แบบรายงานสรุปข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด รอบที่ 1/2566
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ 12

.....

ประเด็น สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ
หัวข้อ Service plan สาขาทารกแรกเกิด
ตัวชี้วัดหลัก 1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนักมากกว่า ≥500 กรัมเกณฑ์ < 3.6: 1,000 LB
2. ประเด็นการตรวจติดตาม: เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมาย ≤ 1:500 LB

.....

1. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)

จังหวัดตรังมีกุมารแพทย์ทั้งหมด 14 คน มีประจำที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลกันตัง (F1) 2 คน โรงพยาบาลย่านตาขาว (F1) 1 คน โรงพยาบาลห้วยยอด (M2) 1 คน โรงพยาบาลตรัง ทั้งหมด 11 คน (กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาคลินิก 2, โรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤต 1, กุมารแพทย์สาขาโรคหัวใจ 1 คน) พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด 8/15 คน คิดเป็นร้อยละ 53.33 มีจำนวนทารกคลอดทั้งจังหวัดปีละประมาณ 3,000-3,500 ราย มีเตียง NICU 8 เตียง SNB 24 เตียง อัตรากำลัง พยาบาล ต่อผู้ป่วยใน NICU = 1 : 2-3 ราย Sick newborn 1 : 3-4 ราย มีวันนอนเฉลี่ยคนละ 7 วัน วันละ 7 คน และมีอัตราการครองเตียง 82.06 โดยมี 5 อันดับโรคแรกคือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจเร็วแรกเกิด ภาวะสำลักน้ำคร่ำ ปอดอักเสบ

ปีงบฯ 2563,2564 ,2565 และ 2566 จังหวัดตรัง มีทารกเกิดมีชีพทั้งหมด 4,424 , 3,699, 3,408 และ 409 ราย ตามลำดับ อัตราตายของทารกน้ำหนักมากกว่า 500 กรัม ที่อายุน้อยกว่า 28 วัน 7.69,8.38, 6.46 และ 8.36 ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ <3.6) ทบวนสาเหตุการตายในปีงบประมาณนี้ (3 เดือน) สาเหตุการตายหลัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย,ภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรงแรกคลอด,ทารกพิการแต่กำเนิด

สาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด	ปีงบประมาณ (ราย)			
	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566(3 เดือน)
1. Preterm c severe RDS	13	9	7	2
2. Neonatal sepsis	5	3	1	0
3. Congenital anomaly (T13,T18, Edward)	2	4	4	1
4. Congenital pneumonia	4	3	0	0
5. ภาวะ MAS (PPHN)	6	8	2	0
6.Birth asphyxia	4	4	2	2
รวม	**34**	**31**	**16**	**5**

การรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด ปัจจุบันได้มีการใช้ non –invasive ventilator (NCPAP/HHFNC) ในทารก ที่หายใจลำบาก หรือหายใจล้มเหลว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ mechanical ventilator โดยการหย่า เครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้น มีผลให้จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี 2564 ลดลง แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนในทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ที่ไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้เร็ว ทำให้เกิด ROP BPD VAP เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขณะดูแลและลดอัตราการเสียชีวิต

จังหวัดตรังมีจำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์ 1 : 500 ทารกเกิดมีชีพ โรงพยาบาลตรังได้ให้บริการทั้งผู้รับบริการในเขตและนอกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียงและจะพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อรองรับกับอัตราการคลอดมีชีพให้เพียงพอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัดมีจำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ 3,800 รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU 8 เตียง (เตียง NICU 1 เตียง : คลอด 500 ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU 8 เตียง ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย โดยจะมีเตียงสำรองไว้ 1เตียง โดยอัตราการครองเตียง ปี 2563,2564,2565 และ 2566(3 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 90.94,90.24,91.30 และ 82.06 ตามลำดับ

ปีงบประมาณนี้ ยังไม่มีการส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูง ส่วนหนึ่งทางทีมมีการพัฒนาในการดูแล โดยยังขาดในส่วนของอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ตลอดจนกุมารแพทย์เฉพาะทางด้านกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด และได้เพิ่มทักษะเรียนรู้การใช้เครื่องมือที่จำเป็น ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจชนิดความถี่สูง เครื่องควบคุมอุณหภูมิกายทารก เครื่องควบคุมและจ่ายก๊าซไนตริกออกไซด์

การตรวจคัดกรองการได้ยินมีการตรวจคัดกรองในทารกแรกเกิดทุกรายทั้งจังหวัด การคัดกรองหัวใจพิการแต่กำเนิดในจังหวัดตรัง พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดตรังไม่สามารถตรวจคัดกรองทารกก่อนจำหน่ายได้ทุกรายเนื่องจากจำนวนเครื่องตรวจไม่เพียงพอมีการหมุนเวียนกันในแต่ละพื้นที่

อีกทั้งในส่วนการส่งต่อและดูแลทารกในครรภ์ Intrauterine transfer system ภายในจังหวัดนั้น มีระบบการประสานงานของของระบบบริการสุขภาพด้านสูติกรรมเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) โดยมีการกำหนดแนวปฏิบัติไว้อย่างชัดเจนในมารดาที่มีครรภ์เสี่ยง รวมถึงแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด และได้มีการนำไปใช้ในทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดตรัง

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ไตรมาส 1/2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	ทุ่งสง	**รวมจังหวัด**
1.	อัตราการเสียชีวิต	ทารกคลอด	409	10	31	19	14	88	10	8	9	0	**598**
		เสียชีวิต	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
		อัตรา/ร้อยละ	12.22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**8.36**

ที่มาข้อมูล : HDC ณ วันที่ 10 เดือน มกราคม 2566

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

รวมทุกอำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนเตียง NICU (A)	จำนวนทารกเกิดมีชีพ เฉลี่ยของปี 2563-2565 (B)	จำนวนเตียง NICU 1 : 500 ทารกเกิดมีชีพ (B/A)	
เมืองตรัง	8	3,843	1 : 480.45	
ภาพรวมจังหวัด	**8**	3,843	**1 : 480.45**	

ที่มาข้อมูล : ณ วันที่ 10 เดือน มกราคม 2566

2. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	1. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดและระบบการส่งต่อ แบบลงนิเทศในพื้นที่ 2. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย	ลดอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ 0 - 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม เป้าหมาย <3.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	ปีงบฯ 66	กุมารแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ
2.	โครงการป้องกันทารกพิการแต่กำเนิดร่วมกับทีม MCH Board :MFM			
3.	พัฒนาการใช้ non-invasive ventilator เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ			
4.	พัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือ TH (Therapeutic Hypothermia) ,ไนตริกออกไซด์			

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

MCH board ระดับจังหวัด/เขต มีระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณการในรูปแบบของ MCH board ประกอบด้วย ปฐมภูมิ กลุ่มสตรีและเด็ก Service plan สูติกรรม และทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ 12 แล้ว แต่อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด 0 - 28 วัน มีแนวโน้มยังไม่ลดลง เน้นการส่งข้อมูลกลับไปยังพื้นที่ร่วมค้นหาสาเหตุ

มาตรการ	ผลลัพธ์	แผนงาน
1.ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิตของทารก 2.จำนวนพยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิดเพียงพอ	1.ทีมกุมารได้จัดการการเพิ่มพูนความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ 2.จำนวน NNP คิดเป็นร้อยละ 53.33% ไม่สามารถจัดได้ทุกเวร	1.จัดอบรม NCPR และการให้ความรู้ขณะส่งต่อ โดยใช้ STABLE Program ในจังหวัด 2.เพิ่มจำนวน NNP ทุกปี อย่างน้อยต้องมี NNP ทุกเวร

