



# เอกสารประกอบการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2566

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดดำ  
วันที่ 26 กรกฎาคม 2566



**KAEDAM HOSPITAL**  
"ชื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี มีคุณภาพ"

-ก-

## คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดประเด็นและแนวทางการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ซึ่งประกอบด้วยประเด็นการตรวจราชการที่สำคัญ ๕ ประเด็น ประกอบด้วย ๑) Agenda based จำนวน ๒ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ ๑ Health for Wealth ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒) Functional based จำนวน ๓ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและยกระดับบริการผู้สูงอายุ ประเด็นที่ ๒ Digital Health ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง ๓) Area based จำนวน ๒ ประเด็น ได้แก่ ประเด็นที่ ๑ ปัญหาสำคัญของพื้นที่ ประเด็นที่ ๒ Innovative health care ๔) การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี และ ๕) นโยบายผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๗

เพื่อให้การตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ ๒/๒๕๖๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยบรรลุวัตถุประสงค์ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดดำ จึงได้จัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ซึ่งเป็นผลงานการดำเนินงานในรอบ ๙ เดือน (เดือนตุลาคม ๒๕๖๕ - เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖) เพื่อประกอบการรับการตรวจราชการและการนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖

คณะผู้จัดทำ ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดดำ สาธารณสุขอำเภอแกดดำ หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน ผู้รับผิดชอบตามประเด็นตรวจราชการ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจราชการฯ ดังกล่าว ทำให้การจัดทำเอกสารสรุปผลการดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี คณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารนี้ จะมีประโยชน์สำหรับการนำไปใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดดำ (CUP แกดดำ) ในระยะต่อไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

งานแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแกดดำ  
อำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม  
๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๖

## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	จ
<b>ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป</b>	
๑. ข้อมูลทั่วไปอำเภอแกดดำ	๑
๒. ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลแกดดำ	๑๓
๓. วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลแกดดำ (Vision)	๒๕
๔. พันธกิจ (Mission)	๒๕
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงาน	๒๕
๖. หลักการทำงานของหน่วยงาน	๒๕
๗. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ CUP แกดดำ (๒๕๖๖ – ๒๕๖๘)	๒๖
๗.๑ ประเด็นยุทธศาสตร์	๒๖
๗.๒ เป้าประสงค์ที่สำคัญเร่งด่วน	๒๙
๗.๓ ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate Kpis) และเป้าหมายที่สำคัญ	๒๙
๘. โครงสร้างของหน่วยงาน	๓๐
<b>ส่วนที่ ๒ ประเด็นการตรวจราชการ Agenda based (นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)</b>	<b>๓๔</b>
ประเด็นที่ ๑ Health For Wealth	๓๕
๑. กัญชาทางการแพทย์	๓๖
๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๓๖
๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	๓๖
๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้าน กัญชาทางการแพทย์ ของหน่วยงานในสังกัด	๓๖
๒. การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔๒
๒.๑ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐)	๔๒

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๒.๒ ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หรือแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์ แผนไทยการแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา)	๔๒
๒.๓ ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ ๕๐)	๔๒
ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	๕๓
๑. ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๘๕)	๕๔
๒. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๓,๕๐๐ ทีม)	๖๕
๓. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (๓๕ ล้านคน)	๗๒
<b>ส่วนที่ ๓ ประเด็นการตรวจราชการ Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)</b>	<b>๗๘</b>
ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ	๗๙
๑.๑ กลุ่มวัยมารดาและทารก	๘๐
๑.๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๘๐
๑.๑.๒ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๘๐
๑.๒ กลุ่มวัยเด็กปฐมวัย (อายุ ๐ - ๕ ปี)	๘๗
๑.๒.๑ ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๖)	๘๘
๑.๒.๒ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๓๕)	๘๘
๑.๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๖)	๘๘
๑.๒.๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ ๗๕)	๙๘
๑.๓ กลุ่มวัยทำงาน	๑๐๓
๑.๓.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร	๑๐๔
๑.๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๑๐๔
๑.๔ กลุ่มวัยเรียน (ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม)	๑๑๓
๑.๔.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๕๓)	๑๑๔
๑.๕ กลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๑๒๑
๑.๕.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๐๐)	๑๒๒



## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๑.๕.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๑๒๒
๑.๕.๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๑๒๒
๑.๕.๔ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ ๕๐)	๑๒๒
๑.๕.๕ ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ ๔๐)	๑๒๒
๑.๕.๖ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)	๑๒๒
๑.๕.๗ จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม	๑๒๒
ประเด็นที่ ๒ Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)	๑๓๑
๒.๑ จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๓๒
๒.๒ ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	๑๓๒
๒.๓ ร้อยละของเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา	๑๓๗
ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ	๑๔๓
๓.๑ ลดป่วย ลดตาย	๑๔๔
๓.๑.๑ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑๔๔
๓.๑.๑.๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๙.๖/แสนประชากร)	๑๔๔
๓.๑.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)	๑๔๔
๓.๑.๑.๓ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI.ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)	๑๔๔
๓.๑.๑.๔ การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มวินิจฉัยสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน (≥ ร้อยละ ๗๐)	๑๔๔
๓.๑.๑.๕ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (≥ ร้อยละ ๔๐)	๑๔๔
๓.๑.๑.๖ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๓๐)	๑๔๔

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๓.๑.๑.๗ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl ( $\geq$ ร้อยละ ๕๐)	๑๔๔
๓.๑.๒ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง	๑๕๑
๓.๑.๒.๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (๔๑.๑/แสนประชากร)	๑๕๑
๓.๑.๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke 1๖๐ – 1๖๙) ( $<$ ร้อยละ ๗)	๑๕๑
๓.๑.๒.๓ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วย ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที	๑๕๑
๓.๑.๒.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (1๖๐ – 1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๑๕๑
๓.๑.๒.๕ การตรวจติดตามยืนยันการวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ( $\geq$ ร้อยละ ๙๓)	๑๕๑
๓.๑.๒.๖ ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) $\geq$ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) $\geq$ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการวัด ความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) ( $\geq$ ร้อยละ ๒๕)	๑๕๑
๓.๑.๒.๗ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๑๕๑
๓.๑.๒.๘ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๓๐)	๑๕๑
๓.๑.๒.๙ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน (1๖๓) ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl ( $\geq$ ร้อยละ ๑๕)	๑๕๑
๓.๑.๓ ลดป่วย ลดตาย (มะเร็งปากมดลูก)	๑๖๐
๓.๑.๓.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๑๖๐
๓.๑.๓.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๖๐
๓.๑.๔ ลดป่วย ลดตาย (การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง)	๑๖๖
๓.๑.๔.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑๖๖
๓.๑.๔.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๖๖

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๓.๑.๕ ลดป่วย ลดตาย (มะเร็งช่องปาก)	๑๗๒
๓.๑.๕.๑ ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	๑๗๒
๓.๑.๕.๒ ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	๑๗๒
๓.๒ ความมั่นคงด้านสุขภาพ	๑๗๙
๓.๒.๑ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน โควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗	๑๘๐
ประเด็นที่ ๔ องค์กรสมรรถนะสูง	๑๘๑
๔.๑ การเงินการคลังสุขภาพ	๑๘๔
๔.๑.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	๑๘๒
๔.๑.๒ ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน	๑๘๗
<b>ส่วนที่ ๔ Area Based(ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่)</b>	<b>๒๐๓</b>
ประเด็นที่ ๑ การแก้ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗	๒๐๔
๑.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๒๐๕
๑.๒ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๒๐๕
๑.๓ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๗	๒๑๑
ประเด็นที่ ๒ Innovative Health Care ระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗	๒๑๘
๒.๑ การพัฒนาเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุ และประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๑๙
<b>ส่วนที่ ๕ การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี</b>	<b>๒๒๕</b>
ประเด็นที่ ๑ การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น	๒๒๖
ประเด็นที่ ๒ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ กรมพระศรีสวางควัฒนา วรขัตติยราชนารี	๒๓๘
<b>ส่วนที่ ๖ นโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗</b>	<b>๒๔๔</b>
ประเด็นที่ ๑ Chief Knowledge Officer (คณะกรรมการบริหารจัดการ ความรู้ หรือคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ)	๒๔๕

## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
ประเด็นที่ ๒ Service Plan ทุกสาขา	
๒.๑ สาขาสุขภาพช่องปาก	๒๕๑
๒.๒ สาขาอายุรกรรม (Sepsis)	๒๕๓
๒.๒.๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-Acquired Sepsis	๒๕๓
๒.๒.๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	๒๕๓
๒.๒.๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	๒๕๓
๒.๒.๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๒๕๓
๒.๓ สาขามะเร็ง	๒๕๘
๒.๓.๑. โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)	๒๕๘
๒.๓.๒. ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาก่อนผู้ป่วยมะเร็งกับกองทุนมะเร็ง สป.สช. มีผู้ประสานงานมะเร็ง (Cancer Coordination)	๒๕๘
๒.๔ สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)	๒๖๐
๒.๔.๑. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๒๖๐
๒.๕ สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	๒๖๒
๒.๕.๑. ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริบาลฟื้นฟูและติดตาม	๒๖๒
๒.๖ สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก	๒๖๗
๒.๖.๑. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๖๗
๒.๖.๒ ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermedia Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	๒๖๗
๒.๖.๓ ร้อยละจำนวนของประชาชนที่มาใช้บริการปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๖๗
๒.๖.๔ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๒๖๗
๒.๖.๕ จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด	๒๖๗



## สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๒.๗ สาขายาเสพติด	๒๗๐
๒.๒.๑. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพ	๒๗๐
๒.๘ สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล RDU	๒๗๖
๒.๘.๑. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU Province) ที่กำหนด	๒๗๖
๒.๘.๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพ อย่างบูรณาการ (AMR)	๒๗๖
ภาคผนวก	๒๘๒
- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการรับการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒/๒๕๖๖ เขตสุขภาพที่ ๗ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๒๘๓
- คณะผู้จัดทำเอกสาร	๒๘๙

## สารบัญตาราง

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๑	ข้อมูลด้านการปกครองท้องที่จำแนกเป็นรายตำบล อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๖	๓
๒	ข้อมูลเขตพื้นที่การดูแลด้านสุขภาพประชาชนของ CUP แกดดำ ปี ๒๕๖๖	๔
๓	จำนวนสถานศึกษาในเขตพื้นที่ให้บริการของ CUP แกดดำ ปีการศึกษา ๒๕๖๖	๕
๔	ประเพณีและวัฒนธรรม “ฮีตสิบสอง คองสิบสี่” ชาวอำเภอแกดดำ	๖
๕	จำนวนศาสนสถาน และพระภิกษุ จำแนกเป็นรายตำบล อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๖	๗
๖	จำนวนบุคลากรประจำ รพ.สต. และ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพ CUP แกดดำ	๘
๗	ข้อมูลเขตพื้นที่การดูแลด้านสุขภาพประชาชน CUP แกดดำ จังหวัดมหาสารคามปี ๒๕๖๖	๙
๘	จำนวนและร้อยละของประชากร CUP แกดดำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี ๒๕๖๖	๑๐
๙	จำนวนประชากร CUP แกดดำ จำแนกตามคุณลักษณะกลุ่ม W E C A N D O ปี ๒๕๖๖	๑๒
๑๐	สิทธิ์ในการรักษาพยาบาลของประชากร CUP แกดดำ ปี ๒๕๖๖	๑๒
๑๑	จำนวนและร้อยละของบุคลากร สังกัดโรงพยาบาลแกดดำ จำแนกตามประเภทการจ้างงาน	๑๔
๑๒	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกดดำ จำแนกตามประเภทการจ้างงาน	๑๔
๑๓	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกดดำ จำแนกตามสาขาวิชาชีพ	๑๕
๑๔	ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแกดดำ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖	๑๖
๑๕	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกดดำ จำแนกตามสาขาวิชาชีพ	๑๕
๑๔	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกดดำ จำแนกตามสาขาวิชาชีพ	๑๕
๑๔	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกดดำ จำแนกตามสาขาวิชาชีพ	๑๕
๑๔	จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกดดำ จำแนกตามสาขาวิชาชีพ	๑๕
๑๕	ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate Kpis) และเป้าหมายที่สำคัญ	๒๙
๑๖	รายชื่อหัวหน้ากลุ่มงาน โรงพยาบาลแกดดำ	๓๑
๑๗	รายชื่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (CUP Board)	๓๑
๑๘	รายชื่อคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.แกดดำ)	๓๒
๑๙	ผลงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๓๗
๒๐	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการให้บริการกัญชาทางการแพทย์	๓๘
๒๑	เป้าหมายการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๔๐
๒๒	ผลการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๔๔

สารบัญญัตินี้ (ต่อ)

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๒๓	ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๔๕
๒๔	เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๔๗
๒๕	เส้นทางการท่องเที่ยว อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม	๔๗
๒๖	ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แกด้า) ตามกรอบ UC-CARE	๕๖
๒๗	รายงานผลการพัฒนา พชอ. ที่มีคุณภาพ ในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน	๕๙
๒๘	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แกด้า)	๖๐
๒๙	เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แกด้า) ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๖๒
๓๐	ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๖๖
๓๑	ผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖	๖๗
๓๒	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแกด้า	๖๗
๓๓	เป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๗๐
๓๔	จำนวนประชาชนคนไทยที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีหมอมือประจำตัว ๓ คน ปี ๒๕๖๖	๗๓
๓๕	ความครอบคลุมประชาชนคนไทยที่ได้รับการดูแลสุขภาพโดยหมอ ๓ คน	๗๔
๓๖	จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นหมอมือประจำบ้าน	๗๔
๓๗	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแกด้า	๗๔
๓๘	เป้าหมายการดำเนินงานให้คนไทยมีหมอมือประจำตัว ๓ คน ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๗๖
๔๐	ผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพกลุ่มวัยมารดาและทารก อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๘๒
๔๑	การวิเคราะห์กระบวนการดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด อำเภอแกด้า	๘๓
๔๒	เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพมารดาและทารก ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๘๔
๔๓	ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เด็กอายุ ๐-๕ ปี อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖	๙๐
๔๕	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	๙๑
๔๖	เป้าหมายการดำเนินงานระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๙๕
๔๗	ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ ๓ ปี ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๙๙
๔๘	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี	๙๙

สารบัญญัตินี้ (ต่อ)

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๔๙	เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี ระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๐๑
๕๐	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	๑๐๕
๕๑	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหাসุขาภพจิต อำเภอกำแพงแสน	๑๐๖
๕๒	เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๐๙
๕๓	ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีสูงสุดมีส่วนร่วมปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๑๕
๕๔	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน	๑๑๖
๕๕	เป้าหมายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๑๘
๕๖	ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๒๔
๕๗	ผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๖	๑๒๔
๕๘	ผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (รายด้าน) อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๖	๑๒๕
๕๙	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานยกระดับบริการผู้สูงอายุ อำเภอกำแพงแสน	๑๒๕
๖๐	เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อยกระดับบริการผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๒๗
๖๑	ผลการดำเนินงานลงทะเบียนดิจิทัลไอดี ของบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน อำเภอกำแพงแสน	๑๓๓
๖๒	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน Digital Health Care อำเภอกำแพงแสน	๑๓๓
๖๓	เป้าหมายการดำเนินงานบริการแพทย์ทางไกล และลงทะเบียนดิจิทัลไอดี	๑๓๕
๖๔	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๓๘
๖๕	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	๑๓๙
๖๖	เป้าหมายการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๔๑
๖๗	ผลการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖	๑๔๖
๖๘	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๑๔๗
๖๙	เป้าหมายการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๔๙
๗๐	ผลการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖	๑๕๓
๗๑	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง	๑๕๔
๗๒	เป้าหมายการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๕๖
๗๓	ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกอำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖	๑๖๑
๗๔	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก	๑๖๒
๗๕	เป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๖๓



สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๗๖	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝง ในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBT) ในประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๖๗
๗๗	การวิเคราะห์เชิงระบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑๖๘
๗๘	เป้าหมายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๗๐
๗๙	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก ปี ๒๕๖๖	๑๗๓
๘๐	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรค และเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก	๑๗๔
๘๑	เป้าหมายการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๗๖
๘๒	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝง ในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBT) ในประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๖๗
๗๗	การวิเคราะห์เชิงระบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๑๖๘
๗๘	เป้าหมายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๗๐
๗๙	ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก ปี ๒๕๖๖	๑๗๓
๘๐	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรค และเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก	๑๗๔
๘๑	เป้าหมายการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๑๗๖
๘๒	ผลการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ในกลุ่มเป้าหมาย (สะสม) ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๘๕
๘๓	การวิเคราะห์เชิงระบบการดำเนินงานให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ อำเภอแกดดำ	๑๘๖
๘๔	ผลการวิเคราะห์ภาวะวิกฤตด้านการเงิน ณ ไตรมาสที่ ๓ รพ.แกดดำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๑๙๓
๘๕	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานภาวะวิกฤตด้านการเงิน	๑๙๓
๘๖	ผลการดำเนินงานตามแผนการลงทุน CUP แกดดำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๑๙๖
๘๗	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน แผนการลงทุน CUP แกดดำ	๑๙๙
๘๘	ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ด้วยการเอ็กซเรย์ปอด	๒๐๖

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๘๙	ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรค อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๐๖
๙๐	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรค อำเภอกำแพงแสน	๒๐๗
๙๑	เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรค อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๒๐๙
๙๒	ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดเร็ว กลุ่มเป้าหมายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปด้วยวิธี OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)	๒๑๒
๙๓	ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยวิธีการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖	๒๑๓
๙๔	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาวัดโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	๒๑๓
๙๕	เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรคพยาธิใบไม้ตับ อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๒๑๖
๙๖	ผลการพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๒๐
๙๗	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๒๑
๙๘	เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๒๒๓
๙๙	ผลการดำเนินงานพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕	๒๒๙
๑๐๐	การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาสุขภาพช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น อำเภอกำแพงแสน	๒๓๐
๑๐๑	เป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๓๓
๑๐๒	ผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แก่ประชาชนผู้สัมผัสและบุคลากรกลุ่มเสี่ยง	๒๓๙
๑๐๓	ผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการทำหมัน แก่สุนัขและแมว	๒๔๐
๑๐๔	การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า	๒๔๐
๑๐๕	เป้าหมายการดำเนินงานสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐	๒๔๒
๑๐๖	ผลการดำเนินงานพัฒนาด้านวิชาการ อำเภอกำแพงแสน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖	๒๔๖
๑๐๗	การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาวิชาการ อำเภอกำแพงแสน	๒๔๗
๑๐๘	เป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนางานวิชาการ ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๔๘
๑๐๙	ผลการให้บริการสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยต่าง ๆ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๕๒
๑๑๐	ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๕๔
๑๑๑	การวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด	๒๕๔
๑๑๒	เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๕๖

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	เรื่อง	หน้า
๑๑๓	ตำแหน่งของอวัยวะผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี ๒๕๖๖ จำแนกเพศชายและเพศหญิง	๒๕๘
๑๑๔	ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๕๙
๑๑๕	จำนวนผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแล ปี ๒๕๖ - ๒๕๖๖	๒๖๑
๑๑๖	ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) โรงพยาบาลแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๖๓
๑๑๗	การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)	๒๖๔
๑๑๘	เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๖๕
๑๑๙	ผลการให้บริการผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๖๘
๑๒๐	ผู้มารับบริการบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลแกดดำ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๗๒
๑๒๑	ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามดูแล ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	๒๗๓
๑๒๒	เป้าหมายของการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๗๐)	๒๗๓
๑๒๓	ผลการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๗๗
๑๒๔	ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้ยาในชุมชน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖	๒๗๙

## สารบัญภาพประกอบ

ภาพประกอบที่	เรื่อง	หน้า
๑	แผนที่อำเภอแกด้า	๓
๒	ร้อยละของประชากรอำเภอแกด้า จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี ๒๕๖๖	๑๐
๓	แนวโน้มอัตราการเกิดและอัตราการตาย ของประชากรอำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๑๖
๔	สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรก ของผู้ป่วยนอก รพ.แกด้า	๑๗
๕	สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรก ของผู้ป่วยใน รพ.แกด้า	๑๗
๖	สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ของประชากรอำเภอแกด้า เปรียบเทียบปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕	๑๘
๗	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกด้า เปรียบเทียบปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๑๙
๘	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกด้า เปรียบเทียบระหว่าง เพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๑๙
๙	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากร อำเภอแกด้า เปรียบเทียบปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๒๐
๑๐	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากร อำเภอแกด้า เปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๒๑
๑๑	จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร (YLL) ๑๐ อันดับแรก ของประชากร อำเภอแกด้า เปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๒๒
๑๒	จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร (YLL) ๑๐ อันดับแรก ของประชากร อำเภอแกด้า เปรียบเทียบระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕	๒๒
๑๓	เป้าหมายการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ประชากร อำเภอแกด้า จำแนกเป็นรายปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)	๒๓
๑๔	เป้าหมายการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) อำเภอแกด้า จำแนกเป็นรายปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)	๒๔
๑๕	โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลแกด้า	๓๐
๑๖	เส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อำเภอแกด้า	๔๘
๑๗	สถานที่ท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ	๔๙
๑๘	สถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม	๕๐
๑๙	ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอำเภอแกด้า	๕๑



## สารบัญภาพประกอบ (ต่อ)

ภาพประกอบที่	เรื่อง	หน้า
๒๐	แผนผังการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	๑๘๒
๒๑	โครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข	๑๘๓
๒๒	คณะกรรมการบริหารความต่อเนื่อง	๑๘๔

ส่วนที่ ๑  
ข้อมูลทั่วไป

## ส่วนที่ ๑

### ข้อมูลทั่วไป

#### คำขวัญอำเภอแกด้า

“หลวงปู่จ้อยคู่เมือง ลือเลื่องอ่างแกด้า  
งามล้ำกุโนนพระ ศิลปะงานไม้ไม้  
กบใหญ่มากมี ของดีสมุนไพรร”

#### ๑. ประวัติและความเป็นมาของอำเภอแกด้า

ประมาณปี พ.ศ. ๒๓๓๘ ผู้คนชาวเมืองทุ่ง หรือเมืองท่ง นำโดยหลวงปู่จ้อยและบริวารได้อพยพมาจากอำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด รวมตัวก่อตั้งเป็นชุมชน (หมู่บ้าน) ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดมหาสารคาม มีชื่อเรียกว่า “บ้านสะแกด้า” ตามสภาพของภูมิประเทศในขณะนั้นที่มีต้นสะแกขึ้นอยู่ทั่วไปในบริเวณที่ตั้งหมู่บ้านและรอบหนองน้ำขนาดใหญ่ ซึ่งต่อมาได้เพี้ยนเป็นหมู่บ้าน “แกด้า” และหนองแกด้า จนถึงปัจจุบัน ต่อมาอำเภอแกด้า ได้ยกฐานะตั้งเป็นกิ่งอำเภอแกด้า ขึ้นเมื่อวันที่ ๓ มกราคม ๒๕๒๐ โดยแยกออกจากอำเภอเมืองมหาสารคาม เนื่องจากมีสภาพทุรกันดาร ห่างจากตัวอำเภอเมืองมหาสารคามพอสมควร และการการเดินทางของประชาชนรวมทั้งการคมนาคมขนส่งไม่สะดวก โดยครั้งแรกกิ่งอำเภอแกด้า ประกอบด้วย ๓ ตำบล คือ ตำบลแกด้า ตำบลหนองกุง ตำบลมิตรภาพ ต่อมาได้แบ่งแยกพื้นที่เพิ่มขึ้นอีก ๒ ตำบล คือ ตำบลวังแสง แยกออกจากตำบลแกด้า และตำบลโนนภิบาล แยกออกจากตำบลหนองกุง รวมเป็น ๕ ตำบล ต่อมากิ่งอำเภอแกด้า ได้ยกฐานะขึ้นเป็น อำเภอแกด้า เมื่อวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๓๑

อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดมหาสารคาม ห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ ๒๕ กิโลเมตร เป็นอำเภอขนาดเล็ก มีพื้นที่เพียง ๑๖๕.๕ ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ ๑๐๓,๔๒๕.๕ ไร่ อำเภอแกด้า มีลักษณะภูมิประเทศเป็นพื้นที่ราบสูง ไม่มีภูเขาและแม่น้ำไหลผ่าน มีเฉพาะลำห้วย หนองน้ำ และอ่างเก็บน้ำขนาดเล็ก สภาพดินโดยทั่วไปเป็นดินทราย ไม่สามารถเก็บกักน้ำได้

#### ๑.๑ ข้อมูลด้านการปกครองท้องที่อำเภอแกด้า

ปัจจุบัน อำเภอแกด้า แบ่งพื้นที่การปกครองเป็น ๕ ตำบล ๘๘ หมู่บ้าน มีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ๗,๔๖๑ ครัวเรือน ดังตารางที่ ๑





ทิศเหนือ	ติดกับ	อำเภอเมือง	จังหวัดมหาสารคาม
ทิศใต้	ติดกับ	อำเภอลำปุม	จังหวัดมหาสารคาม
ทิศตะวันออก	ติดกับ	อำเภอศรีสมเด็จ	จังหวัดร้อยเอ็ด
ทิศตะวันตก	ติดกับ	อำเภอเมือง	จังหวัดมหาสารคาม

๑.๓ ข้อมูลด้านการปกครองท้องถิ่นอำเภอแกลง ประกอบด้วย

- เทศบาล จำนวน ๒ แห่ง คือ
  ๑. เทศบาลตำบลแกลง จำนวน ๑๐ หมู่บ้าน
  ๒. เทศบาลตำบลมิตรภาพ จำนวน ๒๑ หมู่บ้าน
- องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวน ๔ แห่ง คือ
  ๑. องค์การบริหารส่วนตำบลแกลง จำนวน ๘ หมู่บ้าน
  ๒. องค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง จำนวน ๒๐ หมู่บ้าน
  ๓. องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุ้ง จำนวน ๑๕ หมู่บ้าน
  ๔. องค์การบริหารส่วนตำบลโนนภิบาล จำนวน ๑๔ หมู่บ้าน

๑.๔ ข้อมูลเขตพื้นที่การดูแลด้านสุขภาพประชาชน ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกลง (CUP แกลง) ประกอบด้วย พื้นที่อำเภอแกลง จำนวน ๕ ตำบล ๘๘ หมู่บ้าน และรวมกับพื้นที่ ๑ ตำบล ของอำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม คือตำบลหนองแสน จำนวน ๑๐ หมู่บ้าน รวมเป็นพื้นที่รับผิดชอบของ CUP แกลง ทั้งสิ้น ๖ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน รับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพของประชากรจำแนกเป็นรายครัวเรือน รวมทั้งสิ้น ๘,๐๓๔ ครัวเรือน ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ ข้อมูลเขตพื้นที่การดูแลด้านสุขภาพประชาชนของ CUP แกลง ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน
๑	แกลง	๑๘	๑,๙๒๐
๒	วังแสง	๒๐	๑,๕๒๒
๓	มิตรภาพ	๒๑	๑,๖๗๙
๔	หนองกุ้ง	๑๕	๑,๐๒๘
๕	โนนภิบาล	๑๔	๙๑๓
๖	หนองแสน อ.วาปีปทุม	๑๐	๙๗๒
รวม		๙๘	๘,๐๓๔

### ๑.๕ ข้อมูลด้านการคมนาคมและขนส่ง

อำเภอแกดดำ ตั้งอยู่ห่างจากตัวจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ ๒๔ กิโลเมตร ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่เดินทางสัญจร ไป-มา ด้วยการคมนาคมขนส่งทางบกเท่านั้น โดยอาศัยรถยนต์และรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ส่วนบริการรถยนต์โดยสารสาธารณะมีเพียงรถโดยสารสองแถวประจำทาง ไม่มีสถานีขนส่งในพื้นที่ การคมนาคมระหว่างหมู่บ้านและตำบลภายในพื้นที่อำเภอแกดดำ แม้จะมีสภาพถนนเป็นหลุมเป็นบ่อในบางจุด แต่ก็มีความสะดวกพอสมควร และใช้เวลาในการเดินทางไประหว่างหมู่บ้านกับตัวอำเภอหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ใกล้บ้าน ประมาณ ๒๐ นาที

### ๑.๖ ข้อมูลด้านการศึกษา

ในเขตพื้นที่ CUP แกดดำ มีโรงเรียนระดับประถมศึกษา ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต ๑ จำนวน ๒๑ แห่ง และสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา เขต ๒ จำนวน ๓ แห่ง รวม ๒๔ แห่ง และในจำนวนนี้เป็นโรงเรียนประถมศึกษาที่เปิดการเรียนการสอนแบบขยายโอกาสทางการศึกษา จำนวน ๔ แห่ง โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่มัธยมศึกษา ที่ ๒๖ จำนวน ๒ แห่ง ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอแกดดำ จำนวน ๑ แห่ง โรงเรียนอนุบาล สังกัดการศึกษาเอกชน ๑ แห่ง โรงเรียนอนุบาล สังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง จำนวน ๑ แห่ง และศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน ๑๑ แห่ง ดังตารางที่ ๓

ตารางที่ ๓ จำนวนสถานศึกษาในเขตพื้นที่ให้บริการของ CUP แกดดำ ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ที่	สถานศึกษา	จำนวน (แห่ง)	จำนวนนักเรียน	หมายเหตุ
๑	โรงเรียนประถมศึกษา (ชั้นอนุบาล - ป.๖)	๒๔	๑,๘๒๕	เขตพื้นที่ฯ ๑,๒
	โรงเรียนประถมศึกษา (ขยายโอกาส ชั้น ม.๑ - ม.๓)	๔	๑๖๓	
๒	โรงเรียนมัธยมศึกษา	๒	๕๒๑	เขตฯ ๒๖
๓	ศูนย์การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย	๑	๑,๐๒๐	อำเภอแกดดำ
๔	โรงเรียนอนุบาล สังกัด องค์การบริหารส่วนตำบล	๑	๔๙	อบต.วังแสง
๕	โรงเรียนอนุบาล สังกัด การศึกษาเอกชน	๑	๙๒	รร.อัมยพร

### ๑.๗ ข้อมูลด้านศาสนา ศิลปะ ประเพณี และวัฒนธรรม

ประชาชนชาวอำเภอแกดดำส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ ๙๙.๖) มีวัดหรือสำนักสงฆ์ เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ จำนวน ๔๖ แห่ง รองลงมาคือ ศาสนาคริสต์และศาสนาอิสลาม ประชาชนส่วนใหญ่ มีการปฏิบัติตัวตามประเพณีและวัฒนธรรมของชาวอีสานที่สืบทอดกันมาตั้งแต่ครั้งบรรพบุรุษ นิยมการ

รวมกลุ่มกันทำบุญและการจัดงานรื่นเริงต่างๆ ตามประเพณีตลอดระยะเวลา ๑๒ เดือน ทางจังหวัดคดี  
ตั้งคำพูดที่ว่า “ฮิตสิบสอง คองสิบสี่” ดังตารางที่ ๔ และ ตารางที่ ๕

ตารางที่ ๔ ประเพณีและวัฒนธรรม “ฮิตสิบสอง คองสิบสี่” ชาวอำเภอแกด้า

ฮิตที่	ชื่อเดือน	กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม “ฮิตสิบสอง”	หมายเหตุ
๑	เดือนอ้าย	บุญเข้ากรรม	ธันวาคม
๒	เดือนยี่	บุญคุณลาน	มกราคม
๓	เดือนสาม	บุญข้าวจี	กุมภาพันธ์
๔	เดือนสี่	บุญพะเหวด	มีนาคม
๕	เดือนห้า	บุญสงกรานต์	เมษายน
๖	เดือนหก	บุญบั้งไฟ	พฤษภาคม
๗	เดือนเจ็ด	บุญข้าฮะ	มิถุนายน
๘	เดือนแปด	บุญเข้าพรรษา	กรกฎาคม
๙	เดือนเก้า	บุญข้าวประดับดิน	สิงหาคม
๑๐	เดือนสิบ	บุญข้าวสาก	กันยายน
๑๑	เดือนสิบเอ็ด	บุญออกพรรษา	ตุลาคม
๑๒	เดือนสิบสอง	บุญกฐิน	พฤศจิกายน
<b>คองที่</b>			
<b>กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม “คองสิบสี่” ของประชาชนทั่วไป</b>			
๑	เมื่อข้าวกล้าหมากเป็นฮวงเป็นหมากแล้ว อย่าฟ้าวกินก่อน ให้เอาทำบุญให้ทานแก่ผู้มีศีล กินก่อน แล้วจึงกินภายหลัง		
๒	อย่าโลกตาสาย อย่าจ่ายเงินแดง แบ่งเงินกว้าง และอย่าเว้าคำหยาบซ้ากล้าแข็งต่อกัน		
๓	ให้พร้อมกันเฮดฮั่วด้าย และกำแพงอ้อมมัดวา อาราม และบ้านเฮือน		
๔	เมื่อเจ้าขึ้นเฮือนนั้น ให้สวายกลางคืน เสียก่อนจึงขึ้น		
๕	เมื่อถึงวันศีล ๗, ๘, ๑๔, ๑๕ คำ ให้สมมาก่อนเส้า แม่คี่ไฟ หัวคันไถ และประตูที่ตน อาศัยอยู่ สุก่าคืน		
๖	เมื่อจักนอน ให้เอาน้ำส่วนล้างตีนก่อน จังนอน		
๗	ถึงวันศีลให้เอาดอกไม้ธูปเทียนสมมาผัวแห่งตน และถึงวันอุโบสถให้แต่งดอกไม้ ธูป เทียน ไปเคนพระสังฆเจ้า		
๘	ถึงวันศีลดับ ศีลเพ็งมานั้น ให้นิมนต์พระสังฆเจ้า มาสูตรมุงคุลเฮือน และทำบุญใส่บาตร ถวายทาน		
๙	เมื่อพระภิกษุมาบิณฑบาตนั้น อย่าให้เฟิ่นคอยถ้ำ และเวลาใส่บาตรกะอย่าชุนบาตร และ ยามใส่บาตรนั้น อย่าใส่เกิบ (รองเท้า) กังฮ่มผ้าปกหัว อุ่มหลาน หรือถือเครื่องศาสตราอาวุธ		

ประเพณีและวัฒนธรรม “ฮีดลีสอง คองลีสี่” ชาวอำเภอแกด้า (ต่อ)	
คองที่	กิจกรรมตามประเพณีและวัฒนธรรม “คองลีสี่” ของประชาชนทั่วไป
๑๐	เมื่อพระภิกษุเข้าปริวาสกรรม ชำชะเบื่องตันแล้ว ให้แต่งขันดอกไม้รูปเทียน และเครื่องอรรถบริวารไปถวายทาน
๑๑	เมื่อเห็นพระภิกษุสังฆเจ้ากายมา ให้นั่งลงยอมมือไหววก่อน แล้วจึงค่อยเจรจา
๑๒	อย่าเหยียบย่ำเงาเจ้าพระภิกษุตนมีศีลบริสุทธิ์
๑๓	อย่าเอาอาหารเหยียนกินตนแล้ว ไปทานให้แก่พระสังฆเจ้า และเอาไว้ให้ผัวกินจะกายเป็นบาปได้ อันใดในชาติหน้าก็มีแต่แนวบ่อดี
๑๔	อย่าเสพเมถุน กามคุณ ในวันศีล วันเข้าวัสสา ออกพรรษา วันมหาสงกรานต์ ถ้าดี้อเฮ็ดได้ลูกหลานมาลืบอภัยก สอนยาก

ตารางที่ ๕ จำนวนศาสนสถาน และพระภิกษุ จำแนกเป็นรายตำบล อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๖

ที่	ตำบล	จำนวนวัด/สำนักสงฆ์	จำนวนพระ / เณร	หมายเหตุ
๑	แกด้า	๙	๒๕	
๒	วังแสง	๑๐	๒๗	
๓	มิตรภาพ	๑๖	๓๑	
๔	หนองกุ้ง	๑๐	๒๓	
๕	โนนภิบาล	๑๔	๒๓	
๖	หนองแสน อ.วาปีปทุม	๘	๑๖	
รวม		๖๗	๑๔๕	

#### ๑.๘ ข้อมูลสถานบริการสาธารณสุขและสถานประกอบการด้านสุขภาพ

ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) มีจำนวนสถานบริการและสถานประกอบการด้านสุขภาพให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม (อบจ.มหาสารคาม) อีกจำนวน ๘ แห่ง ที่เป็นเครือข่ายบริการร่วมรับผิดชอบในการดูแลด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

- โรงพยาบาลแกด้า ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๘ แห่ง
- คลินิกเอกชน (แพทย์) จำนวน ๒ แห่ง
- สถานพยาบาลและผดุงครรภ์ จำนวน ๔ แห่ง
- ร้านขายยา (แผนปัจจุบัน) จำนวน ๔ แห่ง

ตาราง ๖ จำนวนบุคลากรประจำ รพ.สต. และ จำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. เครือข่ายบริการสุขภาพ CUP แกดดำ

ที่	รพ.สต.	ตำบล	ประชากรที่รับผิดชอบ		จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำ รพ.สต. (สังกัด อบจ.มหาสารคาม)					
			ปชก. ทั้งหมด	พยาบาล วิชาชีพ	นวก. สาธารณสุข	จพ. สาธารณสุข	ผู้ช่วย แพทย์ แผนไทย	ผู้ช่วย จนท.สธ. (พสอ.)	จนท.บันทึก ข้อมูล	รวม บุคลากร
๑	เหล่าจันทนาฏ	แกดดำ	๒,๗๔๗	๑	๑	๑	๐	๑	๑	๕
๒	วังแสง	วังแสง	๓,๓๕๔	๑	๑	๑	๑	๑	๐	๕
๓	หนองบัว		๒,๐๙๗	๒	๐	๐	๑	๑	๐	๔
๔	ป่าข้าง	มิตรภาพ	๓,๓๒๖	๑	๑	๐	๑	๑	๑	๕
๕	ตาหลุง		๔,๑๖๓	๑	๒	๐	๑	๑	๑	๖
๖	โคกไร่	หนองกง	๔,๖๘๘	๑	๒	๐	๑	๑	๐	๕
๗	โนนภิบาล	โนนภิบาล	๔,๐๓๗	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๖
๘	หนองแสน	หนองแสน	๔,๓๙๔	๒	๑	๐	๑	๑	๑	๖
รวม			๒๘,๘๐๖	๑๐	๙	๓	๗	๘	๕	๔๒

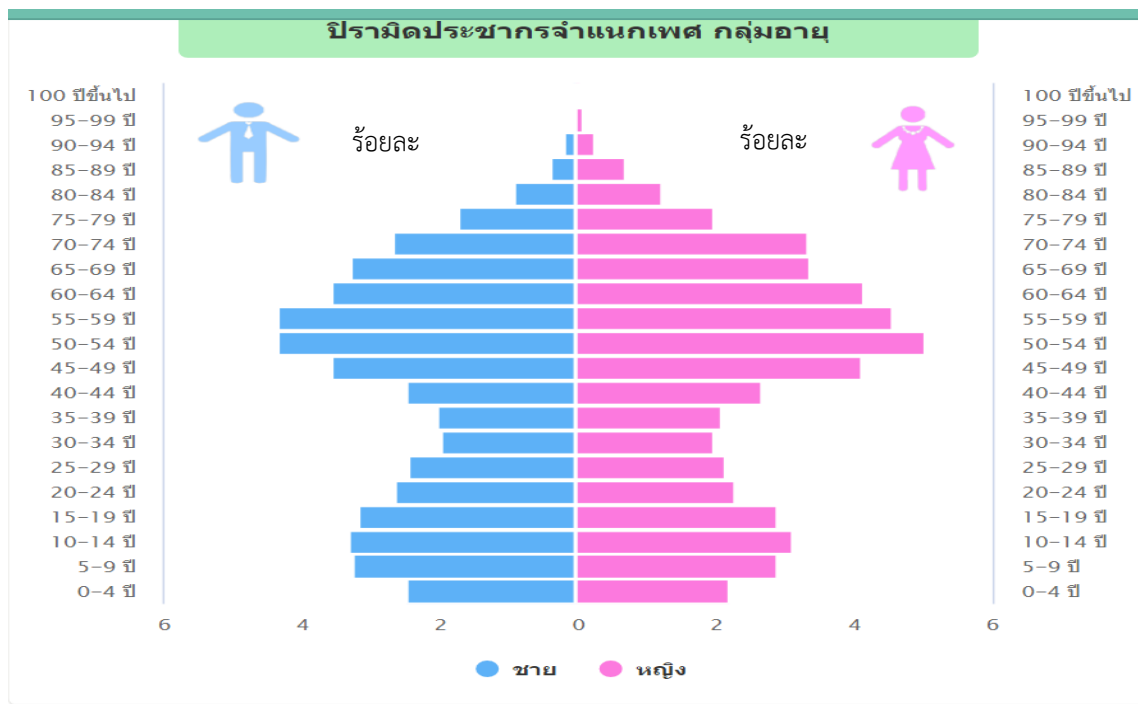
### ๑.๙ ข้อมูลด้านประชากร

อำเภอแกดดำ มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๓๑,๐๘๘ คน จำแนกเป็น เพศชาย ๑๕,๕๕๔ คน เพศหญิง ๑๕,๕๓๔ คน เมื่อรวมกับประชากรตำบลหนองแสน อำเภอวาปีปทุม อีก ๑ ตำบล ทำให้เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดดำ (CUP แกดดำ) มีประชากรที่ต้องดูแลด้านสุขภาพ รวมทั้งสิ้น จำนวน ๓๕,๔๘๒ คน จำแนกเป็น เพศชาย ๑๗,๗๗๔ คน เพศหญิง ๑๗,๗๐๘ คน ดังตารางที่ ๗

**ตารางที่ ๗** ข้อมูลเขตพื้นที่การดูแลด้านสุขภาพประชาชน CUP แกดดำ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	ตำบล	จำนวนประชากร (คน)		
		เพศชาย	เพศหญิง	รวมทั้งสิ้น
๑	แกดดำ	๔,๗๓๗ คน	๔,๖๘๖ คน	๙,๔๒๓ คน
๒	วังแสง	๒,๗๐๗ คน	๒,๗๔๔ คน	๕,๔๕๑ คน
๓	มิตรภาพ	๓,๗๔๒ คน	๓,๗๔๗ คน	๗,๔๘๙ คน
๔	หนองกุง	๒,๓๖๐ คน	๒,๓๒๘ คน	๔,๖๘๘ คน
๕	โนนภิบาล	๒,๐๐๘ คน	๒,๐๒๙ คน	๔,๐๓๗ คน
๖	หนองแสน อ.วาปีปทุม	๒,๒๒๐ คน	๒,๑๗๔ คน	๔,๓๙๔ คน
<b>รวม</b>		<b>๑๗,๗๗๔ คน</b>	<b>๑๗,๗๐๘ คน</b>	<b>๓๕,๔๘๒ คน</b>

