | ๑๑.๑๑ | ๐ | ๐ | ๐ | ๑๑ | ๒๒ | ๕๐ | √ | X |
| ๒.ห้วยยอด | M๒ | ๙๓.๘๕ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๑๙.๗๓ | ๒๓.๓๔ | ๕๖.๖๖ | ๑๕.๐๐ | ๐ | ๑ | ๐ | ๑๔ | ๒๒ | ๖๓.๖๔ | √ | X |
| ๓.ย่านตาขาว | F๑ | ๙๕.๒๗ | ๓ | ๑ | ๔ | ๓ | ๒๓.๑๓ | ๑๗.๕๑ | ๖๒.๐๒ | ๑๘.๙๙ | ๒๕ | ๑ | ๐ | ๙ | ๑๖ | ๕๖.๒๕ | √ | X |
| ๔.กันตัง | F๑ | ๙๒.๒๕ | ๓ | ๑ | ๓ | ๔ | ๑๑.๒๗ | ๓๓.๔๗ | ๗๑.๖๔ | ๑๕.๒๕ | ๑๒.๙๐ | ๐.๓๘ | ๐ | ๑๓ | ๒๑ | ๖๑.๙๐ | √ | X |
| ๕.นาโยง | M๒ | ๙๓.๑๙ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๑๘.๑๐ | ๒๗.๐๔ | ๔๘.๙๔ | ๖.๘๒ | ๒๒.๗๓ | ๕.๗๐ | ๐ | ๕ | ๘ | ๖๒.๕๐ | √ | X |
| ๖.ปะเหลียน | F๒ | ๙๑.๗๓ | ๓ | ๐ | ๓ | ๓ | ๒๑.๕๓ | ๑๙.๒๕ | ๔๙.๔๓ | ๑๘.๕๒ | ๕๓.๓๓ | ๐.๗๘ | ๐ | ๘ | ๑๙ | ๔๒.๑๑ | √ | X |
| ๗.สิเกา | F๒ | ๙๔.๘๑ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๑๐.๙๐ | ๒๖.๗๕ | ๕๓.๙๐ | ๑๖.๖๗ | ๑๗ | ๓ | ๐ | ๖ | ๙ | ๖๖.๖๗ | √ | X |
| ๘.วังวิเศษ | F๒ | ๙๑.๑๗ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๒๐.๒๒ | ๓๓.๓๓ | ๔๗.๔๓ | ๑๓.๕๑ | **๐** | **๑** | ๐ | ๔ | ๗ | ๕๗.๑๔ | √ | X |
| ๙.รัษฎา | F๒ | ๙๐.๔๙ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๒๔.๖๘ | ๕๑.๙๖ | ๖๒.๙๔ | ๑๖.๑๓ | **๐** | **๐** | ๐ | ๕ | ๖ | ๘๓.๓๓ | √ | X |
| ๑๐.หาดสำราญฯ | F๓ | ๘๖.๗๘ | ๓ | ๑ | ๓ | ๓ | ๓๕.๖๘ | ๓๓.๓๓ | ๖๖.๖๗ | ๐ | ๔๘.๑๕ | **๐** | ๐ | ๔ | ๔ | ๑๐๐ | X | X |
| เกณฑ์เป้าหมาย | | รพ. ระดับ A ≥ ๗๕% S ≥ ๘๐% M๑-M๒ ≥ ๘๕% F๑-F๓ ≥ ๙๐% | ระดับ ๓ | ≤ ๑ รายการ | ระดับ ๓ | ระดับ ๓ | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ≤ ร้อยละ ๒๐ | ≤ ร้อยละ ๔๐ | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ≤ ร้อยละ ๕ | ≤ ร้อยละ ๑๐ | ๐ ราย | ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๔๐<br>ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๖๐ | | | √ = ผ่าน<br>X = ไม่ผ่าน | |

**สรุปผลการดำเนินงาน**

๑) A = จำนวน รพ.ที่ผ่าน
ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๙..... แห่ง
ขั้นที่ ๒ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ...๐.... แห่ง

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน .....๑๐..... แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A/B)x ๑๐๐
ขั้นที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ.....๙๐.....
ขั้นที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