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
1.ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ A ขาด Neonatologist (ศึกษาปี 2565)	1. (จบปีงบประมาณ 2567)
2. พัฒนาบุคลากรทางพยาบาลทารกแรกเกิด (NNP)	2.ไม่สามารถจัดอัตรากำลังที่มี NNPอย่างน้อย 1 คน/เวร ขอสนับสนุนบุคลากรเฉพาะทางเพิ่มปีละ 1 คน
3. ส่งเสริมการเรียนรู้ทักษะในการดูแลทารกแรกเกิดเฉพาะ	3. -

5. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

พัฒนาแนวทางการจัดท่าการถ่ายภาพรังสีทรวงอกในทารกแรกเกิด



6. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ปี 2565





ผู้รายงาน นางพรจันทร์ ชัยเชื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร. 081-8955935
E-mail pornchan5935@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล 10 มกราคม 2566

ประเด็น ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ : Service plan สาขา โรคมะเร็ง

ตัวชี้วัดหลัก :

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง

1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก≥ร้อยละ 60
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy≥ร้อยละ 70
3. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่≥ร้อยละ 50
4. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ(มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ผิดปกติได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy≥ร้อยละ 50
5. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดรอง :

1.1) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)

1.2) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบาบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 75)

1.3) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ร้อยละ 60)

1.4) ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ60)

1.5) ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator(ร้อยละ100)

1.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ข้อมูลย้อนหลัง (3-5ปี)

- **ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 9 มกราคม 2566)**

ผู้ป่วยมะเร็งในจังหวัดตรัง พบว่าอุบัติการณ์ 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งตับ และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ การเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งกล่องเสียงและคอหอย มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

จากรายงานการตรวจราชการ ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก ปีงบประมาณ 2566 พบว่า การเข้าถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 70.39 การเข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 85 และ การเข้าถึงการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ เฉลี่ยร้อยละ 81.42 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus เฉลี่ยร้อยละ62.87 ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator ร้อยละ10

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ไตรมาส 1/2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 มกราคม 2566)

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ≥75%

จังหวัดตรัง	2561	2562	2563	2564	2565		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	78%	72%	78.57 %	77%	86	58	66.27
มะเร็งลำไส้ใหญ่	80.84%	70%	85 %	89.44%	54	45	83

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥75%

จังหวัดตรัง	2561	2562	2563	2564	2565		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	78%	92%	86.44 %	85%	89	77	87
มะเร็งลำไส้ใหญ่	58%	82%	85.71 %	90%	37	30	81

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ≥60%

จังหวัดตรัง	2561	2562	2563	2564	2565		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	89.47	90%	88.6%	86.5%	63	51	81.42
มะเร็งลำไส้ใหญ่	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

****ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง*****

ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ60)

จังหวัดตรัง	2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (จากTCB Plus) ที่มีอยู่ใน e-Claim	1,367	651	47.62	835	525	62.87

ร้อยละของจำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator (ร้อยละ100)

จังหวัดตรัง	2564			2565		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
จำนวนหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี Cancer Coordinator (ร้อยละ 100)	10	1	10	10	1	10

• ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม

ระยะโรค	2561	2562	2563	2564	2565		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่ 1,2	65/114 57%	80/129 62.01%	57/100 57%	63/105 60%	98	61	63.04
ระยะที่ 3,4	49/114 43%	49/129 37.99%	43/100 43%	42/105 40%	98	37	36.96

• ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

ระยะโรค	2561	2562	2563	2564	2565		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่1,2	32/72 44.44%	15/52 28.85%	29/68 42.65%	25/83 30.61%	54	14	29.93
ระยะที่3,4	40/72 55.56%	37/52 71.15%	39/68 57.35%	58/83 69.39%	54	40	70.07

❖ ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี จังหวัดตรัง ปีงบฯ 2564 – 2565

อำเภอ	2564			2565		
	สตรีไทยอายุ 30 - 70 ปี	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ 80%)	สตรีไทยอายุ 30 - 70 ปี	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ 80%)
เมืองตรัง	36,507	24,561	67.28	36,846	26,947	73.13
กันตัง	18,531	14,465	78.06	18,971	17,869	94.19
ย่านตาขาว	14,357	13,305	92.67	14,450	13,401	92.74
ปะเหลียน	15,240	12,531	82.22	15,336	13,270	86.53
สิเกา	8,508	7,008	82.37	8,577	7,259	84.63
ห้วยยอด	20,395	15,237	74.71	20,576	18,488	89.85
วังวิเศษ	9,049	7,482	82.68	9,236	8,454	91.53
นาโยง	10,067	9,302	92.40	10,128	9,627	95.05
รัษฎา	6,502	5,769	88.73	6,673	6,392	95.79
หาดสำราญ	3,535	3,099	87.67	3,576	3,260	91.16
รวม	142,691	112,759	79.02	144,369	124,967	86.56

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล ::วันที่ 9 ม.ค. 2566

- **ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี สะสม 5 ปี (ปีงบ2563-2567)**

เกณฑ์ ปีงบ 2564 ร้อยละ 40 ปีงบ 2565 ร้อยละ 60

อำเภอ	หญิงอายุ30-60ปี คัดกรองสะสม 5 ปี ปีงบฯ 2564	คัดกรอง	ร้อยละ	หญิงอายุ 30- 60 ปี คัดกรองสะสม 5 ปี ปีงบฯ 2565	คัดกรอง	ร้อยละ
เมืองตรัง	28,865	7,695	26.66	28,899	8,730	30.21
กันตัง	14,851	5,764	38.81	15,046	6,121	40.68
ย่านตาขาว	11,356	5,732	50.48	11,392	6,591	57.86
ปะเหลียน	12,223	5,223	42.73	12,205	7,012	57.45
สิเกา	7,104	3,968	55.86	7,110	4,606	64.78
ห้วยยอด	16,243	8,310	51.16	16,310	10,843	66.48

วังวิเศษ	7,392	4,278	57.87	7,449	4,504	60.46
นาโยง	7,921	3,507	44.27	7,891	3,721	47.15
รัษฎา	5,314	2,425	45.63	5,428	3,183	58.64
หาดสำราญ	2,862	1,571	54.89	2,874	1,732	60.26
รวม	114,131	48,473	42.47	114,604	57,043	49.77

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล ::วันที่ 9 ม.ค. 2566

อภิปรายผลจากตาราง

การคัดกรองมะเร็งเต้านมได้มีการคัดกรองที่ครอบคลุมปี 2565 ร้อยละ86.56 แต่ยังพบมะเร็งเต้านมระยะที่3,4 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 43 ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 37.99 ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 43 ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 40 ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 36.96 และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ยังพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ3,4 ปีงบประมาณ 2561 ร้อยละ 55.56 ปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 71.15 ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 57.35 ปีงบประมาณ 2564 ร้อยละ 69.39 และปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 70.07

- **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง**

โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในจังหวัดตรังในกลุ่มประชากรกลุ่มอายุ 50-70 ปี ในจังหวัดตรังผลงานดังนี้

รายการ	**2561**		**2562**		**2563**		**2564**		**2565**	
	จำนวน	**%**	**จำนวน**	**%**	**จำนวน**	**%**	**จำนวน**	**%**	**จำนวน**	**%**
FIT positive	201/4,939	4.06	300/4243	7.07	175/2499	7.0	297/7,399	4.04	563/9,636	5.84
colonoscopy	156/201	77.61	139/300	46.33	132/175	75.42	131/297	44.10	194	34.45
Total cancer	none	none	2	1.43	7	5.3	3	2.29	1	0.5
Pre cancer	51	32.69	20	14.38	40	30.3	24	18.32	47	24.22
Polyp hyperplasia	2	1.28	11	7.9	5	3.78	10	7.63	8	4.12
Total other	25	16.02	28	25.22	16	21.99	16	12.21	47	24.22
normal	81	51.92	71	51.07	51	38.63	78	59.54	91	46.9