๑.๙.๑ เมื่อจำแนกโครงสร้างของกลุ่มประชากร CUP แกดดำ ออกเป็นกลุ่มอายุ และเพศ ประชากรกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๔ ปี ร้อยละ ๘.๒๙ รองลงคือ กลุ่มอายุ ๕๕ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๗.๙๘ และกลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี ร้อยละ ๗.๒๗ สัดส่วนของเพศชายและเพศหญิง มีจำนวนใกล้เคียงกัน ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑ (รายงาน HDC : ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖)



แผนภูมิภาพประกอบที่ ๒ ร้อยละของประชากรอำเภอแกดดำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี ๒๕๖๖

๑.๙.๒ เมื่อจำแนกประชากรของ CUP แกดดำ ตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า ประชากรเพศชายมีจำนวนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ประชากรกลุ่มอายุที่มากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๔ ปี ร้อยละ ๘.๒๙ รองลงคือ กลุ่มอายุ ๕๕ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๗.๙๘ และกลุ่มอายุ ๖๐ - ๖๔ ปี ร้อยละ ๗.๒๗ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๘

ตารางที่ ๘ จำนวนและร้อยละของประชากร CUP แกดดำ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ปี ๒๕๖๖

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๐ - ๔ ปี	๙๐๑	๔.๓๕	๘๔๕	๔.๗๗	๑,๗๔๖	๔.๙๒
๕ - ๙ ปี	๑,๐๔๓	๔.๔๑	๙๗๖	๕.๕๑	๒,๐๑๙	๕.๖๙
๑๐ - ๑๔ ปี	๑,๐๕๘	๔.๙๔	๑,๐๑๙	๕.๗๕	๒,๐๗๗	๕.๘๕
๑๕ - ๑๙ ปี	๑,๐๑๕	๖.๒๑	๙๖๖	๕.๔๖	๑,๙๘๑	๕.๕๘
๒๐ - ๒๔ ปี	๙๑๒	๘.๔๘	๘๔๖	๔.๗๘	๑,๗๕๘	๔.๙๕



ตารางที่ ๘ (ต่อ)

กลุ่มอายุ (ปี)	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕ - ๒๙ ปี	๘๖๖	๘.๔๘	๘๑๙	๔.๖๓	๑,๖๘๕	๔.๗๕
๓๐ - ๓๔ ปี	๗๗๔	๔.๓๕	๗๘๒	๔.๔๒	๑,๕๕๖	๔.๓๙
๓๕ - ๓๙ ปี	๗๘๓	๔.๔๑	๘๐๕	๔.๕๕	๑,๕๘๘	๔.๔๘
๔๐ - ๔๔ ปี	๘๗๘	๔.๙๔	๙๓๑	๕.๒๖	๑,๘๐๙	๕.๑๐
๔๕ - ๔๙ ปี	๑,๑๐๔	๖.๒๑	๑,๒๓๑	๖.๙๕	๒,๓๓๕	๖.๕๘
๕๐ - ๕๔ ปี	๑,๒๗๐	๘.๔๘	๑,๔๓๔	๘.๑๐	๒,๗๐๔	๘.๒๙
๕๕ - ๕๙ ปี	๑,๒๖๘	๘.๔๘	๑,๓๒๔	๗.๔๘	๒,๕๙๒	๗.๙๘
๖๐ - ๖๔ ปี	๑,๑๐๖	๗.๕๖	๑,๒๓๔	๖.๙๗	๒,๓๔๐	๗.๒๗
๖๕ - ๖๙ ปี	๑,๐๔๖	๕.๘๙	๑,๐๗๔	๖.๐๗	๒,๑๒๐	๕.๙๗
๗๐ - ๗๔ ปี	๙๑๘	๕.๑๖	๑,๐๖๙	๖.๐๔	๑,๙๘๗	๕.๖๐
๗๕ - ๗๙ ปี	๗๒๑	๔.๐๖	๗๗๖	๔.๓๘	๑,๔๙๗	๔.๒๒
๘๐ - ๘๔ ปี	๕๕๕	๓.๐๗	๖๒๓	๓.๕๒	๑,๑๖๘	๓.๒๙
๘๕ - ๘๙ ปี	๔๓๕	๒.๔๕	๕๑๒	๒.๘๙	๙๔๗	๒.๖๗
๙๐ - ๙๔ ปี	๓๙๕	๒.๒๒	๔๑๔	๒.๓๔	๘๐๙	๒.๒๘
๙๕ - ๙๙ ปี	๑๓	๐.๐๗	๑๗	๐.๑๐	๓๐	๐.๐๘
๑๐๐ ปีขึ้นไป	๗	๐.๐๔	๑๑	๐.๐๖	๑๘	๐.๐๕
รวม	๑๗,๗๗๔	๑๐๐	๑๗,๗๐๘	๑๐๐	๓๕,๔๘๒	๑๐๐

ที่มา รายงาน HDC ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖

๑.๙.๓ เมื่อจำแนกลักษณะกลุ่มประชากรที่อยู่ในความดูแลด้านสุขภาพของ CUP แกด้า ตามลักษณะของ WECANDO พบว่า กลุ่มวัยทำงาน อายุ ๒๕ - ๕๙ ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ ๓๘.๖๓ รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๒.๘๔ ดังตารางที่ ๙

ตารางที่ ๙ จำนวนประชากร CUP แกด้า จำแนกตามคุณลักษณะกลุ่ม W E C A N D O ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	ตำบล	คุณลักษณะของกลุ่มประชากร CUP แกด้า ปี ๒๕๖๖							รวม
		W	E	C	A	N	D	O	
๑	แกด้า	๓,๐๕๕	๑,๒๓๒	๓๑๒	๒๕	๑,๔๗๓	๒๗๗	๑,๗๕๘	๘,๑๓๒
๒	วังแสง	๒,๑๒๕	๘๕๖	๑๙๐	๙	๘๘๐	๑๕๘	๑,๑๒๒	๕,๓๔๐
๓	มิตรภาพ	๒,๖๐๒	๘๔๕	๒๗๐	๑๘	๙๐๓	๑๔๓	๑,๓๘๓	๖,๑๖๔
๔	หนองกุง	๑,๓๖๐	๕๒๖	๑๑๗	๕	๔๕๗	๑๒๔	๘๒๖	๓,๔๑๕
๕	โนนภิบาล	๑,๑๑๖	๔๗๔	๑๒๒	๖	๕๕๓	๖๒	๘๐๔	๓,๑๓๗
๖	หนองแสน	๑,๐๒๙	๓๕๘	๑๙๔	๘	๕๐๐	๑๖๐	๗๘๐	๓,๐๒๙
รวม		๑๑,๒๘๗	๔,๒๙๑	๑,๒๐๕	๗๑	๔,๗๖๖	๙๒๔	๖,๖๗๓	๒๙,๒๑๗

๑.๑๐ ข้อมูลสถิติในการรักษาพยาบาลตามระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความครอบคลุมของสถิติในการรักษาพยาบาลของประชากร CUP แกด้า พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ใช้สถิติ UC (บัตรทอง) ร้อยละ ๙๑.๘๖ รองลงมาคือ สถิติข้าราชการ ร้อยละ ๕.๑๐ และสถิติประกันสังคม ร้อยละ ๑.๘๙ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๑๐

ตารางที่ ๑๐ สถิติในการรักษาพยาบาลของประชากร CUP แกด้า ปี ๒๕๖๖

ลำดับ	สถิติในการรักษาพยาบาล	จำนวน	ร้อยละ
๑	UC (บัตรทอง)	๒๓,๔๗๖	๙๑.๘๖
๒	ประกันสังคม	๔๘๓	๑.๘๙
๓	ข้าราชการ	๑,๓๐๓	๕.๑๐
๔	อปท.	๒๙๔	๑.๑๕
รวม		๒๕,๕๕๖	๑๐๐

ที่มา : <https://khonkaen๒.nhso.go.th/mis/index.php>

## ๒. ประวัติและความเป็นมาของโรงพยาบาลแกด้า

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ ที่รัฐบาลในขณะนั้นได้มีนโยบายก่อสร้างโรงพยาบาลให้ครบทุกอำเภอ และปัญหาความต้องการรวมทั้งแรงศรัทธาของประชาชนในชุมชน จึงเริ่มก่อสร้างเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๑๐ เตียงขึ้น และเริ่มเปิดให้บริการประชาชนเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๗ โดยตั้งอยู่บนพื้นที่ราชพัสดุ (ดอนปู่ตา) หมายเลขโฉนด ที่ ๑๐๙๗๐ จำนวน ๓๑ ไร่ ๓ งาน ๗๐ ตารางวา ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ นายเสาร์ – นางจันทิ ไชยสงค์ ชาวบ้านหนองโพด หมู่ที่ ๑๖ ตำบลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ได้มีจิตศรัทธา บริจาคที่ดินเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลแกด้า จำนวน ๓ ไร่ ๒ งาน ตามหนังสือรับรองการทำประโยชน์ เลขที่ ๕๐๖๒ เพื่อใช้เป็นพื้นที่ในการขยายโรงพยาบาลให้กว้างขวางขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อก่อสร้างอาคารโรงพยาบาลเพิ่มเติม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง และได้เริ่มให้บริการแก่ประชาชนได้เมื่อวันที่ ๗ เมษายน ๒๕๓๘ บนเนื้อที่รวมทั้งสิ้น จำนวน ๓๔ ไร่ ๑ งาน ๗๐ ตารางวา

โรงพยาบาลแกด้า ได้ให้บริการตรวจสุขภาพและรักษาพยาบาล แก่ประชาชนในเขตอำเภอแกด้า และเขตอำเภอใกล้เคียง เช่น อำเภอเมือง อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดมหาสารคาม และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด เรื่อยมาจนถึง ณ ปัจจุบัน โดยได้มีการพัฒนาเพิ่มเติม ทั้งด้านโครงสร้าง อาคาร สถานที่ บุคลากร รวมทั้ง วัสดุ อุปกรณ์การแพทย์ และให้การสนับสนุนการบริการอย่างเพียงพอต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนเป็นสำคัญ

### ๒.๑ ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า)

ปัจจุบัน เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ประกอบด้วย โรงพยาบาลแกด้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F๒ ตั้งอยู่เลขที่ ๑๕๕ หมู่ ๑๖ ตำบลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗ ๘๗๐๒๖ และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า ตั้งอยู่เลขที่ ๖๑ หมู่ ๑ ตำบลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ๔๔๑๙๐ โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗ ๘๗๐๒๗

### ๒.๒ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข CUP แกด้า ประกอบด้วย

๒.๒.๑ บุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลแกด้า มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔๔ คน เมื่อจำแนกตามประเภทการจ้างงาน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ จำนวน ๗๕ คน ร้อยละ ๕๒.๐๘ รองลงมาคือ ลูกจ้างชั่วคราว (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) จำนวน ๒๙ คน ร้อยละ ๒๐.๑๕ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) จำนวน ๑๑ คน ร้อยละ ๗.๖๔ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๗

๒.๒.๒ บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า มีจำนวน ๑๑ คน เนื่องจากได้มีการถ่ายโอนภารกิจของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๗ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ตาม พ.ร.บ. การกระจายอำนาจ พ.ศ. ๒๕๔๒ และประกาศราชกิจจานุเบกษา เรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนการถ่ายโอนภารกิจ

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงทำให้มีจำนวนบุคลากรในสังกัดลดลง ดังตารางที่ ๑๑

ตารางที่ ๑๑ จำนวนและร้อยละของบุคลากร สังกัดโรงพยาบาลแกด้า จำแนกตามประเภทการจ้างงาน

ลำดับ	ประเภทการจ้างงานของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
๑	ข้าราชการ	๗๕	๕๒.๐๘
๒	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๒๙	๒๐.๑๔
๓	ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)	๑๑	๗.๖๔
๔	ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน)	๒๖	๑๘.๐๖
๕	พนักงานราชการ	๒	๑.๓๙
๖	ลูกจ้างประจำ	๑	๐.๖๙
รวม		๑๔๔	๑๐๐

ที่มา.. HRD. รพ.แกด้า ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

ตารางที่ ๑๒ จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า จำแนกตามประเภทการจ้างงาน

ลำดับ	ประเภทการจ้างงานของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
๑	ข้าราชการ	๙	๘๑.๘๐
	- พยาบาลวิชาชีพ	๓	
	- นักวิชาการสาธารณสุข	๕	
	- จพ.สาธารณสุข	๑	
๒	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๒	๑๙.๒๐
รวม		๑๑	๑๐๐

๒.๒.๓ ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมของโรงพยาบาลแก จำแนกตามสาขาวิชาชีพ และลักษณะของตำแหน่ง พบว่าส่วนใหญ่มีตำแหน่งงานอยู่ในสายสนับสนุน ร้อยละ ๔๙.๐๓ รองลงมา เป็นสายวิชาชีพ คือ พยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๒๗.๗๔ ดังตารางที่ ๑๓

ตารางที่ ๑๓ จำนวนและร้อยละของบุคลากรสาธารณสุข CUP แกด้า จำแนกตามสาขาวิชาชีพ

ลำดับ	ตำแหน่ง/วิชาชีพ	จำนวนสูงสุดตามกรอบ	จำนวนที่มีอยู่จริง	ร้อยละ
๑	แพทย์	๘	๕	๓.๒๓
๒	ทันตแพทย์	๕	๓	๑.๙๔
๓	เภสัชกร	๕	๕	๓.๒๓
๔	พยาบาลวิชาชีพ	๔๐	๔๓	๒๗.๗๔
๕	นักเทคนิคการแพทย์	๓	๓	๑.๙๔
๖	นักกายภาพบำบัด	๔	๒	๑.๒๙
๗	แพทย์แผนไทย	๓	๒	๑.๒๙
๘	นักโภชนาการ	๒	๑	๐.๖๕
๙	นักวิชาการสาธารณสุข	๑๒	๑๓	๘.๓๙
๑๐	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	๒	๒	๑.๒๙
๑๑	อื่นๆ (สนับสนุน)	-	๗๖	๔๙.๐๓
รวม			๑๕๕	๑๐๐

๒.๓ ข้อมูลการให้บริการ

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F๒ ให้บริการประชาชนที่มาขอรับการตรวจและรักษาโรค ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖) โรงพยาบาลแกด้าได้ให้บริการแก่ ผู้ป่วยนอกทั้งหมด จำนวน ๔๑,๕๕๕ /๖๐,๔๒๗ คน/ครั้ง เฉลี่ยจำนวน ๑๖๕.๕๕ คน/วัน ให้บริการผู้ป่วยในทั้งหมด จำนวน ๑,๔๗๔ /๑.๑๑๔ คน/ครั้ง เฉลี่ยจำนวน ๖.๔๓ คน:วัน คิดเป็นอัตราการครองเตียง ร้อยละ ๕๐.๐๕ หรือเฉลี่ยจำนวนวันนอนอยู่โรงพยาบาล ๒.๖๓ วัน:คน ดังตารางที่ ๑๔

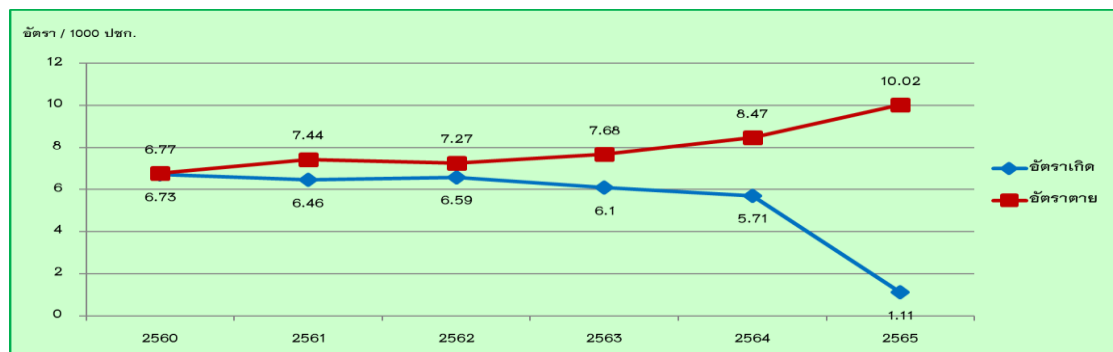
ตารางที่ ๑๔ ข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลแกดดำ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖

ที่	รายการ	ปีงบประมาณ			
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	ณ ๑๕ มิ.ย. ๖๖
๑	จำนวนเตียง	๓๐	๓๐	๓๐	๓๐
๒	จำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด (คน/ครั้ง) (รพ. + รพ.สต.)	๔๑,๓๑๔ ๖๐,๖๓๙	๕๐,๓๐๐ ๗๑,๒๘๓	๖๙,๙๐๐ ๙๘,๘๗๑	๔๑,๕๕๕ ๖๐,๔๒๗
๓	จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (ครั้ง : คน)	๑๖๕.๖๘	๑๙๕.๓๐	๒๗๐.๘๗	๑๖๕.๕๕
๔	จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (ครั้ง : วัน)	๑,๙๕๖	๑,๖๙๘	๑,๗๔๙	๑,๕๘๔
๕	จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด (คน/ครั้ง) (เฉพาะ รพ.แกดดำ)	๑,๙๕๖ ๑,๔๓๔	๑,๖๙๘ ๑,๓๕๔	๑,๗๔๙ ๑,๓๑๐	๑,๔๗๔ ๑.๑๑๔
๖	จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย (คน : วัน)	๖.๖๓	๗.๓	๕.๗	๖.๔๓
๗	จำนวนวันนอนเฉลี่ย (วัน : คน)	๒.๘๕	๔.๕๗	๓.๑๙	๒.๖๓
๘	อัตราการครองเตียง (ร้อยละ)	๕๐.๑๐	๗๑.๑๘	๕๐.๘๗	๕๐.๐๕
๙	ค่า Adj. RW.	๑,๑๘๙.๙๗๘๙	๑,๐๕๑.๔๕๙๔	๑,๑๘๓.๖๗๗๔	๑,๐๔๐.๒๐๓๕
๑๐	ค่า CMI.	๐.๖๐๖๒	๐.๖๑๘๑	๐.๖๗๙๑	๐.๖๗๓๗

๒.๔ ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพ

๒.๔.๑ ข้อมูลสถิติชีพ (อัตราเกิด - อัตราตาย)

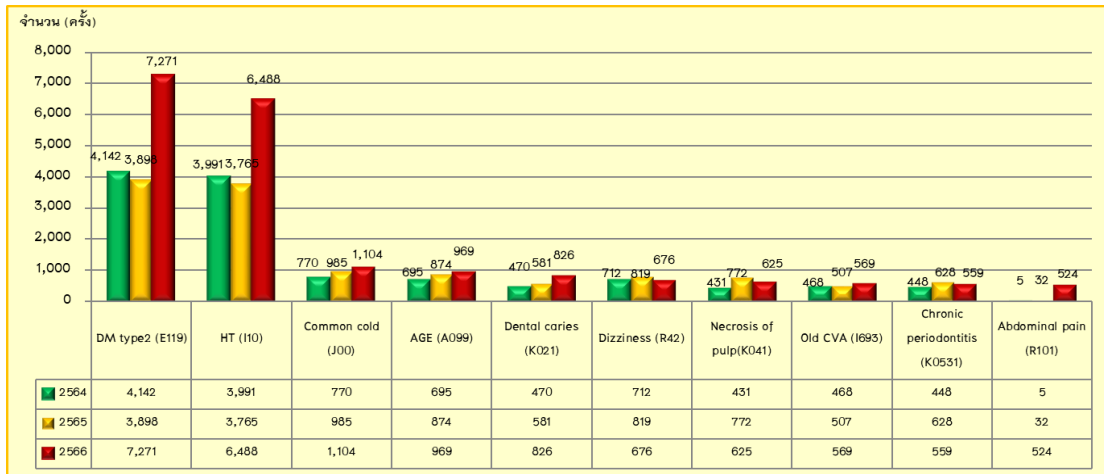
จากข้อมูลสถิติชีพของประชากรอำเภอแกดดำ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๐ - ปี ๒๕๖๕ พบว่า อัตราการเกิดของประชากรอำเภอแกดดำ มีแนวโน้มลดลงทุกปี ซึ่งสวนทางกับอัตราการตายของประชากรที่พบว่า มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๓



แผนภูมิภาพประกอบที่ ๓ แนวโน้มอัตราการเกิดและอัตราการตาย ของประชากรอำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

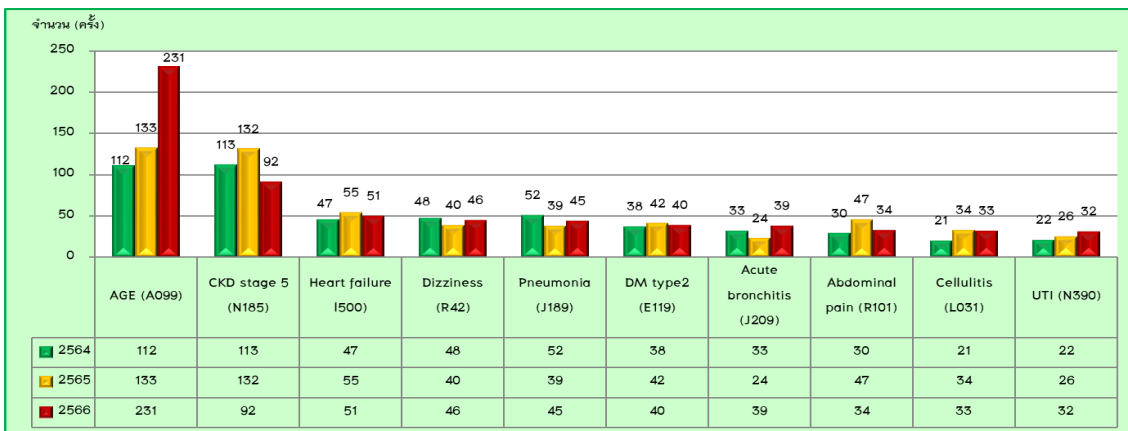
๒.๔.๒ ข้อมูลสถานะสุขภาพ

๒.๔.๒.๑ สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรก ของผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล แกดดำ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยนอกที่มาขอรับบริการมากที่สุด คือ กลุ่มโรคเบาหวาน (DM type ๒) รองลงมาคือ กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง (HT) และกลุ่มป่วยไข้หวัด (Common cold) ตามลำดับ ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๔



แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๔ สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรก ของผู้ป่วยนอก รพ.แกดดำ

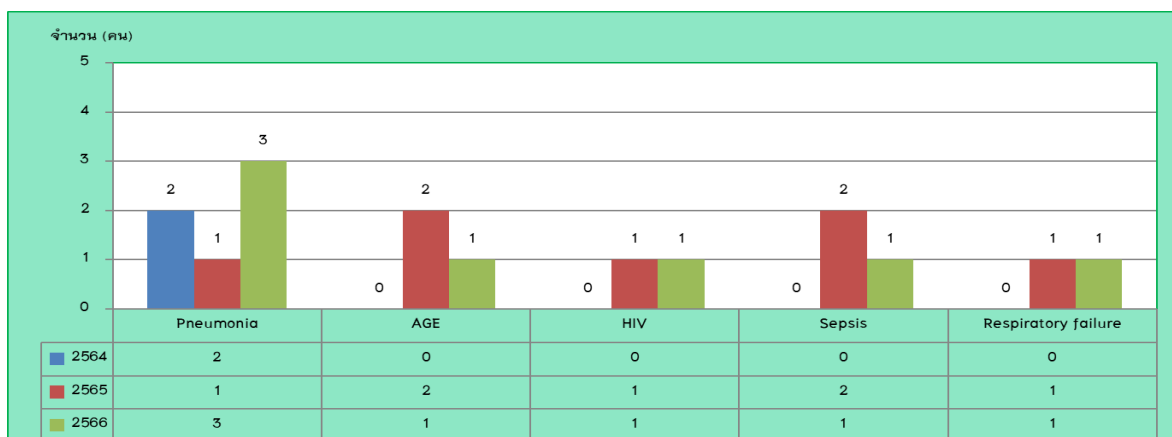
๒.๔.๒.๒ สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรกของผู้ป่วยในที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดดำ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากที่สุด คือ กลุ่มโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (AGE) รองลงมา คือ กลุ่มโรคไตวายเรื้อรัง (CKD stage ๕) และกลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ตามลำดับ ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๕



แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๕ สาเหตุการป่วย ๑๐ อันดับแรก ของผู้ป่วยใน รพ.แกดดำ

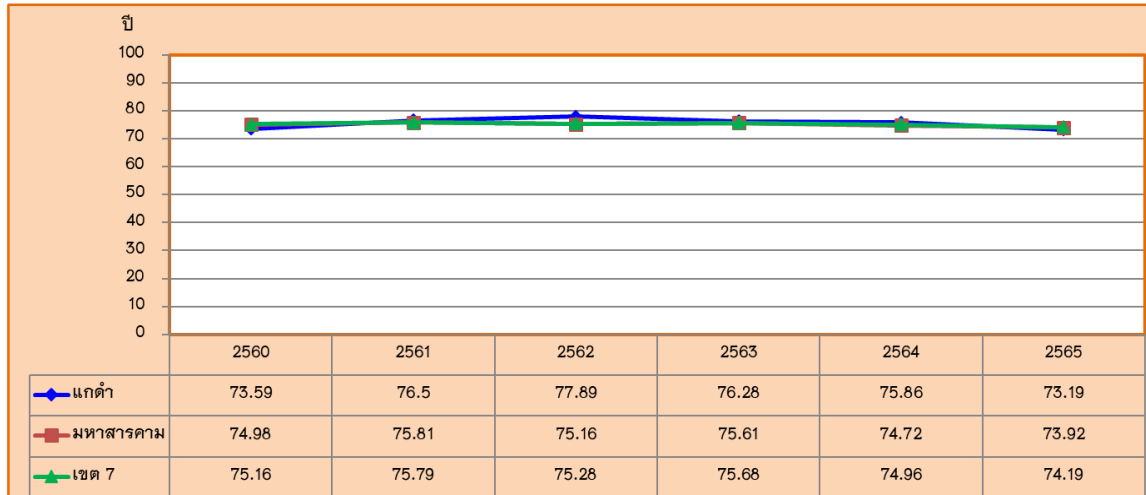


๒.๔.๒.๓ สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ของประชากรอำเภอแกด้า ในช่วงเวลา ๓ ปีย้อนหลัง (๒๕๖๔ – ๒๕๖๖) พบว่า สาเหตุการตายมากที่สุดของประชากร สาเหตุการตายมากที่สุดของประชากร ปี ๒๕๖๔ คือ โรคปอดบวม สาเหตุการตายมากที่สุดของประชากร ปี ๒๕๖๕ คือ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง และสาเหตุการตายมากที่สุดของประชากร ปี ๒๕๖๖ คือ โรคปอดบวม ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๖



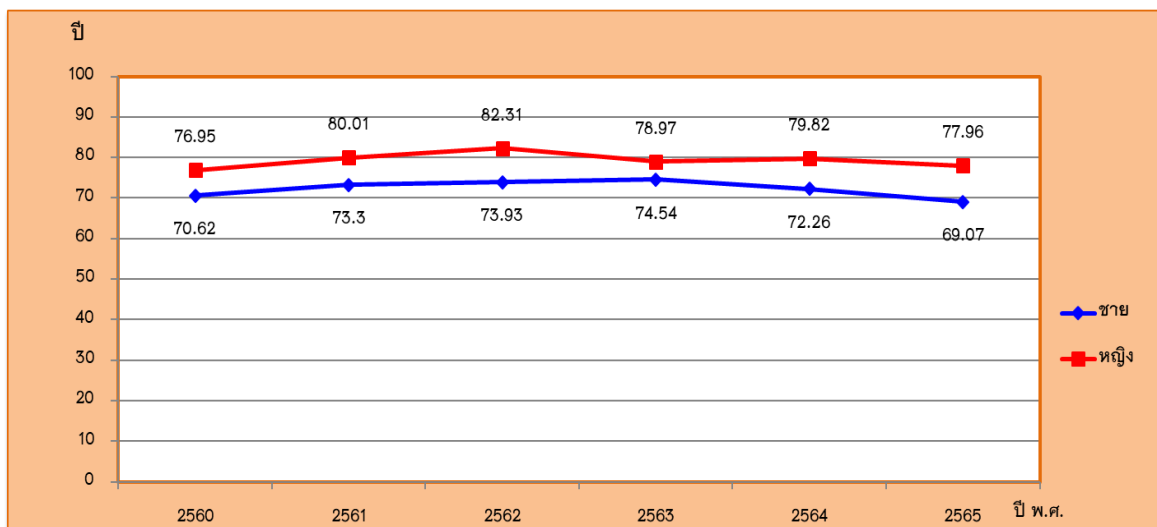
แผนภูมิภาพประกอบที่ ๖ สาเหตุการตาย ๕ อันดับแรก ของประชากรอำเภอแกด้า เปรียบเทียบปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖

๒.๔.๒.๔ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE) ของประชากรอำเภอแกด้า ในช่วงเวลา ๖ ปีย้อนหลัง (๒๕๖๐ – ๒๕๖๕) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกด้า เริ่มมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยมาตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒ และเมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มในภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของประชากรอำเภอแกด้า มีจำนวนปีที่ใกล้เคียงกับระดับจังหวัดมหาสารคาม แต่ต่ำกว่าในภาพรวมของจำนวนปีระดับเขต ๗ เล็กน้อย ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๗



แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๗ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกดดำ  
เปรียบเทียบปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

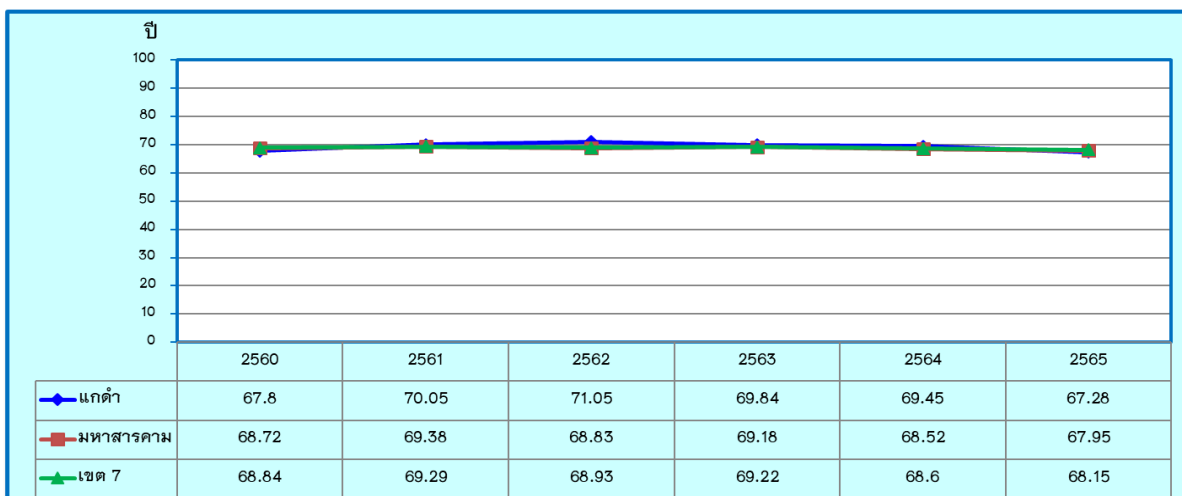
เมื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกดดำ ระหว่าง  
เพศหญิงกับเพศชาย ในช่วงเวลา ๖ ปีย้อนหลัง (๒๕๖๐ - ๒๕๖๕) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE)  
ของประชากรเพศหญิง สูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรเพศชายทุกปี หรือสูงกว่า  
ประมาณ ๔ - ๙ ปี ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๘



แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๘ อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรอำเภอแกดดำ  
เปรียบเทียบระหว่าง เพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

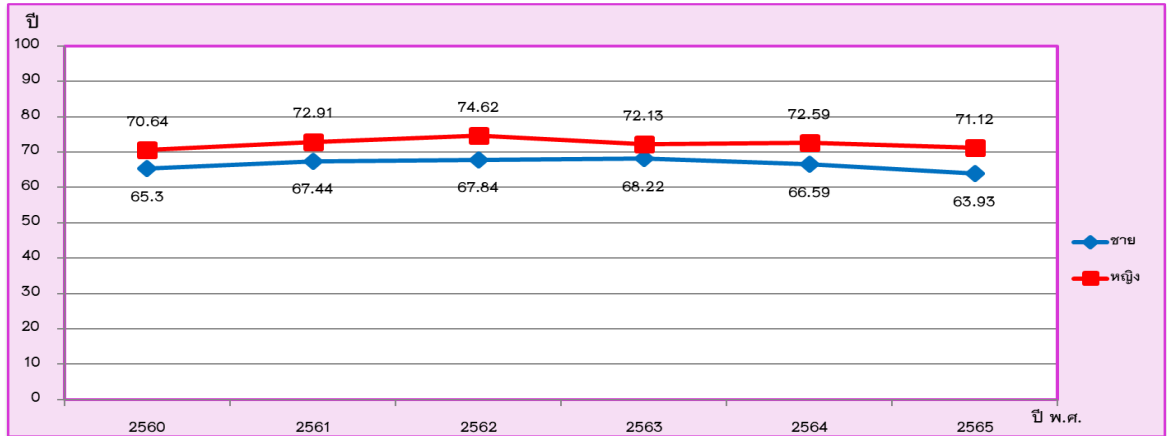
๒.๔.๒.๕ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (Health Adjust Life Expectancy : HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำ

ในช่วงเวลา ๖ ปีย้อนหลัง (๒๕๖๐ - ๒๕๖๕) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำ ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ก็มีจำนวนปีที่ใกล้เคียงกันทุกปี และเมื่อเปรียบเทียบกับแนวโน้มในภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามและเขตสุขภาพที่ ๗ พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำ มีจำนวนปีที่ใกล้เคียงกับระดับจังหวัดมหาสารคามและระดับเขต ๗ ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๙



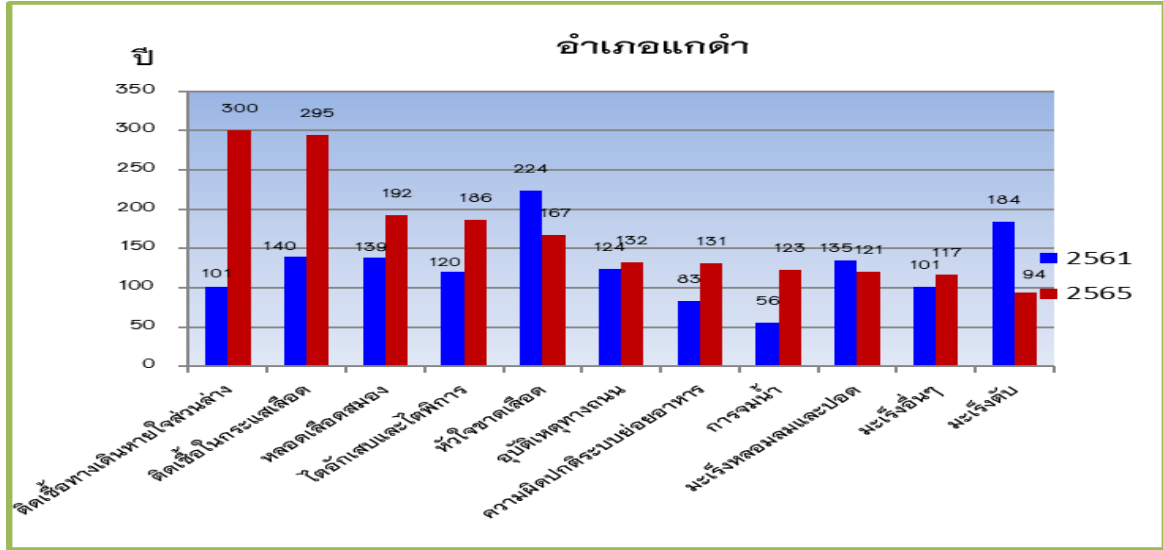
แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๙ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำเปรียบเทียบกับปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

เมื่อเปรียบเทียบอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำ ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ในช่วงเวลา ๖ ปีย้อนหลัง (๒๕๖๐ - ๒๕๖๕) พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรเพศหญิง สูงกว่าอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรเพศชายทุกปี หรือสูงกว่าประมาณ ๔ - ๙ ปี ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๐



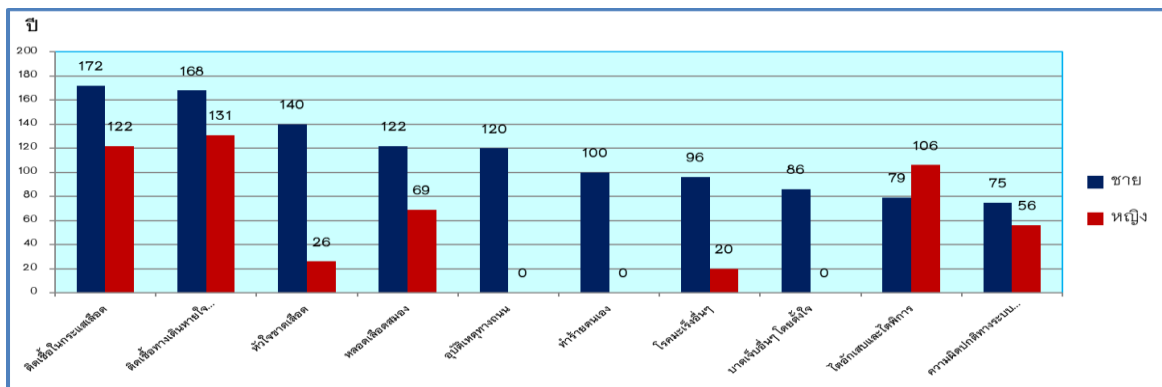
**แผนภูมิภาพประกอบ ที่ ๑๐** อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกดดำ เปรียบเทียบระหว่าง เพศชายกับเพศหญิง ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕

๒.๔.๒.๖ จำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Loss : YLL) ของประชากรอำเภอแกดดำเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year of Life Loss : YLL) ของประชากรอำเภอแกดดำ ๕ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๑ กับ ปี ๒๕๖๕) พบว่า ในปี ๒๕๖๑ โรคที่มีจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) มากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ โรคหัวใจขาดเลือด มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๒๒๔ ปี รองลงมาคือ โรคมะเร็งตับ มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๑๘๔ ปี และ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๑๔๐ ปี ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๕ พบว่า โรคที่มีจำนวนปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (YLL) มากที่สุด ๓ ลำดับแรก คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๓๐๐ ปี รองลงมาคือ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๒๕๕ ปี และโรคหลอดเลือดสมอง มีจำนวนปีที่สูญเสียรวมกัน เท่ากับ ๑๙๒ ปี ตามลำดับ ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๑



แผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๑ จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร (YLL) ๑๐ อันดับแรก ของประชากรอำเภอแกดำ เปรียบเทียบระหว่าง ปี ๒๕๖๑ กับ ปี ๒๕๖๕

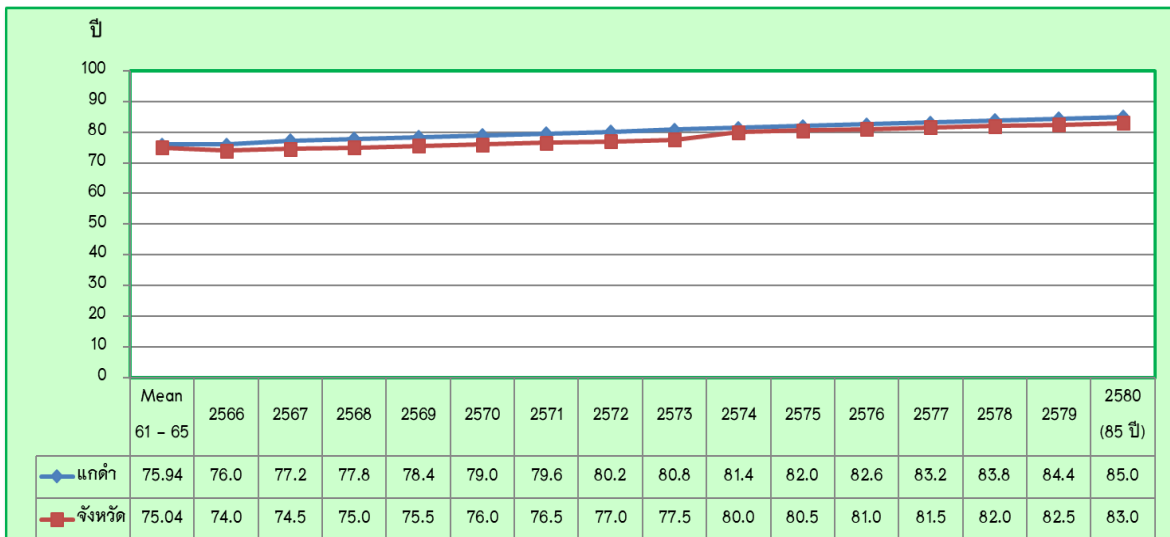
เมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร (YLL) ๑๐ อันดับแรก ของประชากร อำเภอแกดำ ระหว่างเพศชายกับเพศหญิง ในปีล่าสุด (๒๕๖๕) พบว่า จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร ของเพศชาย มากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด รองลงมาคือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคหัวใจขาดเลือด ตามลำดับ ส่วนเพศหญิง พบว่า มีจำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควรมากที่สุด ๓ อันดับแรก คือ โรคโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง รองลงมาคือ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคไตอักเสบและไตพิการ ตามลำดับ ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๒



แผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๒ จำนวนปีที่สูญเสียก่อนวัยอันควร (YLL) ๑๐ อันดับแรก ของประชากรอำเภอแกดำ เปรียบเทียบระหว่าง เพศชาย กับ เพศหญิง ปี ๒๕๖๕

๒.๔.๒.๗ เป้าหมายการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) เมื่อสิ้น ปี ๒๕๘๐

จากการวิเคราะห์และคาดการณ์จำนวนปีการมีอายุยืนของประชากรอำเภอแกดดำ ตามเป้าหมายของการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรไทย ที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระบุว่า เป้าหมายการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) ของประชากรไทย เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ไว้เท่ากับ ๘๐ ปี จากการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบว่า อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรอำเภอแกดดำ โดยเฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี เท่ากับ ๗๕.๙๔ ปี และยังคงเหลือระยะเวลาจาก ปี ๒๕๖๖ - ปี ๒๕๘๐ อีกจำนวน ๑๕ ปี ทำให้การคำนวณอายุที่เพิ่มขึ้น เพื่อตั้งค่าเป้าหมายการมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี มีจำนวนอายุยืนเพิ่มขึ้นปีละ ๐.๖ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามเล็กน้อย ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๓