- กิจกรรมในปีงบประมาณ 2561 ที่ดำเนินการได้เป็นอย่างดี (ผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 90) ได้แก่ ความเข้มแข็งและศักยภาพของ PTC ในการส่งเสริมชี้นำ RDU และการส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา การพัฒนาฉลากยาให้มีชื่อยาภาษาไทยและคำเตือน และการใช้ QR Code ในการให้ข้อมูลการใช้และข้อควรระวังในการใช้ยา การปรับปรุงบัญชียาให้มีรายการยาที่มีประสิทธิผลและปลอดภัย ส่วนกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบทั้งใน รพ.สต. ดำเนินการผ่านเงื่อนไข ขั้นที่ 1 ได้ทั้ง 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 แต่ผ่านเงื่อนไข ขั้นที่ 2 จำนวน 6 แห่งคิดเป็นร้อยละ 60

- ปัญหาสำคัญของจังหวัดตรังคือ การลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นใน ๔ กลุ่มโรค ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุนั้น ยังไม่มีโรงพยาบาลใด ผ่านเกณฑ์ รองลงมาเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ซึ่งดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์เพียงแห่งเดียวได้แก่ โรงพยาบาลนาโยง

**๔. แผนงาน/โครงการ มาตรการ ที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๑**

| ลำดับ | แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก | เป้าหมาย/ พื้นที่ดำเนินการ | ระยะเวลา | ผู้รับผิดชอบ |
|---|---|---|---|---|
| ๑. | ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดและเป้าหมายการดำเนินงาน | เจ้าหน้าที่ทุกระดับ | ธ.ค. ๖๐ | นางสุพัตรา คงจริง |
| ๒. | รณรงค์ สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ ทุกระดับ | เจ้าหน้าที่ทุกระดับ | ม.ค.-ก.ย.๖๑ | นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ |
| ๓. | บูรณาการร่วมกับ Service Plan อื่นๆ และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ | เจ้าหน้าที่ทุกระดับ | ก.พ.-ก.ย.๖๑ | นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ |
| ๔. | ติดตามพื้นที่ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. | ทุกอำเภอ | มี.ค.-ก.ย.๖๑ | นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ |

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

๑. การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาในระดับโรงพยาบาลให้มีความตระหนักในการสั่งใช้ยา เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

๒. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการขับเคลื่อน sp-RDU แต่ละแห่ง

๓. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ยาของประชาชน

๔. ขาดงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อรณรงค์ สร้างความตระหนักทั้งแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน

**๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์ | ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ | สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ |
|---|---|---|
| -ผู้สั่งใช้ยาบางท่าน ยังขาดความตระหนักในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะแพทย์<br>-ผู้สั่งใช้ยาบางท่านไม่ยอมรับ CPG ที่มีอยู่จึงไม่ปฏิบัติตาม CPG | -ให้ผู้สั่งใช้ยาโดยเฉพาะแพทย์แต่ละสาขา หาข้อสรุปร่วมกันในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสาขาของตน โดยจัดทำ CPG กลางและประกาศใช้ทั่วประเทศ | |
| โปรแกรมการประมวลข้อมูลที่สมบูรณ์ ยังไม่มี | กระทรวงเร่งพัฒนาโปรแกรมกลางในการดึงข้อมูลที่สมบูรณ์ | |
| ขาดสื่อประชาสัมพันธ์ในภาพรวมประเทศที่เข้าถึงประชาชน | ผลิตสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ เพื่อประชาสัมพันธ์ในภาพรวมระดับประเทศ ให้เข้าถึงประชาชน | |

**๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

.....

.....

**๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

ฉลากยาเสริมพูดได้ โดยจังหวัดตรังได้จัดทำฉลากยาเสริมพูดได้ผ่าน QR Code บนฉลากยา เมื่อผู้ป่วยสแกน QR Code จะมีคำอธิบายข้อมูลคำเตือน ข้อห้ามใช้และผลข้างเคียงของยารายการนั้น ซึ่งพัฒนาสำเร็จเป็น ๒ ภาษาได้แก่ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และอยู่ในระหว่างดำเนินการ ๑ ภาษา ได้แก่ ภาษาพม่า

**๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง (3 - 5 ภาพ)**









ชี้แจงตัวชี้วัดโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ผ่านการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดตรัง










รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน ในงานฉลองรัฐธรรมนูญ จังหวัดตรัง ระหว่างวันที่ 5-6 ธันวาคม 2560

ผู้รายงาน นางสุพัตรา คงจริง
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร 075-205-625
Email: fdatrang@hotmail.com

ผู้รายงาน นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
เบอร์โทร 075-205-625Email:
fdatrang@hotmail.com