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าปีงบประมาณ 2561 ไม่พบมะเร็ง พบระยะก่อนมะเร็งร้อยละ 32.69 ปีงบประมาณ 2562 พบมะเร็งร้อยละ 1.43 ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ 14.38 ปีงบประมาณ 2563 พบมะเร็งร้อยละ 5.3 ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ 30.3 ปีงบประมาณ 2564 พบมะเร็งร้อยละ 2.29 ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ 18.32 มีแนวโน้มว่าเจอมะเร็งและระยะก่อนมะเร็งเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ปีงบประมาณ2564 มีคนมาทำ Colonoscopy ลดลง ร้อยละ 44.10 เนื่องจากสถานการณ์ covid-19 ทำให้ประชาชนไม่กล้ามาโรงพยาบาล ปฏิเสธการส่องกล้องเยอะ และปีงบประมาณ 2565 พบมะเร็งร้อยละ 0.5 ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ 24.22 ค้างส่องกล้องอีกประมาณ 80คน

2. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ 1. เจ้าหน้าที่มีการอบรมการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ 2. ตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ HPV DNA test	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ	1 ครั้ง/ปี	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
2	มีการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1. บูรณาการการตรวจคัดกรองในคราวเดียวกันในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูก 2. โครงการ mammogram เคลื่อนที่มูลนิธิกาญจนบารมี 3. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70ปี โดยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระผลบวกส่งตรวจด้วยกล้องส่องลำไส้ใหญ่ คนที่มีผลผิดปกติ ส่งมาทำ Colonoscopy โดยจัดเป็นโครงการ ODS นัดมาทำทุกวันหยุด วันละ 6-7 ราย 4. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ผู้ที่ผลผิดปกติ นัดส่องกล้อง Colposcopy ทุกวันพุธ วันละ 8 ราย	1. สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน 2. สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน 3. กลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	ทำอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างต่อเนื่อง ทำตามโครงการ	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
3	เครือข่ายบริการมีผู้จัดการผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี (Case manager)ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน	1. ผ่านการอบรมหลักสูตร 10 วัน 2. ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการทำงานจากหน่วยงานอย่างชัดเจน	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล

4	การรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด ใน TCB	1. ส่งข้อมูลในระบบอย่างครบถ้วนในHDC,TCB (Thai cancer base) 2. มีข้อมูลผลการดำเนินการในฐานข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน ทันเวลา 3. จัดพิมพ์รายงาน เผยแพร่	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
5	Refer ผู้ป่วยมะเร็งโครงการ Cancer Anywhere (มะเร็งรักษาได้ทุกที่ ในสิทธิ์ 30 บาท) โดยไม่ใช้ใบ refer	1. ส่งข้อมูล refer ผู้ป่วยมะเร็งในระบบอย่างครบถ้วนใน TCB 2023 2. ติดตั้ง Application Cancer Anywhere ให้ผู้ป่วย	ทำอย่างต่อเนื่อง	โรงพยาบาล ศูนย์

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

การคัดกรองมะเร็งในปัจจุบันไม่ว่าคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องใช้งบประมาณและกำลังบุคลากรทางการแพทย์มาก ผลการคัดกรองพบว่าผลปกติอาจเจอในระยะเริ่มต้นบ้างแต่น้อยประมาณร้อยละ 1-2 แต่หากดูระยะโรคมะเร็งยังพบว่ามะเร็งระยะที่ 3 และ 4 จำนวนมาก จากการรวบรวมข้อมูลจะพบว่ากลุ่มที่มาคัดกรองเป็นกลุ่มเดิมที่ทำการตรวจดัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนที่ไม่ได้รับการคัดกรองเนื่องจากกลัว ไม่มีเวลา ไม่รู้ว่ามีการคัดกรองยังมีอยู่จำนวนมาก

4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
1. การคัดกรองประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	1. รณรงค์ 5 ทำ 5 ไม่ 7 สัญญาณอันตรายให้เข้าถึงประชาชนในที่สาธารณ สถานประกอบการต่างๆอย่างจริงจังทุกช่องทาง
2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ กลุ่มเสี่ยงกลัวที่จะคัดกรอง	2. ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงสถานประกอบการและมีช่องทางด่วนในเข้ามาบริการได้ง่าย กลุ่มที่กลัวไม่เคยมาคัดกรองต้องติดตามอย่างจริงจัง
3. จำนวนบุคลากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด ทำงานหนักขึ้น	3. ควรขยายการบริการคัดกรอง การตรวจ ลงในโรงพยาบาลระดับอำเภอโดยสามารถกระจายทรัพยากรร่วมกัน เพิ่มแพทย์เฉพาะทางมะเร็ง พัฒนาหน่วยมะเร็ง โดยเพิ่มศักยภาพแพทย์มะเร็งวิทยาและการจัดอบรม cancer nurse coordinator พัฒนาและทำโครงการ lung cancer fast tract
4. การลงข้อมูล Cancer Anywhere ไม่ real time /คนลงข้อมูลมี 2 คน	4. ควรมี Contact point ที่ชัดเจน เพิ่มคนลงข้อมูล Cancer Anywhere

5. นวัตกรรม/ Best practice ที่สามารถเป็นแบบย่าง (ถ้ามี)

1. จัดให้มี Nurse case manager ระดับอำเภอ
2. ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE)
3. บูรณาการการตรวจมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในคราวเดียวกัน
4. มีศูนย์มะเร็งประสานส่งต่อข้อมูล ทำทะเบียนมะเร็ง และประสานงาน Case Cancer Anywhere

6. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ 2 - 4 ภาพ)









ผู้รายงาน นางสุภาพร อัฐชิ้น
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
โทร 091-0490549
Email: joy.mumu@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ 9 มกราคม 2566

ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งมะเร็งช่องปาก

ตัวชี้วัด
1. มีระบบการจัดการ ที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ในระดับจังหวัด
2. ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก
3. มีรายงานจำนวนผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา

1.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมอำเภอ ปีงบประมาณ 2566
(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)

- จังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดระบบคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ส่งต่อรักษา และติดตามดูแลต่อเนื่อง
- การตรวจคัดกรองกลุ่มอายุ 40 – 59 ปี ทำได้ยาก เนื่องจากเป็นช่วงวัยทำงาน
- ไตรมาสที่ 1 มีการเก็บข้อมูลโดยการจดบันทึก เนื่องจากความไม่ชัดเจนของรหัสหัตถการในการบันทึกข้อมูลใน HDC

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมืองตรัง	ห้วยยอด	กันตัง	ย่านตาขาว	นาโยง	สิเกา	วังวิเศษ	รัษฎา	ปะเหลียน	หาดสำราญ	รวมอำเภอ
1.	มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากในประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป	เป้าหมาย	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**10**
		ผลงาน	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**10**
		อัตรา/ร้อยละ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	**100**
2.	ร้อยละของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปาก และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	เป้าหมาย	3,740	1,049	1,242	1,704	903	850	939	675	762	434	**12,298**
		ผลงาน	3,530	856	1,139	1,566	623	645	848	582	460	343	**10,592**
		อัตรา/ร้อยละ	94.39	81.60	91.71	91.90	68.99	75.88	90.31	86.22	60.37	79.03	**86.13**
3.	มีรายงานจำนวนผู้มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปาก ที่ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา	เป้าหมาย	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
		ผลงาน	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**2**
		อัตรา/ร้อยละ	100	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	**100**