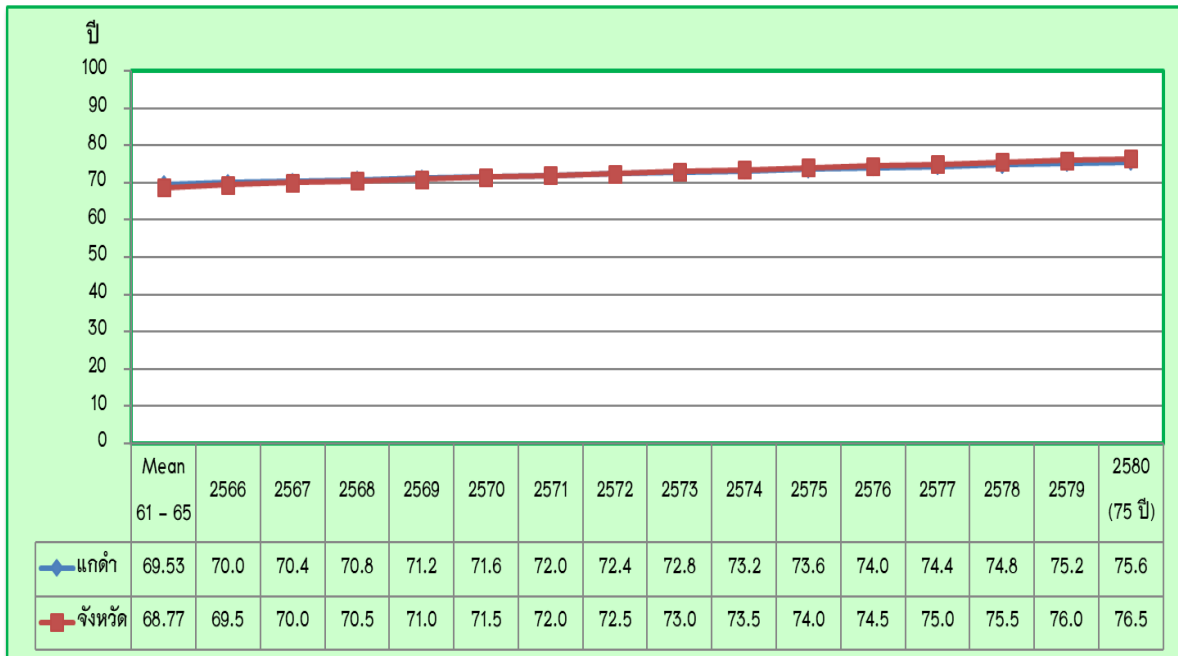


แผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๓ เป้าหมายการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (LE) แกดดำ ประชากรอำเภอ จำแนกเป็นรายปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)

๒.๔.๒.๘ เป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) เมื่อสิ้น ปี ๒๕๘๐

จากการวิเคราะห์และคาดการณ์เป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดของประชากรอำเภอแกดดำ ตามเป้าหมายของการมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรไทย ที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๑ - ๒๕๘๐) ระบุว่าเป้าหมายอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรไทย เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๘๐ ไว้เท่ากับ ๗๕ ปี จากการดำเนินงานที่ผ่านมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๕ พบว่า อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิดของประชากรอำเภอแกดดำ โดยเฉลี่ยย้อนหลัง ๕ ปี เท่ากับ ๖๙.๕๓ ปี และยังคงเหลือระยะเวลาจากปี ๒๕๖๖ - ปี ๒๕๘๐ อีกจำนวน ๑๕ ปี ทำให้การคำนวณอายุที่เพิ่มขึ้นเพื่อตั้งค่าเป้าหมายอายุ

คาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด เพื่อให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี มีจำนวนอายุเพิ่มขึ้น จากปี ๒๕๖๖ ปีละ ๐.๔ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายในภาพรวมของจังหวัดมหาสารคามเล็กน้อย ดังแผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๔



**แผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๔** เป้าหมายการเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีเมื่อแรกเกิด (HALE) ของประชากรอำเภอแกด้า จำแนกเป็นรายปี ตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (๒๕๖๖ - ๒๕๘๐)



### ๓. วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลแกด้า (Vision)

เป็นสถานบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประชาชนมีสุขภาพดี  
บุคลากรมีความสุข ทุกภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ภายใน ปี ๒๕๖๘

### ๔. พันธกิจ (Mission)

- ๔.๑ พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีคุณภาพ
- ๔.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ
- ๔.๓ ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรทุกระดับให้มีศักยภาพในการปฏิบัติงานอย่างมีความสุข
- ๔.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทั้งองค์กร

### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงาน

- ๕.๑ การบรรลุผลลัพธ์ตามวิสัยทัศน์
- ๕.๒ การบรรลุผลลัพธ์การประเมินคุณภาพสถานบริการ ตามเกณฑ์มาตรฐานของ Hospital Accreditation (HA) โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน (สรพ.)
- ๕.๓ การบรรลุผลลัพธ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม (KPIs) และกระทรวงสาธารณสุข
- ๕.๔ ความต้องการและความพึงพอใจของประชาชนหรือผู้มารับบริการ
- ๕.๕ ความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

### ๖. หลักการทำงานของหน่วยงาน

๖.๑ หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และพระบรมราโชวาทองค์อื่นๆ ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ ๙ และ รัชกาลที่ ๑๐

๖.๒ ค่านิยมหลัก (Core Value) “K A E D A M” เป็นตัวกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานให้ประสบผลสำเร็จ ดังนี้

- K = Knowledge มีการสร้างและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง
- A = Agility มีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ มีความยืดหยุ่นในการปฏิบัติงาน เพื่อการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ
- E = Effectiveness การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย
- D = Development มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งบุคลากรและงานอย่างเป็นระบบ
- A = Accountability บุคลากรมีความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานอย่างซื่อสัตย์ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และตอบสนองต่อผู้มารับบริการอย่างรวดเร็ว
- M = Moral ให้บริการด้วยคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณทุกวิชาชีพ

### ๖.๓ หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (หลักธรรมาภิบาล)

- หลักนิติธรรม
- หลักคุณธรรม
- หลักความโปร่งใส
- หลักการมีส่วนร่วม
- หลักความรับผิดชอบ
- หลักความคุ้มค่า

### ๖.๔ อัตลักษณ์ของหน่วยงาน

“ ชื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี มีคุณภาพ ”

### ๖.๕ ค่านิยมของบุคลากรกระทรวงสาธารณสุข “M O P H”

M = Mastery = เป็นนายตัวเอง หมายถึง เป็นบุคคลที่หมั่นฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีสำนึกรับผิดชอบต่อ มีคุณธรรมและจริยธรรม

O = Originality = เร่งสร้างสิ่งใหม่ หมายถึง การสร้างสรรค์นวัตกรรมสิ่งใหม่ๆ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P = People Centered = ใส่ใจประชาชน หมายถึง การยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ในการทำงานเพื่อประโยชน์อันดีของประชาชน โดยใช้หลัก เข้าใจ เข้าถึง ฟังได้

H = Humility = ถ่อมตนอ่อนน้อม หมายถึง การมีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ให้อภัย รับฟังความเห็น เสียสละเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม

## ๗. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพ CUP แกด้า (๒๕๖๖ – ๒๕๖๘)

### ๗.๑ ประเด็นยุทธศาสตร์

๗.๑.๑ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง แก่ประชาชนและชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

#### เป้าประสงค์

๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการพัฒนาศักยภาพ เพื่อยกระดับความสามารถ ในการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อมุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

๒) ประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเมืองและชนบท มีศักยภาพในการพัฒนา ด้านสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และอาชีวอนามัย ที่ได้มาตรฐานในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเอง และชุมชน

แผนงานที่ ๑ การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเอง แก่ประชาชน ชุมชน อย่างเข้มแข็งและยั่งยืน

๗.๑.๒ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับ ร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

เป้าประสงค์

๑) ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายทุกระดับ ได้มีค่านิยมในการร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City) มุ่งสู่มหาสารคามเมืองเปี่ยมสุข

แผนงานที่ ๒ การระดมพลังเครือข่ายทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งพลังความดี สู่การมีสุขภาพดีและความสุขที่ยั่งยืน (Goodness Power, Healthy & Happiness City)

๗.๑.๓ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion Prevention & Protection Excellence)

เป้าประสงค์

๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี  
๒) มีระบบการป้องกัน ควบคุมโรค และระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ทันที  
๓) ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง  
ยั่งยืน

๔) มีระบบการบริหารจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน

๕) ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แผนงานที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)

แผนงานที่ ๔ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

แผนงานที่ ๕ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

แผนงานที่ ๖ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

๗.๑.๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

เป้าประสงค์

๑) ประชาชนทุกครัวเรือนได้รับการดูแลด้านสุขภาพจากหมอครอบครัว  
๒) ประชาชนได้รับการบริการด้านสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพ  
มาตรฐาน  
๓) ประชาชนได้รับการบริการจากระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ  
๔) ประชาชนได้รับการบริการด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย  
๕) หน่วยงานหรือภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการจัดบริการที่มี  
ความสำคัญ

แผนงานที่ ๗ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)  
แผนงานที่ ๘ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)  
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ  
แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และ  
พื้นที่เฉพาะ  
แผนงานที่ ๑๑ อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม  
และแพทย์แผนไทย

๗.๑.๕ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ภายใต้วิถี  
พอเพียง

#### เป้าประสงค์

- ๑) หน่วยงานมีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังคนและความจำเป็น  
ในการจัดบริการแก่ประชาชนที่มีคุณภาพ
- ๒) หน่วยงานมีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมและความ  
สมดุลกัน
- ๓) หน่วยงานมีการพัฒนาและธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพให้คงอยู่ในระบบ
- ๔) บุคลากรได้รับการพัฒนาเพื่อให้เป็น (๑) Strategic Partner (๒) Managerial  
Expert (๓) Change Agent (๔) Employee Champion : Performance

แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

๗.๑.๖ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๖ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance  
Excellence) ภายใต้วิถีพอเพียง

#### เป้าประสงค์

- ๑) มีการมุ่งพัฒนาองค์กรเพื่อให้เป็น ๑. Learning & Teaching Organization  
ภายใต้วิถีพอเพียง ๒. Good Governance
- ๒) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพ  
โดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพการบริการในแต่ละระบบ
- ๓) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่าง  
หน่วยบริการทุกระดับ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- ๔) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๕) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๖) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ  
เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

- แผนงานที่ ๑๕ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- แผนงานที่ ๑๖ การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
- แผนงานที่ ๑๗ การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

### ๗.๒ เป้าประสงค์ที่สำคัญเร่งด่วน

๑. เพิ่มคนสุขภาพดี โดยการเน้นลดความเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ตามกลุ่มวัย มุ่งเน้นการจัดการปัญหาในกลุ่มวัย ในวัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงานและวัยสูงอายุ โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

๒. ลดคนป่วย โดยใช้หลักการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พร้อมทั้ง การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเรื่องสำคัญ ได้แก่ (๑) Food safety : Diarrhea, food poisoning (๒) NCD (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, CKD) (๓) โรคติดต่อ : Surveillance & Disease Control โควิด-๑๙ โรคไข้เลือดออก วัณโรค ภัยสุขภาพ

๓. ขยายการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน โดยใช้หลักการบริหารยุทธศาสตร์ ร่วมกับ (๑) ศูนย์เด็กเล็ก (อบจ./เทศบาล/อบต.) (๒) โรงเรียน (กระทรวงศึกษาธิการและเทศบาล) (๓) โรงงาน (กระทรวงแรงงาน และภาคเอกชน) (๔) ชุมชน (๕) ภาครัฐทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง (๖) ภาคท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของเครือข่ายให้เป็นผู้ นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

### ๗.๓ ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate Kpis) และเป้าหมายที่สำคัญ

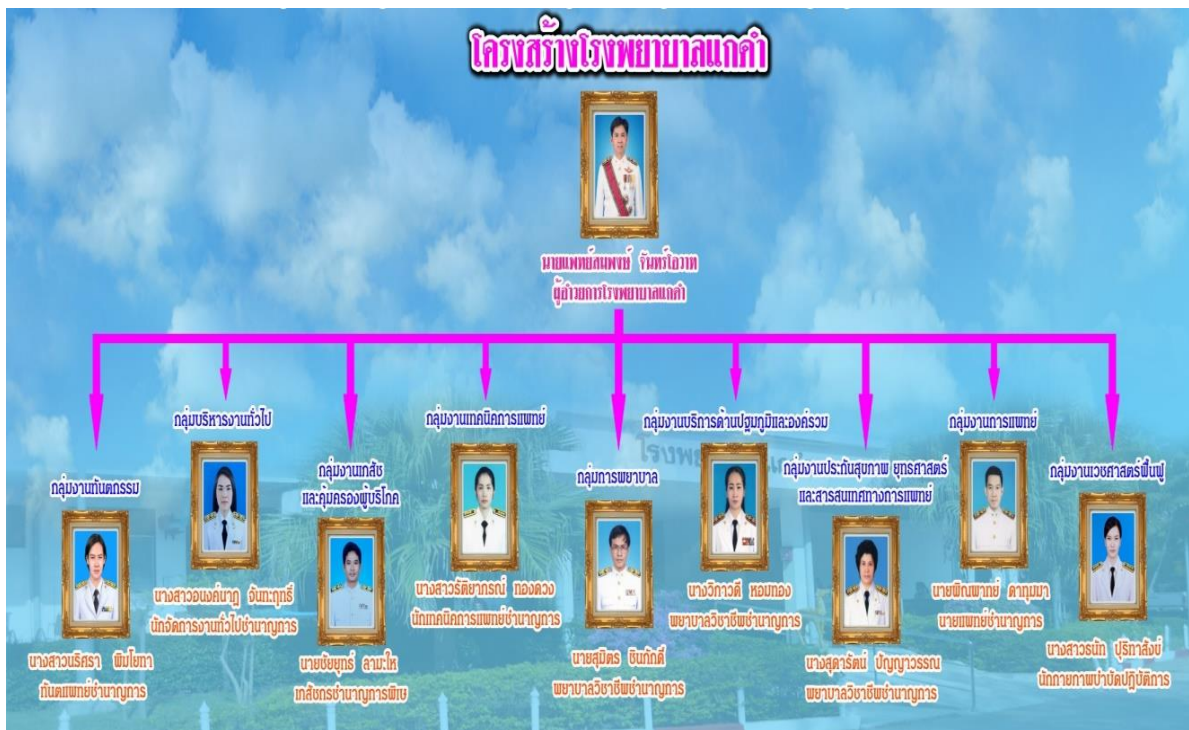
#### ตารางที่ ๑๕ ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate Kpis) และเป้าหมายที่สำคัญ

ที่	ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร	เป้าหมาย	
		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๘๐
๑	อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy : LE)	≥ ๗๗ ปี	≥ ๘๕ ปี
๒	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE)	≥ ๖๙.๕ ปี	≥ ๗๕ ปี
๓	ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๔	ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index)	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
๕	การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย	≥ ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๑๐๐
๖	มีความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียงโรงพยาบาลในสังกัด - ปี ๒๕๖๖ สัดส่วนแพทย์ ๑ : ๓,๐๐๐ ประชากร / สัดส่วนเตียง ๒.๓ : ๑,๐๐๐ ประชากร - ปี ๒๕๘๐ สัดส่วนแพทย์ ๑ : ๑,๕๐๐ ประชากร / สัดส่วนเตียง ๒.๐ : ๑,๐๐๐ ประชากร		

ตารางที่ ๑๕ (ต่อ)

ที่	ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร	เป้าหมาย	
		ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๘๐
๗	มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน HA	≥ ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐
๘	มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัด ผ่านการประเมิน ITA	≥ ร้อยละ ๙๒	≥ ร้อยละ ๙๕

๘. โครงสร้างของหน่วยงาน



แผนภูมิภาพประกอบที่ ๑๕ โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลแกด้า

ตารางที่ ๑๖ รายชื่อหัวหน้ากลุ่มงาน โรงพยาบาลแกด้า

ที่	กลุ่มงาน	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง
๑	ผู้บริหารโรงพยาบาล	นายสมพงษ์ จันทรโอวาท	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า
๒	กลุ่มงานการแพทย์	นายพิณพาทย์ ดาทุมมา	นายแพทย์ชำนาญการ
๓	กลุ่มงานทันตกรรม	นางสาวนริศรา พิมโยธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ
๔	กลุ่มงานการพยาบาล	นายสุมิตร ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๕	กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค	นายชัยยุทธ์ ลามะไห	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
๖	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	นางสาวอนงค์นาฏ จันทะฤทธิ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
๗	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศ ด้านการแพทย์	นางสุดารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๘	กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรวม	นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๙	กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์	นางสาวรัตติยาภรณ์ ทองดวง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ
๑๐	กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู	นางสาวธนัท ปุริทาสังข์	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ
๑๑	กลุ่มงานโภชนาการ	นายสุรศักดิ์ จันทะรส	นักโภชนาการปฏิบัติการ
๑๒	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย	นางสาวอาภาพร อุทัยคำ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

ตารางที่ ๑๗ รายชื่อคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (CUP Board)

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บทบาท
๑	นายสมพงษ์ จันทรโอวาท	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า	ประธาน
๒	นายพิณพาทย์ ดาทุมมา	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๓	นางสาวนริศรา พิมโยธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๔	นายสุมิตร ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๕	นายชัยยุทธ์ ลามะไห	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๖	นางประครองศรี ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗	นางเพ็ญศรี นิลขำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๘	นางอิสรา อนุฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๙	นางทวิกานต์ รักสวนจิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ



ตารางที่ ๑๗ (ต่อ)

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บทบาท
๑๐	นางสุภารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๑	นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๒	นายมาวิน ทับแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑๓	นางสาวรัตติยาภรณ์ ทองดวง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๔	นางสาวรณัท ปุริหาสังข์	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	กรรมการ

ตารางที่ ๑๘ รายชื่อคณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.แกด้า)

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บทบาท
๑	นายสมพงษ์ จันทรโอวาท	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า	ประธาน
๒	นายบุญกว้าง ประดับคำ	สาธารณสุขอำเภอแกด้า	รองประธาน
๓	นางบุญเรียง บัวละคุณ	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านโคกไร่ อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๔	นางมะลิ สีถากาล	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านป่าข้าง อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๕	นางสาวฉวีวรรณ ประภาศรี	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านหนองแสน อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๖	นายศิริชัย เทียงดาห์	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านโนนภิบาล อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๗	นายทิวาพงษ์ อุทัยดา	ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านตาหลุง อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๘	นายลิณวัฒน์ คุณเวียน	รก. ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านวังแสง อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๙	นางลุนณี เทียงดาห์	รก. ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านหนองบัว อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๑๐	นางประนอม คำชาย	รก. ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านนาฏ อบจ.มหาสารคาม	กรรมการ
๑๑	นายพิณพาทย์ ดาทุมมา	นายแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๒	นางสาวนริศรา พิมโยธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ

ตารางที่ ๑๘ (ต่อ)

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	บทบาท
๑๓	นายสุमितร์ ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๔	นายชัยยุทธ์ ลามะไห	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๑๕	นางทวิกานต์ รักสวนจิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๖	นางสุดารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๗	นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๘	นางสาวสุชิตา ปีกสังคเน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑๙	นางสาวอรอนงค์ แสงลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๐	นายมาวิน ทับแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ/เลขานุการ
๒๑	นางสาวระพีพร คະສຸວຽນ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

## ส่วนที่ ๒

### Agenda Based

(นโยบายรัฐบาล ผู้บริหารระดับสูง ยุทธศาสตร์ชาติ)

## ประเด็นที่ ๑ Health For Wealth

หัวข้อที่ ๑ กัญชาทางการแพทย์

หัวข้อที่ ๒ การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

## Agenda Based

ประเด็นที่ ๑ : Health For Wealth

หัวข้อที่ ๑ : กัญชาทางการแพทย์

- ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
- ๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมด ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์
- ๑.๓ จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**ผู้รับผิดชอบ**

๑. นางสาวอภาภรณ์ อุทัยคำ	ตำแหน่ง	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
เบอร์โทร. ๐๘๐ ๔๑๗ ๒๔๖๒	E-mail :	r1r_riri@hotmail.com
๓. นางชฎาพร พลเยี่ยม	ตำแหน่ง	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
เบอร์โทร ๐๙๒-๙๒๕๔๑๔๙	E-mail :	chada_pannu๓@hotmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกดดำ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง ได้เปิดให้บริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ เพื่อให้บริการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประครอง (Palliative care) ด้วยยากัญชาทางการแพทย์ มาตั้งแต่เดือนเมษายน ปี ๒๕๖๔ โดยได้รับใบอนุญาตและใบแทนใบอนุญาต จำหน่ายซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชาเพื่อการรักษาผู้ป่วย หรือ ยส. ๕ เรียบร้อยแล้ว เปิดให้บริการผู้ป่วยทุกวันพฤหัสบดี ในเวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. แบบ walk in มีการคัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษา จ่ายยา และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยากัญชาทางการแพทย์ โดยมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แล้ว ได้แก่ แพทย์ จำนวน ๑ คน แพทย์แผนไทย จำนวน ๒ คน และเภสัชกร จำนวน ๕ คน (ผ่านระบบออนไลน์) และก่อนเปิดให้บริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลแกดดำได้จัดส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องไปศึกษาดูงานการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลบรบือ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานและสร้างความมั่นใจ แก่บุคลากร ผู้ให้บริการ โดยที่ผ่านมาระยะเวลาโรงพยาบาลแกดดำได้ให้การรักษาผู้ป่วยด้วยยากัญชา จำนวน ๓ ตำรับยา ได้แก่ ศุขไสยาสน์ ทำลายพระสุเมรุ และน้ำมันกัญชา (หมอลดชา)

ในปี ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลแกดดำ ได้ให้บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ และให้การรักษาผู้ป่วย ด้วยยากัญชาทางการแพทย์ไปแล้ว จำนวน ๔ ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับ ประครอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน ๓ ราย นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วย ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ที่ใช้ยาแผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ดีขึ้นแต่ต้องการใช้ ยากัญชา เป็นทางเลือกในการรักษาร่วมกับยาแผนปัจจุบัน จำนวน ๑ ราย

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

๑.๒.๓ ประชาสัมพันธ์คลินิกกัญชาทางการแพทย์ ให้ความรู้เกี่ยวกับกัญชาแก่ประชาชน  
ที่มารับบริการในโรงพยาบาล

๑.๒.๒ ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ทุกวันพฤหัสบดี เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

๑.๒.๔ จ่ายยากัญชาในผู้ป่วย palliative Care และให้การดูแลร่วมกับทีมร่วมกับสหวิชาชีพ

๑.๒.๕ พัฒนางานวิชาการ งานวิจัย หรือนวัตกรรมด้านกัญชาทางการแพทย์

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ของโรงพยาบาลแกด้า พบว่า จำนวนของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์จากปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ ร้อยละ ๐ , ๖.๒๕ และ ๘.๔๗ และเมื่อเทียบกับ ปี ๒๕๖๔ พบว่า ในปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๔ (มีผู้ป่วย ๐ ราย) ร้อยละ ๑๐๐ (๕ ราย) และได้มีการพัฒนางานวิชาการหรืองานวิจัยที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน ๑ เรื่อง คือ เรื่องการศึกษาพฤติกรรมการใช้กัญชาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ NCDs คลินิก โรงพยาบาลแกด้า อ.แกด้า จ.มหาสารคาม ดังตารางที่ ๑๙

ตารางที่ ๑๙ ผลงานการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.	ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ ๕)	๐	๐	๕	๖.๒๕	๕	๘.๔๗
๒.	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐ จากปี ๒๕๖๔)	๐	๐	๒	๑๐๐	๓	๑๐๐
๓.	จำนวนงานวิจัย และการจัดการความรู้ด้านกัญชาทางการแพทย์ อย่างน้อย ๑ เรื่อง	N/A	N/A	N/A	N/A	๑	๑

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๒๐ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการให้บริการกัญชาทางการแพทย์

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน โดยเปิดแบบ walk in ทุกวันพฤษภาคม เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.</li> <li>- มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (palliative care) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ แก่ผู้ป่วยใน (IPD)</li> <li>- มีการให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการใช้กัญชาทางการแพทย์ แก่ผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์การเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์</li> <li>- สร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับการจัดบริการของทีมสหวิชาชีพ ในคลินิกกัญชาทางการแพทย์</li> <li>- ประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการบันทึกข้อมูลการให้บริการ ในระบบข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดให้มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานและให้บริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ประกอบด้วย</li> <li>- แพทย์ ๑ คน</li> <li>- พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย Palliative care ๑ คน</li> <li>- เภสัชกร ๑ คน</li> <li>- แพทย์แผนไทย ๑ คน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดส่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องเข้ารับการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วย ญาติ และประชาชนที่สนใจ ผ่านช่องทางสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ ในการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านช่องทาง page โรงพยาบาลแกด้า และ page งานแพทย์แผนไทย</li> </ul>

ตารางที่ ๒๐ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีตำรับยาที่รักษาทางการแพทย์สำหรับบริการ จำนวน ๓ ตำรับ คือ สุขไสยาสน์ ทำลายพระสุเมรุ และน้ำมันกัญชา (หอมแดง)</li> <li>- มีการบันทึกข้อมูลการบริการในระบบ HOS-xp และมีการติดตามประเมินผลข้อมูลในระบบ HDC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีปัญหาคุณภาพยาตำรับกัญชาที่มีอายุสั้น จึงต้องมีการบริหารจัดการใช้ยาให้เหมาะสม</li> <li>- การบันทึกข้อมูลในระบบ HOS - xp ต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบันให้มากที่สุด</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณาการงบประมาณในการดำเนินงานร่วมกับงานประจำ ไม่ใช้งบประมาณในการบริหารจัดการคลินิกกัญชา นอกจากการใช้งบประมาณเพื่อจัดซื้อยากัญชาเท่านั้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนการจัดซื้อยาสมุนไพรและยาแผนไทย ที่มีกัญชาปรุงผสม โดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาล</li> </ul>
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล</li> <li>- มีการนำนโยบายกัญชาเสรีและกัญชาทางการแพทย์ มาสู่การปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการติดตามควบคุมกำกับการทำงาน ทุก ๓ เดือน โดยใช้ข้อมูลในระบบ HDC. เพื่อปรับปรุงและแก้ไขในชั้นตอนการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย</li> </ul>
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประสานข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการร่วมกับ รพ.สต.ในพื้นที่เป็นประจำ</li> <li>- มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกกัญชา และให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้กัญชา โดยการมีส่วนร่วมของ รพ.สต. ผู้นำชุมชน และ อสม.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมเพื่อวางแผนการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ร่วมกับ รพ.สต. ในพื้นที่</li> </ul>



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๒๑ เป้าหมายการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการ รักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้น อย่างน้อย ร้อยละ ๒ / ปี)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๙	ร้อยละ ๑๑	ร้อยละ ๑๓
๒. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษา ด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ / ปี)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐
๓. จำนวนงานวิจัยและการจัดการความรู้ ด้านกัญชาทางการแพทย์ อย่างน้อย ๑ เรื่อง	≥ ๑	≥ ๑	≥ ๑	≥ ๑	≥ ๑

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

๓.๑.๒ ประชาสัมพันธ์การให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และให้ความรู้เกี่ยวกับ  
การใช้กัญชาทางการแพทย์แก่ประชาชน ผ่านทางผู้นำชุมชน อสม. และช่องทางสื่อ social

๓.๑.๓ ให้การดูแลและรักษาด้วยยา กัญชา แก่ผู้ป่วย Palliative Care ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ  
และมีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นประจำทุกไตรมาส

๓.๑.๔ เร่งรัดการบันทึกข้อมูลการบริการในระบบ HS-xP ให้มีความครบถ้วน ความถูกต้อง  
และเป็นปัจจุบัน

๓.๑.๕ สร้างหรือพัฒนานวัตกรรม หรือนำผลการวิจัยด้านกัญชาทางการแพทย์ที่ได้  
ไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มากที่สุด เพื่อเป็นการพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

### ๓.๒ ภาพกิจกรรม



## Agenda Based

ประเด็นที่ ๑ : Health For Wealth

หัวข้อที่ ๒ : การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

๒.๑ อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐)

๒.๒ ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) หรือแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา)

๒.๓ ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต (ร้อยละ ๕๐)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอาภาภรณ์ อุทัยคำ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เบอร์โทร. ๐๘๐ ๔๑๗ ๒๔๖๒ E-mail : rlor\_riri@hotmail.com

๓. นางชฎาพร พลเยี่ยม ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เบอร์โทร ๐๙๒-๙๒๕๔๑๔๙ E-mail : chada\_pannu๓@hotmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

Health for Wealth การพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นจะส่งผลให้เกิดความมั่งคั่งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา ดังนั้น การพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นถือเป็นการสร้างซอฟต์แวร์ (Soft Power) ให้กับประเทศชาติได้อีกช่องทางหนึ่ง เป็นตัวขับเคลื่อนในการพัฒนาชาติที่สำคัญนำไปสู่การสร้างเชื่อมั่นให้ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ เช่น การพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ การพัฒนาสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองมาตรฐานและยกระดับแบบมีส่วนร่วม ได้แก่ สถานประกอบการประเภทที่พัก แหล่งท่องเที่ยว ภัตตาคาร ร้านอาหาร สถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ สปา สถานพยาบาล ทั้งภาครัฐและเอกชน

โรงพยาบาลแกด้า มีการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบาย Health for Wealth โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทยและคณะกรรมการเมืองสมุนไพรระดับอำเภอ มีการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทยอำเภอแกด้า เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนงานด้านแพทย์แผนไทยและเมืองสมุนไพร ระดับอำเภอแกด้า มีการสำรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการสุขภาพเพื่อขึ้นทะเบียนร้านนวดเพื่อสุขภาพ ๑ ร้าน มีการติดตามเยี่ยมแปลงปลูกสมุนไพรและสำรวจผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับสุขภาพในเขตอำเภอแกด้า รวมทั้ง การสำรวจเส้นทางท่องเที่ยวในพื้นที่ พบว่า มีสถานที่ท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ ได้แก่ ไร่ลิตทิพย์ ตำบลมิตรภาพ และสะพานไม้แกด้า ตำบลแกด้า สถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมประเพณี ได้แก่ วัดบ้านหนองหูลิง ตำบลมิตรภาพ ดอนหลวงปู่จ้อย ตำบลแกด้า

และปรากฏการณ์พระ ตาบลัวแสง และร่วมมือกับทางอำเภอแกด้าในการประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทาง “Page คักแท้ แกด้า” อีกช่องทางหนึ่ง รวมทั้ง การสำรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหมอพื้นบ้านในเขตอำเภอแกด้า โดยพบว่า มีหมอพื้นบ้านที่ได้รับการสำรวจและขึ้นทะเบียน ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๓ ราย

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และคณะกรรมการเมืองสมุนไพร อำเภอแกด้า

๑.๒.๒ ให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ในโรงพยาบาลแกด้า และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตอำเภอแกด้า

๑.๒.๓ มีการสำรวจพื้นที่ปลูกสมุนไพรและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเขตอำเภอแกด้า

๑.๒.๔ มีการสำรวจและส่งเสริมการขึ้นทะเบียนสถานบริการเพื่อสุขภาพในเขตอำเภอแกด้า

๑.๒.๕ มีการสำรวจและจัดทำเส้นทางการท่องเที่ยวในเขตอำเภอแกด้า

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ในเขตอำเภอแกด้า พบว่า จำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด โดยในปี ๒๕๖๔ มีสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวน ๑ ร้าน คือ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ปี ๒๕๖๕ ไม่มีสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และปี ๒๕๖๖ มีสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการขึ้นทะเบียน จำนวน ๑ ร้าน คือ ร้านนวดเพื่อสุขภาพ ศูนย์เวลเนส (Wellness Center) แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา) พบว่า ในปี ๒๕๖๔ มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับ จำนวน ๓ แห่ง คือ สะพานไม้แกด้า วัดบ้านหนองหูลิง และภูโนนพระ ปี ๒๕๖๕ มีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ แห่ง คือ ไร่เลิศทิพย์ และในปี ๒๕๖๖ มีการยกระดับแหล่งท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ แห่ง คือ ดอนหลวงปุจ้อย ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต (ร้อยละ ๕๐) พบว่า ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต คือ ข้าวฮาง จากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนทุ่งนาทอง ตำบลแกด้า อำเภอแกด้า และในปี ๒๕๖๖ มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาตเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ ชนิด คือ ลูกประคบสมุนไพร จากกลุ่มวิสาหกิจชุมชนสมุนไพรพื้นบ้านคอนสาร ตำบลวังแสง อำเภอแกด้า ดังตารางที่ ๒๒

ตารางที่ ๒๒ ผลการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑.	อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐)	๑	-	๐	๐	๑	๑๐๐
๒.	ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) แห่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา)	๓	-	๔	๓๓.๓	๕	๒๕.๐
๓.	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต (ร้อยละ ๕๐)	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	๒	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๒๓ ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และ คณะกรรมการเมืองสมุนไพร เพื่อขับเคลื่อนนโยบายฯ</li> <li>- มีการสำรวจและส่งเสริมให้กิจการร้านนวดในพื้นที่ ได้รับการขึ้นทะเบียนสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพที่ได้มาตรฐาน</li> <li>- มีการสำรวจสถานที่ท่องเที่ยว ร้านอาหาร และสถานที่พักในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชุมวางแผนการดำเนินงาน แพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</li> <li>- ทบทวนปัญหาการดำเนินงาน ที่ผ่านมา และหาทางแก้ไข และวางแผนการดำเนินงานต่อไป</li> <li>- ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนนโยบาย และติดตามผลการดำเนินงาน</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอ เพียงพอ ประกอบด้วย</li> <li>- หัวหน้างานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน ๑ คน</li> <li>- แพทย์แผนไทย จำนวน ๑ คน</li> <li>- นักวิชาการสาธารณสุข จาก สสอ.แกด้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรผู้รับผิดชอบ</li> <li>- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในระดับ รพ.สต.</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการนำเสนอข้อมูลเรื่องสุขภาพดี มาสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยส่งเสริมสมุนไพร และภูมิปัญญาไทย ขยายโอกาสสู่การเป็นศูนย์กลาง การบริการสุขภาพ (Health Hub) และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสู่ประชาคมโลก เพื่อสร้างเศรษฐกิจและเพิ่มรายได้ให้กับประชาชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับนโยบาย Health for Wealth ผ่านทางการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทย และ คณะกรรมการเมืองสมุนไพร อำเภอแกด้า เพื่อการวางแผนสนับสนุนการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย</li> </ul>



ตารางที่ ๒๓ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- การประชาสัมพันธ์สถานที่ ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรมบางแห่ง ยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลาย ทำให้ ไม่มีข้อมูลอยู่ในระบบฐานข้อมูล การท่องเที่ยว	- ใช้ social media เข้ามาช่วยใน การประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยว ในอำเภอแกดำ เช่น Page ของ หน่วยงานราชการ และ ส่วนบุคคล ต่างๆ
๕	การเงิน (Financing)	- มีการบูรณาการกิจกรรมการ ดำเนินงาน ร่วมกับงานประจำ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือใช้ งบประมาณในการพัฒนาจากการ บริจาค จิตอาสา และชมรม - ใช้งบประมาณในการดำเนินการ พัฒนาของเอกชนผู้เป็นเจ้าของ สถานประกอบการฯ	- บูรณาการแผนการพัฒนาใน ภาพรวมร่วมกับอำเภอแกดำ - จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงาน แพทย์แผนไทยแก่บุคลากรที่ เกี่ยวข้อง
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงานแพทย์แผนไทยและ คณะกรรมการเมืองสมุนไพร - มีการนำนโยบาย Health for Wealth ไปสู่การปฏิบัติในระดับ พื้นที่	- มีการติดตามควบคุมกำกับการ ปฏิบัติงาน ทุก ๖ เดือน - ประชุมทบทวนและปรับปรุง แก้ไขขั้นตอนการดำเนินงาน ที่ยัง ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการติดต่อประสานงานกับ หน่วยงานอื่นๆ เพื่อเก็บรวบรวม ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ท่องเที่ยว ที่พัก และผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ในพื้นที่ ทุกปี	- มีการประชุมวางแผนการ ดำเนินงานแพทย์แผนไทย ในพื้นที่ อำเภอแกดำ ร่วมกับ รพ.สต. ทุกปี

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๒๔ เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕
๒. ร้อยละของศูนย์เวลเนส (Wellness Center) แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและสมุนไพร ให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น (ร้อยละ ๒๐ จากปีที่ผ่านมา)	๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑ แห่ง	๑ แห่ง
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับอนุญาต (ร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐

ตารางที่ ๒๕ เส้นทางท่องเที่ยว อำเภอกำแพงแสน จังหวัดมหาสารคาม

เส้นทางท่องเที่ยวอำเภอกำแพงแสน	
<b>สถานที่ท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ</b> ๑. สะพานไม้แกดำ ตำบลแกดำ ๒. ไร่เลิศทิพย์ ตำบลมิตรภาพ	<b>สถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม</b> ๑. วัดหนองหูลิง ตำบลมิตรภาพ ๒. ดอนหลวงปู่จ้อย ตำบลแกดำ ๓. กุโนนพระ ตำบลวังแสง
<b>ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอำเภอกำแพงแสน</b> ๑. ข้าวฮางทุ่งนาทอง ตำบลแกดำ ๒. ลูกประคบสมุนไพร ตำบลวังแสง	<b>ที่พักอำเภอกำแพงแสน</b> ๑. จินนภาการ์เด้นรีสอร์ท ตำบลแกดำ ๒. บ้านสวนดำรงทรัพย์ ตำบลแกดำ ๓. โฮมสเตย์บ้านหัวขัว ตำบลแกดำ
<b>ร้านอาหาร อำเภอกำแพงแสน</b> ๑. แกดำคอฟฟี่ & กิงกัม Delivery ตำบลแกดำ ๒. ร้านอาหารตามสั่งไขวาน ตำบลแกดำ ๓. ร้านก๋วยเตี๋ยวแกดำการค้า ตำบลแกดำ ๔. ร้านโรงพักพระนคร ตำบลแกดำ	<b>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</b> ๑. บ้านแพทย์แผนไทย นวดเพื่อสุขภาพ ตำบลหนองกุง



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาคุณภาพการบริการคลินิกแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลแกดำ และ รพ.สต.เพื่อสร้างความประทับใจและความพึงพอใจแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ

๓.๑.๒ ประชาสัมพันธ์การให้บริการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์ที่มีอยู่ในพื้นที่อำเภอแกดำ แก่ประชาชนทั่วไป ผ่านทางผู้นำชุมชน อสม. และช่องทางสื่อ social ทุกรูปแบบ

๓.๑.๓ ให้การส่งเสริมและสนับสนุนการปลูกสมุนไพร เพื่อนำมาใช้เป็นส่วนประกอบในการทำผลิตภัณฑ์สุขภาพจำหน่ายในพื้นที่แหล่งท่องเที่ยว

๓.๑.๔ การสุ่มเยี่ยมสำรวจเพื่อให้คำแนะนำแก่เจ้าของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในการรักษามาตรฐานตามเกณฑ์ให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง

๓.๑.๕ การสำรวจเส้นทางการท่องเที่ยวเพิ่มเติม และการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในวงกว้าง

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





ภาพประกอบที่ ๑๖ เส้นทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ อำเภอแกด้า



เพลงประชาสัมพันธ์  
แหล่งท่องเที่ยว  
และวัฒนธรรม  
ประเพณี  
อำเภอแกด้า



สะพานไม้แกดำ ต.แกดำ  
อ.แกดำ จ.มหาสารคาม



ไร่เลิศทิพย์ ต.มิตรภาพ  
อ.แกดำ จ.มหาสารคาม



ภาพประกอบที่ ๑๗ สถานที่ท่องเที่ยวเชิงธรรมชาติ

วัดหนองหูลิง ต.มิตรภาพ อ.แกด้า  
จ.มหาสารคาม



ดอนหลวงปู่จ้อย ต.แกด้า อ.แกด้า  
จ.มหาสารคาม



กูโนนพระ ต.วังแสง อ.แกด้า  
จ.มหาสารคาม



### ภาพประกอบที่ ๑๘ สถานที่ท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม





๑. ข้าวฮางทุ่งนาทอง วิสาหกิจชุมชน  
บ้านทุ่งนาทอง ต.แกดำ อ.แกดำ  
จ.มหาสารคาม



๒. ลูกประคบสมุนไพร วิสาหกิจ  
ชุมชนสมุนไพรคอนสาร ต.วังแสง  
อ.แกดำ จ.มหาสารคาม



ภาพประกอบที่ ๑๙ ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพอำเภอแกดำ



## ประเด็นที่ ๒ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต  
ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๘๕)
- ตัวชี้วัดที่ ๒ จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒  
(๓,๕๐๐ ทีม)
- ตัวชี้วัดที่ ๓ จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน (๓๕ ล้านคน)

## Agenda Based

ประเด็นที่ ๑ : Health For Wealth

หัวข้อที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๒.๑ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๘๕)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นายบุญกว้าง ประดับคำ ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอแกดคำ  
เบอร์โทร. ๐๘๐ ๔๑๗ ๒๔๖๒ E-mail : ssokaedam๔๔๑๙๐@gmail.com  
๒. นางสาวสุชิตา ปักสังคน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๙ ๕๗๔ ๔๔๒๙ E-mail : suchita-narak@hitmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

แผนพัฒนาจังหวัดมหาสารคาม ประเด็นการพัฒนาที่ ๔ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนสู่สังคมมีสุขภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ดี ได้กำหนดนิยามศัพท์ของคุณภาพชีวิตไว้ มีองค์ประกอบ ๗ ด้าน คือ ๑) ด้านสุขภาพอนามัยและโภชนาการ ๒) ด้านการศึกษา ๓) ด้านชีวิตการทำงาน ๔) ด้านชีวิตครอบครัว ๕) ด้านการเติบโตทางเศรษฐกิจ ความยากจน การกระจายรายได้ และสวัสดิการ ๖) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ ๗) ด้านประชารัฐ

ปี ๒๕๖๖ จังหวัดมหาสารคาม ได้มีคำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ ๔๐๑/๒๕๖๖ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พขจ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยมีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมองค์ประกอบ ทั้ง ๗ ภายใต้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีคณะกรรมการ พขจ. และ คณะกรรมการ พขอ. เป็นกลไกในการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอและระดับตำบล-หมู่บ้าน อำเภอแกดคำ จึงได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ต่อเนื่องจากปี ๒๕๖๕ ดังนี้

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ วันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม ได้ประกาศมอบของขวัญปีใหม่ ปี ๒๕๖๖ ให้กับประชาชนชาวจังหวัดมหาสารคาม โดยกำหนดเป็นวาระจังหวัด ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นไป จำนวน ๖ เรื่อง คือ ๑) การจัดการขยะเปียก ๒) การปลูกต้นไม้เพื่อเป็นต้นไม้แห่งแผ่นดิน ๓) การดำเนินกิจกรรมต่อยอดของการพัฒนาคุณภาพเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ ด้วยกลวิธี พ่อพระ/แม่ฮัก เด็กตักสิลา ๔) การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชนโดยการใช้ไม้เท้าพุงกาย ๕) การจัดการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม และ ๖) การสวมหมวกกันน็อก ร้อยเปอร์เซ็นต์

๑.๒.๒ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และหน่วยงานในสังกัดทุกอำเภอ ได้นำประเด็นของขวัญปีใหม่ ปี ๒๕๖๖ ของจังหวัดมหาสารคาม



มาบูรณาการเข้าเป็นประเด็นการขับเคลื่อนงาน พชอ. ของทุกอำเภอในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ประเด็น ได้แก่ ๑) การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ ด้วยกลวิธีพ่อพระ/แม่ฮักเด็กตักสิลา ๒) คนมหาสารคามทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิตดี ผู้สูงอายุมีและใช้ไม้เท้าพยุงกายและการจัดการโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม ๓) การจัดการขยะเปียก การปลูกต้นไม้เพื่อเป็นต้นไม้แห่งแผ่นดิน และการดำเนินงานนโยบาย หมวกกันน็อกร้อยเปอร์เซ็นต์

๑.๒.๓ วันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ครั้งที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๖ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม เป็นประธาน พร้อมด้วย รองผู้ว่าราชการจังหวัดฯ ทั้ง ๓ ท่าน ปลัดจังหวัดฯ และคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พชจ.) เพื่อลงมติรับรองและประกาศนโยบาย แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ที่เป็นประเด็นหลัก ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ให้สอดคล้องและตอบสนองต่อแผนพัฒนา จังหวัดมหาสารคาม โดยกำหนดเป็นเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑.๒.๔ การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อทบทวน ประเด็นปัญหาในการขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอ และทบทวนคำสั่ง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอแกลง ปี ๒๕๖๖ และจัดทำแผนพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างน้อยจำนวน ๒ ประเด็น เพื่อบูรณาการและสนับสนุนการทำงาน ร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.แกลง โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ คณะกรรมการ พชอ. แกลง / พชต. และ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุม สรุปได้ประเด็น ในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓ ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กแกลงอัจฉริยะ

ประเด็นที่ ๒ คนแกลงทุกช่วงวัยมีคุณภาพชีวิตดี

ประเด็นที่ ๓ แกลงเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียว และ เมือง แห่งพลังความดี)

๑.๒.๕ การติดตามเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และระดับหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อให้กำลังใจแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในระดับตำบล หมู่บ้าน และชุมชน และประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ตำบล ครบทั้ง ๕ ตำบล

### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน ๓ ประเด็น ในรอบ ๙ เดือนที่ผ่านมา ในพื้นที่ทั้ง ๕ ตำบลของอำเภอแกลง สามารถสรุปผลการประเมินตนเอง ในภาพรวม ภายใต้องค์ประกอบตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต UC-CARE ได้ ดังตารางที่ ๒๖

ตารางที่ ๒๖ ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แกด้า) ตามกรอบ UC-CARE

		ระดับคะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
UCCARE		มีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	ขยายการ ดำเนินการ	ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	เรียนรู้	บูรณาการ
๑. Unity Team						✓
๒. Customer Focus						✓
๓. Community Participation						✓
๔. Resources Sharing and Human Development						✓
๕. Essential Care						✓
UCCARE	คะแนน ที่ได้	การดำเนินงาน				
Unity Team การทำงาน เป็นทีม	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คำสั่งที่ ๔๙/๒๕๖๕ อำเภอแกด้า ลงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ และมีการประชุม ทุก ๒ เดือน</li> <li>- คณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.) ประกอบด้วย นายอำเภอแกด้า หัวหน้าส่วนราชการอำเภอ ผู้บริหารสถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ กำนันทุกตำบล</li> <li>- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.แกด้า)</li> <li>- คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. ทุกแห่ง</li> <li>- คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่หรือตำบล ทุก อปท.</li> </ul>				

ตารางที่ ๒๖ (ต่อ)

UCCARE	คะแนน ที่ได้	การดำเนินงาน
Customer Focus การให้ความสำคัญ กลุ่มเป้าหมาย และประชาชน	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบูรณาการข้อมูลระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคท้องถิ่น และ ภาคประชาชน ในการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนร่วมกัน เพื่อตัดสินใจกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนร่วมกัน</li> <li>- การประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ เพื่อนำไปสู่การจัดทำแผนงาน และกำหนดกิจกรรมในการดำเนินงาน รวมทั้ง การกำหนดเป้าประสงค์และตัวชี้วัดที่ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชนในพื้นที่เป็นหลัก</li> <li>- การบูรณาการการแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนา ร่วมกับกิจกรรมปกติของหน่วยงานภาครัฐและภาคท้องถิ่น ที่ครอบคลุมทุกประเด็น ปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น</li> </ul>
Community Participation การมีส่วนร่วม ของชุมชนและ ภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งแบบที่เป็นทางการและแบบที่ไม่เป็นทางการ ได้อย่างอิสระตามความสนใจ เช่น การเข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น การร่วมให้ข้อมูล การร่วมวางแผนหรือการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา การร่วมดำเนินการ รวมทั้ง การร่วมติดตามประเมินผล เพื่อรับทราบถึงผลการดำเนินงานในชุมชน</li> <li>- มีการสำรวจข้อมูลร่วมกัน เพื่อค้นหาปัญหาของชุมชนและเป็นการประเมินสถานการณ์ของชุมชนตนเอง ว่าอยู่ระดับใด มีปัญหามากน้อยเพียงใด จะแก้ไขหรือพัฒนาอย่างไร จึงจะทำให้ปัญหานั้นลดลงหรือหมดไปจากชุมชน ผ่านเวทีการประชุมระดับตำบลและหมู่บ้าน/ชุมชน</li> <li>- มีเวทีสรุปทบทวนการระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อเป็นการถอดบทเรียนที่ได้จากการทำงานร่วมกัน ทำให้เกิดความผูกพันและความรับผิดชอบในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นบ้านเกิดของตนเอง</li> </ul>

ตารางที่ ๒๖ (ต่อ)

UCCARE	คะแนน ที่ได้	การดำเนินงาน
Appreciation การชื่นชม และให้คุณค่า	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้กับบุคลากร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงานและเป้าหมายที่ต้องขับเคลื่อนไปให้สำเร็จลุล่วงด้วยกัน</li> <li>- มีการแบ่งหน้าที่การทำงานอย่างเป็นระบบที่เชื่อมโยง และบูรณาการกิจกรรมร่วมกันในพื้นที่เป้าหมาย ทำให้เกิดความรับผิดชอบที่ต้องเอาใจใส่เพื่อให้งานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้</li> <li>- มีการทบทวนและเรียนรู้กระบวนการดำเนินงานไปพร้อมกัน ทำให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองและเพื่อนร่วมงาน ที่ได้ร่วมการทำงานที่ผ่านมา</li> <li>- มีการชื่นชมยินดีในความสำเร็จของการดำเนินงาน ที่เกิดจากความพยายามและความร่วมมือของทุกภาคส่วน ทั้งแบบเป็นทางการและแบบส่วนตัวจากผู้บังคับบัญชาหรือผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนประชาชนในชุมชน ก่อให้เกิดกำลังใจและความภาคภูมิใจในบทบาทหรือความรับผิดชอบของตนเอง</li> </ul>
Resource sharing and human development การแบ่งปัน ทรัพยากร และการพัฒนา บุคลากร	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณาการวางแผนงานและงบประมาณร่วมกัน ทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน เช่น การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่/ท้องถิ่น การบริจาคจากชุมชนในการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุข การสนับสนุนงบประมาณจากภาคเอกชนในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานในชุมชนร่วมกัน เช่น การอบรมให้ความรู้แก่เกษตรกร การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยง การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การป้องกันโรค COVID-๑๙ การดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น</li> <li>- มีการบูรณาการบุคลากรในการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น เพื่อร่วมกันดำเนินงานในชุมชน เช่น การพัฒนาบุคลากรครูศูนย์เด็กให้มีความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังโรคหรือภัยสุขภาพ ที่เป็นปัญหาของชุมชนร่วมกัน</li> <li>- มีการบูรณาการวัสดุ อุปกรณ์ ในการทำงานร่วมกันและการใช้บุคลากรจากหน่วยงานหนึ่งไปอีกช่วยเหลืออีกหน่วยงานหนึ่งภายในพื้นที่อำเภอ เพื่อให้บริการแก่ประชาชนตามความเหมาะสม เช่น เครื่องมือแพทย์ในการป้องกัน COVID-๑๙</li> </ul>

ตารางที่ ๒๖ (ต่อ)

UCCARE	คะแนน ที่ได้	การดำเนินงาน
Essential care การดูแลผู้ป่วย และประชาชน	๕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยอย่างทั่วถึง รวมทั้ง การบริการเชิงรุกในชุมชนและการให้บริการแบบตั้งรับในสถานบริการ เพื่อให้ครอบคลุมในการบริการทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย</li> <li>- มีการสำรวจข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน และมีการระดมสมองเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ และ แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างลงตัวและมีประสิทธิภาพ</li> <li>- มีเวทีสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อเป็นการทบทวนและถอดบทเรียนจากการ ดำเนินงานในการให้บริการแก่ประชาชนที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นการคืนข้อมูล แก่ชุมชนเพื่อการตัดสินใจดำเนินการด้วยชุมชนตนเอง</li> <li>- มีการบูรณาการการทำงานในพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีความสอดคล้องกับ บริบทของชุมชน เช่น การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง การดูแลประชาชน ผู้ด้อยโอกาส การดูแลผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน การแก้ไขปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร เป็นต้น</li> </ul>

ตารางที่ ๒๗ รายงานผลการพัฒนา พชอ. ที่มีคุณภาพ ในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชน

ลำดับ	การดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบาง ปี ๒๕๖๖			
	ประเภท	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
๑	เด็กอายุ ๐ - ๑๔ ปี	๑	๑	๑๐๐
๒	ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง)	๒๖	๒๖	๑๐๐
๓	ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	๑๐	๑๐	๑๐๐
๔	ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	๐	๐	๑๐๐
๕	ผู้พิการบางประเภท	๒	๒	๑๐๐

ตารางที่ ๒๗ (ต่อ)

ลำดับ	การดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มเปราะบาง ปี ๒๕๖๖			
	ประเภท	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	ร้อยละ
๖	ผู้ป่วยบางประเภท	๒	๒	๑๐๐
๗	ผู้ที่ถูกสังคมนิตรารังเกียจ	๐	๐	๑๐๐
๘	แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย	๐	๐	๑๐๐
๙	ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย	๓๒	๓๒	๑๐๐
๑๐	อื่นๆ ระบุ (ผู้ยากไร้ที่อยู่อาศัย)	๔	๔	๑๐๐
		๓๘	๓๘	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๒๘ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.แกด้า)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑. มีการประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อกำหนดแนวทางในการขับเคลื่อนงานตามประเด็น ในพื้นที่ร่วมกัน ๒. มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในระดับ จังหวัด ระดับอำเภอ และ ระดับตำบล/หมู่บ้าน	๑. การประชุมวางแผนดำเนินงาน ๒. การจัดทำแผนการดำเนินงาน พขอ./พชต. ๓. การเยี่ยมเสริมพลังคณะกรรมการ พชจ. พขอ. พชต. ๔. การประเมินผลการดำเนินงาน ๕. การรายงานผลการดำเนินงาน

ตารางที่ ๒๘ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีภาคีเครือข่ายการประสานงานในระดับตำบล/ ระดับอำเภอ ร่วมเป็นคณะทำงาน</li> <li>- คณะทำงานมีความเข้าใจและรับรู้ประเด็นการขับเคลื่อนงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอทุกประเด็น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ คณะกรรมการ พชอ./พชต. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบรายงานความก้าวหน้าของผลการดำเนินงาน แก่ คณะกรรมการ พชอ./พชต. ในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ทุกเดือน</li> <li>- มีระบบการบันทึกข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงาน ที่สามารถเผยแพร่ผ่านสื่อออนไลน์ได้</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบันทึกข้อมูลผลงานที่เป็นปัจจุบัน</li> <li>- การสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาที่พบ และนำเข้าเป็นวาระในที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ./พชต. ทุกครั้ง</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวัสดุ/อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ใช้ในการดำเนินงาน และบันทึก จัดเก็บ ข้อมูลผลการดำเนินงาน ด้วยสื่อมัลติมีเดีย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำสรุปผลการดำเนินงานด้วยสื่อมัลติมีเดีย เพื่อการนำเสนอในการประชุมกรรมการจังหวัด หรือระดับอำเภอ/ตำบล</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสนับสนุนงบประมาณ และบูรณาการงบประมาณ ในการดำเนินงาน จาก CUP และ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแกลดำ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น และแหล่งงบประมาณอื่นๆ</li> </ul>

ตารางที่ ๒๘ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารให้ความสำคัญและติดตามผลการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่อำเภอ / ตำบล อย่างใกล้ชิด	- มีการประชุมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน แบบบูรณาการ ร่วมกับการประชุม กบอ. และการประชุมหัวหน้าส่วนราชการในโอกาสต่างๆ
๗	ชุมชน ภาศิเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีภาคีเครือข่าย ทั้ง ผู้นำชุมชน อสม. ในการประสานงานและขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ทุกตำบล - มีการประสานข้อมูลต่างๆ ในการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับ รพ.สต.อปท. และ ผู้นำชุมชน - มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลคุณภาพชีวิตชาวแกดำ	- มีการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต.อปท. เพื่อร่วมเป็นเครือข่ายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๒๙ เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.แกดำ) ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในภาพรวมทุกประเด็นตามที่กำหนด ของพชอ. แต่ละอำเภอ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๘



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง พชต. เพื่อเร่งรัดการขับเคลื่อนงานในชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของแต่ละประเด็นและตัวชี้วัดตามที่กำหนดทุกประเด็น

๓.๑.๒ ติดตามประเมินผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และรายงานผลการดำเนินงานตามระบบ

๓.๑.๓ ประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.แก้คำ) ไปสู่ชุมชนเพื่อการรับรู้และให้ความร่วมมือ ในโอกาสต่างๆ เช่น งานบุญ งานประเพณี หรืองานเทศกาลประจำปี เป็นต้น

๓.๑.๔ จัดหาทุนเพื่อสนับสนุนกองทุนปันสุข เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนให้ดีขึ้น

๓.๑.๕ บูรณาการการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ระดับตำบล/หมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างระบบการทำงานให้มั่นคงและเชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## Agenda Based

- ประเด็นที่ ๒** : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
**หัวข้อที่ ๑** : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ  
**ตัวชี้วัดที่ ๒** : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๓,๕๐๐ ทีม)
- ผู้รับผิดชอบ**
- |                          |          |                             |
|--------------------------|----------|-----------------------------|
| ๑. นางวิภาวดี หอมทอง     | ตำแหน่ง  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ       |
| เบอร์โทร. ๐๘๓ ๓๔๑ ๒๔๘๔   | E-mail : | wiwadee๑๕๑๕@gmail.com       |
| ๒. นางสาวสุชิตา ปักสังคน | ตำแหน่ง  | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| เบอร์โทร. ๐๘๙ ๕๗๔ ๔๔๒๙   | E-mail : | suchita-narak@hitmailcom    |

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) มีพื้นที่รับผิดชอบในการบริการด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๓๕,๔๘๒ คน โดยเป็นพื้นที่ในเขตการปกครองของอำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๕ ตำบล ๘๘ หมู่บ้าน ประชากรรวมจำนวน ๓๑,๐๘๘ คน และรวมพื้นที่ ตำบลหนองแสน อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม อีกจำนวน ๑ ตำบล ๑๐ หมู่บ้าน ประชากรรวม ๔,๓๙๔ คน มีสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วยโรงพยาบาลแกด้า ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย จำนวน ๘ แห่ง (ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง ๘ แห่ง)

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การบริหารจัดการและการบริการของ CUP แกด้า ได้ขึ้นทะเบียนและจัดตั้งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ครบทุกแห่ง โดยมีแม่ข่ายจำนวน ๓ แห่ง และลูกข่ายจำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ ๑) รพ.สต.บ้านโคกไร่ ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๒ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต.บ้านโนนภิบาล และ รพ.สต.บ้านหนองแสน ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.แกด้า ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๓ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต.บ้านตาหลุง และ รพ.สต.บ้านเหล่าจันทนา ๓) รพ.สต.บ้านวังแสง ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๔ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต.บ้านหนองบัว และ รพ.สต.บ้านป่าข้าง ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบ ได้รับการดูแลด้านสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับหมออนามัยและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาและแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้กลไกตำบลจัดการสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ภายใต้กลไกการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนในพื้นที่ด้วย ๓ หมอ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ประชาชนสุขภาพดี



๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓ ทีม

๑.๒.๒ พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเพิ่มเติม

๑.๒.๓ ประเมินศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ตามคู่มือคุณภาพ และ เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับจังหวัด

๑.๒.๔ ดำเนินการพัฒนาส่วนขาดจากผลการประเมิน ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

๑.๒.๕ ส่งเสริมชุมชนให้มีการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และขยายผล ไปยังหมู่บ้านอื่นๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้าน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอแกดำที่ผ่านมา พบว่า อำเภอแกดำ ได้ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓ แห่ง ทำให้ประชาชนได้รับการดูแล ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ทำหน้าที่เป็นหมอคนที่ ๓ ที่ให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ แบบผสมผสานและองค์รวมโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิให้เกิดผลลัพธ์สูงสุด ดังตารางที่ ๓๐

ตารางที่ ๓๐ ผลการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด	๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๕	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑	๓๓.๓	๒	๖๖.๗	๓	๑๐๐

จากการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ ของหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอแกดดำ ทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่สำคัญของการดำเนินงาน ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ในเชิงคุณภาพ ดังตารางที่ ๓๑

ตารางที่ ๓๑ ผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๖

ที่	รายการ	เป้าหมายทั้งหมด	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
๑	สัดส่วนการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (OP VISIT)	๓๖,๒๐๕ HDC=๒๑,๐๙๑	๑๕,๕๐๐ ๑๕,๕๐๐	๑๔.๔๓ ๗๓.๔๙
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้	๒,๓๘๔	๖๙๖	๒๙.๑๙
๓	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	๓,๗๓๙	๒,๓๐๖	๖๑.๖๗
๔	ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	๒,๓๘๔	๒๑	๐.๘๘
๕	การติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ	๑๙๔	๑๙๔	๑๐๐

## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๓๒ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแกดดำ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ - มีการจัดรูปแบบบริการองค์รวม โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง แต่ในปัจจุบัน เครือข่ายบริการมีการถ่ายโอนภารกิจ ไปสังกัด อบจ.มหาสารคาม ทั้งหมด ทำให้เกิดผลกระทบต่อบริการ	- จัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับเครือข่ายบริการสุขภาพที่ถ่ายโอน - จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย - ประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการ เพื่อให้การบริการด้านสุขภาพแก่ชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่องมีคุณภาพได้มาตรฐาน

ตารางที่ ๓๒ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<p><u>๑.ระดับPCU/NPCU</u> ประกอบด้วย ประชากร ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน หรือ มีแพทย์ FM /MD หรือหมอคนที่ ๓ เป็นหัวหน้าทีม หมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๑ ร่วมให้บริการ ดูแลสุขภาพ และให้คำปรึกษาตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๓ ทีม (ตามจำนวนแพทย์)</p> <p><u>๒.ระดับตำบล /รพ.สต.</u> มี เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำหน้าที่เป็น หมอคนที่ ๒ และ และมีประธาน อสม. ทุกหมู่บ้านร่วม เป็นทีมงาน ในระดับตำบล จำนวน ๙ ทีม</p> <p><u>๓.ระดับชุมชน /หมู่บ้าน</u> มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นหัวหน้า ทีมรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ ของประชากรร่วมกับ อสม. ทำหน้าที่ เป็นหมอคนที่ ๑ ได้อย่างเพียงพอ และเหมาะสม</p>	<p>- การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น หมอคนที่ ๑ โดยการอบรม อสม. และการแนะนำการใช้แอปพลิเคชัน เกี่ยวกับการบริการด้านสาธารณสุข</p> <p>-พัฒนาศักยภาพแพทย์ โดยการ อบรมหลักสูตร แพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวครบทุกคน</p>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<p>- มี การใช้ ระบบ ข้อมูล และ ฐานข้อมูลร่วมกัน ทำให้สามารถ ติดตามผลการบริการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ</p> <p>- มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการ ส่งต่อข้อมูลข่าวสาร ทำให้มีความ สะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ถูกต้อง</p>	<p>- การตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลก่อนส่งต่อ</p> <p>- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลคอย ตรวจสอบความถูกต้องและปรับปรุง ข้อมูลให้เป็นไปตามสถานการณ์ ปัจจุบัน</p>

ตารางที่ ๓๒ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- การใช้ Smart Phone ของ อสม. บางรุ่นไม่ทันสมัยล่าช้า - เครื่องมือการบริการด้าน สุขภาพเช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก ได้รับการ สนับสนุนจากอปท. อย่าง เพียงพอ และมีการนำมาเทียบ สอบที่ รพ.แกดดำ ตามเกณฑ์ที่ กำหนด	- ให้ อสม. จับคู่บัดดี้ ในการทำงาน และแก้ไขปัญหาในการใช้เทคโนโลยีที่ ทันสมัย - การเทียบสอบเครื่องมือตามเวลาที่ กำหนดเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน อยู่เสมอ
๕	การเงิน (Financing)	- งบประมาณในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ได้รับการสนับสนุน จากโรงพยาบาลแม่ข่าย และ จาก อปท. - มีการจัดทำแผนงาน/ โครงการขอรับการสนับสนุน ทรัพยากร หรือ วัสดุ อุปกรณ์ ที่ มีคุณภาพมาใช้ในการให้บริการ	- จัดทำแผนขอรับสนับสนุนงบกองทุน หลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทุกปี - หน่วยบริการแม่ข่าย สนับสนุนส่วน ขาดตามความเหมาะสมและเพียงพอ ต่อการจัดบริการ
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน เอื้ออำนวยความสะดวกในการ จัดทำโครงการตามนโยบาย - มีการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล และการสรุปผลการ ดำเนินการทุกครั้ง	- มีขั้นตอนในการควบคุมกำกับ และ ตรวจสอบความถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ - ผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำ ในการดำเนินงานด้วยตนเอง

ตารางที่ ๓๒ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการทำงานร่วมกับชุมชน อย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดตั้งสถานีสุภาพใน ชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพ อสม. ตลอดจนประชาชนสามารถ เข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองได้ง่ายและรวดเร็ว	- การจัดทำแผนในการจัดตั้งสถานีสุภาพในชุมชน เพื่อให้บริการแก่ ประชาชน - กำหนดหมู่บ้านต้นแบบในการ จัดตั้งสถานีสุภาพ คือ บ้านหัวขัว หมู่ ๔ ตำบลแกดำ

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๓๓ เป้าหมายผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	สัดส่วนการเข้าถึงบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (OP VISIT)	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๑๐๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้	๔๐	๔๒	๔๔	๔๖	๔๘
๓	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
๔	ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	≤ ๕	≤ ๔	≤ ๓	≤ ๒	≤ ๑
๕	การติดตามเยี่ยมบ้าน และดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เร่งรัดจัดตั้งสถานีสุขภาพ (Health station) ในชุมชนให้ครบทุกตำบล เพื่อให้การเข้าถึงบริการของประชาชนได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และเป็นการลดความแออัดของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

๓.๑.๒ พัฒนาระบบเทคโนโลยีในการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล ระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความทันสมัยและสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้าด้วยกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๑.๓ เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของทุกหน่วยบริการ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## Agenda Based

ประเด็นที่ ๒ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หัวข้อที่ ๑ : ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๓ : จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว ๓ คน

ผู้รับผิดชอบ	๑. นางวิภาวดี หอมทอง	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๘๓ ๓๔๑ ๒๔๘๔	E-mail :	wiwadee๑๕๑๕@gmail.com
	๒. นางสาวสุชิตา ปักสังคน	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๘๙ ๕๗๔ ๔๔๒๙	E-mail :	suchita-narak@hotmail.com
	๓. นางกัลยา สีหาทัพ	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๘๓๕๖๒๒๓๘๔	E-mail :	kullayatiw@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกดดำ (CUP แกดดำ) มีพื้นที่รับผิดชอบในการบริการด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๓๕,๔๘๒ คน โดยเป็นพื้นที่ในเขตการปกครองของอำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม จำนวน ๕ ตำบล ๘๘ หมู่บ้าน ประชากรรวมจำนวน ๓๑,๐๘๘ คน และรวมพื้นที่ตำบลหนองแสน อำเภอบ้านดุง จังหวัดมหาสารคาม อีกจำนวน ๑ ตำบล ๑๐ หมู่บ้าน ประชากรรวม ๔,๓๙๔ คน มีสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วยโรงพยาบาลแกดดำ ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย จำนวน ๘ แห่ง (ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง ๘ แห่ง)

หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การบริหารจัดการและการบริการของ CUP แกดดำ ได้ขึ้นทะเบียนและจัดตั้งเป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ครบทุกแห่ง โดยมีแม่ข่ายจำนวน ๓ แห่ง และลูกข่ายจำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ ๑) รพ.สต.บ้านโคกไร่ ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๒ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต.บ้านโนนภิบาล และ รพ.สต.บ้านหนองแสน ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.แกดดำ ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๓ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต.บ้านตาหลุง และ รพ.สต.บ้านเหล่าจันทนา ๓) รพ.สต.บ้านวังแสง ขึ้นทะเบียนจัดตั้งเป็นแม่ข่าย ปี ๒๕๖๔ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ รพ.สต. บ้านหนองบัว และ รพ.สต.บ้านป่าข้าง ประชาชนทุกคนในเขตรับผิดชอบมีหมอประจำตัว ๓ คน ให้การดูแลด้านสุขภาพตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยมี อสม. ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพประชาชนเป็นหมอมคนที่ ๑ จำนวน ๒๖๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๙ จากจำนวน อสม. ทั้งหมด ๗๑๕ คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำหน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหมอมคนที่ ๒ จำนวน ๓๘ คน และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ได้รับการอบรมหลักสูตรด้านเวชศาสตร์

ครอบครัว จำนวน ๔ คน รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนทุกคนในพื้นที่เขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิแม่ข่ายและเครือข่ายร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ โดยใช้กลไกตำบลจัดการสุขภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ประชาชนมีสุขภาพดี

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ครบจำนวน ๓ ทีมแล้ว (ร้อยละ ๑๐๐)

๑.๒.๒ พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว และทีมสหวิชาชีพเพิ่มเติม อสม. เพื่อเป็นทีมงานในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

๑.๒.๓ ประเมินศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายฯ ตามคู่มือคุณภาพและเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยคณะกรรมการตรวจประเมินหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ระดับจังหวัด

๑.๒.๔ พัฒนาคุณภาพระบบบริการในด้านต่าง ๆ ให้มีคุณภาพได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น ด้านระบบ IT. LAB. IC. Refer เครื่องมือการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยา เป็นต้น

๑.๒.๕ ส่งเสริมชุมชนให้มีการจัดตั้งหมู่บ้านต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ และขยายผลไปยังหมู่บ้านอื่นๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่ทุกหมู่บ้าน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอแกด้า จำนวน ๓ ทีม เพื่อให้การดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยใช้กลไก ๓ หมอ ที่ผ่านมา พบว่าสามารถให้การดูแลสุขภาพประชาชนที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ที่อยู่จริงในเขตรับผิดชอบ ได้ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๓๔

**ตารางที่ ๓๔** จำนวนประชาชนคนไทยที่ขึ้นทะเบียนตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ มีหมอบริการประจำตัว ๓ คน ปี ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	ทีมที่ ๑ (รพ.สต.โคกไร่)			ทีมที่ ๒ (รพ.สต.วังแสง)			ทีมที่ ๓ (รพ.แกด้า)		
	จำนวน	รับผิดชอบประชาชน	สัดส่วนต่อ ปชก.	จำนวน	รับผิดชอบประชาชน	สัดส่วนต่อ ปชก.	จำนวน	รับผิดชอบประชาชน	สัดส่วนต่อ ปชก.
หมอบริการที่ ๑	๘๗	๑๓,๑๑๙	๑๐๕	๘๑	๔,๒๙๒	๕๓	๘๗	๖,๓๕๔	๗๓
หมอบริการที่ ๒	๙		๑,๔๕๗	๗		๖๑๓	๑๓		๔๘๘
หมอบริการที่ ๓	๑		๒,๘๒๖	๑		๔,๒๙๒	๑		๖,๓๕๔

ตารางที่ ๓๕ ความครอบคลุมประชาชนคนไทยที่ได้รับการดูแลสุขภาพโดยหมอ ๓ คน

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
	ปชช. ทั้งหมด	ร้อยละ	ปชช. ทั้งหมด	ร้อยละ	ปชช. ทั้งหมด	ร้อยละ
ร้อยละของประชาชนคนไทย ที่ได้รับการดูแลสุขภาพ โดยหมอ ๓ คน	๒๐,๓๔๕	๑๐๐	๒๐,๗๕๔	๑๐๐	๒๑,๐๙๑	๑๐๐

ตารางที่ ๓๖ จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็นหมอประจำบ้าน

ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เป็นหมอประจำบ้าน ๘๘ หมู่บ้าน (อสม.ทั้งหมด ๗๑๕ คน)	๘๘	๑๒.๓	๑๗๖	๒๔.๖	๒๖๔	๓๖.๙
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล สุขภาพโดย อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพ ชีวิตดีขึ้น (หมู่บ้านละ ๗ คน = ๖๑๖ คน)	๕๗๘	๙๓.๘	๖๑๖	๑๐๐	๖๑๖	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๓๗ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ อำเภอแกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- มีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ แบ่งเป็น ๓ แห่ง แต่ปัจจุบัน เครือข่ายบริการ (รพ.สต.) มีการ ถ่ายโอนภารกิจไปยัง อบจ.ทั้งหมด	- จัดตั้งคณะกรรมการการดำเนินงาน ด้านสุขภาพร่วมกับเครือข่ายบริการ สุขภาพที่ถ่ายโอนฯ - ประชุมชี้แจงการดำเนินงานร่วมกับ เครือข่ายบริการ เพื่อให้การบริการ ด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน แก่ประชาชน

ตารางที่ ๓๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- ผลจากการถ่ายโอนภารกิจของ รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ทั้งหมด ทำให้ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ประจำที่ รพ.สต. มีจำนวนลดลง แต่ยังคงต้องให้บริการดูแลสุขภาพ ของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ตามจำนวนเท่าเดิม	- การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น หมอคนที่ ๑ เพื่อให้การดูแลสุขภาพ ของประชาชนเพิ่มเติม ในจำนวนที่ เหมาะสมและเพียงพอ
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีการใช้ ระบบข้อมูล และ ฐานข้อมูลร่วมกัน ทำให้สามารถ ติดตามผลการบริการได้อย่างมี ประสิทธิภาพ - มีการใช้แอปพลิเคชัน ในการ ส่งต่อข้อมูลข่าวสาร ทำให้มีความ สะดวกรวดเร็ว ทันเวลา ถูกต้อง	- การตรวจสอบความถูกต้องของ ข้อมูลก่อนส่งต่อ - การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้ สามารถจัดการระบบข้อมูลด้วย เทคโนโลยีสมาร์ทโฟน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product Vaccine and Technology)	- การใช้ Smart Phone ของ อสม. บางรุ่นไม่ทันสมัยล่าช้า - เครื่องมือการบริการด้านสุขภาพ เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่ง น้ำหนัก ได้รับการสนับสนุนจาก อปท. อย่างเพียงพอ และมีการ นำมาเทียบสอบที่ รพ.แกดดำ ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	- การเทียบสอบเครื่องมือตามเวลาที่ กำหนดเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน อยู่เสมอ
๕	การเงิน (Financing)	- งบประมาณในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ ได้รับการสนับสนุนจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย และจาก อปท. - มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ ขอรับการสนับสนุนทรัพยากร หรือ วัสดุ อุปกรณ์ ที่มีคุณภาพมาใช้ในการ ให้บริการ	- จัดทำแผนขอรับสนับสนุนงบ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ พื้นที่ ทุกปี - หน่วยบริการแม่ข่าย สนับสนุนส่วน ขาดตามความเหมาะสมและเพียงพอ ต่อการจัดบริการ

ตารางที่ ๓๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารสูงสุดของหน่วยงาน เอื้ออำนวยความสะดวกในการ จัดทำโครงการตามนโยบาย - มีการกำกับ ติดตาม และ ประเมินผล และการสรุปผลการ ดำเนินการทุกครั้ง	- มีขั้นตอนในการควบคุมกำกับ และ ตรวจสอบความถูกต้องสม่ำเสมอ - ผู้บริหารและทีมพี่เลี้ยง ให้ คำแนะนำในการดำเนินงานอย่าง เป็นระบบ
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการทำงานร่วมกับชุมชน อย่างเป็นระบบ โดยส่งเสริม สนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดตั้งสถานีสุภาพใน ชุมชน เพื่อเพิ่มศักยภาพ อสม. ตลอดจนประชาชนสามารถ เข้าถึงการบริการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองได้ง่ายและรวดเร็ว	- การจัดทำแผนในการจัดตั้งสถานีสุภาพ ในชุมชน เพื่อให้บริการแก่ ประชาชน - กำหนดหมู่บ้านต้นแบบในการ จัดตั้งสถานีสุภาพ คือ บ้านหัวขัว หมู่ ๔ ตำบลแกดำ

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๓๘ เป้าหมายการดำเนินงานให้คนไทยมีหมอประจำตัว ๓ คน ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	ร้อยละของ อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น หมอประจำบ้าน (หมอคนที่ ๑)	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
๒	ร้อยละของประชาชนที่ขึ้นทะเบียนกับหน่วย บริการปฐมภูมิ ได้รับการดูแลสุขภาพ โดยกลไก หมอ ๓ คน	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เร่งรัดจัดตั้งสถานีสุภาพ (Health station) ในชุมชนให้ครบทุกตำบล เพื่อให้การเข้าถึงบริการของประชาชนได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น และเป็นการลดความแออัดของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น

๓.๑.๒ พัฒนาระบบเทคโนโลยีในการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล ระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีความทันสมัยและสามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลเข้าด้วยกันได้อย่างและมีประสิทธิภาพ

๓.๑.๓ เร่งรัดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของทุกหน่วยบริการ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

๓.๑.๔ ติดตามนิเทศงาน อสม. ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพเป็นหมอประจำบ้าน ให้สามารถดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ได้อย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานการเป็น สมาร์ท อสม.

๓.๑.๕ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



### ส่วนที่ ๓

## Functional Based (ระบบงานของหน่วยบริการ)



ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

### กลุ่มวัยมารดาและทารก

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราส่วนการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ( $\leq ๑๗$  /แสน)

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ  $\leq ๒๘$  วัน

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๑ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ  
หัวข้อเรื่องที่ ๑.๑ : มารดาและทารก  
ตัวชี้วัดที่ : ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)  
: ๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน

ผู้รับผิดชอบ : ๑. นางทวิกานต์ รักสวนจิก ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๙๘ ๑๐๔ ๗๑๓๒ E-mail : lr.Kadamhos @ gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังมารดาตาย MDSR system ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราส่วนการตายมารดายังไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ แต่ก็มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ มีจำนวนมารดาตายทั้งสิ้น ๑๒๗ ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาไทย เท่ากับ ๒๕.๘๖ ต่อแสนการเกิดมีชีพ สาเหตุการตายหลักของมารดาจากสาเหตุทางสูติกรรม ได้แก่ การตกเลือดระหว่างตั้งครรภ์ ขณะคลอด และหลังคลอด และยังพบว่าสาเหตุการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ พบการตายมารดาจากสาเหตุทางอายุรกรรม (Non-Obstetric Complication) ถึง ๕๗ ราย ซึ่งส่วนใหญ่ตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และการติดเชื้อโควิด-๑๙ แต่อย่างไรก็ตามการตายมารดาจากการติดเชื้อโควิด-๑๙ ในปี ๒๕๖๕ ลดลงเหลือเพียง ๑๔ ราย จากปี ๒๕๖๔ ที่มีจำนวนมากถึง ๖๔ ราย ซึ่งเป็นไปตามแนวโน้มของประเทศ

อำเภอแกดดำมีการขับเคลื่อนและพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก โดยคณะกรรมการ MCH Board ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยอำเภอแกดดำ เน้นสร้างความตระหนักโดยให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ในเชิงรุก ให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากท้องก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ และฝากครรภ์คุณภาพครบ ๘ ครั้ง มีการพัฒนาคุณภาพงานคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ ให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์กรมอนามัยอย่างยั่งยืน และเน้นการคัดกรองครรภ์เสี่ยงและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนถึงคลอดและหลังคลอด มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน การประชาสัมพันธ์การลงทะเบียน ๙ อย่าง เพื่อลูกรัก การให้คำแนะนำหญิงวัยเจริญพันธุ์ให้มีการเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์จะมีการดูแลทารกในครรภ์ เพื่อป้องกันการเกิดครรภ์เสี่ยง ป้องกันทารกเกิดก่อนกำหนด รวมทั้ง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างเคร่งครัด

โรงพยาบาลแกด้าเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด ๓๐ เตียง ระดับ F๒ ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูติกรรม มีมารดามารดาคลอดที่โรงพยาบาลแกด้า ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒๒ ราย พบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๙.๐๙) พบปัจจัยมาจากมารดา S=R ๑ ราย และจากมารดามีอายุ ๑๗ ปี ๑ ราย) ปี ๒๕๖๕ มารดาคลอดจำนวน ๒๗ ราย พบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม จำนวน ๒ ราย (ร้อยละ ๗.๔๐) พบปัจจัยมารดาคลอดก่อนกำหนด ๑ ราย (ANC จากที่อื่นและมาเยี่ยมญาติที่แกด้า) ทั้ง ๒ ราย ไม่พบมีประวัติเสี่ยง และในปี ๒๕๖๖ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีมารดามารดาคลอด จำนวน ๒๐ ราย ทุกรายไม่พบความผิดปกติในทารกแรกเกิด โดยเด็กที่คลอดทุกรายจะได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินเบื้องต้น คัดกรองภาวะพร่องไทรอยด์ และคัดกรองโรคหัวใจแต่กำเนิด

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ ประชุมชี้แจงนโยบายในการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH board ระดับอำเภอ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๓ สร้างเครือข่ายการดำเนินงานในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในเชิงนโยบาย

๑.๒.๔ ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน เน้น Early ANC โดย อสม./แกนนำชุมชน/FCT และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่าย รพ.สต.