ที่มาข้อมูล : รายงานเอกสาร ณ วันที่ 31 เดือน ธันวาคม 2565

อภิปรายผลจากตาราง

ทุกหน่วยบริการในจังหวัดตรัง มีระบบการจัดการที่เกี่ยวข้องกับรอยโรคเสี่ยงมะเร็ง และมะเร็งช่องปากประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยไตรมาสแรกประชากรกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป จังหวัดตรัง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ร้อยละ 86.12 ทุกอำเภอตรวจคัดกรองตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากได้ร้อยละ 60 ขึ้นไปทุกอำเภอ พบมีรอยโรคในช่องปาก 2 คนที่อำเภอเมืองตรัง ได้รับการและได้รับการตัดชิ้นเนื้อและตรวจทางพยาธิวิทยาทั้ง 2 คน ผลการวินิจฉัยไม่พบรอยโรคมะเร็ง

2.แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	ประชุมวางแผนดำเนินการ โดยโรงพยาบาลตรัง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง	1 ครั้ง	ก.ค.2565	รพศ. และสสจ.ตรัง
2.	สนับสนุนตัวอย่างแบบคัดกรอง และ Application คัดกรองมะเร็งช่องปาก	10 อำเภอ/ ทุกอำเภอ	ส.ค.2565	สสจ.ตรัง
3.	คัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ร่วมกับการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพประจำปี	10 อำเภอ/ ทุกอำเภอ	ส.ค.2565	ทุกอำเภอ

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

- ประชากรอายุ 40 – 59 ปี อยู่ในช่วงวัยทำงาน ทำให้เจอกลุ่มเป้าหมายได้ยากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่บ้าน ทำให้ต้องขอความร่วมมือ อสม.ติดตามช่วงหลังเลิกงาน
- ผู้สูงอายุ กลัวไม่อยาก biopsy
- ระยะแรกการลงข้อมูลในระบบไม่ชัดเจนเรื่องรหัสหัตถการ ทำให้ไม่สามารถดึงข้อมูลจาก HDC มาประมวลผลได้

4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
1. ประชากรอายุ 40 – 59 ปี อยู่ในวัยทำงาน ทำให้คัดกรองได้ยาก ต้องให้ อสม.ติดตามช่วงเวลาเลิกงาน	1. อบรม อสม.เพื่อคัดกรองเบื้องต้น
	2. พัฒนาศักยภาพทันตแพทย์ในการวินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง
	3.เข้าร่วมสัมมนาสร้างเสริมการควบคุมยาสูบ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
	4. จัดทำคู่มือการส่งรายงานที่ถูกต้อง เหมาะสม ใช้งานสะดวก
2. ประมวลข้อมูลจาก HDC ไม่ได้ เนื่องจากรหัสไม่ชัดเจน	1. กำหนดรหัสการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ชัดเจน

5.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การใช้ line กลุ่ม อสม.จังหวัดตรัง ในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก มีการส่งภาพกิจกรรมและการปรึกษาทันตแพทย์เฉพาะทางกรณีพบความผิดปกติหรือข้อสงสัย

6. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ 2 - 4 ภาพ)







ผู้รายงาน.....นางจุฑามาศ ตรีรัตน์พันธุ์.....
ตำแหน่ง.....ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....
โทร....082-416-8818.....
e-mail...dent_cuptrang@hotmail.com.....
วันที่รายงานข้อมูล ....10 มกราคม 2566.....

ประเด็น ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ
หัวข้อ : Service plan สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (หลอดเลือดสมอง /STROKE)
ตัวชี้วัด : ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) <ร้อยละ 7

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ร้อยละ	2563	2564	2565	2566 (2เดือน)
1.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-69) (I60-I69)	< 7	4.68	5.37	5.47	5.53
2. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I60-I62)	< 25	18.54	18.12	19.83	18.18
3.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I63)	< 5	1.76	1.94	2.16	2.25
4. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที(door to needle time)	≥ 80	92	93.63	88.15	94.74
5.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ 80	59.7	65.0	90.96	100
6.การเข้าถึงบริการทันเวลา ภายใน 4.5 ชั่วโมง นับตั้งแต่มีอาการ จนถึงโรงพยาบาลทุกแห่ง	≥ 60	57.54	59.46	40.93	34.70

1.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ข้อมูลย้อนหลัง (3 – 5 ปี)

โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดตรัง มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีมาอย่างต่อเนื่อง ปีที่ผ่านมาพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564 – 2566 (ต.ค.- พ.ย. 65) เท่ากับ ร้อยละ 5.37,5.47 และ5.53 ตามลำดับไม่เกินเป้าหมาย (<ร้อยละ 7) ต่ำกว่าระดับเขต 12 ปี2564 - 2566 (2เดือน) ซึ่งมีอัตราตาย ร้อยละ 6.15,6.71 และ 6.34 โดยต่ำกว่าระดับประเทศ ร้อยละ 8.38 , 8.8 และ 8.12

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก ตั้งแต่ปี 2564-2566 รอบ 2 เดือน (ต.ค. – พ.ย. 65) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิต จากหลอดเลือดสมองแตก รหัส I60-629 ร้อยละ18.12, 19.83 และ 18.18 ไม่เกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ 25) ส่วนภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน อัตราเสียชีวิตร้อยละ 1.94,2.16 และ 2.25 ไม่เกิน ค่าเป้าหมาย (ร้อยละ 5) จากประวัติผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่พบว่ามีโรคประจำตัว DM,HT จากข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน การเข้าถึงบริการทันเวลาที่ ER ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ภายใน 4.5 ชั่วโมง ของจังหวัดตรัง ในปี 2564-2566 (2 เดือน) ผลงานร้อยละ 59.46 , 40.93 และ 34.70 ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 60) ในส่วนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบทางด่วน (fast tract) นับเวลาตั้งแต่ รับไว้ใน ER จน Refer ภายใน 20 นาที สามารถทำเวลาได้รวดเร็วขึ้น 2 ปี ย้อนหลัง 2564-2566(2เดือน) ผลงานได้ร้อยละ 89.41,84.73และ82.35 ในปี 2566 (2เดือน) เป็นไปตามเป้าหมาย อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน 60 นาที ได้ทันเวลา มากกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ80) จากปี 2564-2566 (2 เดือน) ร้อยละ 93.63,88.15 และ 94.74 ในการนำส่งผู้ป่วยส่วนมาก ญาตินำส่งเอง จากการเก็บข้อมูลปี 2564-2565 นำส่งด้วยระบบ EMS เพียงร้อยละ 19.76,20.87 และ 22.89

แสดงให้เห็นว่า มาด้วยEMS มากขึ้น ควรพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Stroke Alert) การเรียกใช้บริการ 1669

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ไตรมาส 1/2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน 2565)

1.1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I60-I69) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 7) (โรงพยาบาล	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-10 = I60-I69) (A)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-10 = I60-I69) (B)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x 100	
	2565	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**
รพ.ตรัง	136	23	2295	386	5.93	5.96
รพ.กันตัง	0	0	13	0	0	0
รพ.ย่านตาขาว	0	0	33	4	0	0
รพ.ปะเหลียน	0	0	29	3	0	0
รพ.สิเกา	0	0	14	4	0	0
รพ.ห้วยยอด	2	0	64	8	3.13	0
รพ.วังวิเศษ	0	0	28	6	0	0
รพ.นาโยง	0	0	19	1	0	0
รพ.รัษฎา	0	0	17	4	0	0
รพ.หาดสำราญฯ	0	0	9	0	0	0
รวม จ.ตรัง	**138**	**23**	**2521**	**416**	**5.47**	**5.53**