๑.๒.๕ หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการประเมิน คัดกรอง และจัดการความเสี่ยง การดูแลรักษา ติดตาม โดยสูติแพทย์ทุกราย

๑.๒.๖ ฝ้าระวัง PPH เช่น การตรวจร่างกายและการซักประวัติอย่างละเอียด การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่เคยผ่าคลอดและผ่าตัดมดลูก Previa C/s, U/S Placenta adherens & uterine atony และฝ้าระวังเลือดออกทางช่องคลอด ในไตรมาสที่ ๓

๑.๒.๗ ฝ้าระวัง PIH : ครรภ์เป็นพิษ ติดตามวัดความดันโลหิต ตรวจหาโปรตีนในปัสสาวะ วัดการไหลเวียนของเส้นเลือดที่เลี้ยงมดลูก หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาสารบ่งชี้ครรภ์เป็นพิษ

๑.๒.๘ การดูแลและป้องกันมารดาเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ตามแนวทางของกรมอนามัย

๑.๒.๙ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟัน

๑.๒.๑๐ การทบทวน case คลอด กรณีคลอดผิดปกติทุกราย

๑.๒.๑๑ อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะ การทำ CPR ทารกแรกเกิด แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง

๑.๒.๑๒ จัดส่งบุคลากรผู้รับผิดชอบ เข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

๑.๒.๑๓ การประชุมเครือข่ายงานร่วมกับงานอนามัยแม่และเด็ก ANC

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยมารดาและทารกที่ผ่านมา ได้ดำเนินการให้การดูแลตั้งแต่ก่อนการคลอด ขณะคลอด และหลังการคลอด ทำให้ไม่พบมารดาและทารกตายในระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นมา ในปี ๒๕๖๖ มีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๒.๗๒ ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ ร้อยละ ๓๙.๖๘ หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๙๘.๙๙ ไม่พบการเกิด Birth asphyxia ไม่พบทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม และอัตราการดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๔๐

ตารางที่ ๔๐ ผลการดำเนินงานดูแลสุขภาพกลุ่มวัยมารดาและทารก อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
๑. อัตราส่วนมารดาไทยตาย ต่อการเกิด มีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗)	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๑๐๔	๘๑.๑๓	๗๗	๘๗.๐๑	๗๒	๕๒.๗๒
๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ (ร้อยละ ๕๐)	๑๐๔	๘๐.๗๗	๗๗	๘๗.๐๑	๗๒	๔๑.๖๗
๕. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก (ร้อยละ ๑๐๐)	๑๔๙	๑๐๐	๑๔๓	๑๐๐	๙๘	๑๐๐
๖. อัตราการเกิด Birth asphyxia (≤ ๒๑ ต่อการเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน)	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๗. ร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ( ≤ ร้อยละ ๗)	๒	๙.๐๙	๒	๘.๐๐	๐	๐
๘. ภาวะตัวเหลือง หลังคลอด	๑	๔.๕	๑	๓.๗	๒	๑๑.๑๑
๙. อัตรามารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการจำหน่าย	๒๒	๑๐๐	๒๗	๑๐๐	๒๐	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๔๑ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลสุขภาพมารดาและทารกแรกเกิด อำเภอแกดดำ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- ให้บริการฝากครรภ์ตามคู่มือการฝากครรภ์ - ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และขัดทำความสะอาดฟัน แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการทุกคน	๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์เทศบาลตำบลแกดดำปี ๒๕๖๖
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- มีบุคลากรในการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพ และทำคลอดอย่างเพียงพอ ทั้ง แพทย์ และ พยาบาลวิชาชีพ ที่มีความชำนาญงาน - มีคณะกรรมการ MCH board ในบริหารจัดการการขับเคลื่อนงาน	- มีการประชุมคณะกรรมการ MCH board ทุกเดือน ๒. มีการพัฒนาบุคลากรในการให้บริการฝากครรภ์คุณภาพทุกปี จัดโดย สสจ. และโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.มหาสารคาม)
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีระบบฐานข้อมูล Hos – Xp - มีการบันทึกการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน	- การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลที่บันทึกในระบบ Hos-Xp ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product Vaccine and Technology)	- มีบริการให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ และป้องกันบาดทะยัก สำหรับมารดาตั้งครรภ์ เพียงพอ - มีเทคโนโลยีระบบคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยในการให้บริการและบันทึกข้อมูล แต่มีหน่วยความจำน้อย ไม่เพียงพอเก็บข้อมูล - มีเครื่องอัลตราซาว เครื่องฟังหัวใจทารกในครรภ์ อุปกรณ์ในการ CPR เด็กแรกเกิด เครื่องมือในการตรวจหู เพียงพอ	- การ update ระบบข้อมูลให้ทันสมัย มีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการทำงานที่มี - มีแผนการซ่อมบำรุงและรักษาระบบเทคโนโลยีที่ใช้ให้พร้อมใช้งานเสมอ

ตารางที่ ๔๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	- มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน	- มีการจัดทำแผนร่วมกับ อปท. และในการจัดสรรงบประมาณ ตามแผนงาน//โครงการเพื่อพัฒนางาน
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบาย และให้การสนับสนุนการดำเนินงานทุกขั้นตอน - ผู้บริหารเป็นประธาน MCH board คอยกำกับ ดูแล และให้คำแนะนำปรึกษา	- การติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในที่ประชุมระดับบริหาร
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีเครือข่าย รพ.สต. อสม. ร่วมดำเนินการในพื้นที่ชุมชน - มีเครือข่ายประสานงานระดับจังหวัด และระดับเขต ในการสนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ	- การบูรณาการร่วมในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แก่ดำ

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๔๒ เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพมารดาและทารก ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. อัตราส่วนมารดาไทยตาย ต่อการเกิดมีชีพแสนคน (ไม่เกิน ๑๗)	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗
๒. อัตราตายทารกแรกเกิด อายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗	≤ ๑๗
๓. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อน ๑๒ สัปดาห์	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

ตารางที่ ๔๒ (ต่อ)

รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งคุณภาพ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
๕. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็ก และโฟลิก	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖. อัตราการเกิด Birth asphyxia	๐	๐	๐	๐	๐
๗. ร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	≤ ๗	≤ ๗	≤ ๗	≤ ๗	≤ ๗
๘. ภาวะตัวเหลือง หลังคลอด	๓	๓	๓	๓	๓
๙. อัตราการตายเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก่อนการจำหน่าย	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

- ๓.๑.๑ บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับประเด็น ๘๘ ปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
- ๓.๑.๒ บูรณาการข้อมูลให้กับชุมชนได้รับทราบถึงสถานการณ์และปัญหา และมีส่วนร่วมในการติดตามหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ๓.๑.๓ มีระบบส่งต่อไปและกลับหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน
- ๓.๑.๔ อบรมพัฒนาศักยภาพในการ CPR ทารกแรกเกิด แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- ๓.๑.๕ ตรวจสอบคัดกรองความเสี่ยงด้านการได้ยินในทารกแรกเกิด การตรวจคัดกรองโรคหัวใจตั้งแต่กำเนิด
- ๓.๑.๖ ประชุมคณะกรรมการ MCH Board เพื่อการควบคุม กำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย
- ๓.๑.๘ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป



๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน







## ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

### กลุ่มวัยเด็กปฐมวัย (อายุ ๐ - ๕ ปี)

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๖)
- ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA<sup>๔1</sup> หรือ เครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๓๕)
- ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๖)
- ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของเด็ก อายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ ๗๕)

## Functional Based

ประเด็นที่ ๑ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

หัวข้อที่ ๒ : เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัด ๒.๑ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๘๖)

๒.๒ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๓๕)

๒.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๖)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางปิ่นนภฎฐมา กุทองศิริสกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๘๐ ๓๕๓ ๒๓๙๗ E-mail : dang.kuthong@gmail.com  
๒. นางสาวระพีพร คະสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
เบอร์โทร ๐๙๙ ๒๖๕ ๑๖๓๙ E-mail : pangkasuwan๑@gmail.com  
๓. นางสาวอรอนงค์ แสงลี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๙๒ ๘๙๔ ๒๔๙๒ E-mail: ornanong.saenglee@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน อ้าเภอแกด้า โดยใช้เครื่องมือ DSPM ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบว่า เด็กได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบว่าความครอบคลุมในการคัดกรองพัฒนาการเด็กผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐) แต่มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ ๙๔.๔๙, ๙๕.๗๓, ๘๙.๖๖ และ ๗๖.๗๑ ตามลำดับ การค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกปี (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และ ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ คือ ร้อยละ ๓๘.๖๒, ๕๔.๒๘, ๔๑.๔๓ และร้อยละ ๒๕.๙๒ เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามหลังกระตุ้นภายใน ๓๐ วัน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดทุกปี คือ ร้อยละ ๙๙.๐๑, ๙๗.๖๕, ๙๘.๑๑ และ ๙๒.๐๕ ตามลำดับ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐) และเมื่อดูในภาพรวมเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย (ครั้งแรกและหลังกระตุ้น ๓๐ วัน) ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕) คือ ๖๙.๘๕, ๖๔.๖, ๕๙.๕๕ และ ๔๙.๐๖ ตามลำดับ กรณีที่พัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 มีการจัดให้บริการคลินิกสุขภาพเด็กดี เพื่อรับการส่งต่อเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจและวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการโดยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1) สำหรับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็กพบว่า เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ มีแนวโน้มลดลงและผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดในปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๒) คือ ๖๙.๘๕, ๖๔.๖,

๕๙.๕๕ และ ๕๙.๐๖ ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ในปี ๒๕๖๖ ผลงานภาพรวมของงานกลุ่มเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากเป็นช่วงการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ.

ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๖ อำเภอแกด้าได้ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง ๕ ปี ภายใต้โครงการต่างๆ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนสามขวบ ดี เก่ง มีสุข (Smart Kids ๔.๐ Area ๗) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ ๖๐ พรรษา ๕ รอบ โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กแกด้า เก่ง ดี มีสุข เทศบาลตำบลแกด้า ปี ๒๕๖๖ โครงการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์การส่งเสริมและพัฒนาการเล่น ในชุมชนอำเภอแกด้า อีกทั้งมีการดำเนินงานอำเภอไอโอดีนยั่งยืน มุ่งสู่ เด็กดีทักสิลา ๔.๐ (Smart Kids Taksila ๔.๐) อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน โดยเปลี่ยนชื่อเป็น “การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ” เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัด พ.ศ. ๒๕๖๖-๒๕๗๐

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนสามขวบ ดี เก่ง มีสุข (Smart Kids ๔.๐ Area ๗) (งปพป๖๖)

๑.๒.๒ ขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอด/ มหัทจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน โดยใช้กลไก MCH. Board และ PCC ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พขอ.)

๑.๒.๓ อบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก อสม. ครูศูนย์เด็กเล็กและหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอด เกี่ยวกับการดูแลเด็ก และตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือเฝ้าระวังส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (DSPM)

๑.๒.๔ พัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. พ่อแม่ผู้ปกครอง และผู้เกี่ยวข้อง เช่น E-Learning (MOOC Anamai) เรื่อง DSPM และ ผู้อำนวยการเล่น/อบรม Triple-P/ อบรม ๔D/ อบรม EF

๑.๒.๕ พัฒนาและส่งเสริมสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ เพื่อเตรียมความพร้อมรับประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพจากคณะกรรมการระดับจังหวัด

๑.๒.๖ ติดตามเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒,๖๐ เดือนให้ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามมาตรฐาน

๑.๒.๗ จัดให้มีการออกตรวจพัฒนาการนอกเวลาราชการสำหรับเด็กอายุ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ไปโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก

๑.๒.๘ มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืบข้อมูลและติดตามผลการดำเนินงานในไลน์กลุ่ม CPM และการประชุม MCH ระดับอำเภอ คืบข้อมูลให้คณะกรรมการ คปสอ. ทุกเดือน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

ตารางที่ ๔๓ ผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เด็กอายุ ๐-๕ ปี อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน								
	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	๑,๑๔๗	๑,๐๙๘	๙๕.๗๓	๙๙๖	๘๙๓	๘๙.๖๖	๘๙๓	๖๘๕	๗๖.๗๑
๒. เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๑,๑๔๗	๑,๐๘๒	๙๔.๓๓	๙๙๖	๘๘๔	๘๘.๗๖	๘๙๓	๖๗๑	๗๕.๑๔
๓. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการพบสงสัย ลำไส้	๑,๐๙๘	๕๙๖	๕๔.๒๘	๘๙๓	๓๗๐	๔๑.๔๓	๖๘๕	๑๗๖	๒๕.๖๙
๔. เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยลำไส้ได้รับการติดตาม	๕๙๖	๕๘๒	๙๗.๖๕	๓๗๐	๓๖๓	๙๘.๑๑	๑๗๖	๑๖๒	๙๒.๐๕
๕. เด็กพัฒนาการ ลำไส้ได้รับการกระตุ้น พัฒนาการด้วย TEDA๔1	๑	๑	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐
๖. เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๙๘๓	๖๓๕	๖๔.๖	๑,๑๐๕	๖๕๘	๕๙.๕๕	๘๕๐	๔๗๑	๕๕.๖๖

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๔๕ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	วาระจังหวัด (Smart Kids Taksila ๔.๐)/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ)/ WCC คุณภาพ/มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน แรก ของชีวิต /กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน/ มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ/ พรบ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. ๒๕๖๐/ค่ากลางการเล่นในชุมชน ลานเล่นคุณภาพ/สร้างความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กและภาวะการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย/โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข (Smart Kids ๔.๐ Area ๗) อำเภอจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้น	<p>- ประชุม พชจ., พชอ, คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาการเด็กปฐมวัย, คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก, CIPO กลุ่มวัย, ผู้รับผิดชอบงานเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ และคณะกรรมการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาในแต่ละพื้นที่หาแนวทางแก้ไข</p> <p>- การดำเนินงาน Smart Kids Taksila ๔.๐)/การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะอย่างต่อเนื่อง และดำเนินงานของขวัญปีใหม่ ๒๕๖๖ จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นกิจกรรมต่อยอดของการพัฒนาคุณภาพเด็ก เพื่อเด็กอัจฉริยะ ด้วยกลวิธีพ่อแม่รักเด็กตักสิลา/เด็กเป็นสินทรัพย์ ของชุมชน (การดำเนินงานเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน) ประกอบด้วย การประชาคมคืนข้อมูลภาวะสุขภาพ จัดทำแผนระดมทรัพยากร มีพ่อแม่ แม่ ยักเด็ก ตักสิลา และเกิดมาตรการ ของชุมชนในการช่วย</p>

ตารางที่ ๔๕ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
			<p>ดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยซึ่งเป็น สิทธิของชุมชน อย่างยั่งยืน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การดำเนินงานตามโครงการ เด็กเป็นสิทธิของชุมชน สู่ตำบลเปี่ยมสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</li> <li>- การดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน</li> <li>- การดำเนินงานตามโครงการ ส่งเสริมสุขภาพเด็กร้อยแก่นสารสินธุ์ ดี เก่ง มีสุข เขตสุขภาพที่ ๗ (Smart Kids ๔.๐ Area ๗) อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖(งบ PPA ๒๕๖๖) เพื่อสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก</li> <li>- การประเมิน/ประกวดสถานพัฒนา เด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม</li> <li>- การดำเนินงานสัปดาห์รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	พัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรพ.สต. ครูผู้ดูแลเด็ก อสม. พ่อแม่ ผู้ปกครอง และ ผู้เกี่ยวข้อง เช่น	พัฒนาศักยภาพและสร้างความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้เลี้ยงดูเด็ก



ตารางที่ ๔๕ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
		E-Learning (MOOC Anamai) เรื่อง DSPM และ ผู้อำนวยการ เล่น/อบรม Triple-P/ อบรม ๔D/ อบรม EF	
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- สนับสนุนข้อมูล ระบบข้อมูล HDC วิเคราะห์/คืนข้อมูลติดตาม ผล ในไลน์กลุ่ม และการประชุม ต่างๆสนับสนุนคู่มือ การทำงาน	ติดตามการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่องควบคุมกำกับผ่านระบบ ข้อมูลใน HDC, การนิเทศ ติดตาม งานในอำเภอและตำบล
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- สนับสนุนข้อมูล ระบบข้อมูล HDC วิเคราะห์/คืนข้อมูลติดตาม ผล ในไลน์กลุ่ม และการประชุม ต่างๆสนับสนุนคู่มือ การ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ และสื่อ ต่างๆ เช่น คู่มือ DSPM/DAIM, infographic, ไลน์ ๙ อย่าง เพื่อสร้างลูก, DSPM ELearning, ผู้อำนวยการเล่น, Triple-P, EF, Kids Diary, Thai Stop COVID plus	-ติดตามวิเคราะห์การส่งข้อมูลผ่าน HDC ทุกเดือน เดือนละ ๒ ครั้ง -ติดตามงาน/ประสานการ ดำเนินงานผ่านทางระบบ Line -สนับสนุนการใช้สื่ออย่างง่ายใน การดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	-แหล่งงบประมาณจากสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข/ สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติเขต ๗ (PPA)ขอนแก่น/ บูรณาการ งบประมาณในพื้นที่- เช่น กองทุนสุขภาพตำบล, โครงการพระราชดำริ	-ของบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพ และ จากเขต ในการดำเนินงานให้บรรลุ เป้าหมาย

ตารางที่ ๔๕ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	-กำหนดทิศทาง/นโยบายการ/ จัดทำแผนงาน/โครงการ -แต่งตั้งคณะกรรมการ ดำเนินงานทุกระดับ -นิเทศ ติดตาม ประเมินผล	-ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาศึเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตจังหวัดมหาสารคาม (พชจ.) และระดับอำเภอ (พชอ.), คณะอนุกรรมการด้านพัฒนาการ เด็กปฐมวัยจังหวัดมหาสารคาม, คณะกรรมการอนามัยแม่ และเด็ก,คณะกรรมการ CIPO กลุ่มวัย, ผู้รับผิดชอบงานเด็ก ปฐมวัย รพ./สสอ. และ คณะกรรมการประเมินสถาน พัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด และอำเภอ	-ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ปีละ ๑ ครั้ง -ขับเคลื่อนขยายผลลงสู่ชุมชนใน การดูแลเด็กทุกด้าน -ขับเคลื่อนการทำงานผ่าน พชต./ พชอ.

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๔๖ เป้าหมายการดำเนินงานระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๘๖	๘๖	๘๗	๘๘	๘๘
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	๖๖	๖๖	๖๖	๖๖	๖๖

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ติดตามการบันทึกข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก ๐-๕ ปี ตั้งแต่ไตรมาส ๑-๓ ติดตามการประเมินพัฒนาการเด็ก

๓.๑.๒ ติดตามการบันทึกข้อมูลการชั่งน้ำหนักเด็ก ๐-๕ ปี

๓.๑.๓ การจัดการกระบวนการเรียนรู้เรื่องพัฒนาการ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P) ในสถานที่ที่เหมาะสมตามบริบทของชุมชน ประกอบด้วย ๔ กิจกรรม

๓.๑.๔ ส่งเสริมและพัฒนาลานเล่นลานเพลินให้เป็นลานเล่นคุณภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

### ๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



อบรมให้ความรู้พื้นฐานพ่อแม่.การใช้แอปพลิเคชัน ๙ อย่าง เพื่อสร้างลูก และ save mom



ประเมินพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี ตามช่วงอายุ



อบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และอสม.  
เรื่อง ใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม  
(DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P)



การประชุมคืนข้อมูลสถานะสุขภาพเด็ก ๐-๕ ปี  
จัดทำข้อตกลง/มาตรการทางสังคมและแผนปฏิบัติงานระดับตำบล/หมู่บ้าน



## Functional Based

ประเด็นที่ ๑ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

กลุ่มวัยที่ ๔ : เด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๒.๔ ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ ๗๕)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางชนาพร รัตนแสง ตำแหน่ง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน  
เบอร์โทร ๐๖๔ ๙๖๐ ๕๘๓๓ E-mail : [Chanaporn๓๑๙๙๑@gmail.com](mailto:Chanaporn๓๑๙๙๑@gmail.com)

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า ประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘ แห่ง (ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขประจำ) มีการจัดทำแผนงานโครงการในภาพรวมอำเภอและเฉพาะพื้นที่ เพื่อของบประมาณจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในทุกกลุ่มอายุ โดยในปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๕ (ปี ๒๕๖๔ ไม่ได้จัดกิจกรรม เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-๑๙) ได้ดำเนินโครงการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน พบว่า สถานการณ์ในปี ๒๕๖๓ และปี ๒๕๖๕ เด็กก่อนวัยเรียน (อายุ ๓-๕ ปี) ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๕๘.๒๙ และ ๖๘.๑๒ ตามลำดับซึ่งเพิ่มมากขึ้น แต่เด็กกลุ่มนี้ก็ยังคงจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดฟันผุเป็นรู เพราะจากการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๘ ในปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้ปกครองของเด็กอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๔๔.๑ ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเอง มีเพียงร้อยละ ๑๔.๔ ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงให้ พฤติกรรมการดื่มนมเด็กอายุ ๓ ปี ดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้าน ร้อยละ ๔๔.๕ และ ๔๗.๖ ตามลำดับ เด็กอายุ ๓ ปี ร้อยละ ๓๙.๕ ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้านซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ดังนั้น การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญและลดโอกาสเกิดฟันผุได้

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพช่องปาก ฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก ๐ - ๒ ปี และเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี(WCC)

๑.๒.๒ จัดทำโครงการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ โดยมีการตรวจฟันเคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ ในเด็กอายุ ๓-๕ ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน ๑๔ แห่ง และชั้นอนุบาล ๒ แห่ง พร้อมทั้งให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็ก

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ กลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี ที่ได้รับการตรวจฟันมีเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๒.๗๘, ๔๐.๕๙ และร้อยละ ๔๘.๕๘ ตามลำดับ ส่วนเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๗๓.๔๔, ๗๓.๖๔ และ ร้อยละ ๗๖.๑๕ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๔๗

ตารางที่ ๔๗ ผลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก อายุ ๓ ปี ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน								
	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ ๕๐)	๒๘๑	๖๔	๒๒.๗๘	๒๗๑	๑๑๐	๔๐.๕๙	๒๓๔	๑๐๙	๔๘.๕๘
เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (ร้อยละ ๗๕)	๖๔	๔๗	๗๓.๔๔	๑๑๐	๘๑	๗๓.๖๔	๑๐๙	๘๓	๗๖.๑๕

ที่มา : รายงานข้อมูล HDC : ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๔๘ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	จัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันโรคในช่องปากในคลินิกสุขภาพเด็กดี(WCC) และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก แต่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในชุมชน	๑.มีการตรวจสุขภาพช่องปาก ฟิกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติในผู้ปกครองเด็ก ๐-๒ ปีและเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ในคลินิกสุขภาพเด็กดี(WCC) และตรวจฟัน เคลือบฟลูออไรด์เฉพาะที่ในเด็กอายุ 3-5 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก



ตารางที่ ๔๘ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาล แกด้า มีบุคลากรทั้งสิ้น ๙ คน ประกอบไปด้วย ทันตแพทย์ ๓ คน (ลาเรียน๑คน) เจ้าพนักงานทันตภิบาล ๒ คน นักวิชาการทันตสาธารณสุข ๑ คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ ๓ คน ดูแลเครือข่ายบริการอำเภอแกด้า ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาล ชุมชน ๑ แห่ง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘ แห่ง (ไม่ มีทันตภิบาลประจำ ได้แบ่งเขต พื้นที่รับผิดชอบให้แก่ทันตภิ บาลที่ประจำอยู่ในโรงพยาบาล ดูแล)	-เนื่องจากกรอบ FTE ชั้นสูงของ ทันตแพทย์มีได้ถึง ๕ คนควรเพิ่ม จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์จำนวน ทันตแพทย์เป็น ๑ : ๑ ยูนิต เพื่อ รองรับจำนวนทันตแพทย์ที่เพิ่มขึ้น และต้องออกหน่วยบริการใน โรงเรียนและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	HDC (กลุ่มเป้าหมายใน HDC กับ เด็กที่ได้รับการตรวจฟันไม่ ตรงกัน)	๑.ตรวจสอบรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย ก่อนทำการบันทึกข้อมูลลงใน ระบบ ๒.ประชุมชี้แจงแนวทางการลง ข้อมูลให้เป็นแนวทางเดียวกัน ๓.ตรวจสอบข้อมูลเป็นประจำทุก เดือน ๔.ประสานงานกับ IT เมื่อเกิด ปัญหาในการบันทึกข้อมูล
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑.ชุดตรวจ ๒.ฟลูออไรด์	จัดทำแผนจัดซื้อวัสดุ

ตารางที่ ๔๘ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	ใช้งบ PP ในการจัดกิจกรรม งบประมาณเพียงพอ	จัดทำแผนโครงการก่อนออก ปฏิบัติงาน
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	๑.คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ตามกำลัง ๒.คณะทำงานมีการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผล เป็นประจำทุกเดือน	๑.คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน กระบวนการทำงาน พร้อมเป็นที่ ปรึกษาให้ในการทำงาน ๒.จัดประชุมฝ่ายเพื่อพัฒนาระบบ การจัดเก็บข้อมูล
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	ยังไม่มี การขับเคลื่อนงานใน ชุมชน	วางแผนการดำเนินงานในชุมชน ร่วมกับ อสม ต่อไป

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๔๙ เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในกลุ่มเด็กอายุ ๓ ปี  
ระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจาก ฟันผุ	๗๕	๗๖	๗๗	๗๘	๗๙

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เน้นการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ปกครองเด็กเล็ก เรื่องการแปรงฟัน และการดูแลสุขภาพช่องปาก และดำเนินการเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพการตรวจฟันโดยคุณครูและ ทันตบุคลากรอย่างน้อยปี ละ ๑ ครั้ง และส่งเสริมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวันในสถานพัฒนาเด็กเล็ก ทุกแห่ง

๓.๑.๒ ประชุมสรุปโครงการ และวางแผนงานเพื่อดำเนินงานต่อไปในปีต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

### กลุ่มวัยทำงาน

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร

ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ( $\geq$  ร้อยละ ๘๐)

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๑** : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ  
**หัวข้อที่ ๑** : วัยทำงาน  
**ตัวชี้วัดที่** : ๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๘.๐ ต่อแสนประชากร  
: ๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ( $\geq$  ร้อยละ ๘๐)
- ผู้รับผิดชอบ**
- |                            |          |                          |
|----------------------------|----------|--------------------------|
| ๑. นางรัตนา ดวงพรม         | ตำแหน่ง  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ    |
| เบอร์โทร. ๐๘๑ ๗๓๙ ๒๑๙๒     | E-mail : | rattana.d๘๙๗๗๗@gmail.com |
| ๒. นายชินนทร์ ประกายสิทธิ์ | ตำแหน่ง  | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ    |
| เบอร์โทร. ๐๘๗ ๔๒๕ ๐๙๓๐     | E-mail : | Chanin๒๙๐๓@gmail.com     |

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) มีพื้นที่รับผิดชอบในการบริการด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๓๕,๔๘๒ คน มีสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลแกด้า ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย จำนวน ๘ แห่ง (ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง ๘ แห่ง) จากการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงานที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรกลุ่มวัยทำงานในช่วงเวลา ๓ ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มขึ้น-ลงมาโดยตลอด โดยในปี ๒๕๖๓ มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน ๒ ราย มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน ๒ ราย คิดเป็นอัตรา ๖.๓๑ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๔ มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน ๓ ราย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๑ ราย คิดเป็นอัตรา ๓.๓๕ ต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๕ มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน ๒ ราย ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ และปี ๒๕๖๖ (ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) ยังไม่มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตายและไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จพบว่า ส่วนมากเป็นเพศชาย วิธีการที่ใช้ในการทำร้ายตัวเองคือ ผูกคอตายและกินยาฆ่าแมลง ซึ่งเป็นวิธีการที่ใกล้ตัวและเข้าถึงได้ง่าย ฉะนั้น หากมีการเฝ้าระวังหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑) ผู้ป่วยโรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง และ ๓) ผู้มีปัญหาติดโรคสุรา/สารเสพติด) ได้อย่างรวดเร็วและครอบคลุม อีกทั้งการให้ความรู้ ให้ข้อมูลสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย และช่องทางการติดต่อขอความช่วยเหลือแก่ประชาชนในชุมชน ให้ได้รับทราบข้อมูลข่าวสารและวิธีการในการสังเกตและเฝ้าระวังที่ถูกต้อง จะเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ ใช้มาตรการแก้ไขและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มวัยทำงาน โดยการพัฒนาและยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตกลุ่มวัยทำงาน

๑.๒.๒ การนำข้อมูลจากการสอบสวนโรคมาระดมวิเคราะห์หาปัจจัยหรือสาเหตุที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมและแก้ไขปัญหสุขภาพจิตแต่ละกลุ่มวัย

๑.๒.๓ จัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ในสถานศึกษาและชุมชน

๑.๒.๔ อบรมให้ความรู้ ความเข้าใจและเพิ่มทักษะแก่ผู้นำชุมชน และ อสม. ในการเฝ้าระวังป้องกัน และให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

๑.๒.๕ บูรณาการการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับ พชอ. เพื่อการดูแลประชาชนให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการสร้างวัคซีนใจเพื่อให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางจิตใจ โดยใช้หลัก “ อึด อีดี ฮู้ ”.

๑.๒.๖ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิตที่มีปัญหาซับซ้อน และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร่วมกับทีมนักอาชีพที่เกษียณแล้ว

๑.๒.๗ จัดกิจกรรมกลุ่มให้คำปรึกษา คำแนะนำ ปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ เป็นการบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

๑.๒.๘ คัดกรองประชาชนผู้ที่มีปัญหาสภาวะสุขภาพจิตในชุมชน และการติดตาม ดูแลให้คำปรึกษา ด้วยโปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรกลุ่มวัยทำงาน ในพื้นที่ CUP แกด้า ที่ผ่านมา พบว่า ในปี ๒๕๖๖ ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมากกว่าร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๕๐

**ตารางที่ ๕๐** อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย	หน่วยนับ	อัตรา		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จ	จำนวน	๓/๑	๒/๐	๐/๐
๒. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๘.๐ / แสนประชากร)	อัตรา/แสน ปชก.	๓.๓๕	๐	๐
๓. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ( $\geq$ ร้อยละ ๙๐)	ร้อยละ	๖๖.๗	๑๐๐	-
๔. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๙๕.๕๙	๑๐๖.๐๐	๑๑๕.๙๕

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๕๑ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต อำเภอแกดดำ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<p>๑. มีการบูรณาการและขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับ พชอ.</p> <p>๒. อบรม อสม. ในการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ตามหลัก ๓ ส Plus (สอดส่อง ใส่ใจ ส่งต่อ รวมถึง การให้ข้อมูลและช่วยเหลือ)</p> <p>๓. เสริมสร้างพลังใจ (Résilience) ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเปราะบาง ทางสังคม เศรษฐกิจ และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย</p> <p>๔. มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยใช้สารเสพติด ที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง</p> <p>๕. การนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา บำบัดผู้ป่วย SMI-V จากยาเสพติด และการส่งต่อในกรณีผู้ป่วยจิตเวชก้าวร้าวรุนแรง/มีปัญหาซับซ้อน ร่วมกับศูนย์อำนวยการแก้ไขปัญหาผู้มีอาการทางจิต ก่อเหตุแบบบูรณาการ อำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม</p> <p>๖. มีการให้บริการจัดส่งยา และฉีดยา แก่ผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติด ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนในชุมชน</p>	<p>๑. บูรณาการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร่วมกับการคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทุกครั้งที่มาใช้บริการ</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของ ๓ หมอ ให้มีศักยภาพในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย</p> <p>๓. พัฒนาความรู้และศักยภาพของบุคลากร ในการสอบสวนเหตุการณ์ฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น</p>



ตารางที่ ๕๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<p>๑. มีคำสั่งคณะกรรมการ Service Plan ในการขับเคลื่อนดำเนินงาน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. บุคลากรมีความรู้ ประสบการณ์ และมีความชำนาญในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต คอยให้บริการ ประกอบด้วย แพทย์ ๒ คน และพยาบาลวิชาชีพ ๒ คน แต่ยังคงขาดบุคลากรเฉพาะทาง สาขาจิตเวช เด็กและวัยรุ่น ซึ่งต้องส่ง Consult นอกหน่วยงาน.</p>	<p>๑. จัดส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ ในประเด็นที่สำคัญ เช่น การบำบัดผู้ป่วยและสารเสพติด ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT ระดับ Advance) เวชศาสตร์ยาเสพติด ระยะสั้น สำหรับพยาบาล วิทยากร กระบวนการ เป็นต้น</p> <p>๒. จัดทำแผนอัตรากำลังเพิ่ม หรือส่งบุคลากรที่สนใจเข้ารับการอบรมในหลักสูตรที่ขาดแคลน</p>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<p>๑. มีการบันทึกข้อมูล ในระบบรายงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต (รายงาน ๕๐๖S)</p> <p>๒. มีการบันทึกแบบรายงานการสอบสวนโรค กรณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ทุกрай</p> <p>๓. มีการบันทึกข้อมูลใน HOS-xP และ HDC ที่สามารถติดตามเพื่อประเมินสถานการณ์ และวิเคราะห์ปัญหาเพื่อการแก้ไข ในเขตพื้นที่ได้ตลอดเวลา</p> <p>๔. มีการบันทึกข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยจิตเวช และยาเสพติดที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V) โดยใช้โปรแกรม Care Transition</p>	<p>๑. การเพิ่มรหัสมาตรฐานการบริการติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ๔๓ เพิ่ม (SPECIAL PP) ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐานจำนวน ๗ รหัส คือ ๑B๐๓๐ ๑B๐๓๓ และ ๑B๐๓๖ - ๑B๐๓๘</p> <p>๒. มีการเพิ่มรหัสมาตรฐานการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง/ฆ่าตัวตาย (๒Q plus) โดยใช้รหัส ๑B๐๒๑๒</p>

ตารางที่ ๕๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product Vaccine and Technology)	๑. มีระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย ในการบันทึกข้อมูลต่างๆ อย่าง เพียงพอ ๒. มีสถานที่ให้บริการที่มีความ เป็นส่วนตัว ปกปิดความลับของ ผู้มารับการบำบัดได้ แต่ค่อนข้าง คับแคบ ไม่สามารถรองรับใน กรณีที่ให้บริการกลุ่มขนาดใหญ่ ๓. วัสดุและครุภัณฑ์สำนักงาน ที่มิใช้ในคลินิกให้บริการ ชำรุด และไม่เหมาะกับการให้บริการ และการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด	๑. จัดทำแผนขอรับการสนับสนุน งบประมาณในการปรับปรุงคลินิก ให้บริการ ที่เป็นสัดส่วน และมีวัสดุ อุปกรณ์อย่างเพียงพอ เหมาะแก่ การทำกิจกรรมกลุ่ม ๒. การตรวจสอบความพร้อมใช้งาน ของอุปกรณ์ระบบคอมพิวเตอร์ให้ พร้อมใช้งานอยู่เสมอ
๕	การเงิน (Financing)	๑. ใช้งบ PP ในการดำเนินงาน การจัดทำโครงการต่างๆ ทั้งจาก รพ.แกด้า และ สสจ.มค. ในการ จัดกิจกรรมให้บริการ และการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร อย่าง เพียงพอ	- มีการบูรณาการกิจกรรมบางอย่าง เข้ากับงานประจำ โดยไม่ใช้ งบประมาณ
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	๑. รัฐบาลได้กำหนดเป็นนโยบาย สำคัญระดับประเทศ ๒. ผู้บริหารทุกระดับ ให้ความสำคัญ สำคัญ และผลักดันเป็นนโยบาย การดำเนินงานทุกหน่วยงาน ๓. มีพี่เลี้ยงสนับสนุนและกำกับ ติดตามการดำเนินงาน โดย คณะกรรมการ Service Plan ระดับจังหวัด ๔. ผู้บริหารให้ความสำคัญกับ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	๑. การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง โดย คณะกรรมการ Service Plan สาขา สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด จังหวัดมหาสารคาม ๒. การรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค ในที่ประชุม คณะกรรมการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติด ศอ.ปส. อำเภอแกด้า ทุกเดือน ๓. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรงาน จิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาล

ตารางที่ ๕๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	<p>๑. มี อสม. และจิตอาสาช่วยติดตามการใช้ยา และเฝ้าระวังอาการเตือนจากการขาดยาในผู้ป่วยจิตเวช</p> <p>๒. ชุมชนสามารถส่งต่อ และให้คำแนะนำเบื้องต้นได้</p> <p>๓. มีการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายทุกส่วนในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำเข้าสู่การบำบัดรักษา</p> <p>๔. ร่วมกับ ศป.ปส.อ.แกด้า จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด การติดตาม การเข้าถึงการบำบัดรักษา และการส่งต่อ แก่ผู้นำชุมชน</p>	<p>๑. ดำเนินกิจกรรมให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดแบบบูรณาการทั้งอำเภอ</p> <p>๒. จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้นำชุมชน และ อสม. ติดตามเยี่ยมให้ความช่วยเหลือ ดูแล เสริมสร้างกำลังใจ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด แก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จาก รพ.สต. อปท. กำหนด ผู้ใหญ่บ้าน ตำรวจ อสม. หรือผู้เกี่ยวข้อง ในเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖</p>

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๕๒ เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๘.๐ / แสนประชากร)	๔	๔	๔	๔	๔
๒	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ( $\geq$ ร้อยละ ๙๐)	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
๓	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของทีม ๓ หมอ เพื่อให้สามารถให้การดูแลและแก้ไขปัญหาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๑.๒ ปรับปรุงรหัสมาตรฐานการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย (๒Q plus) โดยใช้รหัส ๑B๐๒๑๒ เพิ่มเข้าไปในระบบบันทึกข้อมูลรายงาน

๓.๑.๓ ปรับปรุงรหัสติดตามและการประเมินผลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ด้วยโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ ๔๓ แพ้ม (SPECIAL PP) ซึ่งประกอบด้วยรหัสมาตรฐาน จำนวน ๗ รหัส คือ ๑B๐๓๐ ๑B๐๓๓ และ ๑B๐๓๖ - ๑B๐๓๘

๓.๑.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย

๓.๑.๕ พัฒนาพื้นที่ตำบลต้นแบบในการป้องกันปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการใช้สารเสพติด ที่ตำบลโนนภิบาล

๓.๑.๖ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน









ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

กลุ่มวัยเรียน (ตัวชี้วัดกำกับ ติดตาม)

ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๕๓)



## Functional Based

ประเด็นที่ ๑ : สุขภาพกลุ่มวัย และการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

กลุ่มวัยที่ ๔ : วัยเรียน

ตัวชี้วัด ๔.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๖ – ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน (เป้าหมายประเทศ ร้อยละ ๕๗)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอรอนงค์ แสงลี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

E-mail : ornanong.saenglee@gmail.com เบอร์โทร ๐๘๑-๗๐๘๕๐๐๗

๒. นางสาวระพีพร คະสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

E-mail : pangkasuwan๑@gmail.com เบอร์โทร ๐๙๙-๒๖๕๑๖๓๙

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

การส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ของอำเภอแกดำ พบมีเด็กสูงดีสมส่วน ในภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๕ ร้อยละ ๕๒.๒๗ แบ่งเป็นสังกัด สธ.ร้อยละ ๔๙.๘๖ และสังกัด อปท. ร้อยละ ๖๐ มีเด็กวัยเรียนเริ่มอ้วนและอ้วน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๘ มีเด็กวัยเรียนผอม คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๘ และมีเด็กเตี้ย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๐๓ สำหรับส่วนสูงเฉลี่ยของเด็กอายุ ๑๒ ปี เพศชายมีส่วนสูงเฉลี่ย ๑๓๔ เซนติเมตร และเพศหญิงมีส่วนสูงเฉลี่ย ๑๔๙.๔๓ เซนติเมตร ซึ่งในนักเรียนชายถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ตามที่กำหนด และขับเคลื่อนโรงเรียนให้พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ มาตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ โดยมีโรงเรียนที่สมัคร เข้าร่วมดำเนินการจำนวน ๘ แห่ง จากโรงเรียนทั้งหมด ๒๓ โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๗๘ และผ่านการรับรองจากกรมอนามัย จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๕ (เขตสุขภาพที่ ๗ กำหนด ร้อยละ ๑๐)

อำเภอแกดำ มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย และมีการดำเนินงานตามแผนงานกลุ่มเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) โดยใช้กลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ healthliteracy school มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงาน มาจากทุกเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ คัดข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนให้แก่โรงเรียนในเครือข่ายให้ทราบ

๑.๒.๒ โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในระดับ CUP และ แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และบูรณาการกับงานวัยรุ่น เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๑.๒.๓ ประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน และประชุมชี้แจง คณะผู้บริหารโรงเรียนทุกแห่ง

๑.๒.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ระดับสติปัญญาเด็กไทย (IQ.) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กไทยในโรงเรียน ประเมินและคัดกรอง IQ. / EQ. ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาทุกโรงเรียน

๑.๒.๕ อบรมแกนนำนักเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเรื่องทันตสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย, โภชนาการ, ยาเสพติด, การตั้งครุฑไม้พร้อม และการประเมินความรอบรู้ฯ โรงเรียนละ ๑ แห่ง

๑.๒.๖ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการร่วมกับงาน พชอ.