หมายเหตุ... ข้อมูล ของโรงพยาบาลตรัง จะมีข้อแตกต่างจาก HDC คือ จะมีรายชื่อผู้ป่วยและที่อยู่ โดยมีการส่งข้อมูลรายเดือนให้พื้นที่ทุกแห่ง เพื่อดำเนินการติดตามผู้ป่วย ต่อเนื่อง

1.2 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก(I60-62) (เป้าหมาย : < ร้อยละ 25)

อำเภอ	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = ๒๐-๒๒)(C)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = ๒๐-๒๒)(D)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x ๑๐๐	
	2565	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**
รพ.ตรัง อ.เมืองตรัง	94	14	437	72	21.51	19.44
กันตัง	0	0	2	0	0	0
ย่านตาขาว	0	0	7	1	0	0
ปะเหลียน	0	0	6	0	0	0
สิเกา	0	0	1	2	0	0

ห้วยยอด	0	0	9	0	0	0
วังวิเศษ	0	0	4	0	0	0
นาโยง	0	0	3	0	0	0
รัษฎา	0	0	2	2	0	0
หาดสำราญฯ	0	0	3	0	0	0
รวม จ.ตรัง	**94**	**14**	**474**	**77**	**19.83**	**18.18**

1.3 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (I63) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)

อำเภอ	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(E)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(F)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(E/F) x ๑๐๐	
	2565	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**	**2565**	**2566(2ด)**
ตรัง เมืองตรัง	38	7	1786	301	2.13	2.33
กันตัง	0	0	8	0	0	0
ย่านตาขาว	0	0	5	0	0	0
ปะเหลียน	0	0	8	1	0	0
สิเกา	0	0	6	2	0	0
ห้วยยอด	2	0	17	4	11.76	0
วังวิเศษ	0	0	5	1	0	0
นาโยง	0	0	8	0	0	0
รัษฎา	0	0	8	2	0	0
หาดสำราญฯ	0	0	2	0	0	0
รวม จ.ตรัง	**40**	**7**	**1853**	**311**	**2.16**	**2.25**

ที่มาข้อมูล : .....HDC ณ วันที่ 30 เดือนพฤศจิกายน 2565

ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2566 Small success (3 เดือน)

Small success (3 เดือน)	ผลการดำเนินการ
-เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการทันเวลา มากกว่าร้อยละ60	-เนื่องจากสถานการณ์โควิด เริ่มดำเนินการเดือนมิถุนายน - กันยายน 2565
-เพิ่มอัตราผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีเปิดหลอดเลือด ผลงาน จำนวนให้ยา rt-PA =135/1715 =7.87 จำนวน MTB = 104 ราย	-มีการซ้อมแผนร่วมกับศิริราชพยาบาลและจังหวัดสุราษฎธานี

-ลดระยะเวลาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (Door to Needle Time) 60นาที มากกว่าร้อยละ 90 ร้อยละ 94.74	-ส่งพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานใน stroke unit 1 คน ครบ 100% และส่งพยาบาลวิชาชีพแผนก ER อีก 1 คน
-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 80	-พัฒนาโครงสร้าง อาคารสถานที่ (Unit stroke) เพิ่ม stroke Unit 16 เตียง

2.แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	การจัดนิทรรศการให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ในโครงการแสงนำใจไทยทั้งชาติ เดินวิ่ง ปั่น เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	ประชาชนในจังหวัดตรัง	ตุลาคม2565	รพ.ตรังและสสจ.ตรัง
2.	การให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ เช่น การออกสื่อวิทยุ ตามสถานีวิทยุกระจายเสียง ต่างๆ	ประชาชนในจังหวัดตรัง	ตุลาคม2565	รพ.ตรังและสสจ.ตรัง

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

- พัฒนาเครือข่ายศูนย์ติดต่อ (Node) โรงพยาบาลห้วยยอด สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) รอดำเนินการ
- พัฒนาบุคลากร แพทย์ พยาบาลเฉพาะทาง
- พัฒนาโครงสร้าง อาคารสถานที่ (Unit stroke) เพิ่ม stroke Unit 16 เตียง(เป้าหมายแผนพัฒนา เพิ่มเป็น 24 เตียง รออัตรา กำลังพยาบาล)
- พัฒนาครุภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย
- นิเทศติดตาม ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ระดับปฐมภูมิ และ ทุติยภูมิ

4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
1. การคีย์ข้อมูลแรกรับ Onset time ไม่ทันเวลา ใช้การคีย์ย้อนหลัง	1. ประสานงานหน่วยงาน ER ให้มีการคีย์ข้อมูล
2. ระบบ DATA มีโปรแกรม หลากหลาย ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ	2. พัฒนาระบบ DATA Leak รอดำเนินการ
3.ขาดอัตรากำลัง ตามเป้าหมาย 24 เตียง - แพทย์เฉพาะทาง - พยาบาล (21 คน ขาด 6 คน)	3. แผนพัฒนา ปี2566-2567 เพิ่มอัตรากำลังรองรับผู้ป่วย ได้ 24 เตียง -เพิ่มแพทย์เฉพาะทาง จำนวน 1-2 คน เพิ่มรองรับ การรักษาด้วย Thrombectomy 24 ชั่วโมง 7 วัน -รอเพิ่มอัตราพยาบาล จาก 15 คนเป็น 21 คน
4. การส่งข้อมูล IMC ไม่ทันเวลา	4. ประสานผู้รับผิดชอบงาน ICM

5.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

5.1 รพ.ตรัง ดำเนินการเปิดหลอดเลือดสมอง Thrombectomy กันยายน 2562 จนถึงเดือนธันวาคม รวม 238 ราย ดังนี้

ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
3 ราย	43 ราย	55 ราย	104 ราย	23 ราย

5.2 ร่วมโครงการกับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์พยาบาล คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน เปิดบริการระบบการปรึกษาทางไกลและการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทางอากาศยานมารักษาที่โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง วันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2564 เวลา 09.00-16.00 น ณ ห้องประชุมเฟื่องฟ้า โรงพยาบาลตรัง

-การซ้อมแผนรับผู้ป่วยส่งต่อทางอากาศเพื่อรักษาด้วยThrombectomy เมื่อวันที่17 พฤศจิกายน 2564



-วันที่ 5 มกราคม 2565 โรงพยาบาลตรัง รับผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อรักษาด้วยThrombectomy



การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565 ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1/2564	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1 /254
1. เพิ่มศักยภาพและปริมาณเตียง Stroke 2. เพิ่มการเข้าถึงบริการทันเวลา	1. เยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลชุมชนและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1/2564	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 1 /254
	2. การให้ความรู้ ประชาชน ด้านสื่อต่างๆ เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ 3. ส่งเสริมการใช้บริการ 1669

6. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ 2 - 4 ภาพ)











ผู้รายงาน นางสาวพิมใจ หอยบาง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
(รพ.ตรัง)
นางจันทร์ทราทิพย์ เพทาย
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (สสจ.ตรัง)

โทร 095- 413 -5694
087-625-0066
Email : 2508tonttong@ hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ **30 ธันวาคม 2565**

ประเด็น ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ Service Plan สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)

ตัวชี้วัดหลัก :

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (<ร้อยละ 9)

ตัวชี้วัดรอง :

2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ร้อยละ 60)

2.1 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (≥ร้อยละ 60)

2.2 ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (≥ร้อยละ 60)

1. **สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ 2566 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)**