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียน พบว่า ภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียน (อายุ ๖-๑๔ ปี) ในโรงเรียนทุกสังกัด ปีการศึกษาที่ ๒๕๖๕ เทอมที่ ๒ มีเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนจำนวน ๕๔๒ คน ร้อยละ ๕๒.๒๗ ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ร้อยละ ๖๖) ซึ่งเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่า อำเภอกำแพงแสนมีร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนเพิ่มขึ้น อยู่ในภาวะที่ต้องมีการเฝ้าระวังและมีมาตรการในการดำเนินงานควบคุมภาวะทุพโภชนาการอย่างต่อเนื่อง ดังตารางที่ ๕๓

ตารางที่ ๕๓ ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงตีสมส่วน ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน								
	ปี ๒๕๖๔			ปี ๒๕๖๕			ปี ๒๕๖๖		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงตีสมส่วน (ร้อยละ ๖๖)	๗๘๙	๓๖๖	๔๖.๓๙	๒,๗๙๓	๔๗๐	๕๐.๖๕	๗๒๙	๓๖๙	๕๐.๖๒
๒. ร้อยละของโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ ๑๐)	N/A	N/A	N/A	๒๔	๑	๔.๑๗	๒๔	๑	๔.๑๗

ที่มา : รายงานข้อมูล HDC

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๕๔ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<p>๑. ขั้วเคลื่อนผ่านคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน อำเภอ แกด้า</p> <p>๒. ประชุมชี้แจงครู/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากร อปท., เพื่อสร้างความเข้าใจประสานแนวทางร่วมกันขั้วเคลื่อนกรดำเนินงาน</p> <p>๓. กระตุ้นบุคลากรทางการศึกษาให้เห็นความสำคัญและร่วมพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๔. ขั้วเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยวัยเรียนการปรับพฤติกรรม ๓ อ ๓ส โดยเครือข่าย อสม. และ อสม. น้อย</p>	<p>๑. คำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน</p> <p>๒. มีการประชุมคณะทำงาน ปีละ ๑ ครั้ง</p>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<p>๑. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน, ครูอนามัย และนักเรียนแกนนำสุขภาพด้านความรู้</p> <p>๒. อาหารกลางวันที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ เน้นกิจกรรมทางกายวันละ ๖๐ นาที และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สนับสนุนให้เด็กตีมนม วันละ ๒ แก้ว</p>	<p>๑. มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับบุคลากรทางการศึกษา</p>

ตารางที่ ๕๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีระบบการบันทึกข้อมูล ร่วมกันในระบบ HosXp และ การติดตาม ผ่านระบบฐานข้อมูล HDC ร่วมกันทั้งเครือข่าย	๑. ผลักดันนโยบายโรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพสู่การขับเคลื่อนทุกแห่ง ๒. สร้างความเข้มแข็งในการ ดำเนินงาน ตามนโยบายโรงเรียน ส่งเสริมสุขภาพ, โรงเรียนรอบรู้ด้าน สุขภาพ ๓. สร้างกระแสผ่านสื่อสาธารณะ และสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อส่งเสริม ให้เด็กไทยสูงคิสมส่วน ๔. ข้อมูลจากระบบ HDC
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑. มีรูปแบบการดำเนินงานที่ ชัดเจน ทุกแห่ง ๒. พัฒนาการเรียนรู้ของเด็กผ่าน นโยบาย ลดเวลาเรียน เพิ่มเวลา รู้ เพื่อให้เด็กมีศักยภาพในการ เฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง ๓. มีการพัฒนา Teenage digital platform มาใช้ร่วมกับการ ดำเนินงาน ๔. มีสื่อและคู่มือส่งเสริมความ รอบ (รู้ด้านเพศวิถีทักษะชีวิต)	- สนับสนุนการผลิตและการ กระจายสื่อประชาสัมพันธ์ความรู้ ไปสู่กลุ่มเป้าหมายนักเรียนใน โรงเรียน
๕	การเงิน (Financing)	- งบประมาณสนับสนุนในการ ดำเนินงานจากภาครัฐ มีจำนวน จำกัด ไม่เพียงพอต่อการ ดำเนินงานในภาพกว้าง	- แสวงหาแหล่งงบประมาณ สนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มเติม

ตารางที่ ๕๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	๑. กำหนดทิศทาง/นโยบายการ/จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทุกระดับ ๓. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล	๑. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	บูรณาการร่วมกับหน่วยงานภาควิชาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย	๑. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ปีละ ๑ ครั้ง ๒. ขับเคลื่อนขยายผลลงสู่ชุมชนในการดูแลเด็กทุกด้าน ๓. เสริมสร้างความร่วมมือจากภาควิชาเครือข่ายท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๕๕ เป้าหมายการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน ระยะ ๕ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐
๒. ร้อยละของโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง เพิ่มกิจกรรมทางกาย จัดรูปแบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา

๓.๑.๒ ติดตามสนับสนุนผลักดันส่งเสริมให้โรงเรียนเข้าสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพทุกแห่ง

### ๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



ประชุมชี้แจงขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ







กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติดในสถานศึกษา



กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสถานศึกษา



## ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

### กลุ่มวัยผู้สูงอายุ

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๐๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองแล้ว พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ ๕๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ ๔๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๖ จำนวนชมรมผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)
- ตัวชี้วัดที่ ๗ จำนวนผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๑** : สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ
- หัวข้อที่ ๑.๒** : ผู้สูงอายุ
- ตัวชี้วัดที่** :
- ๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๐๐)
  - ๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)
    - ๒.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)
    - ๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)
  - ๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ ๔๐)
  - ๔. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ ๙๕)
  - ๕. จำนวนชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)
  - ๖. จำนวนที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๖,๐๐๐ ราย และรากฟันเทียม ๓,๕๐๐ ราย ทั่วประเทศ)

<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	๑. นางปิยะดา มุทวัน	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร ๐๘๔ ๒๗๙ ๘๘๖๘	E-mail :	<a href="mailto:pyt.2519@gmail.com">pyt.2519@gmail.com</a>
	๒. นางจิราพร สารระวะ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร ๐๘๖ ๘๖๒ ๘๗๘๒	E-mail :	<a href="mailto:gmo0aoun@gmail.com">gmo0aoun@gmail.com</a>

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แล้วซึ่งในปี ๒๕๖๖ เป็นปีแรกที่รุ่นเกดล้านเข้าสู่วัยสูงอายุถึงร้อยละ ๒๐ ของสัดส่วนวัยแรงงาน จากรายงานสถานการณ์ประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่สัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน ส่งผลให้อัตราส่วนการเป็นภาระซึ่งหมายถึงการที่ประชากรวัยแรงงานอายุ ๑๕-๕๙ ปี ต้องรับภาระในการดูแลประชากรในวัยอื่นๆ โดยอัตราส่วนการเป็นภาระรวมอยู่ที่ ๕๐.๐ หมายถึง ประชากรวัยทำงาน ๑๐๐ คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและคนชราประมาณ ๕๐ คน สัดส่วนการเจริญพันธุ์โดยรวมอยู่ที่ประมาณ ๑.๑ ต่อสตรี ๑ คน ทำให้เกิดความท้าทายในการกำหนดนโยบายขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ลดปัญหาภาวะพึ่งพิงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

อำเภอแกดามีจำนวนประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๕,๗๔๑ คน ร้อยละ ๑๘.๓๑ ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๕,๙๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๑๙ และ ปี ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้สูงอายุ ๖,๖๔๐ คน ร้อยละ ๑๙.๔๕ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรงพยาบาลแกดามีจึงได้จัดทำแนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี ภายใต้แนวคิด “คนแกดามีทอดทิ้งกัน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ” เป็นประเด็นหนึ่งในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอแกดามี มาตั้งแต่ปี ๒๕๖๑

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประเด็น “คนแกดามีทอดทิ้งกัน ดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ”

๑.๒.๒ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อดูแลผู้สูงวัย Care manager (CM) และ Care giver (CG)

๑.๒.๓ อบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้สูงวัยตามหลักสูตร “ไม่ล้ม ไม่สิ้น ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแช่บ”

๑.๒.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงวัย ครอบคลุมทุกตำบล

๑.๒.๕ ดำเนินงานคัดกรองสถานะสุขภาพ คัดกรองกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข

๑.๒.๖ จัดทำแผนและให้การดูแลสุขภาพผู้สูงวัย Care plan ร่วมกับ CM ๒ CG และชุมชน

๑.๒.๗ พัฒนาคุณภาพการบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแกดามี เพื่อรองรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

๑.๒.๘ ให้บริการคัดกรองสุขภาพจิต ตรวจการมองเห็น คัดกรองต่อกระจก ตรวจสุขภาพช่องปาก บริการฟันเทียม ประเมินสุขภาพทางการเคลื่อนไหว การออกใบรับรองความพิการ และจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุและผู้พิการในสถานบริการ

๑.๒.๙ โรงพยาบาลแกดามีการส่งเสริมการทำงานในกลุ่มผู้สูงวัย โดยมีการจ้างงานผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี ให้ทำงานในโรงพยาบาลแกดามี

๑.๒.๑๐ บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับประเด็นของขวัญปีใหม่ ปี ๒๕๖๖ จังหวัดมหาสารคาม และ ๘ ประเด็นในโอกาสครบรอบการก่อตั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

#### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานเพื่อพัฒนาและยกระดับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่พึงพิงได้รับการดูแลตาม Care plan ร้อยละ ๑๐๐ ข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้าน

พบผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในช่องปากมากที่สุด ร้อยละ ๒๒.๘๘ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน ๔๑๐ คน ร้อยละ ๘.๐๙ มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม จำนวน ๗๓๒ คน ร้อยละ ๑๔.๔๔ มีผู้สูงอายุได้รับการใส่ฟันเทียมมากกว่าเป้าหมายถึงจำนวน ๔๑ ราย (ร้อยละ ๑๒๘.๑๓) ดังตารางที่ ๕๖

ตารางที่ ๕๖ ผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๑๐๐)	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐	๑	๑๐๐
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ ๙๕)	๔๙๗ / ๕๖๔	๙๓.๓๖	๕๘๙ / ๕๘๙	๑๐๐	๕๘๒ / ๕๖๖	๙๗.๒๕
๓. จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๒ ราย และรากฟันเทียม ๒ ราย)	๓๐/๓๑ N/A	๑๐๓.๓ N/A	๓๖/๓๖ N/A	๑๐๐ N/A	๓๒/๔๑ ๒/๑	๑๒๘.๑๓ ๕๐.๐
๔. ชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการด้านสุขภาพ (๑ ชมรม/ตำบล)	๕	๑๐๐	๕	๑๐๐	๕	๑๐๐

ตารางที่ ๕๗ ผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอแกดดำ ปี ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด / เป้าหมาย	๒๕๖๖		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) (ร้อยละ ๔๐)	๖,๐๕๘	๔๙๕	๘.๑๗
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ <u>สมองเสื่อม</u> และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๔๑๐	กำลังดำเนินการ	
๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะหกล้ม</u> และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๗๓๒	กำลังดำเนินการ	

ตารางที่ ๕๘ ผลการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (รายด้าน) อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๖

ความเสี่ยงด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๖,๖๔๐ คน)	๒๕๖๖		
	จำนวนที่ คัดกรอง	จำนวนที่พบ ความเสี่ยง	ร้อยละ
๑. ด้านสุขภาพในช่องปาก	๕,๐๗๐	๑,๑๖๐	๒๒.๘๘
๒. ด้านการมองเห็น		๗๙๓	๑๕.๖๔
๓. ด้านการเคลื่อนไหว		๗๓๒	๑๔.๔๔
๔. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน		๔๕๔	๘.๙๕
๕. ด้านความคิด ความจำ		๔๑๐	๘.๐๙
๖. ด้านการได้ยิน		๓๙๙	๗.๘๗
๗. ด้านการกลืนปัสสาวะ		๓๒๗	๖.๔๕
๘. ด้านภาวะขาดสารอาหาร		๒๙๒	๕.๗๖
๙. ด้านสุขภาพจิต (ซึมเศร้า)		๑๒๙	๒.๕๔
รวม	๕,๐๗๐	๔,๖๙๖	๙๒.๖๒

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๕๙ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานยกระดับบริการผู้สูงอายุ อำเภอแกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- คลินิกผู้สูงอายุ - ผู้สูงอายุ ๗๐ ปี ไม่มีคิว - การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงวัย - การดูแลตาม care plan	- ดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ในชุมชน - การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงเข้ารับการดูแลรักษาในคลินิก
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลขั้นสูง สาขาการดูแลผู้สูงอายุ ๑ คน - มีพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวรับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ และเครือข่าย รพ.สต. แห่งละ ๑ คน	- จัดอบรม อสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็น Care giver เพิ่มเติม

ตารางที่ ๕๙ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Hosxp ฐานข้อมูล HDC,</li> <li>- การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน Thai MMSE</li> <li>- การบันทึกข้อมูลการประเมินในระบบออนไลน์ Bluebook</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการบันทึกข้อมูลในระบบ Bluebook แก่บุคลากรผู้ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ไม้เท้า สำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะการหกล้ม</li> <li>- ให้บริการใส่ฟันเทียม รากฟันเทียม กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาฟัน</li> <li>- สนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้กับผู้สูงอายุ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการกับประเด็น “ผู้สูงวัยกับไม้เท้ากายสิทธิ์” สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มและการฝึกการเคลื่อนไหว</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งบประมาณกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว Long term care จาก สป.สช.</li> <li>- งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บริหารจัดการงบประมาณตามแผนและกิจกรรม อย่างมีประสิทธิภาพ</li> </ul>
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุตามนโยบาย</li> <li>- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</li> <li>- มีการกำกับติดตามการทำงานด้วยตัวชี้วัด และการประเมินผล</li> </ul>

ตารางที่ ๕๙ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- ประชาชนและชุมชนให้ความสำคัญในการช่วยกันดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและให้การสนับสนุน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ - มีชมรมผู้สูงอายุขับเคลื่อนกิจกรรมของผู้สูงอายุ ครอบคลุมทุกตำบล	- ประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจกับเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกตำบล

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๖๐ เป้าหมายการดำเนินงานเพื่อยกระดับบริการผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Wellness Plan) (ร้อยละ ๔๐)	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ <u>สมองเสื่อม</u> และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
๓. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิด <u>ภาวะทกล้ม</u> และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan (ร้อยละ ๙๕)	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
๕. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม (ฟันเทียม ๓๒ ราย และรากฟันเทียม ๒ ราย)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาศักยภาพคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลแกด้า ให้มีคุณภาพและได้มาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข เพื่อรองรับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ

๓.๑.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพื้นที่ต้นแบบการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในชุมชน

๓.๑.๓ ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ จัดหาไม้เท้าให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพด้านการเคลื่อนไหว และแว่นตาให้กับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการมองเห็น

๓.๑.๔ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพและมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยการประเมิน ADL เป็นพื้นฐาน

๓.๑.๕ บูรณาการขับเคลื่อนงานตามประเด็น ๘๘ ปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๓.๑.๖ วางแผนการแก้ปัญหาการคัดกรองสุขภาพ ๙ ด้านที่สำคัญ คือ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการมองเห็น และด้านสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุ

๓.๑.๗ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน









## ประเด็นที่ ๒ Digital Health

### ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

- ตัวชี้วัดที่ ๑ จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๑๐๐)
- ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ
- ตัวชี้วัดที่ ๓ ร้อยละเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

## Functional Based

**ประเด็นที่ ๒** : Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)  
**ตัวชี้วัดที่** : ๑. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด  
๒. ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มีดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ

**ผู้รับผิดชอบ** ๑. นางสาวภาวิณี หอมทอง ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ  
เบอร์โทร. ๐๘๖ ๗๑๓ ๑๓๑๑ E-mail : kaedam.h๑๑๐๕๑@gmail.com  
๒. นายอนุพงษ์ ติตะ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์  
เบอร์โทร. ๐๙๒-๔๕๖๙๔๖ E-mail : anupong.p.tita@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คือการจัดการระบบให้บริการคำปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างสถานพยาบาลหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS : Hospital Information System) รหัสมาตรฐานแฟ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ การบริการการแพทย์ทางไกล Telehealth/Telemedicine” บริการการแพทย์ทางไกลในตัวชี้วัดนี้ ครอบคลุมผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน รหัส ๑B๑๒๘๑ ผู้ป่วยติดเตียง รหัส ๑B๑๒๘๒ จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E๑๐-E๑๔ โรคความดันโลหิตสูง รหัส I๑๐-I๑๕ จากรหัส ICD - ๑๐ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases : NCD) โดยอำเภอแกดำได้ดำเนินการ ดังนี้

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ จัดเตรียมบุคลากรสนับสนุนบริการดิจิทัลทางการแพทย์ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานในรูปแบบคณะทำงานจากกลุ่มที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาล

๑.๒.๒ จัดเตรียมข้อมูลของผู้ป่วยที่สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลได้ตามเกณฑ์ ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยงาน NCDs จัดกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการ Telemedicine งานประกันสุขภาพ ดูแลเรื่องการเบิกจ่ายเงินทดแทนค่าบริการที่เกิดขึ้น รวมทั้งการจัดเตรียมสถานที่สำหรับให้บริการแพทย์ทางไกลที่เป็นเอกเทศ

๑.๒.๓ มีการจัดสรรบุคลากรเป็นทีมงานในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ด้วยบุคลากรที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อปฏิบัติหน้าที่เร่งรัดการจัดบริการสุขภาพดิจิทัลการแพทย์ทางไกลและอื่นๆ

๑.๒.๔ ติดตั้งระบบสารสนเทศ Telemedicine / Telehealth ผ่านระบบโปรแกรม Cisco Webex และ Line. VDO CALL เป็นระบบหลัก และ DMS Telemedicine ทุกโรงพยาบาล

๑.๒.๕ จัดวางระบบการดำเนินงานภายในโรงพยาบาลให้สามารถเชื่อมโยงการบริการกับหน่วยบริการเครือข่าย หรือจากชุมชน ให้มีประสิทธิภาพ รองรับการเปิดให้บริการได้เมื่อมีความพร้อม

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

### อยู่ในระหว่างการเตรียมความพร้อม ยังไม่เปิดให้บริการ

ในส่วนการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนคนไทยมีดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID) เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ โรงพยาบาลแกด้า ได้ดำเนินการในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขจำนวนทั้งหมด ๑๕๔ คน ลงทะเบียนดิจิทัลไอดีแล้ว ๑๓๗ คน (ร้อยละ ๘๘.๙๗) และอยู่ในระหว่างการวางแผนเพื่อดำเนินการในส่วนของภาคประชาชนในชุมชน ดังตารางที่ ๖๑

ตารางที่ ๖๑ ผลการดำเนินงานลงทะเบียนดิจิทัลไอดี ของบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน อำเภอแกด้า

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนทั้งหมด	ผลงานการลงทะเบียน D. ID.	ร้อยละ
บุคลากรสาธารณสุข (ร้อยละ ๕๐)	๑๕๔	๑๓๗	๘๘.๙๗
ประชาชน (ร้อยละ ๑๐)	๒๗,๙๖๖	๒๑๘	๐.๗๘

## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๖๒ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน Digital Health Care อำเภอแกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยู่ในระหว่างการเตรียมการทั้งในด้านบุคลากรผู้ปฏิบัติ สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> <li>- มีการวางแผนและกำหนดแนวทางการลงทะเบียน ดิจิทัล ไอดี ในกลุ่มประชาชน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงาน และจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงานให้พร้อม</li> <li>- มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>

ตารางที่ ๖๒ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- การแต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วย บุคลากรที่เกี่ยวข้องจากกลุ่มงานใน รพ.แกดดำ และเครือข่าย รพ.สต.	- การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่คณะทำงาน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม HoS-Xp ที่สามารถเชื่อมโยงและนำมาใช้ประโยชน์ได้ง่าย	- มีการสรุปข้อมูลผลการดำเนินงานเพื่อการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มีวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีในการดำเนินงานที่เพียงพอ ตามความจำเป็นของระบบ	- สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นให้กับระบบ
๕	การเงิน (Financing)	- มีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	- สนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการระบบ ให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุน และให้คำแนะนำปรึกษาในการทำงานด้วยดี - มีการ ควบคุม กำกับ ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานเป็นประจำทุกเดือน	- คณะทำงานมาจากหลายหน่วยงานภายในเครือข่าย - ต้องมีระบบการประสานงาน และระบบการเชื่อมโยงข้อมูล ที่มีประสิทธิภาพ



ตารางที่ ๒๒ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาควิเคราะห์ และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการประชุมชี้แจงการดำเนินงาน แก่ ผู้นำชุมชน และ อสม. เพื่อให้ ความร่วมมือและเป็นส่วนหนึ่งของ ระบบการดำเนินงานในชุมชนต่อไป	- การประชุมชี้แจงแนวทางการ ดำเนินงานร่วมกับภาควิเคราะห์ใน ชุมชน

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๒๓ เป้าหมายการดำเนินงานบริการแพทย์ทางไกล และลงทะเบียนดิจิทัลไอดี

ที่	ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย				
			๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	การให้บริการแพทย์ทางไกล Telemedicine	จำนวนครั้ง	๕๐	๑๐๐	๑๕๐	๒๐๐	๓๐๐
๒	บุคลากรสาธารณสุข มี D> ID.	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐	๑๐๐
๓	ประชาชน มี D> ID.	ร้อยละ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เร่งรัดการดำเนินงานตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนด

๓.๑.๒ พัฒนาระบบเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยทางไกลด้วย Telemedicine

๓.๑.๓ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน ด้วย บริการแพทย์

ทางไกล Telemedicine

๓.๑.๔ เร่งรัดการลงทะเบียนดิจิทัลไอดี ในกลุ่มประชาชนคนไทยให้ได้ตามเป้าหมาย

๓.๑.๕ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## Functional Based

**ประเด็นที่ ๒** : Digital Health (ระบบข้อมูลสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์)  
**ตัวชี้วัดที่** : ๓. ร้อยละของเขตสุขภาพที่ใช้ระบบ AI DR Screening ในการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา

**ผู้รับผิดชอบ** ๑. นางสาวสมพิศ เพ็ญเกษ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๑ ๒๖๓ ๓๔๖๕ E-mail : Sompitting@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เบาหวานขึ้นตา (Diabetic retinopathy) คือ ภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ส่งผลต่อดวงตา สามารถเกิดขึ้นได้กับคนที่ เป็นเบาหวานชนิดที่ ๑ หรือชนิดที่ ๒ ยิ่งเป็นเบาหวานนานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โอกาสที่จะเป็นเบาหวานขึ้นตาก็จะยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น เมื่อเวลาผ่านไป น้ำตาลในเลือดมากเกินไปอาจนำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่หล่อเลี้ยงเรตินา (Retina) ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่ได้ ส่งผลให้ดวงตาพยายามสร้างเส้นเลือดใหม่ แต่หลอดเลือดใหม่เหล่านี้พัฒนาอย่างไม่ถูกต้องและอาจรั่วไหลได้ง่าย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานตาบอดได้มากกว่าคนปกติถึง ๒๕ เท่า

โรงพยาบาลแกด้า มีการดำเนินงานคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ในผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นประจำทุกปี โดยได้จัดทำแผนการคัดกรองร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. ในพื้นที่ จำนวน ๘ แห่ง นั้วันและเวลา ให้ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนเอง เข้ามารับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ที่คลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลแกด้า ซึ่งให้บริการตรวจด้วยเครื่องตรวจ Fundus camera จำนวน ๒ เครื่อง แล้วมีการบันทึกข้อมูลผลการตรวจลงในระบบ HOS-XP PCU กรณีตรวจพบความผิดปกติ จะส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจยืนยันและการวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์ ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้องต่อไป ในปี ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเบาหวานขึ้นจอประสาทตา จำนวน ๑,๖๘๙ ราย จากจำนวนเป้าหมาย ๒,๓๘๒ ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมในการคัดกรอง ร้อยละ ๗๐.๙๑ และพบความผิดปกติจำแนกเป็น Mild DR. ร้อยละ ๖.๒๗ Moderate DR. ร้อยละ ๑.๘๙ และ Severe DR. ร้อยละ ๑.๖๕

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ **สำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของ รพ.แกด้า และเครือข่าย รพ.สต. ทุกแห่ง**

๑.๒.๒ **จัดทำแผนการตรวจคัดกรองของผู้ป่วยแต่ละสถานบริการ เพื่อการประสานแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง**

๑.๒.๓ ให้บริการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตาด้วย Fundus camera ตามแผนที่กำหนด และบันทึกข้อมูลผลการตรวจลงในระบบ Hos-XP PCU

๑.๒.๔ กรณีตรวจพบความผิดปกติ จะทำการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจ วินิจฉัย และรับการรักษาที่ถูกต้อง กับจักษุแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาสารคามต่อไป

๑.๒.๕ ติดตามผลการรักษาและดูแลต่อเนื่องหลังการส่งกลับ

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ด้วย Fundus camera ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า มีผลการตรวจคัดกรอง สูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ ๖๐ ทั้ง ๓ ปี และในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ตรวจพบความผิดปกติ ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจยืนยันและการรักษาที่ โรงพยาบาลมหาสารคาม ทุกราย ดังตารางที่ ๖๔

ตารางที่ ๖๔ ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ที่	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔			๒๕๖๕			๒๕๖๖		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ( $\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๒,๐๘๔	๑,๕๘๓	๗๕.๙	๒,๒๒๘	๑,๙๒๕	๘๖.๔	๒,๓๘๒	๑,๖๘๙	๗๐.๙
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการยิงเลเซอร์ภายใน ๓๐ วัน ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๑๔	๑๔	๑๐๐	๖	๖	๑๐๐	๔๑	๔๑	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๒๕ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้บริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี</li> <li>- มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลการตรวจผิดปกติ ไปรับการตรวจ รักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดทำแผนการให้บริการร่วมกับสถานบริการในเครือข่าย ทุกแห่ง ทุกปี</li> <li>- กรณีตรวจพบความผิดปกติ จะส่งไปรับการตรวจยืนยันและรักษากับจักษุแพทย์ ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คลินิกโรคเรื้อรัง NCD รพ.แกด้ามีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ๔ คนซึ่งไม่เพียงพอต่อภาระงานให้บริการผู้ป่วย ที่เพิ่มขึ้น</li> <li>- รพ.สต. มีพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบงาน แห่งละ ๑ คน ปัจจุบันได้ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด อบจ.มหาสารคาม ทำให้การประสานงานไม่คล่องตัวเหมือนเดิม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการแผนงานและกิจกรรมให้เหมาะสมกับช่วงเวลาและบริบทของพื้นที่</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เดิมมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HoS-Xp PCUที่สามารถเชื่อมโยงกันและดูได้ทุกที่ ทุกเวลา บันทึกง่าย สามารถสรุปข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์ได้ง่าย แต่ในปัจจุบัน รพ.สต. เปลี่ยนไปใช้โปรแกรม My Pcu ทำให้ไม่สะดวกในการเรียกดูข้อมูล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประสานระบบข้อมูลจาก HCD ในภายหลังเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล</li> </ul>

ตารางที่ ๖๕ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มี Fundus camera จำนวน ๒ เครื่อง ในการให้บริการตรวจ	- จัดทำแผนการใช้กล้องในการให้บริการตรวจคัดกรอง ร่วมกับ เครือข่าย รพ.สต.
๕	การเงิน (Financing)	- มีการบูรณาการงบประมาณ ร่วมกับ งานประจำ และ งบประมาณจากกองทุน NCD สป.สช.	- ขอสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. ในการรับ-ส่ง ผู้ป่วยมารับการตรวจ
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุน และให้คำแนะนำปรึกษาในการทำงานเป็นอย่างดีตามกำลัง - คณะทำงานมีการติดตามควบคุม กำกับ และประเมินผลเป็นประจำทุกเดือน	- .บูรณาการในการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นในเครือข่าย - .พัฒนาระบบข้อมูลให้สามารถเชื่อมต่อและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างครอบคลุม
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีเครือข่ายการทำงานในชุมชนให้ความร่วมมือในการนัดและติดตามผู้ป่วย ตลอดจนการนำส่งผู้ป่วยมารับการตรวจคัดกรอง - ผู้นำชุมชน และ อสม. ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานในชุมชนอย่างเข้มแข็ง	- การประชุมจัดทำแผนงาน โครงการร่วมกับภาควิชาเครือข่ายในชุมชน



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๖๖ เป้าหมายการดำเนินงานคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ( $\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการยิงเลเซอร์ภายใน ๓๐ วัน ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาพื้นที่ต้นแบบชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

๓.๑.๒ พัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยด้วย Telemedicine

๓.๑.๓ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการตรวจคัดกรอง รวมทั้ง อสม. ในการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน

๓.๑.๔ ส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติไปรับการตรวจยืนยันและรับการรักษาที่ถูกต้องกับจักษุแพทย์ โรงพยาบาลมหาสารคาม

๓.๑.๕ จัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในกรณีรับกลับ ในผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาจากโรงพยาบาลมหาสารคาม

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน







## ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

### ลดป่วย ลดตาย

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ
- ตัวชี้วัดที่ ๒ ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง
- ตัวชี้วัดที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย จากโรคมะเร็ง (มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ใหญ่  
ลำไส้ตรง, มะเร็งช่องปาก)

## Functional Based

**ประเด็นที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

**หัวข้อที่ ๑** : ลดป่วย ลดตาย

**ตัวชี้วัดที่** : ๑. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

๑.๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๙.๖/แสนประชากร)

๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)

๑.๓ ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI. ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

๑.๔ การตรวจติดตามยืนยันกลุ่มวินิจฉัยสงสัยผู้ป่วยโรคเบาหวาน (≥ ร้อยละ ๗๐)

๑.๕ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (≥ ร้อยละ ๔๐)

๑.๖ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๓๐)

๑.๗ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl (≥ ร้อยละ ๕๐)

**ผู้รับผิดชอบ**

๑. นางสาวชญาดา สร้อยชมพู	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
เบอร์โทร. ๐๘๗ ๖๔๐ ๒๕๕๗	E-mail :	Chayada.daga@gmail.com
๒. นางวรรณศิกา ภูจอมใจ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
เบอร์โทร. ๐๙๕ ๖๕๑ ๓๔๙๑	E-mail :	wansikapadtarapo@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ได้ตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ และมีการส่งต่อผู้ป่วย (Refer by pass) ไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิต จังหวัดขอนแก่น โดยระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิต ใช้เวลาเดินทางเฉลี่ย ๑ ชั่วโมง ๓๐ นาที ซึ่งในขณะที่รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลแกด้า แพทย์จะให้การดูแลเบื้องต้นก่อนที่ส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิต และในระหว่างนั้นจะใช้ระบบ consult ผ่านทางกลุ่ม line “ Refer MHK STEMI ” ซึ่งมีแพทย์เฉพาะทางในกลุ่ม Line คอยให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ มีผู้ป่วย STEMI จำนวน ๗ ราย, ๘ ราย, ๑๒ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ และได้มีการให้ละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) แก่ผู้ป่วยดังกล่าว จำนวน ๒ ราย, ๒ ราย, ๔ ราย และ ๓ ราย ตามลำดับ ภายใน ๓๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย จำนวน ๒ ราย, ๒ ราย, ๔ ราย และ ๒ ราย ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามีการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่าน ๑๖๖๙ ก่อนข้างน้อยหรือร้อยละ ๘.๓๐ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยบางรายต้องรอญาติเสียก่อนจึงมารักษาที่โรงพยาบาลได้ หรือบางรายมีรถยนต์ส่วนตัวก็เดินทางมาด้วยรถยนต์ของตนเอง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ สำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของ รพ.แกด้า และเครือข่าย รพ.สต. ทุกแห่ง
  - ๑.๒.๒ จัดทำแผนการตรวจคัดกรองของผู้ป่วยแต่ละสถานบริการ เพื่อการประสานแจ้งให้ผู้ป่วยเข้ามารับการตรวจที่คลินิกโรคเรื้อรัง
  - ๑.๒.๓ บูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับ Service plan สาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ
  - ๑.๒.๔ การประชุมชี้แจงแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องภายในเครือข่าย เพื่อถ่ายทอดนโยบายไปสู่การปฏิบัติทุกระดับ
  - ๑.๒.๕ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย แบบ Fast Track และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
  - ๑.๒.๖ รมรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงอาการสำคัญของการเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙
  - ๑.๒.๗ คัดกรอง CVD risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป และรณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
  - ๑.๒.๘ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย การให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น
  - ๑.๒.๙ ประชุมทบทวนและถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อการกำหนดแผนงานและกิจกรรมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาต่อไป

#### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกด้า ในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ ๖๗.๓๙, ๓๘.๐๙ และ ๔๘.๘๑ ตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐, ๑๐๐ และ ๖๖.๖ ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ ๒๗.๑๖, ๒๔.๖๔ และ ๒๖.๕๕ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๖๗

ตารางที่ ๒๗ ผลการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ปีงบประมาณ)		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจ	< ๙.๖ / แสน ปชก.	๖๗.๓๙	๓๘.๐๙	๔๙.๘๑
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	๐	๐	๐
๓. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ ๖๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๖.๖๖
๔. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๗๐	NA	๘๔.๑๙	๕๔.๗๙
๕. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ร้อยละ ๔๐	๒๗.๑๖	๒๔.๖๔	๒๖.๕๕
๖. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	≥ ร้อยละ ๓๐	NA	NA	กำลังดำเนินการ
๗. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	≥ ร้อยละ ๕๐	NA	NA	๓๓.๓๐

## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๒๘ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเรียกใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชนต่ำกว่าเป้าหมาย</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การประเมินอาการ ก่อนการส่งมารับการรักษาที่ รพ. และการประสานงานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ยังขาดประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และใช้บริการ ๑๖๖๙</li> <li>- การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ทุกหน่วย ในการประเมินอาการ แรกรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด และการประสานส่งต่อ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</li> <li>- พัฒนาความรู้และทักษะของแพทย์พยาบาล ในการคัดกรองการวินิจฉัย STEMI</li> <li>- จัดทำระบบการส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรยังขาดทักษะในเรื่องการประเมินอาการ/การคัดกรองผู้ป่วย STEMI</li> <li>- บุคลากรยังขาดความรู้ ทักษะการบริหารยา SK และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา</li> <li>- บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย STEMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการประเมิน การดูแลผู้ป่วย STEMI และการบริหารยา SK</li> <li>- การทบทวน Case การดูแลผู้ป่วยในรายที่ไม่ได้มาตรฐาน</li> <li>- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมเครือข่าย ของสหวิชาชีพ</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบข้อมูลในการบริการที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายได้ทุกแห่ง</li> <li>- มีระบบการให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยขณะให้การรักษาที่ รพ. และขณะนำส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน</li> <li>- เน้นการประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง ผ่านช่องทางสื่อสารหลากหลายรูปแบบ</li> </ul>

ตารางที่ ๖๘ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มียาละลายลิ้มเลือด ที่เพียงพอ และมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัย พร้อมต่อการใช้งานอย่างเพียงพอ จะทำให้เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิต ของผู้ป่วยได้มากขึ้น	- จัดหายาและเวชภัณฑ์ในการ ให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ - เพิ่มกรอบรายการยา SK, Plavix, Warfin, Levophed เพื่อให้บริการ แก่ผู้ป่วย - จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ จำเป็น เช่น Monitor / EKG
๕	การเงิน (Financing)	- มีงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อสนับสนุนการจัดบริการผู้ป่วย อย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้ง จากงบลงทุน และงบเงินบำรุง	- การจัดทำแผนงานเพื่อการใช้จ่าย งบประมาณ เป็นประจำทุกปี - ,สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนา ด้านวิชาการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการ ดำเนินงาน เนื่องจากเป็นนโยบาย ที่สำคัญของกระทรวงฯ และเป็น ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของ ประชาชน - ขยายเครือข่ายในการดำเนินงาน ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้มากขึ้น	- บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นใน การให้ความรู้ และให้การดูแลผู้ป่วย โรคหัวใจและหลอดเลือด - ผลักดันปัญหาไปสู่การขับเคลื่อน การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับ อาการและการดูแลผู้ที่มีอาการ สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจเบื้องต้น	- เพิ่มประชาสัมพันธ์เพื่อการสื่อสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ให้กับประชาชนได้รับรู้ - พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน อสม. หน่วยกู้ชีพกู้ภัย โดยการจัด อบรมฟื้นฟู BLS ให้กับ อสม. CG, เพื่อเฝ้าระวังปัญหาในชุมชน



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๖๙ เป้าหมายการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากรแสนคน	๙.๖	๙.๖	๙.๖	๙.๖	๙.๖
๒	๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI	๙ %	๙ %	๙ %	๙ %	๙ %
	๓. ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หรือได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๔. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
	๕. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
	๖. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๗. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนส่งต่อไปรับการรักษา

๓.๑.๒ พัฒนาและจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการให้บริการและดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและขณะนำส่งต่อผู้ป่วย ให้พร้อมใช้งานอย่างเพียงพอ

๓.๑.๓ บูรณาการความร่วมมือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

๓.๑.๔ พัฒนาองค์ความรู้และศักยภาพของบุคลากรเครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม ในการตรวจคัดกรองและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในสถานบริการและในชุมชน

๓.๑.๕ เน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เข้าถึงประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

๓.๑.๖ จัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในกรณีรับกลับมาเพื่อส่งต่อสู่ชุมชน

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## Functional Based

- ประเด็นที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ
- หัวข้อที่ ๑** : **ลดป่วย ลดตาย**
- ตัวชี้วัดที่** : ๒. ลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง
- ๒.๑ อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (๔๑.๑/แสนประชากร)
  - ๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke I๖๐ – I๖๙) (< ร้อยละ ๗)
  - ๒.๓ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที
  - ๒.๔ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐ – I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ( $\geq$  ร้อยละ ๘๐)
  - ๒.๕ การตรวจติดตามยืนยันการวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ( $\geq$  ร้อยละ ๙๓)
  - ๒.๖ ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP)  $\geq$  ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP)  $\geq$  ๑๑๐ มม.ปรอท จากการวัดความดันโลหิตซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) ( $\geq$  ร้อยละ ๒๕)
  - ๒.๗ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$  ร้อยละ ๖๐)
  - ๒.๘ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ (ร้อยละ ๓๐)
  - ๒.๙ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน (I๖๓) ที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL น้อยกว่า ๑๐๐ mg/dl ( $\geq$  ร้อยละ ๑๕)

<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	๑. นางนวรรตน์ บุญนาน	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๙๗ ๙๒๔๕ ๕๙๖๔.	E-mail :	ch.wv@hotmail.com
	๒. นางพันธิพา จันทร์ศรี	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๘๙ ๘๔๒๕ ๑๔๒..	E-mail :	<a href="mailto:Phonnurse๔๑๑๙@gmail.com">Phonnurse๔๑๑๙@gmail.com</a>
	๓. นางปิยะดา มุทาวิน	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๘๔ ๒๗๙ ๘๘๖๘	E-mail :	piyt.2519@gmail.com
	๔. นางวรรตिका ภูจอมใจ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๙๕ ๖๕๑ ๓๔๙๑	E-mail :	wansikapadtarapo@gmail.com
	๕. นางสาวธนัท ปุริทาสังข์	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
	เบอร์โทร. ๐๘๕ ๗๕๒๙ ๔๕๖	E-mail :	wptclinic@gmail.com

## ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง จากสถิติข้อมูล การให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลแกด้า ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า มีจำนวน ผู้ป่วย Stroke รายใหม่ เท่ากับ ๕๕ ราย, ๖๕ ราย และ ๕๖ ราย ตามลำดับ ไม่มีผู้เสียชีวิตทั้ง ๓ ปี พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ ๖๗.๕๕, ๗๒.๔๒ และ ๗๐.๘๓ ตามลำดับ และกลับมาเป็นซ้ำ ร้อยละ ๔.๖๕, ๑๓.๘๐ และ ๒.๐๘ ตามลำดับ โรงพยาบาลแกด้า มีเตียงสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Inter median care : IMC) จำนวน ๔ เตียง ซึ่งสามารถให้การดูแลต่อเนื่องกรณีรับรีเฟอรัลกลับ (Refer back) จากโรงพยาบาลมหาสารคามได้

จากการทบทวนสถานการณ์และการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า มีจำนวน ผู้ป่วย Stroke รายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดัน โลหิตสูง แต่มีจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ Stroke fast track น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งพบปัญหา เกิดจากคิดว่า อาการที่เป็นไม่ใช่โรคหลอดเลือดสมอง ไม่มีญาติหรือใครพามาโรงพยาบาล (กรณีผู้สูงอายุ อยู่ตามลำพังหรืออยู่กับหลานที่ยังเล็ก) รอดูอาการก่อนเพราะคิดว่าไม่ได้เป็นอะไรมาก เดียวค่อยไปหาหมอ ก็ได้ หรือผู้ป่วยบางรายไม่มีโทรศัพท์ของตนเองจึงไม่สามารถเรียกใช้บริการ EMS ๑๖๖๙ ได้

### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ รณรงค์ประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงอาการสำคัญของการ เจ็บป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ และการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๑.๒.๒ ประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในเครือข่าย ทุกคน

๑.๒.๓ ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงและจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อ เป็นการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๒.๔ การคัดกรอง CVD risk ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และ ติดตามเข้าสู่ระบบการรักษาในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย

๑.๒.๕ ดูแลกลุ่มที่มีการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ การเยี่ยมบ้าน HHC โดยทีมสหวิชาชีพ และการดูแลแบบ IMC Stroke Warfarin Clinic

๑.๒.๖ ในรายที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดหรือมีปัญหากล้ามเนื้อเคลื่อนไหวหรือแผลกดทับ จะให้การดูแลและติดตามเยี่ยมโดยนักรกายภาพบำบัดพร้อมทีมเยี่ยมบ้าน

๑.๒.๗ พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการดูแล ผู้ป่วยขณะนำส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่น

๑.๒.๘ ประชุมทบทวนและถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดแผนงานและ กิจกรรมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาต่อไป

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกด้า ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร เท่ากับ ๑๖๑.๑๗, ๑๘๗.๕๔ และ ๑๖๔.๑๐ ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าเป้าหมายที่กำหนด ๔๑.๑/แสนประชากร ประมาณ ๓ เท่า ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) มีอาการไม่เกิน ๒๗๐ นาที ได้รับการดูแลและส่งต่อ (Fast track) ร้อยละ ๔๔.๑๙, ๕๓.๔๔ และ ๔๗.๙๑ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปี ๒๕๖๕ และ ปี ๒๕๖๖ เท่ากับ ร้อยละ ๘๗.๗๘ และ ร้อยละ ๙๗.๘๓ ดังตารางที่ ๗๐

ตารางที่ ๗๐ ผลการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ปีงบประมาณ)		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง	๔๑.๑ ต่อแสน ปชก.	๑๖๑.๑๗	๑๘๗.๕๔	๑๖๔.๑๐
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke : I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗	๐	๐	๐
๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) ที่เข้าเกณฑ์ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ภายใน ๖๐ นาที	-	N/A	N/A	N/A
๔. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) มีอาการไม่เกิน ๒๗๐ นาที ได้รับการดูแลและส่งต่อ (Fast track)	≥ ร้อยละ ๗๐	๔๔.๑๙	๕๓.๔๔	๔๗.๙๑
๕. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke: I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๘๐	รพ.แกด้า ไม่มี Stroke Unit สำหรับให้บริการรักษาผู้ป่วย		
๖. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๙๓	N/A	๘๗.๗๘	๙๗.๘๓



ตารางที่ ๗๐ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ปีงบประมาณ)		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๗. ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) $\geq$ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) $\geq$ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการวัดความดันซ้ำใน โรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน)	$\geq$ ร้อยละ ๒๕	NA	NA	๐
๘. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	$\geq$ ร้อยละ ๖๐	๗๕	๖๕.๔๕	๖๑.๒๔
๙. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบัน สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้	ร้อยละ ๓๐	NA	NA	กำลังดำเนินการ
๑๐. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน(I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL มีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	$\geq$ ร้อยละ ๑๕	NA	NA	๓๓.๓๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๗๑ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย จากโรคหลอดเลือดสมอง

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเรียกใช้บริการผ่านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙ ของประชาชนต่ำกว่าเป้าหมาย</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินอาการก่อนการส่งมารับการรักษาที่ รพ. และการประสานงานของเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ยังขาดประสิทธิภาพ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับรู้และใช้บริการ ๑๖๖๙</li> <li>- การอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพ ทุกหน่วย ในการประเมินอาการแรกรับโรคหลอดเลือดสมองและการประสานส่งต่อ เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ</li> <li>- พัฒนาคำแนะนำและทักษะของแพทย์พยาบาล ในการคัดกรองการวินิจฉัย Stroke</li> <li>- พัฒนาระบบการส่งต่อ Fast track</li> </ul>

ตารางที่ ๗๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรยังขาดทักษะในเรื่องการประเมินอาการ/การคัดกรองผู้ป่วย Stroke</li> <li>- บุคลากรยังขาดความรู้ ทักษะการบริหารยา SK และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยา</li> <li>- บุคลากรยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย Stroke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการประเมิน การดูแลผู้ป่วย Stroke และการบริหารยา SK</li> <li>- การทบทวน Case การดูแลผู้ป่วยในรายที่ไม่ได้มาตรฐาน</li> <li>- ส่งเสริมการทำงานร่วมกันเป็นทีมเครือข่าย ของสหวิชาชีพ</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบข้อมูลในการบริการที่เชื่อมโยงกันภายในเป็นเครือข่ายได้ทุกแห่ง</li> <li>- มีระบบการให้คำปรึกษา ในการดูแลผู้ป่วยขณะให้การรักษาที่ รพ. และขณะนำส่งต่อ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน</li> <li>- เน้นการประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง ผ่านช่องทางสื่อสารหลากหลายรูปแบบ</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มียาละลายลิ่มเลือด ที่เพียงพอและมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ทันสมัยพร้อมต่อการใช้งานอย่างเพียงพอ จะทำให้เพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดหายาหรือเวชภัณฑ์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ</li> <li>- จัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น Monitor / EKG</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีงบประมาณในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการจัดบริการผู้ป่วยอย่างเพียงพอและเหมาะสม ทั้งจากงบลงทุน และงบเงินบำรุง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำแผนงานเพื่อการใช้จ่ายงบประมาณ เป็นประจำทุกปี</li> <li>- ,สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาด้านวิชาการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>



ตารางที่ ๗๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน เนื่องจากเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงฯ และเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชน</li> <li>- ขยายเครือข่ายในการดำเนินงานไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นในการให้ความรู้ และให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด</li> <li>- ผลักดันปัญหาไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)</li> </ul>
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการและการดูแลผู้ที่มีอาการสงสัยโรคหลอดเลือดสมองในเบื้องต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เน้นประชาสัมพันธ์เพื่อการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนได้รับรู้</li> <li>- พัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชน อสม. หน่วยกู้ชีพกู้ภัย โดยการจัดอบรมฟื้นฟู BLS ให้กับ อสม. CG, เพื่อเฝ้าระวังปัญหาในชุมชน</li> </ul>

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๗๒ เป้าหมายการดำเนินงานลดป่วย ลดตาย ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	๑. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรคหลอดเลือดสมอง (๔๑.๑ ต่อประชากรแสนคน)	๑๖๐	๑๓๐	๑๐๐	๗๐	๔๐
๒	๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke : 1๖๐-1๖๙)	< ๒ %	< ๒ %	< ๒ %	< ๒ %	< ๒ %

ตารางที่ ๗๒ (ต่อ)

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๓	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๓) มีอาการ ไม่เกิน ๒๗๐ นาที ได้รับการดูแลและส่งต่อ (Fast track) ( $\geq$ ร้อยละ ๗๐)	๕๐	๖๕	๗๐	๘๐	๙๐
๔	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke: I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ( $\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
๕	การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ( $\geq$ ร้อยละ ๙๓)	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕
๖	ผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) $\geq$ ๑๘๐ มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) $\geq$ ๑๑๐ มม.ปรอท จากการวัดความดันซ้ำในโรงพยาบาล และได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง (ภายใน ๗ วัน) ( $\geq$ ร้อยละ ๒๕)	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕
๗	ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ( $\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
๘	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปัจจุบัน สูบบุหรี่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ( $\geq$ ร้อยละ ๓๐)	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๙	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL มีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl ( $\geq$ ร้อยละ ๑๕)	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ให้มีความรู้และทักษะในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนส่งต่อไปรับการรักษา