จังหวัดตรังประกอบด้วย 10 อำเภอ ด้านภูมิศาสตร์มีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ตรงกลาง มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ล้อมรอบ ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับ A : 1 แห่ง, ระดับ M2 : 1 แห่ง, F1 2 แห่ง และระดับ F2 : 5 แห่ง, F3 : 1 แห่ง ซึ่งทุกโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100% และได้ยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ปี 2558 เดิมเครือข่ายหัวใจจังหวัดตรังดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI แบบ primary PCI base ดังนั้น กรณี Cath Lab Unavailable จึงใช้ Guideline SK จากโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งเริ่มดำเนินการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ ER มีการพัฒนาระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลพัทลุงเพื่อลดระยะเวลารอคอยตรวจสวนหัวใจ มีการเพิ่มปริมาณการผ่าตัดหัวใจเดือน มิถุนายน 2564 ได้ทำ MOU กับโรงพยาบาลตรังรวมแพทย์ในการใช้ UCEF กรณีห้องตรวจสวนหัวใจ Unavailable ทำให้อัตราการเปิดหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็น Primary PCI base ส่งผลให้อัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลง คือ 7.69 สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยยังคงเป็นสาเหตุจากภาวะความรุนแรงของโรค สำหรับเวลาตั้งแต่แน่นหน้าอกกระทั่งถึงโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจโดยหมอหัวใจ และการพัฒนาการสั่งใช้ยา secondary prevention ยิ่งทำให้อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเหลือ 9 ต่อแสนประชากร

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

(ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	ต่างจังหวัด	**รวมจังหวัดตรัง**
1.	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	เป้าหมาย	19	13	11	4	4	11	2	2	6	1	5	**78**
		ผลงาน	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	**6**
		อัตรา/ร้อยละ	5.26	7.69	18.18	25	25	0	0	0	0	0	**0**	**7.69**

<u>ที่มาข้อมูล</u> : <u>ที่มาข้อมูล</u> : ระบบรายงานข้อมูล HosXP (รพ.ตรัง),TRPH ณ วันที่ 31 เดือน ธันวาคม 2565

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลของจังหวัดตรัง ร้อยละ 7.69 โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดได้แก่ อำเภอปะเหลียน&อำเภอสิเกา และอำเภอย่านตาขาว

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	อื่นๆ	รวมจังหวัด
2.	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	เป้าหมาย	19	11	6	4	3	11	2	4	5	1	4	70
		ผลงาน	17	10	3	3	3	11	2	1	2	1	4	**57**
		อัตรา/ร้อยละ	89.47	90.90	50	75	100	100	100	25	40	100	100	**81.43**
2.1	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (> ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	**4**
		ผลงาน	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	**2**
		อัตรา/ร้อยละ	0	0	50	0	0	0	0	0	100	0	0	**50**
2.2	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย (>ร้อยละ 60)	เป้าหมาย	18	11	4	4	3	11	2	4	4	1	4	66
		ผลงาน	17	10	2	3	3	11	2	1	1	1	4	55
		อัตรา/ร้อยละ	94.44	90.90	50	75	100	100	100	25	25	100	**100**	**83.33**

ที่มาข้อมูล : **ระบบรายงานข้อมูล HosXP(รพ.ตรัง),TRPH ณ วันที่ 31 เดือน ธันวาคม 2565**

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดมากกว่า 60 ซึ่งค่าเฉลี่ยในรอบ 3 เดือนของปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 81.43 โดยอำเภอที่มีอัตราการเปิดหลอดเลือดตามมาตรฐานสูงสุดได้แก่ อำเภอสิเกา อำเภอห้วยยอด และอำเภอหาดสำราญ จะเห็นได้ว่าอัตราการเปิดหลอดเลือดด้วยการทำ Primary PCI มีแนวโน้มที่สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 83.33 ส่วนการเปิดหลอดเลือดด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 2 รายเนื่องจาก เป็นเคสที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดจาก รพช. ซึ่งเกินเกณฑ์มาตรฐานไป 15 นาทีและเคสที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดที่ โรงพยาบาลตรังซึ่งต้องทำการ Resuscitation ก่อนได้รับยาทำให้เวลาเกินเกณฑ์มาตรฐาน

2. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1	เปิดบริการตรวจสวนหัวใจ 2 ห้อง/EP 1 ห้อง/ Cath เด็ก เปิดบริการ Open Heart 2 ห้อง	รพ.ตรัง	กค.–ก.ย.66	ศูนย์หัวใจ
2	พัฒนา Node NSTE- ACS - ห้วยยอด (รัษฎา,วังวิเศษ) - ย่านตาขาว (ปะเหลียน,หาดสำราญ) - กันตัง	รพช.	 ต.ค.65- มี.ค.66 ต.ค.65	ศูนย์หัวใจ
3	พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง - Line Application continuing care - Secondary prevention	100 % รพช.	ก.ย. 66	ศูนย์หัวใจ เภสัชกร
4	พัฒนารพ.หาดสำราญฯ ให้สามารถ drip SK และเปิดคลินิกวาร์ฟารินได้	รพช.	มี.ค. 2566	ศูนย์หัวใจ

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

1. ผู้ป่วย STEMI จังหวัดตรังส่วนใหญ่มีภาวะความรุนแรงของโรค Left main ,TVD ,DVD ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยภาวะ cardiac arrest ซึ่งโอกาสรอดชีวิตต่ำมาก
2. จากการลงชุมชนต้นแบบ พบปัจจัย บุหรี่ การควบคุมโรค HT , DM (NCD) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเสี่ยงสูง

4.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- ปริมาณผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีปริมาณมากขึ้นและมีความรุนแรงสูง	- เพิ่มการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการchest painมา รพ.เร็ว - primary care และทีมโรคเรื้อรัง ควรเร่งรัดเชิงรุกและเชิงป้องกัน - พัฒนาศักยภาพ Node STEMI : โรงพยาบาลห้วยยอด กันตัง และย่านตาขาว - CPR ภาคประชาชน
- มี Interventionist 1 คน	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร แพทย์ Interventionist ที่กำลังจะจบ กรกฎาคมปี 2566

5.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- Line Application continuing care
- Zero gravity Model
- 3D echo

การดำเนินการตามข้อสั่งการ ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการ รอบที่ 2/2565 ที่ผ่านมา

ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 2/2565	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯรอบที่ 2/2565
1.ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการ Resoure Sharing ร่วมกับจังหวัดอื่นภายในเขต	1.ศูนย์หัวใจ รพ.ตรัง รับ refer เคส CVT และ PPCI จากจังหวัดใกล้เคียง 2.จัดทำแนวทางส่งต่อ A1 ตรัง-พัทลุง
2.ส่งเสริมการบูรณาการร่วมกับPrimary care,NCD	1.ชุมชนต้นแบบเกาะเคี่ยม Model ,รพสต.เกาะเคี่ยม,นาท่าม, บ้านสันตัง 2.Line Application continuing care 3. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ
3.ส่งเสริมการให้ SK ในบางเคส	1.ให้ในเคส IPD (ใน ward)

6.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ 2 - 4 ภาพ)



Campaigns ACS



Primary PCI base in STEMI
(MOU: UCEF กับโรงพยาบาลตรังรวมแพทย์)



พัฒนาศักยภาพ TEVAR

ผู้รายงาน นางแสงโสม ช่วยช่วง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. 086-9515722
e-mail annacns64@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล 3 มกราคม 2566

ประเด็น : มุ่งเน้นในการขับเคลื่อนความเป็นเลิศ (COE) กรมการแพทย์
หัวข้อ : การบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
ตัวชี้วัด : 1. ร้อยละ 60 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate 1 year)

1. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

- **ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565)**

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน โดยใช้กลไกประชารัฐ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดรักษา และอยู่ร่วมกับคนในสังคมโดยไม่ก่อผลกระทบ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักใน การบำบัดรักษา และจัดบริการให้มีคุณภาพได้ ที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะสังคม ไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลตรัง จึงทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สถานการณ์การปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดตรังในปี 2565 จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตรัง พบว่า จังหวัดตรังเป็นจังหวัดที่ไม่มีพื้นที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน แต่มีพื้นที่ติดกับทะเล มีหมู่เกาะต่าง ๆ และถือว่าเป็นพื้นที่พักยาเสพติด รวมทั้งมีเครือข่ายยาเสพติดระดับจังหวัด ที่มีความเชื่อมโยงกับจังหวัดข้างเคียง ทั้งจังหวัดกระบี่และจังหวัดภูเก็ต อีกทั้งจังหวัดตรังยังมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในทุกอำเภอ ซึ่งยาเสพติดที่แพร่ระบาดมากเป็นอันดับแรกคือ ยาบ้า รองลงมาคือ กัญชาแห้ง ไอซ์ และยาแก้ไอ ตามลำดับ จากสถิติคดีการจับกุมคดียาเสพติดของจังหวัดตรัง สถิติปี 2565 มีการจับกุมลดลงมาก อำเภอเมืองมีสถิติการจับกุมสูงสุด ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากคือ ยาบ้า กัญชา ไอซ์ ยาแก้ไอ รองลงมาได้แก่ อำเภอกันตัง ยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดคือ ยาบ้า พืชกระท่อมและกัญชาแห้ง อำเภอปะเหลียนยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากคือ ยาบ้า พืชกระท่อม และไอซ์ ส่วนพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดน้อยที่สุดคืออำเภอหาดสำราญ ข้อหาที่มีการจับกุมสูงสุดได้แก่ ข้อหาครอบครอง รองลงมาได้แก่ ข้อหาผลิต ครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพผลิต (4 x 100) และจำหน่าย ตามลำดับ จากปัญหาเรื่องนี้ทางศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอำเภอเมือง เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ได้มีการร่วมมือกันดำเนินงานด้านการป้องกัน ด้านการปราบปราม และด้านการบำบัดฟื้นฟูอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง แต่ยังพบผู้เสพรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดเริ่มมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
สถิติผลงาน ปีงบประมาณ 2565 เป้าหมายผู้เข้าบำบัดระบบสมัครใจ 717 ราย ระบบบังคับบำบัด ควบคุมตัว 50 ราย ชุมชนยั่งยืน 16 หมู่บ้าน ผลการดำเนินงานมีผู้เข้ารับการบำบัด 252 คน คิดเป็นร้อยละ 49.03 พื้นที่ที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุด ตามสถิติรายงาน ระบบข้อมูลการบาบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ(บสต.) ปี 2565 คือ อ.เมือง อ.วังวิเศษ อ.นาโยง และ อ.ห้วยยอด กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 18-24 ปี รองลงมา 25-29 ปีและ 30-39 ปี เพศชายมากที่สุด อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง เกษตรกร ตามลาดับ พบยาเสพติดหลักที่ใช้ ยาบ้า มากที่สุด พื้นที่ที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุด เมื่อแยกชนิดของตัวยาที่เข้า

รับการบำบัดอันดับแรกคือ ยาบ้ามากที่สุด รองลงมากัญชา และไอซ์ ซึ่งเป็นยาเสพติดที่มีการแพร่ระบาดมากในพื้นที่จังหวัดตรัง รูปแบบพฤติกรรม ผู้เสพ ส่วนใหญ่จะนัดแนะรวมกลุ่มกันเสพในกลุ่มเพื่อน โดยใช้สถานที่ต่าง ๆ เช่นบ้านเช่า ริมคลอง ริมสวน และแหล่งมั่วสุมต่าง ๆ สาเหตุที่เสพคือ อยากลอง เพื่อนชวน กลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มเยาวชนที่อยู่กับเพื่อนตามหอพัก ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่

และกลุ่มว่างงาน พื้นที่ที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นเขตพื้นที่อำเภอเมืองตรัง เขตเทศบาลนครตรัง อำเภอเมืองตรัง

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) ปีงบประมาณ 2566 ผลงาน 1 ต.ค.65 – 31 ธค.65

อำเภอ	รายการข้อมูล			
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี หลังจำหน่าย (A1)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัด รักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B1)	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบและได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) = A1/B1*100
รพ.ตรัง(A)	50	9	14	64.28
รพ.กันตัง(F1)	45	5	6	83.33
รพ.ย่านตาขาว(F1)	45	5	2	40
รพ.ปะเหลียน(F2)	40	0	0	0
รพ.สิเกา(F2)	40	2	2	100
รพ.ห้วยยอด(M2)	50	7	8	87.5
รพ.วังวิเศษ(F2)	40	7	7	100
รพ.นาโยง(F2)	40	52	72	72.22
รพ.รัษฎา(F2)	40	18	18	100
หาดสำราญฯ(F2)	24	0	0	0
รวม	414	79	91	60.44

<u>ที่มาข้อมูล</u> : ระบบ บสต. (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส **ณ วันที่ 31 เดือน ธันวาคม 2565**

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานรวมทั้งจังหวัดพบว่า ปี 2565 ร้อยละ 60.44 ของผู้ติดยาเสพติดได้รับบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด อำเภอที่มีผลการดำเนินงานสูงสุดได้แก่ อำเภอสิเกา อำเภอรัษฎา และอำเภอวังวิเศษ มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 100 รองลงมาได้แก่ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ 87.5, อำเภอกันตัง ร้อยละ 83.33 อำเภอนาโยงร้อยละ 72.22 อำเภอเมือง ร้อยละ 64.28 ตามลำดับ อำเภอที่มีผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ อำเภอปะเหลียน และอำเภอหาดสำราญ

2.แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2566

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1.	**พัฒนาระบบบริการ** 1 ด้านการคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด 2 ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด สนับสนุนการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาและสารเสพติด (Harm Reduction) 3 การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด 4 บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and Rehabilitation : CBTx)	10 อำเภอ	ตค.65 - กย.66	รพศ./ รพช./ สสจ.ตรัง
2.	**พัฒนาบุคลากร** โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง,มหาดไทย, กู้ชีพ, กู้ภัย, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 100 คน จ.ตรัง	ตค.65 -กย.66	รพศ.
3.	พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลใน บสต.	10 อำเภอ	ตค.65 -กย.66	รพศ./ รพช./ สสจ.ตรัง
4.	**การป้องกันปัญหายาเสพติด** การป้องกันยาเสพติดในแต่ละกลุ่มเป้าหมายอย่างเหมาะสมเป็นรูปธรรม	10 อำเภอ	ตค.65 -กย.66	รพศ./ รพช./ สสจ.ตรัง

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

1. การจัดตั้งจุดตรวจจุดสกัดเพื่อตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และการส่งเข้าบำบัดในสถานพยาบาลให้ทันตามกำหนด ผู้เข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจจึงมิใช่ผู้เสพ/ผู้ติดที่มีความสมัครใจอย่างแท้จริง แต่เป็นระบบสมัครใจกึ่งบังคับ

2. สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่เอื้ออำนวย สภาพครอบครัวและสภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ผู้ผ่านการบำบัดรักษาสามารถเลิกยาเสพติดได้หรือหันกลับไปใช้ยาเสพติดอีก อีกทั้งปัญหาอบายมุขแพร่กระจายอยู่ในครอบครัวและชุมชนมากขึ้น เช่น การดื่มสุรา การติดเล่นหวย การเล่นพนันจนเป็นหนี้สิน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นบ่อเกิดแห่งการก่ออาชญากรรมและยาเสพติด

3. สถานบำบัดรักษา ทั้งระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจแบบควบคุมตัว(เข้มงวด) ไม่เพียงพอ ทำให้การบำบัดผู้ติดยาเสพติดที่มีระดับการติดมากหรือมีอาการทางจิตไม่ได้รับการบำบัดรักษา และเป็นภาระกรณีที่ครอบครัวไม่พร้อมที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยหรือไม่ต้องการเลี้ยงดูผู้ป่วยอีกต่อไป

4. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
1. การจัดตั้งจุดตรวจจุดสกัดเพื่อตรวจปัสสาวะหาสารเสพติด และการส่งเข้าบำบัดในสถานพยาบาลให้ทันตามกำหนด ผู้เข้ารับการบำบัดระบบสมัครใจจึงมิใช่ผู้เสพ/ผู้ติดที่มีความสมัครใจอย่างแท้จริง แต่เป็นระบบสมัครใจกึ่งบังคับ ทำให้ขาดการบำบัดค่อนข้างสูง	-

5. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

5.1 โครงการพัฒนา โปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับระบบการจัดการรายกรณี ต่อพฤติกรรมการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอมเฟตามีน งานผู้ป่วยนอกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง

Incentive Program Development Program with Case Management System on the relapse behavior of patients with methamphetamine Outpatient Psychiatry and Drug Work Trang Hospital

ผู้วิจัย พรทิพย์ ซุ่นอื้อ*, ประภาศรี ประภากรสกุล**, ไพรัช พิมล** กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง

ความสำคัญ การใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการทางจิตถึงขั้นเป็นโรคจิตได้ ปัจจุบันพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีนมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากรายงานข้อมูลด้านการบำบัดรักษา งานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง พบว่าผู้เข้าบำบัดจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดด้วยการติดสารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยในปีงบประมาณ 2563 มีจำนวนผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต จำนวน 124 คน และพบว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่เสพยาบ้าหรือเมทแอมเฟตามีนที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก มีอัตราการกลับเสพซ้ำสูงถึงร้อยละ 75 โดยผู้ที่เสพยาเสพติดซ้ำส่วนใหญ่จะมีอาการทางจิตร่วมด้วยถึงร้อยละ 30 ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจและการจัดการรายกรณีในการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้สามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วย ได้อย่างเหมาะสมและตอบสนองต่อปัญหาเฉพาะตนของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด

วัตถุประสงค์ 1) พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน 2) พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลป้องกันปัญหาการเสพซ้ำ 3) นำโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการจัดการรายกรณีเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพซ้ำของผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน

วิธีการศึกษา 1) สืบค้นงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่แนวทางปฏิบัติการพยาบาล 2) การสังเคราะห์หลักฐานงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เกณฑ์ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ 3 ด้าน ได้แก่ ความตรงของงานวิจัย เป็นการนำโปรแกรมเสริมสร้าง แรงจูงใจในการลด ละ เลิกพฤติกรรมการเสพยาเสพติดชนิดเมทแอมเฟตามีน ป้องกันการเสพซ้ำ ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา 3) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล

ผลการศึกษา 1) มีระบบรองรับการดูแลผู้รับการบำบัดสารเสพติดที่ ชัดเจน การประสานงาน การสื่อสารระหว่างทีม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล กระบวนการจัดการดูแลผู้รับการบำบัดสารเสพติดเชื่อมต่อสู่ชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อดูแลผู้ติดสารเสพติด ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีแผนการดูแลผู้รับการบำบัดตั้งแต่แรกรับจนกระทั่ง จำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน

สรุปและวิจารณ์ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการจัดการรายกรณี มีผลทำให้แรงจูงใจภายในของผู้ป่วยผลักดันให้แสดงพฤติกรรมที่มีทิศทางไปสู่เป้าหมาย คือ การลด ละ เลิกการใช้ยาเสพติดได้ ไม่กลับไปใช้ซ้ำ 2) โปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการจัดการรายกรณี มีความเหมาะสมกับหน่วยงานกับลักษณะของผู้รับบริการบุคลากรมีความพร้อมในการนำไปใช้และคาดว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลิกหรือลดการใช้ยาเสพติดและป้องกันการใช้ซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพซ้ำ และควรมีการวิจัยการนำวิธีการ การสร้างเสริมแรงจูงใจไปใช้ในสถานบำบัดอื่น เพื่อนำผลของการวิจัยมาพัฒนาและปรับปรุงต่อไป

5.2 บทความตีพิมพ์ งานวิจัย ชื่อเรื่อง ความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลตรัง

ชื่อและที่อยู่ขององค์กร : โรงพยาบาลตรัง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง

ผู้วิจัย : พรทิพย์ ซุ่นอื้อ,พย.ม. *, ประภาศรี ประภากรสกุล, พย.ม.*,ไพรัช พิมล ,พย.ม.*, ไพจิตร พุทธรอด,ปร.ด.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความชุกของการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

วิธีการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ใช้สารเสพติดทุกประเภททั้งรายใหม่และรายเก่าที่ได้รับการวินิจฉัย โดยจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง จำนวน 233 คน เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลแบบคัดกรอง ASSIST V2 ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 233 รายพบความชุกของการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงชีวิต และช่วง 3 เดือน คิดเป็นร้อยละ 74.70 และ 25.20 ตามลำดับ และแบ่งระดับความเสี่ยงของการใช้สารเสพติด เป็น เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 50.47, 37.26 และ 12.26 ตามลำดับ เมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้บ่อย 4 อันดับแรก คือ ยาบ้า บุหรี่ สุรา กัญชา คิดเป็น ร้อยละ 40.34, 30.04, 21.88 และ6.86 ตามลำดับเมื่อจำแนกชนิดสารเสพติดที่ใช้แบบเสี่ยงสูงเรียงลำดับ จากมากสุดได้แก่ยาบ้า สุรา บุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 50.00, 14.28 และ 39.21 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า และผู้ป่วยที่มีปัญหาการปรับตัว มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 100.00, 92.30, 62.50 และ 35.29 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคไบโพลาร์มีการสูบบุหรี่แบบเสี่ยงสูงร้อยละ 42.30 รองลงมาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบเสี่ยงสูง ร้อยละ 25.00 ขณะที่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการใช้สุราแบบเสี่ยงสูงร้อยละ 50.00 รองมาคือผู้ที่มีปัญหาการปรับตัวพบร้อยละ 29.41 เหตุผลการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม ร้อยละ53.82 รองลงมาอยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา ร้อยละ 42.50

สรุป : ความชุกช่วงชีวิตและช่วง 3 เดือนของการใช้สารเสพติดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็นการใช้แบบเสี่ยงปานกลางและสูง สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดแบบเสี่ยงสูงคือ ยาบ้า รองลงมาคือบุหรี่ ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูงดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชควรได้รับการคัดกรองการใช้สารเสพติด ผลจากการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการใช้สารเสพติด และการศึกษาแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดเฉพาะเพื่อป้องกันการกลับเสพซ้ำ

คำสำคัญ : ความชุก, การใช้ยาเสพติด, ผู้ป่วยนอกจิตเวช

*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลตรัง**ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล บรม ราชชนนี ตรัง, e-mail: paijit@bcnt.ac.thวันที่รับ: 19 มิถุนายน 2565, วันที่แก้ไข: 24 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 31 ธันวาคม 2565

5.3 ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณี ต่อพฤติกรรมการป้องกันการเสพซ้ำของผู้ป่วยติดเมทแอม เฟตามีน งานผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตรัง (กำลังดำเนินการพัฒนา)

6.ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ 2 - 4 ภาพ)

6.1 กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดในชุมชน





6.2 กิจกรรมการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในสถานประกอบการ





6.3 การออกตรวจบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติดในเรือนจำ





6.4 ร่วมการนำเสนอผลการดำเนินงานและผลงานวิชาการ





ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร 089 475 4381
E-mail nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565