๓.๑.๒ พัฒนาและจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการให้บริการและดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่โรงพยาบาลและขณะนำส่งต่อผู้ป่วย ให้พร้อมใช้งานอย่างเพียงพอ

๓.๑.๓ บูรณาการความร่วมมือร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ

๓.๑.๔ พัฒนานองค์ความรู้และศักยภาพของบุคลากรเครือข่าย รพ.สต. ผู้นำชุมชน อสม ในการตรวจคัดกรองและการเฝ้าระวังผู้ป่วยในสถานบริการและในชุมชน

๓.๑.๕ เน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อให้เข้าถึงประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น

๓.๑.๖ จัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ในกรณีรับกลับมาเพื่อส่งต่อสู่ชุมชน

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## Functional Based

- ประเด็นที่ ๓ : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ  
หัวข้อที่ ๑ : ลดป่วย ลดตาย (มะเร็งปากมดลูก)  
ตัวชี้วัดที่ : ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  
: ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy

ผู้รับผิดชอบ	๑. นางปิยะดา มุทาวิน	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๘๔ ๒๗๙ ๘๘๖๘	E-mail :	piyt.2519@gmail.com
	๒. นางแพรวนภา ภูประทำ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๖๓ ๙๖๕ ๓๕๘๗	E-mail :	Praw190529@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) มีพื้นที่รับผิดชอบในการบริการด้านสุขภาพ จำนวน ๖ ตำบล ๙๘ หมู่บ้าน มีประชากรรวมทั้งสิ้น ๓๕,๔๘๒ คน มีสถานบริการสาธารณสุขประกอบด้วย โรงพยาบาลแกด้า ขนาด ๓๐ เตียง จำนวน ๑ แห่ง เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย (CUP) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย จำนวน ๘ แห่ง (ปัจจุบันถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง ๘ แห่ง) จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา มีกลุ่มสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงเล็กน้อยจากการมารับการตรวจสุขภาพประจำปีเท่านั้น ต่อมาสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติขึ้น โดยมีเป้าหมายให้หญิงไทยที่มีอายุระหว่าง ๓๐ - ๖๐ ปีทั่วประเทศ มารับการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจแบบ PAP Smear และเปลี่ยนมาใช้วิธีการตรวจแบบ HPV DNA Test อย่างเต็มรูปแบบในปี ๒๕๖๖ พร้อมกับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองด้วย

จากการดำเนินงานรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ ที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มเป้าหมายสตรีที่มีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ ๓๐.๓๒, ๓๙.๘๒, และ ๔๕.๖ ตามลำดับ และในปี ๒๕๖๖ ตรวจโดยวิธี HPV DNA Test พบว่า ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีอัตราการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีอายุ ๓๐ - ๖๐ ปี เท่ากับร้อยละ ๘๗.๙

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ รมรณรงค์ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับการตรวจมะเร็งเต้านม โดยการให้สตรีกลุ่มเป้าหมายทำการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับผู้มารับบริการ

๑.๒.๒ พัฒนาระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกกับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งระบบ

๑.๒.๓ การส่งต่อผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาตามมาตรฐาน

๑.๒.๔ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรโดยการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจด้วยตนเอง

๑.๒.๕ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการตรวจให้กับเครือข่าย รพ.สต. ในพื้นที่อย่างเพียงพอ

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี ๒๕๖๖ พบว่า มีสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ – ๖๐ ปี จำนวนทั้งสิ้น ๑,๐๑๑ คน ได้รับการตรวจ จำนวน ๘๘๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๗.๙๓ ในจำนวนนี้มีผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ จำนวน ๑๔ ราย ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการตรวจโดยการส่องกล้อง Colposcopy ตามขั้นตอน จำนวน ๑๔ คน ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๗๓

ตารางที่ ๗๓ ผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอแกดคำ ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	ผลการคัดกรอง		
	Pap smear		HPV DNA
	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๖
๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๓๙.๘ (๑,๘๑๖)	๔๕.๖ (๒,๑๔๑)	๘๗.๙ (๘๘๙)
๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	๑๐๐ (๖ ราย)	๑๐๐ (๑ ราย)	๑๐๐ (๑๔ ราย)



๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๗๔ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการให้บริการตรวจคัดกรองทั้งใน รพ.แกด้า เครือข่าย รพ.สต. และในชุมชน</li> <li>- เพิ่มทางเลือกการตรวจคัดกรอง ทั้งตรวจโดยบุคลากรสาธารณสุข และตรวจด้วยตนเอง (self collection) เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้รับการตรวจคัดกรอง</li> <li>- วางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคี เครือข่าย ในการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์</li> <li>- ให้บริการตรวจคัดกรอง ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบุคลากรผู้รับผิดชอบงานของแต่ละสถานบริการ ทำหน้าที่ในการประสานงาน สนับสนุนการดำเนินงาน การกำกับ การติดตาม การประเมินผล และปรับปรุงการดำเนินงาน ครบทั้งเครือข่าย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรายงานผลการดำเนินงานตามระบบ เป็นประจำทุกเดือน</li> <li>- การกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งยังไม่เป็นระบบ</li> <li>- การประมวลผลข้อมูลการดำเนินงาน ในระบบข้อมูล HDC ไม่ตรงกับผลงานที่ดำเนินงานจริง</li> <li>- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงในทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง ยังไม่เป็นปัจจุบัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง</li> <li>- การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านบุคคล ผู้นำ อสม. เครือข่าย สื่อ</li> <li>- การจัดเวทีประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวัคซีนให้บริการเฉพาะในกลุ่มเด็กหญิง ชั้น ป.๕ HPV vaccine</li> <li>- ใช้วิธีการคัดกรอง pap smear / HPV DNA test / Mammogram</li> <li>- สื่อประชาสัมพันธ์โรคมะเร็งปากมดลูก มีน้อย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้บริการฉีดวัคซีนเด็กกลุ่มเป้าหมายในโรงเรียน</li> <li>- จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์โรคมะเร็ง เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนมีความรู้และเกิดตระหนัก และเข้ารับการบริการที่เร็วและครอบคลุมมากขึ้น</li> </ul>



ตารางที่ ๗๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	- มีการบูรณาการงบประมาณจาก CUP แกด้า ร่วมกับงบประมาณจากกองทุนหลักสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เป็นประจำทุกปี	- ประเมินผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูลให้กับชุมชน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญกับปัญหา มีการกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานของบุคลากร - ผู้บริหาร อปท. ให้การสนับสนุนงบประมาณเพียงพอทุกปี	- การกำหนดเป็นนโยบายและตัวชี้วัดในการปฏิบัติราชการทุกปี
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกันของ บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ผู้นำสตรีแม่บ้าน อบต. เทศบาล.	- การบูรณาการความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๗๕ เป้าหมายการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒	ร้อยละของผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมได้ตลอด

๓.๑.๒ ใช้กลไก หมอคนที่ ๑ ในการประชาสัมพันธ์และนำสตรีกลุ่มเป้าหมายมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม

๓.๑.๓ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างความรู้และสร้างกระแสเชิงกว้างในชุมชน

๓.๑.๔ พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งและการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิภาพ มีความถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

๓.๑.๕ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





ซื่อสัตย์ สามัคคี บริการดี มีคุณภาพ

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ  
**หัวข้อที่ ๑** : ลดป่วย ลดตาย (การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง)  
**ตัวชี้วัดที่** : ๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง  
: ๒. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง  
Colposcopy

**ผู้รับผิดชอบ** ๑. นางกัลยา สีหาทัพ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
เบอร์โทร. ๐๘๓ ๕๖๒ ๒๓๘๔ E-mail : [kullayatiw@gmail.com](mailto:kullayatiw@gmail.com)

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน ๔ ราย, ๖ ราย, ๑๐ ราย, และ ๑๐ ราย ตามลำดับ การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในประชากรอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ของอำเภอแกด้า เริ่มดำเนินการ ปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบัน โดยมีการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด ๑๙ (COVID - ๑๙) ในปี ๒๕๖๓ จึงไม่ได้ดำเนินการคัดกรอง และเริ่มการดำเนินงานคัดกรองต่อในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรอง จำนวน ๑,๖๘๗ ราย ผลการตรวจ พบผลปกติ จำนวน ๑,๔๓๒ ราย ร้อยละ ๘๔.๘๘ ผลผิดปกติ จำนวน ๒๕๕ ราย ร้อยละ ๑๕.๑๒ อ่านผลไม่ได้ ๔ ราย ร้อยละ ๐.๒๔ กลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการส่องกล้อง (Colonoscopy) ทุกราย

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ สํารวจกลุ่มเป้าหมาย ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ในพื้นที่
- ๑.๒.๒ ดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (iFOBT) ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- ๑.๒.๓ ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ เข้ารับการตรวจ/วินิจฉัยต่อด้วยวิธีการส่องกล้อง Colonoscopy การตรวจชิ้นเนื้อ และรับการรักษา ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม
- ๑.๒.๔ ติดตามให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ในชุมชน (กรณียื่นรับการวินิจฉัย) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ๑.๒.๕ รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่างๆ ผ่านทางเสียงตามสาย หรือ หอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน และป้ายนิทรรศการในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน



๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBt) ในประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ ๕๐ - ๗๐ ในปี ๒๕๖๔ มีเป้าหมายการตรวจ ๖๒๘ ราย ตรวจคัดกรอง ๖๑๑ ราย (ร้อยละ ๙๗.๒๙) ผลการตรวจปกติ จำนวน ๕๓๖ ราย (ร้อยละ ๘๗.๘๓) ผลผิดปกติ จำนวน ๗๒ ราย (ร้อยละ ๑๑.๗๘) อ่านผลไม่ได้ ๓ ราย (ร้อยละ ๐.๔๙) ในปี ๒๕๖๕ มีเป้าหมายการตรวจคัดกรอง ๗๘๕ ราย ได้รับการคัดกรอง ๗๔๘ ราย (ร้อยละ ๙๗.๒๙) ผลการตรวจปกติ จำนวน ๖๐๙ ราย (ร้อยละ ๘๑.๔๒) ผลผิดปกติ จำนวน ๑๓๙ ราย (ร้อยละ ๑๘.๕๘) และในปี ๒๕๖๖ มีเป้าหมายการตรวจคัดกรอง ๘๐๐ ราย ได้รับการคัดกรองแล้ว ๓๒๘ ราย (ร้อยละ ๔๑.๐๐) ผลการตรวจปกติ จำนวน ๒๘๗ ราย (ร้อยละ ๘๗.๕๐) ผลผิดปกติ จำนวน ๔๐ ราย (ร้อยละ ๑๒.๒๐) อ่านผลไม่ได้ ๑ ราย (ร้อยละ ๐.๓๙) ยังเหลือกลุ่มเป้าหมายระหว่างการดำเนินงานคัดกรองเพิ่มเติมให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด โดยกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการส่องกล้องทุกราย ซึ่งจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนอายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ โดยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBt) มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดทุกปี โดยกลุ่มเป้าหมายของปี ๒๕๖๖ ส่วนที่เหลืออยู่ในระหว่างดำเนินการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ ดังตารางที่ ๗๖

ตารางที่ ๗๖ ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBt) ในประชากร อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ปี	เป้าหมาย	ได้รับคัดกรอง	ร้อยละ	ผลการตรวจคัดกรอง					
				ปกติ		ผิดปกติ		Colonoscopy	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕๖๔	๖๒๗	๖๑๑	๙๗.๒๙	๕๓๖	๘๗.๗๓	๗๒	๑๑.๗๘	๓	๐.๔๙
๒๕๖๕	๗๘๕	๗๔๘	๙๕.๒๙	๖๐๙	๘๑.๔๒	๑๓๙	๑๘.๕๘	๑	๐.๓๙
๒๕๖๖	๘๐๐	๓๒๘	๔๑.๐๐	๒๘๗	๘๗.๕	๔๐	๑๒.๒๐	๑	๑๐๐
รวม	๒,๒๑๓	๑,๖๘๗	๗๖.๒๓	๑,๔๓๒	๘๔.๘๘	๒๕๕	๑๔.๘๘	๕	๑๐๐

## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

### ตารางที่ ๗๗ การวิเคราะห์เชิงระบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่</li> <li>- มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ประชุมชี้แจงดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แก่ผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. ทุกแห่ง</li> <li>๒. จัดทำแผนการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในพื้นที่</li> </ol>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีความชำนาญในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ โดยวิธี อิมมูโนเคมีคอล (IFOBT)	- ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน แก่ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต. ทุกแห่ง
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบฐานข้อมูล Hos-XP โรงพยาบาลแกดดำ ในการรวบรวมข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงาน</li> <li>- มีการบันทึก/สรุปผลการดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร และเป็นปัจจุบัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การสำรวจข้อมูลประชากรประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐ - ๗๐ ปี ในพื้นที่</li> <li>- บันทึกผลการคัดกรอง ในระบบ Hos-XP ให้เป็นปัจจุบัน</li> <li>- สรุปผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูล</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวัสดุ/อุปกรณ์ ในการดำเนินงาน อย่างเพียงพอต่อจำนวนเป้าหมาย</li> <li>- มีห้องปฏิบัติการตรวจสิ่งตัวอย่างที่ได้มาตรฐาน</li> </ul>	- จัดทำแผนในการจัดซื้อชุดตรวจ Fit test ในแต่ละปีงบประมาณเพียงพอ กับจำนวนเป้าหมาย

ตารางที่ ๗๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	- มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จากงบ PP และ งบกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น	- จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคมะเร็ง ตามแผนปฏิบัติการประจำปี ตามยุทธศาสตร์สาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) - จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณจาก กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- มีการจัดทำสรุปผลการดำเนินงาน ให้ผู้บริหารรับทราบ ทั้งในระดับอำเภอ / จังหวัด - มีการรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุม คปสอ.แกด้า	- ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน บูรณาการร่วมกับการประชุม คปสอ.
๗	ชุมชน ภาคิเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีภาคีเครือข่าย อสม. ให้ความร่วมมือในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ - มีการประสานการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ ระดับ รพ.สต. - มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ประชาชนในพื้นที่	- มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.เพื่อเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ - รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งต่างๆ ผ่านทางเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว และบอร์ดนิทรรศการ ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๓๘ เป้าหมายการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ / ลำไส้ตรง	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒	ร้อยละของผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

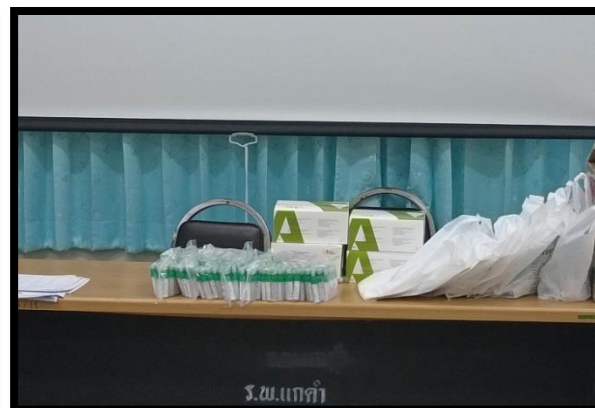
๓.๑.๑ เร่งรัดการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระ ด้วยวิธีอิมมูโนเคมีคอล (IFOBt) ในกลุ่มเป้าหมายที่เหลือให้ครบตามจำนวนที่กำหนด

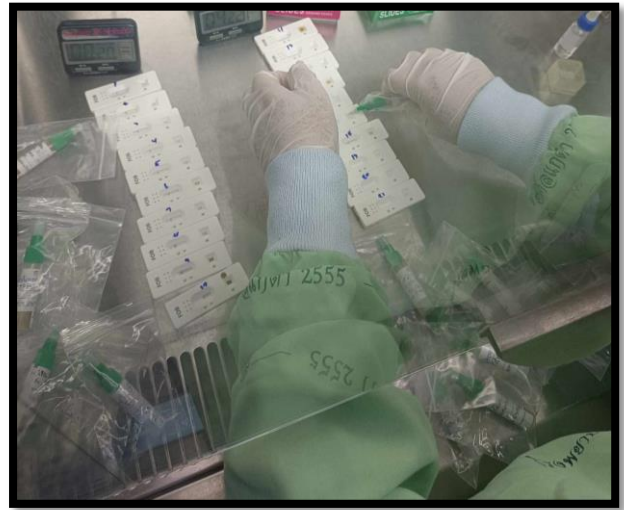
๓.๑.๒ ส่งต่อกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจผิดปกติ เข้ารับการตรวจ/วินิจฉัยต่อด้วยวิธีการส่งกล้อง Colonoscopy หรือการส่งตรวจชิ้นเนื้อและรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

๓.๑.๓ ติดตามให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ในชุมชน (กรณียืนยันการวินิจฉัย) ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

๓.๑.๔ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## Functional Based

- ประเด็นที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ  
**หัวข้อที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย (มะเร็งช่องปาก)  
**ตัวชี้วัดที่** : ๑. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก  
๒. ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งและมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม

**ผู้รับผิดชอบ** ๑. นางสาวกัญญารัตน์ ภูริภัสสรกุล ตำแหน่ง ทันตแพทย์ปฏิบัติการ  
เบอร์โทร. ๐๙๗ ๒๔๓ ๒๘๕๒ E-mail : [maaprang.p@gmail.com](mailto:maaprang.p@gmail.com)

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งประเทศไทย โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งช่องปากรายใหม่มากถึง จำนวน ๔,๒๑๔ คน/ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมักพบในคนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งช่องในปากมาจากพฤติกรรม การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การเคี้ยวหมาก การติดเชื้อไวรัส Human papilloma virus (HPV) หรือการมีแผลเรื้อรังในช่องปาก การคัดกรองมะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจด้วยสายตา ร่วมกับการใช้แบบสอบถามเพื่อดูปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งในช่องปาก เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการค้นหาโรครายในช่องปาก และลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งในช่องปากได้อีกด้วย

เนื่องจากจากการดำเนินตรวจคัดกรองหารอยโรคมะเร็งในช่องปาก เป็นตัวชี้วัดใหม่ที่ได้กำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกใน ปี ๒๕๖๖ นี้ จึงยังไม่มีข้อมูลสถานการณ์ที่ผ่านมาในระบบหรือในฐานข้อมูลของหน่วยงาน แต่จากการดำเนินงานในปี นี้ พบว่า กลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ ๔๐ – ๕๙ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ ๒๕.๕๑ และกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ ได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคมะเร็งในช่องปาก ร้อยละ ๓๒.๕๘

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ จัดทำแบบคัดกรองรอยโรคในช่องปาก และประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ทันตบุคลากร รวมทั้งอบรมวิธีการตรวจ รหัสหัตถการ และการบันทึกข้อมูลในระบบ Hos-XP

๑.๒.๒ จัดทำโครงการส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการทันตสุขภาพ โดยมีการตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรองปัจจัยเสี่ยง และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในกลุ่มผู้มารับบริการทางทันตกรรมที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ทุกสาย

๑.๒.๓ ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรองปัจจัยเสี่ยง และตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปากในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่มารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีใน รพ.แกด้า

๑.๒.๔ ให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการทุกราย และให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่เป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดรอยโรคในช่องปาก เช่น คลินิกเล็กบุหรี เลิกสุรา

๑.๒.๕ หากตรวจพบรอยโรคในช่องปาก จะทำการส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) ที่โรงพยาบาลบรบือ หรือโรงพยาบาลมหาสารคาม ตามความสะดวกของผู้รับบริการ

### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการตรวจคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก ในประชาชนที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการทางด้านทันตกรรมที่คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลแกด้า แบ่งเป็นกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มประชาชนดังกล่าวได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก ร้อยละ ๒๕.๕๑ และ ร้อยละ ๓๒.๕๘ ตามลำดับ ไม่พบผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปากที่เข้าเกณฑ์ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และตรวจทางพยาธิวิทยา ดังตารางที่ ๗๙

ตารางที่ ๗๙ ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสี่ยงโรคมะเร็งในช่องปาก ปี ๒๕๖๖

ที่	ตัวชี้วัด	จำนวนที่ได้รับ การตรวจสุขภาพ ช่องปาก	จำนวนที่ได้รับ การคัดกรอง หารอยโรค	ร้อยละ
๑	ร้อยละของประชาชน อายุ ๔๐ – ๕๙ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก	๖๘๒	๑๗๔	๒๕.๕๑
๒	ร้อยละของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก	๖๒๐	๒๐๒	๓๒.๕๘
๓	ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	๐	๐	๐

## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๘๐ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การให้บริการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงโดยทันตบุคลากร</li> <li>- การให้ทันตสุขศึกษา เกี่ยวกับ มะเร็งในช่องปาก</li> <li>- มีระบบการส่งต่อรักษา ในผู้ที่มีรอยโรคในช่องปาก ให้ได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัย</li> <li>- มีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสียง/ได้รับการรักษารอยโรคมะเร็ง ที่ถูกส่งกลับ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจสุขภาพช่องปาก เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยง และคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในกลุ่มผู้มารับบริการทางทันตกรรม ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปทุกราย</li> <li>- มีการตรวจสุขภาพช่องปาก คัดกรองปัจจัยเสี่ยง และตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เข้ามาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี</li> <li>- กรณีตรวจพบรอยโรค จะส่งไปรับการตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) ที่พยาบาลมหาสารคาม</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลแกด้า มีบุคลากรที่มีความชำนาญให้บริการทันตกรรมแก่ประชาชนทั่วไปภายในพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกด้า ประกอบด้วยโรงพยาบาลชุมชน ๑ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘ แห่ง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมอบรมเกี่ยวกับการคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ทุกครั้ง</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Google sheet สามารถใช้ได้ทุกที่ ทุกเวลา บันทึกง่าย สามารถสรุปข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์ได้ง่าย แต่ไม่สามารถใช้ระบบ offline ได้</li> <li>- มีระบบข้อมูล HDC ในการติดตามและประเมินผล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลไว้ใน Google sheet เพื่อแสดงข้อมูลสุขภาพช่องปากในภาพรวมของผู้ที่ได้รับการคัดกรองได้</li> <li>- ในอนาคตสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพต่อได้ง่ายและเป็นระเบียบ</li> </ul>

ตารางที่ ๘๐ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มียูนิตทันตกรรมในโรงพยาบาล จำนวน ๔ ตัว แต่มีปัญหาไฟสว่าง เพียง ๓ ตัว ไม่สว่าง ๑ ตัว	- จัดทำแผนการจัดซื้อวัสดุ อุปกรณ์ ที่จำเป็น เช่น ยูนิตทำฟัน ไฟส่อง สว่าง ให้เพียงพอต่อการให้บริการ ประชาชน
๕	การเงิน (Financing)	- มีการบูรณาการงบประมาณ ร่วมกับงานประจำและงานอื่นๆ	- ขอสนับสนุนงบประมาณในการเข้า ร่วมการประชุมวิชาการ
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารและคณะกรรมการ บริหาร โรงพยาบาล เห็น ความสำคัญ และให้การสนับสนุน และให้คำแนะนำปรึกษาในการ ทำงานเป็นอย่างดีตามกำลัง - คณะทำงาน มีการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผล เป็นประจำทุกเดือน	- .บูรณาการในการทำงานร่วมกับ หน่วยงานอื่น ในการให้ความรู้ และ คัดกรองสุขภาพช่องปากเชิงรุก - จัดประชุมบุคลากรในกลุ่มงานฯ เพื่อพัฒนาศักยภาพเพิ่มเติม - พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูล
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีเครือข่ายการทำงานในชุมชน ให้ความช่วยเหลือในการคัดกรอง รอยโรคในช่องปากแก่ผู้สูงอายุ ในชุมชน ทั้งผู้นำชุมชน และ อสม. - กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น ให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงาน	- จัดทำแผนงาน โครงการขอรับการ สนับสนุนงบประมาณในการ ให้บริการเชิงรุก ตรวจสุขภาพช่อง ปากแก่ผู้สูงอายุในชุมชน

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๘๑ เป้าหมายการดำเนินงานตรวจคัดกรองรอยโรคและเสียงโรคมะเร็งในช่องปาก  
ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ที่	รายการ	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑	ร้อยละของประชาชน อายุ ๔๐ – ๕๙ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๒	ร้อยละของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคในช่องปาก	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๓	ร้อยละของผู้ที่มีรอยโรคเสียงมะเร็งช่องปาก ที่เข้าเกณฑ์ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และส่งตรวจทางพยาธิวิทยาที่เหมาะสม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ จัดระบบการจัดการข้อมูลการคัดกรองให้ถ่ายทอดการบันทึกและจัดเก็บ โดยใช้ Google Sheet

๓.๑.๒ ทำการคัดกรองมะเร็งช่องปากในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มารับบริการด้านทันตกรรม ทุกราย

๓.๑.๓ ส่งต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรค เพื่อรับการตรวจชิ้นเนื้อ (Biopsy) ที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

๓.๑.๔ จัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วย ในกรณีรับกลับในผู้ป่วยที่มีรอยโรคเสียงที่ต้องการติดตามเฝ้าระวัง

๓.๑.๕ จัดระบบการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่มีการรับกลับเพื่อรักษารอยโรคมะเร็งอย่างต่อเนื่อง

๓.๑.๖ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป



๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## ประเด็นที่ ๓ ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

### ความมั่นคงด้านสุขภาพ

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีน โควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗
- ตัวชี้วัดที่ ๒ มีระบบ Situation Awareness ที่มีประสิทธิภาพ
- ตัวชี้วัดที่ ๓ มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรม ไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๓ ทีม
- ตัวชี้วัดที่ ๔ มี Operation Plan สำหรับ ๓ ภัยที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญ ทั้ง ๓ ภัย ไว้ด้วย
- ตัวชี้วัดที่ ๕ มีแผน BCP ที่สอดคล้องกับ Operation Plan

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๓** : ลดป่วย ลดตาย และการสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ  
**หัวข้อที่ ๒** : ความมั่นคงด้านสุขภาพ  
**ตัวชี้วัดที่** : ๑. ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่ม ๖๐๗ (ไม่เอา ๖๐๘)  
- ความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์  
อายุ ๑๕ - ๔๕ ปี

- ผู้รับผิดชอบ**
- |                           |          |                               |
|---------------------------|----------|-------------------------------|
| ๑. นางสาวสรินทร์ ทหารเสนา | ตำแหน่ง  | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ   |
| เบอร์โทร ๐๘๑ ๔๑๓ ๙๐๐๒     | E-mail : | um_sarin@hotmail.com          |
| ๒. นางกัลยา สีหาทัพ       | ตำแหน่ง  | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| เบอร์โทร. ๐๘๓ ๕๖๒ ๒๓๘๔    | E-mail : | kullayatiw@gmail.com          |

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

อำเภอแกดำ จังหวัดมหาสารคาม เป็นอำเภอขนาดเล็ก มีพื้นที่การปกครองทั้งหมด ๕ ตำบล มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๖ แห่ง ได้แก่ เทศบาลตำบลแกดำ เทศบาลตำบลมิตรภาพ องค์การบริหารส่วนตำบลแกดำ องค์การบริหารส่วนตำบลตำบลวังแสง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกุง และองค์การบริหารส่วนตำบลโนนภิบาล จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า สาเหตุการป่วยของประชาชนที่มารับบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุด ๕ อันดับแรก คือ ๑) โรคเบาหวาน ๒) โรคความดันโลหิตสูง ๓) Dyspepsia ๔) Gastroenteritis and Colitis และ ๕) Common cold ส่วนสาเหตุของการป่วยของผู้ป่วยใน ๕ อันดับแรก คือ ๑) โรคไตวายเรื้อรัง ระยะที่ ๕ ๒) Gastroenteritis and Colitis ๓) Pneumonia Acute bronchitis ๔) Dizziness และ ๕) Dyspepsia ส่วนภัยทางสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่ ได้แก่ อุบัติเหตุทางถนน ฆาตภัย ภัยแล้ง เป็นต้น โรคและภัยสุขภาพที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่เป็นกลุ่มโรคที่มีการระบาดตามฤดูกาล และกลุ่มโรคอุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ ได้แก่ ๑) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ๒) โรคไข้เลือดออก ๓) โรคอุจจาระร่วง/อาหารเป็นพิษ ๔) โรคมือ เท้า ปาก ๕) วัณโรค ๖) อุบัติเหตุ ๗) โรคจาก การประกอบอาชีพ ๘) โรคเรื้อรัง เป็นต้น ส่วนกลุ่มโรคอุบัติใหม่ คือ โรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙) ซึ่งมีการแพร่ระบาดในพื้นที่ในช่วงต้นปี ๒๕๖๔ สร้างผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมต่อประชาชนทั่วไป

จากข้อมูลการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) อำเภอแกดำ ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า ในปี ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๓๖๘ ราย อัตราป่วยเท่ากับ ๑,๒๕๓.๙๒ ต่อประชากรแสนคน ปี ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๕,๐๕๒ ราย อัตราป่วยเท่ากับ

๑๗,๒๑๗.๑๒ ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต ๖ ราย และปี ๒๕๖๖ (ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) พบผู้ป่วยยืนยัน จำนวน ๒๗๐ ราย อัตราป่วยเท่ากับ ๘๔๘.๗๘ ต่อประชากรแสนคน ไม่พบรายงาน ผู้เสียชีวิต โดยพบการแพร่ระบาดกระจายไปทุกตำบล การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) จึงต้องมีการดำเนินงานอย่างเร่งด่วนและครอบคลุมทุกตำบลในพื้นที่อำเภอแกด้า การฉีดวัคซีนป้องกันโรคเป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในการป้องกันโรคการป่วย และเสียชีวิตของประชาชน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่นและเอกชน รวมทั้งประชาชนในชุมชนทุกพื้นที่ ร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่วิถีชีวิตใหม่ (new normal) เพื่อป้องกันการป่วยและเสียชีวิต ต่อไป

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ระดับอำเภอ แกด้าและคณะกรรมการดำเนินงานวัคซีน ระดับอำเภอแกด้า

๑.๒.๒. สนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันและควบคุมโรคอย่างเพียงพอ

๑.๒.๓. ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ แก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ และประชาชนทุกกลุ่มวัยตามนโยบายของรัฐบาล โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ๖๐๗ ให้ครอบคลุมมากที่สุด

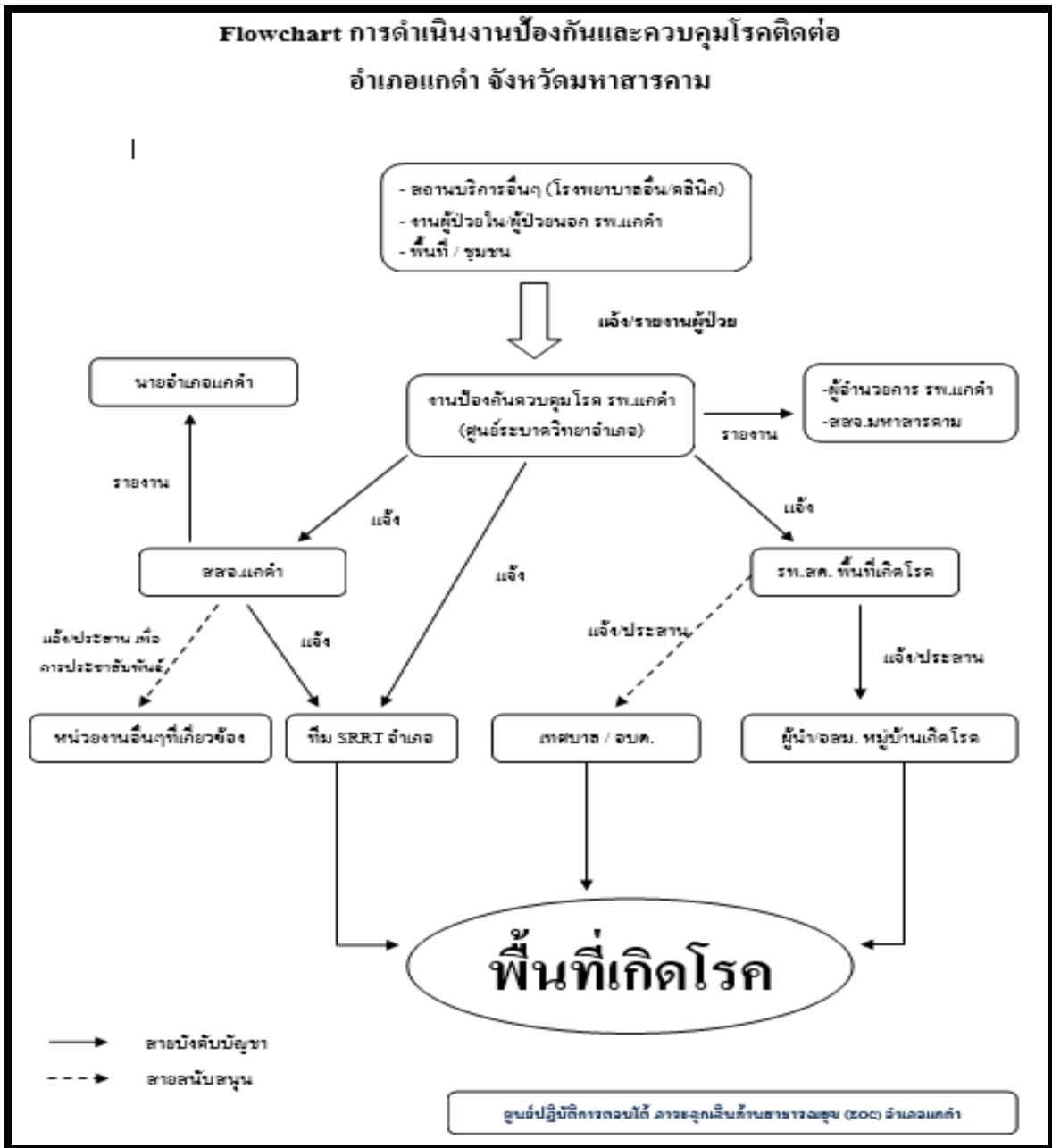
๑.๒.๔. มีทีมปฏิบัติการ SAT ที่ผ่านการอบรม CDCU ปฏิบัติงานอย่างเพียงพอในพื้นที่ จำนวน ๓๑ คน (ร้อยละ ๑๐๐ ของทีม SAT) ได้แก่ บุคลากรโรงพยาบาลแกด้า จำนวน ๑๐ คน , สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า จำนวน ๘ คน และเครือข่าย รพ.สต. จำนวน ๑๓ คน แบ่งโซนการ รับผิดชอบ เป็น ๓ โซน ได้แก่ ๑.โซนแกด้า-โนนภิบาล ๒.โซนวังแสง ๓.โซนมิตรภาพ-หนองกุง

๑.๒.๕. มีการกำหนดโรคและภัยสุขภาพความความเสี่ยงในพื้นที่ โดยการวิเคราะห์ สถานการณ์จากข้อมูลการเกิดโรคที่ผ่านมาแล้วกำหนดเป็นภัยที่สำคัญของพื้นที่ ได้แก่ ภัยจากอุบัติเหตุทาง ถนน และโรคที่ต้องเฝ้าระวังในพื้นที่ ๒ โรค ได้แก่ โรคโควิด-๑๙ และโรคไข้เลือดออก

๑.๒.๖. รมณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่มีผล ต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พร้อมทั้ง การรณรงค์ฉีดวัคซีน โควิด-๑๙ ในพื้นที่

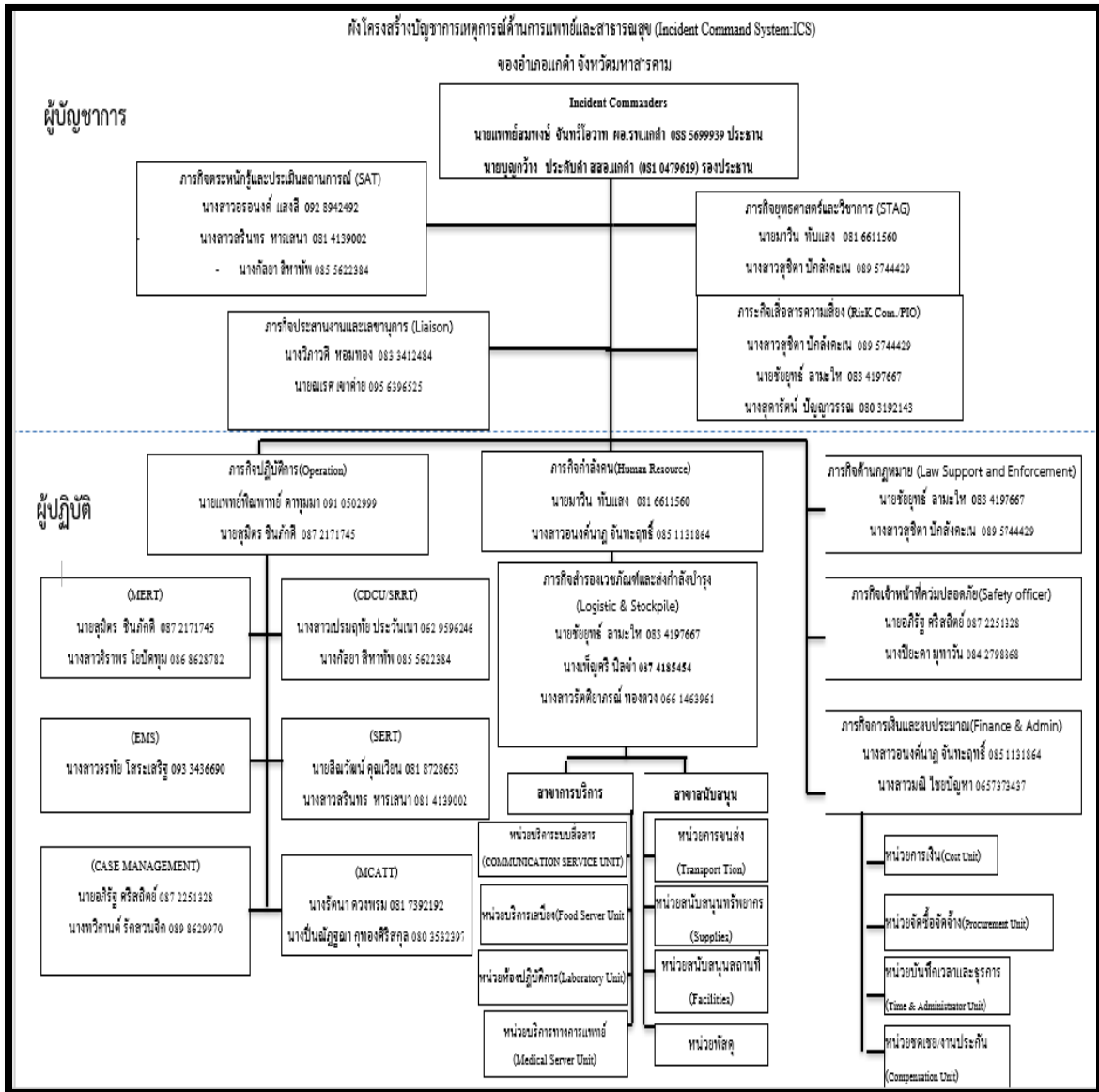
๑.๒.๗. บริหารจัดการวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ สำหรับฉีดให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่าง เหมาะสมและเป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้ง เป็นไปตามแนวทางการฉีดวัคซีนที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนด

๑.๒.๘. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน



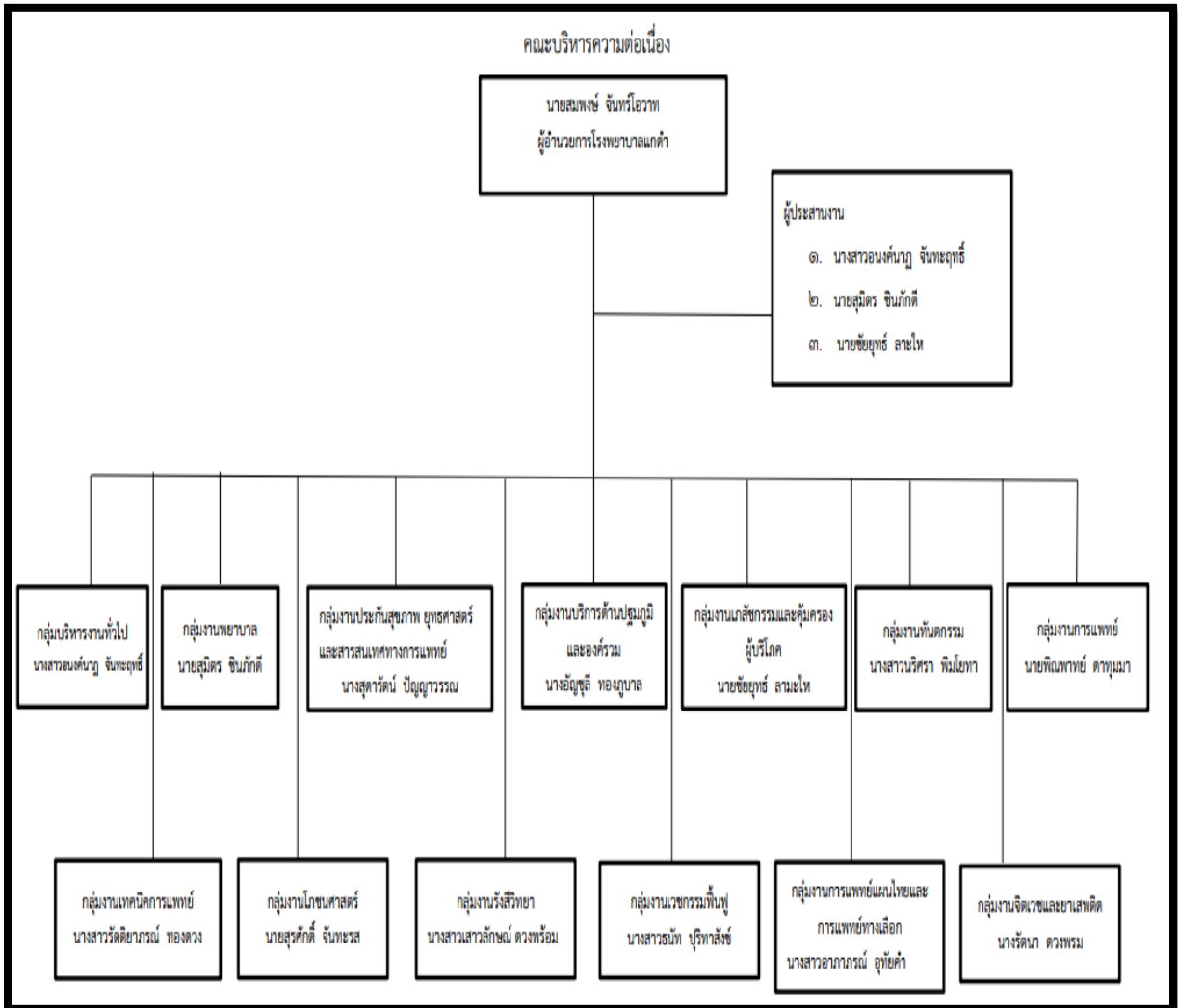
ภาพประกอบที่ ๒๐ แผนผังการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ





ภาพประกอบที่ ๒๑ โครงสร้างการบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข





ภาพประกอบที่ ๒๒ คณะกรรมการบริหารความต่อเนื่อง

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ เข็ม ๓ ร้อยละ ๑๐๐ กลุ่มเป้าหมายกลุ่ม ๖๐๗ ได้รับวัคซีนโควิด-๑๙ ครบคลุมเข็ม ๓ ร้อยละ ๖๐.๑๗ ดังตารางที่ ๘๒

ตารางที่ ๘๒ ผลการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ในกลุ่มเป้าหมาย (สะสม) ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน เป้าหมาย ทั้งหมด	ผลการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ (๑๙ เมษายน ๒๕๖๔ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)							
		เข็มที่ ๑		เข็มที่ ๒		เข็มที่ ๓		เข็มที่ ๔	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคลากรทางการแพทย์	๑๙๕	๑๙๕	๑๐๐	๑๙๕	๑๐๐	๑๙๑	๙๗.๙๕	๑๗๗	๙๐.๗๗
อสม.	๗๑๕	๕๗๑	๗๙.๘๖	๕๗๐	๗๙.๗๒	๕๔๘	๗๖.๖๔	๙๔	๑๓.๑๕
ผู้มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	๕,๙๐๖	๔,๙๐๓	๘๓.๐๒	๔,๕๙๖	๗๗.๘๒	๓,๒๒๘	๕๔.๖๖	๕๗	๐.๙๗
บุคคลที่มีโรคประจำตัว	๒,๕๖๙	๒,๓๘๕	๙๒.๘๔	๒,๒๙๐	๘๙.๑๔	๑,๕๕๖	๖๐.๑๘	๕๔	๒.๑๐
เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม โควิด- ๑๙ ที่มีโอกาสสัมผัสผู้ป่วย	๕๗๒	๕๖๗	๙๙.๑๓	๕๖๒	๙๘.๒๕	๔๖๐	๘๐.๔๒	๕๕	๙.๖๒
ประชาชนทั่วไป	๑๔,๑๘๗	๑๒,๓๙๐	๘๗.๓๓	๑๒,๓๘๗	๘๗.๓๑	๗,๑๓๘	๕๐.๓๑	๗๐๖	๔.๙๗
นักเรียนอายุ ๑๒ - ๑๗ ปี	๑,๑๙๑	๑,๑๐๙	๙๓.๑๖	๑,๐๒๘	๘๖.๓๑	๔๗๐	๓๙.๔๖	๔	๐.๓๔
เด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี	๑,๑๖๒	๑,๐๗๑	๙๒.๑๗	๗๓๖	๖๓.๓๔	๖	๐.๕๒	๐	๐
เด็กอายุ ๐ - ๔ ปี	๙๒๙	๕	๐.๕๔	๒	๐.๒๒	๐	๐	๐	๐
หญิงตั้งครรภ์	๖๕	๖๐	๙๒.๓๑	๕๗	๘๗.๖๙	๒๓	๓๕.๓๘	๑	๑.๕๔
หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕ - ๔๕ ปี	๓,๖๐๗	๓,๒๘๕	๙๑.๐๗	๓,๒๑๖	๘๙.๑๖	๙๑๔	๒๕.๓๔	๘๓	๒.๓๐
รวม	๓๑,๐๙๘	๒๖,๕๔๑	๘๕.๓๕	๒๕,๖๓๙	๘๒.๔๕	๑๔,๕๒๔	๔๖.๗๐	๑,๒๓๑	๓.๙๙

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๘๓ การวิเคราะห์เชิงระบบการดำเนินงานให้บริการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ อำเภอแกดดำ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดเตรียมความพร้อม และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างเคร่งครัด</li> <li>- มีมาตรการดำเนินการ ๓ ระยะ (ก่อนเกิดโรคและภัย/ขณะเกิดโรคและภัย/หลังเกิดโรคและภัย)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคณะกรรมการ EOC ระดับอำเภอ</li> <li>- จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคและภัยสุขภาพ อำเภอแกดดำ</li> <li>- การซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุข และสาธารณสุขภัย</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ</li> <li>- มีคณะทำงานตามภารกิจต่างๆ ของโครงสร้างคณะกรรมการ EOC</li> <li>- คณะทำงานมาจากบุคลากร ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การบูรณาการความร่วมมือในการดำเนินงาน</li> <li>- การประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติ</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการรายงานข้อมูลการเกิดโรคและภัยตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่เชื่อมโยงทุกหน่วยงาน</li> <li>- มีการเฝ้าระวังและตรวจจับการเกิดเหตุการณ์โรคและภัย ตามมาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพัฒนาระบบข้อมูล และการใช้ประโยชน์ข้อมูลร่วมกันและเป็นข้อมูลชุดเดียวกัน</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ ให้บริการ โดยได้รับการจัดสรรตามนโยบายและมาตรการของรัฐบาล</li> <li>- มีวัสดุและอุปกรณ์ในการป้องกันควบคุมโรค และให้การรักษาผู้ป่วย</li> <li>- มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีในการป้องกันการแพร่กระจายโรค มาใช้กับบุคลากร และประชาชนที่มารับบริการ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสร้างและพัฒนานวัตกรรมเพื่อนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและภัยในพื้นที่</li> </ul>

ตารางที่ ๘๓ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	- มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ จาก CUP ตามความจำเป็นอย่างเพียงพอ	- การจัดทำแผนบูรณาการด้านงบประมาณ ในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารทุกระดับ ให้มีความสำคัญต่อการดำเนินการ เนื่องจากมีผลกระทบต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน รวมทั้งเศรษฐกิจ สังคม และการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ - รัฐบาลกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน	- การถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตามนโยบาย - การกำกับ ติดตามและประเมินผล เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน - ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	- การประสานงาน การบูรณาการที่มีประสิทธิภาพ

๓. กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑ ประชาสัมพันธ์การให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ แก่ประชาชนที่มีความประสงค์มารับการฉีดวัคซีนครอบคลุมในกลุ่ม ๖๐๗ และกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในวันพฤหัสบดีทุกสัปดาห์

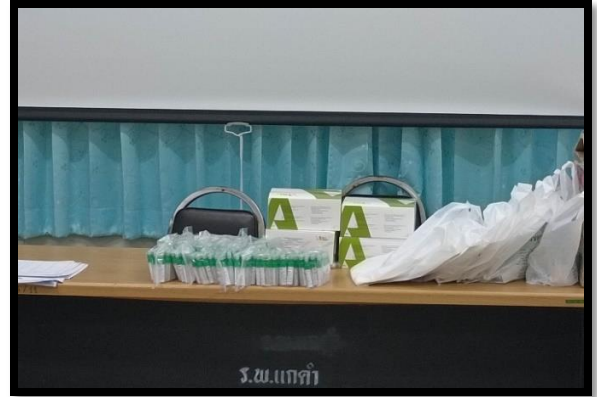
๓.๒ ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ มีการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยในพื้นที่ให้ครอบคลุม

๓.๓ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ไปสู่การดำเนินงานในระดับหมู่บ้านหรือชุมชน

๓.๔ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนา

ต่อไป

๔. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน











## ประเด็นที่ ๔ องค์การสมรรถนะสูง

### การเงินการคลังสุขภาพ

- ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน  
ตัวชี้วัดที่ ๒ ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุน

## Functional Based

- ประเด็นที่ ๔ : องค์การสมรรถนะสูง  
หัวข้อที่ ๑ : การเงินการคลังสุขภาพ  
ตัวชี้วัดที่ : ๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

ผู้รับผิดชอบ	๑. นางสาวอนงค์นาฏ จันทะฤทธิ	ตำแหน่ง	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๘๕ ๑๑๓ ๑๘๖๔	E-mail :	kk.anongnat๑@gmail.com
	๒. นางสุดารัตน์ ปัญญาวรรณ	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	เบอร์โทร. ๐๘๐ ๓๑๙ ๒๑๔๓	E-mail :	suda.yim๑๑๐๕๑@gmail.com
	๓. นางสาวจงดี รัตนพลแสน	ตำแหน่ง	นักวิชาการการเงินและบัญชี
	เบอร์โทร. ๐๘๙ ๓๗๕ ๔๘๖๐	E-mail :	jongdee๓๑๓@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกด้าเป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ มีขนาด ๓๐ เตียง มีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบน้อยกว่า ๓๐,๐๐๐ คน ประชากรสิทธิ UC จำนวน ๒๓,๔๗๖ คน จากการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้านการเงินโดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ เป็นตัวชี้วัดในการประเมินสถานการณ์ จากข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า โรงพยาบาลแกด้าไม่มีปัญหาประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ มีการใช้โปรแกรมบริหารลูกหนี้ RCM และ Data Audit ในการจัดทำระบบรายงานและกำกับติดตาม

๑.๒.๒ การประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร

๑.๒.๓ มีการจัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูลใบนัดในระบบ Hos-xp สำหรับผู้ป่วยใน (IPD)

๑.๒.๔ มีการปรับฐานข้อมูลค่าใช้จ่ายในระบบ Hos-xp ให้เป็นปัจจุบัน

๑.๒.๕ การติดตาม ควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

#### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ภาวะวิกฤตด้านการเงินการคลัง เมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๓ (มิถุนายน) ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบว่า มีอัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) มากกว่า ๑.๕ ทั้ง ๓ ปี มีอัตราส่วนหมุนเร็ว (Quick Ratio : OR) มากกว่า ๑.๐ ทั้ง ๓ ปี มีอัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : QR) มากกว่า ๐.๘ ทั้ง ๓ ปี ดังตารางที่ ๘๔

ตารางที่ ๘๔ ผลการวิเคราะห์ภาวะวิกฤตด้านการเงิน ณ ไตรมาสที่ ๓ รพ.แกด้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ดัชนีชี้วัดด้านการเงิน ณ วันสิ้นไตรมาสที่ ๓		
			ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
๑	CR	≥ ๑.๕	๓.๑๘	๒.๗๙	๒.๖๔
๒	QR	≥ ๑.๐	๒.๘๗	๒.๕๕	๒.๔๕
๓	Cash Ratio	≥ ๐.๘	๐.๙๐	๑.๘๐	๒.๐๘
๔	NWC	. > ๐	๑๘,๗๙๒,๔๔๖.๔๐	๑๖,๑๕๘,๘๙๙.๙๑	๒๑,๔๔๑,๖๒๙.๖๕
๕	NI	> ๐	๑๗,๒๘๙,๗๕๖.๕๖	๓,๙๗๐,๓๘๗.๑๕	- ๑,๐๑๕,๓๕๘.๑๔
๖	Rick score	> ๐	๐	๐	๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๘๕ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานภาวะวิกฤตด้านการเงิน

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- มีการบันทึกข้อมูลลูกหนี้เป็นถูกต้องและเป็นปัจจุบัน	- มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ชัดเจน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- มีเจ้าหน้าที่การเงิน ปฏิบัติงานจำนวน ๓ คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อภาระงานที่รับผิดชอบ	- จัดหาบุคลากรด้านการเงินและบัญชีเพิ่มเติม
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	มีการใช้โปรแกรมในการปฏิบัติงาน ดังนี้ ๑.โปรแกรม Hos-xp ๒.โปรแกรม RCM ๓.โปรแกรม Data Audit	- มีการดำเนินงานตามประสิทธิภาพของแต่ละโปรแกรม ๑. โปรแกรม Hos-xp ใช้ในการบันทึกค่าใช้จ่ายของผู้มารับบริการ ๒. โปรแกรม RCM ใช้ประมวลผลข้อมูลลูกหนี้ ๓. โปรแกรม Data Audit ใช้ในการตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้มารับบริการ

ตารางที่ ๘๕ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มีวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยี ที่ทันสมัย อำนวยความสะดวก ในการดำเนินงานอย่างเพียงพอ	- มีทีมงาน IT พร้อมแก้ไขปัญหา ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี
๕	การเงิน (Financing)	- มีงบประมาณสนับสนุนในการ ดำเนินงานอย่างเพียงพอ ทั้งใน ด้านงบประมาณในการพัฒนา ศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	- มีแผนเงินบำรุงในการจัดหาอุปกรณ์ ต่างๆ - มีงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร และระบบงาน
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- มีการรายงานผลสถานการณ์ ทางการเงินในที่ประชุม คณะกรรมการบริหาร ทุกเดือน - มีการติดตาม ควบคุม กำกับ และประเมินผลจากผู้บริหาร	- มีการรายงานผลสถานการณ์ทาง การเงินในที่ประชุมคณะกรรมการ บริหาร ทุกเดือน
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ ต่างๆ ให้กับ รพสต. ที่ถ่ายโอน ไป อบจ. ๑. เวชภัณฑ์ยา ๒. เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา ๓. วัสดุงานบ้านงานครัว ๔. การเก็บและกำจัดขยะติดเชื้อ	- มีแผนการสนับสนุน (Planfin)

๓ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑ เร่งรัดการดำเนินงาน และการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

๓.๒ ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนขอรับการตรวจสอบสิทธิ์อย่างถูกต้องตามขั้นตอน

๓.๓ พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลข่าวสารให้มีคุณภาพสม่ำเสมอ

๓.๔ ติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

๔. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



โครงการการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร



โครงการการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร



โครงการแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบ



โครงการการบริหารจัดการข้อมูลข่าวสาร





ทบทวนการลงนัดผู้ป่วยใน



ทบทวนการลงนัดผู้ป่วยใน



ทบทวนการให้สิทธิและการขอ Authen



ทบทวนการให้สิทธิและการขอ Authen



## Functional Based

- ประเด็นที่ ๔ : องค์การสมรรถนะสูง  
หัวข้อที่ ๑ : การเงินการคลังสุขภาพ  
ตัวชี้วัดที่ : ๒. ร้อยละของการกำกับติดตามแผนการลงทุน ตามนโยบายการลงทุน

- ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอนงค์นาฏ จันทะฤทธิ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๕ ๑๑๓ ๑๘๖๔ E-mail : kk.anongnat๑@gmail.com  
๒. นางสาวสงกรานต์ พลไชย ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ  
เบอร์โทร. ๐๙๘ ๙๙๓ ๑๕๐๓ E-mail : Songkranpolchai๑@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกด้า มีการจัดทำแผนการลงทุนตามนโยบายการลงทุนทุกปี โดยจำแนกเป็นแผนการลงทุนรายปีและแผนการลงทุน ระยะ ๓ ปี ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีการจัดทำแผนการลงทุนโดยใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาลแกด้า จำนวน ๑๑ รายการ รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น ๑,๘๕๑,๘๑๒ บาท ส่วนแผนการลงทุนโดยใช้งบประมาณจากงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๑ รายการ รวมเป็นเงินประมาณทั้งสิ้น ๒,๒๐๘,๐๐๐ บาท

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลแกด้า
- ๑.๒.๒ การประชุมจัดทำแผนเงินบำรุง รายปี ราย ๓ ปี เสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับ
- ๑.๒.๓ ดำเนินการตามแผนฯ ที่กำหนด ทุกกิจกรรม ให้แล้วเสร็จตามเป้าหมาย
- ๑.๒.๔ ติดตามควบคุมกำกับ และรายงานในคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ
- ๑.๒.๕ ประเมินผลการดำเนินงาน

#### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

ผลการลงทุนตามแผนเงินบำรุงโรงพยาบาลแกด้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑ รายการ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ดำเนินการเสร็จแล้วจำนวน ๑๐ รายการ อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๑ รายการ คือ การปรับปรุงซ่อมแซมโรงจอดรถ รวมงบประมาณทั้งสิ้น ๑,๘๕๑,๘๑๒ บาท เบิก-จ่ายแล้ว ๑,๒๔๔,๓๐๐ บาท (ร้อยละ ๖๗.๑๙) คงเหลือ ๖๐๗,๕๑๒ บาท (ร้อยละ ๓๒.๘๑)

ผลการลงทุนตามงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๑๑ รายการ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ ดำเนินการเสร็จแล้วจำนวน ๙ รายการ อยู่ระหว่างดำเนินการ จำนวน ๒ รายการ

คือ การปรับปรุงระบบออกซิเจนไปป์ไลน์ตึกผู้ป่วยในและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และการปรับปรุงซ่อมแซม  
 รั้วด้านหน้าโรงพยาบาล รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น ๒,๒๐๘,๐๐๐ บาท เบิกจ่ายแล้ว ๑,๓๘๕,๕๐๐ บาท  
 (ร้อยละ ๖๒.๗๕) คงเหลือ ๘๒๒,๕๐๐ บาท (ร้อยละ ๓๗.๒๕) ดังตารางที่ ๘๖

ตารางที่ ๘๖ ผลการดำเนินงานตามแผนการลงทุน CUP แกด้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

รายการ / แหล่งงบประมาณ	จำนวนเงิน งบประมาณ ทั้งหมด	จำนวนเงิน ที่เบิกจ่าย แล้ว	ร้อยละ	จำนวนเงิน คงเหลือ	ร้อยละ
<b>● งบประมาณจากเงินบำรุง</b>					
๑. ปรับปรุงซ่อมแซมอาคารซักฟอก	๓๒๕,๘๑๒	๓๒๓,๐๐๐	๙๙.๑๓	๒,๘๑๒	๐.๘๖
๒. ปรับปรุงซ่อมแซมโรงจอดรถ	๔๕๐,๐๐๐	๐	๐	๔๕๐,๐๐๐	๑๐๐
๓. ทาสีอาคารโรงพยาบาล	๑๖๐,๐๐๐	๑๕๙,๐๐๐	๙๙.๓๘	๑,๐๐๐	๐.๖๓
๔. ปรับปรุงซ่อมแซมห้องคลอด	๑๒๐,๐๐๐	๐	๐	๑๒๐,๐๐๐	๑๐๐
๕. ปรับปรุงซ่อมแซมห้องแผน ยุทธศาสตร์	๖๕,๐๐๐	๖๓,๘๐๐	๙๘.๑๕	๑,๒๐๐	๑.๘๕
๖. ปรับปรุงซ่อมแซมบ้านพักข้าราชการ	๑๑๐,๐๐๐	๑๐๘,๐๐๐	๙๘.๑๘	๒,๐๐๐	๑.๘๒
๗. ปรับปรุงซ่อมแซมห้องแยกโรคผู้ป่วย ใน	๓๐๐,๐๐๐	๓๐๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๘. เครื่องกระตุกไฟฟ้าอัตโนมัติ	๑๔๐,๐๐๐	๑๔๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๙. รถเข็นยา	๕๕,๐๐๐	๕๕,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๑๐. รถเข็นฉุกเฉิน	๕๕,๐๐๐	๕๕,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๑๑. เครื่องปรับอากาศแบบแยกส่วน (ราคา รวมค่าติดตั้ง)	๓๑,๐๐๐	๔๐,๕๐๐	๕๓.๐๔	๓๐,๕๐๐	๔๒.๙๖
<b>รวม</b>	<b>๑,๘๕๑,๘๑๒</b>	<b>๑,๒๔๔,๓๐๐</b>	<b>๖๗.๑๙</b>	<b>๓๗๗,๕๑๒</b>	<b>๒๐.๓๓</b>
<b>● งบประมาณจากงบค่าเสื่อม</b>					
๑. ปรับปรุงซ่อมแซมหลังคาตึกผู้ป่วยใน	๔๙๑,๔๐๐	๔๘๙,๙๐๐	๙๙.๖๙	๑,๕๐๐	๐.๓๑
๒. ปรับปรุงซ่อมแซมรั้วหน้าโรงพยาบาล	๔๘๓,๐๐๐	๐	๐	๔๘๓,๐๐๐	๑๐๐
๓. ปรับปรุงและซ่อมแซมอาคารแพทย์ แผนไทย	๔๕๐,๐๐๐	๔๔๘,๐๐๐	๙๙.๕๖	๒,๐๐๐	๐.๔๔
๔. เครื่องอัลตราซาวด์เพื่อการรักษา	๙๐,๐๐๐	๙๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐

ตารางที่ ๘๖ (ต่อ)

รายการ / แหล่งงบประมาณ	จำนวนเงิน งบประมาณ ทั้งหมด	จำนวนเงิน ที่เบิกจ่าย แล้ว	ร้อยละ	จำนวนเงิน คงเหลือ	ร้อยละ
๕. ปรับปรุงระบบออกซิเจนไปป์ไลน์ ดีกผู้ป่วยในและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	๓๓๖,๐๐๐	๐	๐	๓๓๖,๐๐๐	๑๐๐
๖. เครื่องดูดเสมหะ	๒๓,๖๐๐	๒๓,๖๐๐	๑๐๐	๐	๐
๗. เครื่องฟังเสียงหัวใจเด็กในครรภ์สำหรับ ศูนย์สุขภาพชุมชน	๓๐,๐๐๐	๓๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๘. ที่นอนลดแรงกดทับ	๒๔,๐๐๐	๒๔,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๙. เครื่องผลิตออกซิเจนขนาด ๕ ลิตร	๕๐,๐๐๐	๕๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๑๐. เตียงผู้ป่วยชนิดสามไถ่ปรับด้วยไฟฟ้า ราวสไลด์ พร้อมเบาะและเสาน้ำเกลือ	๑๕๐,๐๐๐	๑๕๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
๑๑. เครื่องปั่นเม็ดเลือดแดงอัตโนมัติ	๘๐,๐๐๐	๘๐,๐๐๐	๑๐๐	๐	๐
รวม	๒,๒๐๘,๐๐๐	๑,๓๘๕,๕๐๐	๖๒.๗๕	๘๒๒,๕๐๐	๓๗.๒๕

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๘๗ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน แผนการลงทุน CUP แกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- มีการจัดทำแผนการลงทุนเพื่อ พัฒนาตามนโยบายการลงทุน EMS	- จัดทำแผนการลงทุนประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๖ เสนอนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม อนุมัติ
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- มีผู้รับผิดชอบในการดำเนินการ ที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน	- มีการส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการอบรม การจัดซื้อ/จัดจ้าง เพื่อพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ให้มีการบันทึกข้อมูลใน ระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (e-GP) ของกรมบัญชีกลาง ได้อย่างถูกต้อง ตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการ บริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐

ตารางที่ ๘๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีการบันทึกข้อมูลในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (e-GP) ของกรมบัญชีกลาง ทุกรายการ ที่มีในแผนการลงทุน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	- เจ้าหน้าที่มีการบันทึกข้อมูลในระบบการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ (e-GP) ได้อย่างถูกต้องตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มีการดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้างตามรายการแผนการลงทุน	- การดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง ตามรายการแผนการลงทุน ให้ถูกต้องตามระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐
๕	การเงิน (Financing)	- มีการเบิกจ่าย การจัดซื้อ/จัดจ้างตามรายการแผนการลงทุน ด้วยเงินบำรุงโรงพยาบาลแกด้า ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๖	- มีการจัดทำเอกสารการเบิกจ่ายที่ถูกต้อง ครบถ้วน
๖	การนำและการอภิบาล ระบบ (Leading/Governance)	- รายงานการดำเนินงาน รายการแผนการลงทุน ให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทราบทุกเดือน	- การจัดทำเอกสารการจัดซื้อ/จัดจ้าง รายการแผนการลงทุนเสนอผู้บริหารอนุมัติดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง
๗	ชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- มีการปรับปรุงอาคารสถานที่เพื่ออำนวยความสะดวก ต่อผู้มารับบริการในโรงพยาบาลแกด้า	- จัดทำแผนการลงทุน เพื่อใช้ในการดำเนินการปรับปรุง อาคารสถานที่ให้พร้อม สำหรับให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลแกด้า

๓ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑ เร่งรัดการดำเนินงาน และการเบิกจ่ายงบประมาณให้แล้วเสร็จ ตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนด

๓.๒ ติดตาม ควบคุมกำกับกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย

๓.๓ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน และรายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับ

๔. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน







## ส่วนที่ ๔

### Area Based (ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่)

## ประเด็นที่ ๑ ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่

### การแก้ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗

- ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
- ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
- ตัวชี้วัดที่ ๓ การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๗

## Area Based

- ประเด็นที่ ๑ : การแก้ไขปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗  
หัวข้อเรื่องที่ ๑ : การแก้ไขปัญหาวัณโรคปอด  
ตัวชี้วัด : ๑. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่  
๒. อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ
- ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวสกวเดือน วรรณศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
เบอร์โทร ๐๘๘ ๓๐๙ ๗๘๐๔ E-mail : neungnurse@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัณโรคอำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบว่า อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Success Rate) ในปี ๒๕๖๓ มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๒๓ ราย จากจำนวนเป้าหมาย ๒๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๑๔ (เกณฑ์  $\geq$  ร้อยละ ๘๘) ในปี ๒๕๖๔ มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๒๗ ราย จากจำนวนเป้าหมาย ๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๐ (เกณฑ์  $\geq$  ร้อยละ ๘๘) ในปี ๒๕๖๕ มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ๓๐ ราย จากจำนวนเป้าหมาย ๓๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๕.๗๑ (เกณฑ์  $\geq$  ร้อยละ ๘๘) และในปี ๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ใน Cohort ที่ ๑/๒๕๖๖) จำนวน ๒ ราย มีผลการรักษาวัณโรคสำเร็จ จำนวน ๑ ราย (อัตราความสำเร็จของการรักษา ร้อยละ ๕๐) เนื่องจากมีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน ๑ ราย

ในส่วนความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) พบว่า ในปี ๒๕๖๓ มีเป้าหมาย ร้อยละ ๘๗.๕ ผลงาน ร้อยละ ๖๐.๘๖ ปี ๒๕๖๔ มีเป้าหมาย ร้อยละ ๘๗.๕ ผลงาน ร้อยละ ๗๘.๙๔ ปี ๒๕๖๕ เป้าหมาย ร้อยละ ๘๘ ผลงาน ร้อยละ ๘๖.๖๗ และในปี ๒๕๖๖ เป้าหมาย  $\geq$  ๙๐% ขณะนี้มีผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว ๑๗ ราย ร้อยละ ๓๙.๕๓ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ และในจำนวน ๑๗ ราย มีการเปลี่ยนการวินิจฉัย จำนวน ๑ ราย กำลังรักษา จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๒.๕๐ เสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๐๐ โอนออก ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๕ มีผู้ป่วยขาดยา จำนวน ๑ ราย (ร้อยละ ๖.๒๕)

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ คัดกรองและค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง โดยการเอ็กซเรย์ปอดทุกราย
- ๑.๒.๒ ติดตามผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน กลุ่ม HHC ให้มาเอ็กซเรย์ปอดทุกราย
- ๑.๒.๓ ติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคอย่างต่อเนื่องจนครบทุกราย

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาความครอบคลุมของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ โดยการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเสี่ยง ๗ กลุ่ม ด้วยวิธีการเอ็กซเรย์ปอดทุกราย ในปี ๒๕๖๖ พบว่า มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองและเอ็กซเรย์ปอดทุกราย จำนวน ๑,๓๘๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ของกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้สามารถตรวจพบและได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๐.๒๒ ดังตารางที่ ๘๘

ตารางที่ ๘๘ ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ด้วยการเอ็กซเรย์ปอด

กลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผลบวก	ร้อยละ
๑. กลุ่ม HHC	๓๒	๒๘	๒๔.๖	๑	๓.๗
๒. กลุ่ม HCW	๑๖๓	๗๖	๔๖.๖	๐	๐
๓. กลุ่ม HIV.	๕๐	๕๑	๑๐๐	๐	๐
๔. กลุ่ม DM Hb.A๑C ≥ ๗	๓๐๐	๓๘๘	๑๐๐	๐	๐
๕. กลุ่ม CKD. ๔ - ๕	๑๐๐	๘๐	๘๐.๐	๐	๐
๖. กลุ่ม Elderly > ๖๕ ปี with COPD	๕๐	๕๕	๑๐๐	๐	๐
๗. กลุ่ม Elderly > ๖๕ ปี with DM	๓๐๐	๔๙๐	๑๐๐	๒	๐.๗
๘. กลุ่ม ผู้ใช้สารเสพติด หรือ Alcoholism	๓๐	๑๒๐	๑๐๐	๐	๐
๙. กลุ่ม New DM.	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐
รวม	๑,๑๒๕	๑,๓๘๘	๑๐๐	๓	๐.๒๒

ตารางที่ ๘๙ ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัณโรค อัมฤกษ์แถม ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ที่	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔			๒๕๖๕			๒๕๖๖		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑	อัตราการสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๓๐	๒๗	๙๐.๐	๓๙	๓๐	๘๕.๗	๒	๑	๕๐.๐
๒	อัตราการครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	๓๘	๓๐	๗๘.๙	๔๕	๓๙	๘๖.๖	๔๓	๑๗	๓๙.๕

ที่มา : tbc Thailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๙๐ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรค อำเภอแกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การคัดกรองที่หน่วยบริการและในชุมชน</li> <li>- มีการแจ้งผลให้ผู้รับผิดชอบงานในระดับ รพ.สต. ติดตามผู้ป่วยมา Admit เพื่อทำการรักษา และวางแผนการรับการรักษาต่อเนื่อง</li> <li>- หลัง D/C ประสานเครือข่ายติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การประชุมวางแผนการทำงานร่วมกับ รพ.สต. และชุมชน ในการทำกิจกรรมโดยเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. และญาติ</li> <li>- เพิ่มกิจกรรม อสม.เคาะประตูบ้าน เพื่อเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยวัดโรคให้ครอบคลุมมากขึ้น</li> <li>- สร้างกลุ่มไลน์ เพื่อการติดต่อประสานงาน</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีผู้รับผิดชอบงานในระดับโรงพยาบาล จำนวน ๑ คน ทำให้การทำงานไม่ครอบคลุมและขาดการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีภาระงานอื่นๆด้วย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ปรับแผนการดำเนินงาน ให้เหมาะสมกับบุคลากรที่มีอยู่</li> <li>- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกกิจกรรม</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้ฐานข้อมูลร่วมกัน Hos XP</li> <li>- ระบบ NTIP</li> <li>- tbcalthailand.net</li> <li>- มีการจัดทำทะเบียนผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด</li> <li>- มีการจัดส่งข้อมูลให้เครือข่ายเป็นประจำทุกเดือน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดทำ one page ทุกเดือน</li> <li>- มีการปรึกษาหารือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สามารถส่ง Sputum AFB ได้</li> <li>- สามารถทำ Cx-R และวินิจฉัย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนทำ TST เอง ที่ รพ.แกด้า</li> </ul>

ตารางที่ ๙๐ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใช้งบประมาณในการดำเนินงานจาก งบ PPA ในการคัดกรองนำกลุ่มเสี่ยงมา Cx-R.</li> <li>- งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และติดตามกลุ่มสัมผัสร่วมบ้านมาทำการ Cx-R. <b>ซ้ำ</b></li> </ul>
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ</li> <li>- มีการบูรณาการแผนงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายและชุมชน</li> <li>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหา กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของเขต ๗</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุมประจำเดือน ทุกเดือน</li> </ul>
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รพ.สต. และชุมชน ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานในพื้นที่</li> <li>- มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดย อสม. และ จนท. ในพื้นที่</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประชุมคณะกรรมการแลภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อร่วมรับทราบข้อมูลปัญหาและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในพื้นที่</li> </ul>



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๙๑ เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาวัดโรค อําเภอแกดํา ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
อัตราความครอบคลุมของการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ให้มีความครอบคลุมมากขึ้นตามเกณฑ์ โดยใช้กิจกรรม อสม.เคาะประตูบ้าน และใช้ verbal screening ในการคัดกรอง

๓.๑.๒ เร่งรัดติดตามกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่เหลือ มาทำการ CxR. ให้ครบตามเป้าหมายทุกคน

๓.๑.๓ เร่งรัดการติดตามกลุ่ม HHC ปี ๒๕๖๕ มาทำการ CxR ซ้ำ

๓.๑.๔ วางแผนการตรวจ Igra ในกลุ่มผู้สัมผัส HHC

๓.๑.๕ วางแผนการทำ TST ในกลุ่มผู้สัมผัส HHC ที่มีอายุ ๕ - ๑๘ ปี

๓.๑.๖ สรุปผลการดำเนินงาน คั้นข้อมูล

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## Area Based

- ประเด็นที่ ๓ : ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗  
หัวข้อที่ ๑ : การแก้ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗  
ตัวชี้วัดที่ ๓ : การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ ๗ (OV & CCA)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางกัลยา สีหาทัพ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
เบอร์โทร ๐๘๓ ๕๖๒ ๒๓๘๔ E-mail [kullayatiw@gmail.com](mailto:kullayatiw@gmail.com)

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดี อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบ ผู้ป่วยปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑๑ ราย ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๑๑ ราย ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๑ ราย และปี ๒๕๖๖ จำนวน ๘ ราย การดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (OV/CCA) อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการภายใต้โครงการพระราชดำริและเฉลิมพระเกียรติ โครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ถวายเป็นพระราชกุศลฯ มีพื้นที่การดำเนินงานทั้ง ๕ ตำบล ร้อยละ ๑๐๐ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ประกอบด้วย จัดระบบสุขภาพ บริหารจัดการสิ่งปฏิกูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลสำหรับทุกพื้นที่ ผ่านเทศบาล/อบต. การจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ครบทุกพื้นที่ พร้อมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในเด็ก เยาวชน ประชาชน และสังคม การคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป การสื่อสาร สาธารณะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุม ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ การส่งต่อผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ การรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีหมอครอบครัวเข้าไปดูแลประจำครอบครัวด้วยการแพทย์ ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี ๒๕๖๒ ครบจำนวน ๕ ตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ผลการดำเนินงานการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ดำเนินงาน จำนวน ๑ ตำบล คือ ตำบลหนองกุ้ง พบมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๐.๗๗ ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒ ตำบล คือ ตำบลวังแสง และตำบลโนนภิบาล พบอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๐.๕๕ และ ปี ๒๕๖๔ จำนวน ๒ ตำบล คือ ตำบลแกด้า และ ตำบลมิตรภาพ พบมีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๐.๕ และในปี ๒๕๖๕ มีการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยใช้ชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT) ในพื้นที่ ๕ ตำบล จำนวน ๗๒๐ ราย พบว่า มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ ๓๕ ซึ่งผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกราย

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ สนับสนุนการจัดการจัดระบบสุขภาพ การบริหารจัดการสิ่งปฏิภูลเพื่อตัดวงจรพยาธิ โดยจัดให้มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิภูลในทุกพื้นที่ผ่านทาง เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล.

๑.๒.๒ ส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียนให้ครบทุกพื้นที่ พร้อมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในเด็ก เยาวชน ประชาชน และสังคม

๑.๒.๓ การให้บริการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๑.๒.๔ การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๑.๒.๕ การตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยเครื่องอัลตราซาวด์

๑.๒.๖ การส่งต่อผู้ป่วยสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ

๑.๒.๗ การรับ – ส่งต่อผู้ป่วย จากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน จะมีหมอครอบครัวเข้าไปดูแล ประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ด้วยชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูป ชนิดเร็ว OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ เป็นต้นมา พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๑๐๐ ทุกปี โดยในปี ๒๕๖๕ มีผลการตรวจพบเชื้อพยาธิ ร้อยละ ๓๕.๐ ส่วนในปี ๒๕๖๖ เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งท่อน้ำดี และอยู่ในระหว่างการดำเนินการ ดังตารางที่ ๙๒

**ตารางที่ ๙๒** ผลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับชนิดเร็ว กลุ่มเป้าหมายอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ด้วยวิธี OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ผลการตรวจคัดกรอง	
				พบพยาธิ	ร้อยละ
๒๕๖๓	๑,๘๑๐	๑,๘๑๐	๑๐๐	๑๐	๐.๕๕
๒๕๖๔	๒๐๐	๒๐๐	๑๐๐	๑	๐.๕๐
๒๕๖๕	๗๒๐	๗๒๐	๑๐๐	๒๕๒	๓๕.๐๐
๒๕๖๖	๒๐๑	ได้รับการสนับสนุนชุดตรวจมาจาก สสจ. ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๖			
รวม	๒,๗๓๐	๒,๗๓๐	๑๐๐	๒๖๓	๙.๖๓

ตารางที่ ๙๓ ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป  
ด้วยวิธีการตรวจด้วยเครื่องอัลตราซาวด์ ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖

ปี	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ผลการตรวจคัดกรอง	
				ผิดปกติ	ร้อยละ
๒๕๖๓	๑๐๐	๕๘	๕๘.๐๐	๓๘	๖๕.๕๒
๒๕๖๔	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
๒๕๖๕	๑๐๐	๑๖๓	๑๖๓.๐๐	๔๒	๒๕.๗๗
๒๕๖๖	๒๐๐	๒๐๓	๑๐๑.๕๐	๘๑	๓๙.๙๐
รวม	๕๐๐	๔๒๔	๘๔.๘	๑๖๑	๓๗.๙๗

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๙๔ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑. มีการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มเสี่ยง อย่างเพียงพอ ๒. มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน ๓. มีคณะกรรมการในการดำเนินงานทั้งในระดับตำบล/อำเภอ แบ่งบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน	๑. แต่งตั้งขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีระดับอำเภอ ๒. ประชุมวางแผนดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีร่วมกับภาคีเครือข่าย ๓. จัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี



ตารางที่ ๙๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<p>๑. มีภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติในระดับตำบล/ระดับอำเภอ</p> <p>๒. มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>๓. มีแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญ และผ่านการอบรม และในการตรวจคัดกรอง</p>	<p>๑. มีการประชุมชี้แจงและถ่ายทอดองค์ความรู้ ในการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. มีการส่งแพทย์ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเข้ารับการอบรม เพื่อพัฒนาทักษะในการดำเนินงาน</p>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<p>๑. มีระบบฐานข้อมูล Hos-XP โรงพยาบาลแกดดำ ในการรวบรวม/บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๒. มีการบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโปรแกรม Isan cohort</p>	<p>๑. สํารวจข้อมูลประชากร ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในพื้นที่</p> <p>๒. บันทึกผลการตรวจคัดกรอง ในระบบ Hos-XP และ Isan cohort ให้เป็นปัจจุบัน</p> <p>๓. สรุปผลการดำเนินงาน และ คืบหน้าข้อมูล</p>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<p>๑. ได้รับการสนับสนุนชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)</p> <p>๒. มีเครื่องตรวจอัลตราซาวด์ ที่มีความเพียงพอ และมีประสิทธิภาพ พร้อมใช้งาน ในการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี</p>	<p>๑. อบรมการใช้ชุดตรวจพยาธิใบไม้ตับสำเร็จรูปชนิดเร็ว OV-Rapid Diagnosis Test (OV-RDT)</p> <p>๒. ใช้ OV RDT Application ในการดำเนินงานตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ</p> <p>๓. มีการตรวจสอบคุณภาพ และมาตรฐานของวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือในการดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง</p>



ตารางที่ ๙๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	๑. มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ในตับ จากสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น	๑. จัดทำแผนงาน/โครงการป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดี CUP แกด้า ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	๑. มีการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบ ทั้งในระดับอำเภอ / จังหวัด ๒. มีการรายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุม คปสอ.	๑. ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน บูรณาการร่วมกับการประชุม คปสอ.
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	๑. มีเครือข่าย อสม. ในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ ๒. มีการประสานการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ประชาชนในพื้นที่	๑. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ ๒. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การ ป้องกัน ควบคุมโรคพยาธิใบไม้ในตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่านทางเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว และบอร์ดนิทรรศการ ในสถานบริการสาธารณสุข และในชุมชน ๓. สนับสนุนกิจกรรมการจัดการเรียนการสอนในโรงเรียน ๔. สนับสนุนส่งเสริมให้ อปท. ออกข้อบัญญัติ/สร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๙๕ เป้าหมายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ อำเภอแกลง ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละของประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนด	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เน้นการสื่อสารสาธารณะ/สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ให้เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

๓.๑.๒ ติดตามผู้สงสัยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการส่งต่อ เพื่อเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยรักษาอย่างเป็นระบบ

๓.๑.๓ รับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยมีหมอครอบครัวเข้าไปดูแล ประคับประคองด้วยการแพทย์ผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

๓.๑.๔ บูรณาการงบประมาณกับกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพื่อให้บริการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเติม ตามความต้องการของชุมชน

๓.๑.๕ สรุปผลการดำเนินงาน คืบข้อมูล

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## ประเด็นที่ ๒ ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่

### Innovative Health Care ระดับพื้นที่ เขตสุขภาพที่ ๗

ตัวชี้วัดที่ ๑ การพัฒนาเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุ และประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

## Area Based

ประเด็นที่ ๒	:	Innovative Health Care	ระดับพื้นที่	เขตสุขภาพที่ ๗
หัวข้อเรื่องที่ ๑	:	การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน		
ตัวชี้วัด	:	๑. การพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของศูนย์รับแจ้งเหตุและ ประสานงานการแพทย์ฉุกเฉินและหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน		
ผู้รับผิดชอบ	:	๑. นางอรทัย โสระเสริฐ ตำแหน่ง เบอร์โทร ๐๙๓๓๔๓๖๖๙๖	ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ E-mail : Soraorak@gmail.com
	:	๒. นางมยุรี สำราญดี ตำแหน่ง เบอร์โทร ๐๖๑๗๐๖๔๘๐๖	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน E-mail : Wunrada.๓๒@gmail.com
	:	๓. น.ส.กาญจนา การะวิโก ตำแหน่ง เบอร์โทร ๐๙๘๑๒๕๒๗๑๑.	ตำแหน่ง	เจ้าพนักงานสาธารณสุข E-mail : eungnurse@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

โรงพยาบาลแกด้า ได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมาตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ ปัจจุบันมีหน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียน ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ระดับ ALS จำนวน ๑ หน่วย และระดับ EMR เพียง ๑ หน่วย (ร้อยละ ๑๖.๖) คือ หน่วยองค์การบริหารส่วนตำบลวังแสง ซึ่งไม่ครอบคลุมการให้บริการในพื้นที่อำเภอแกด้า เนื่องจาก เดิมได้รับการสนับสนุนรถฉุกเฉินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัด แต่ได้หมดสัญญาเช่าตั้งแต่ ปี ๒๕๖๓ ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันจึงใช้การบริการจากโรงพยาบาลแกด้า และจาก อบต.วังแสง เป็นหลัก โดยมีผลการออกปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยโรงพยาบาลแกด้า ภายใต้การสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน อบจ.มหาสารคาม ในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ เท่ากับ ๕๑๘ ครั้ง, ๖๒๙ ครั้ง และ ๗๗ ครั้ง ตามลำดับ (ปี ๒๕๖๖ เดือนพฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ ยังลงระบบไม่ได้เนื่องจากระบบมีปัญหา)

ในการขึ้นทะเบียนของหน่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอแกด้า มีเพียง ๑ แห่งเท่านั้น คือ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน อบต.วังแสง ซึ่งเป็นรถที่จัดซื้อด้วยงบประมาณของ อบต.วังแสง ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆ ไม่มีรถฉุกเฉินเป็นของตนเอง เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านงบประมาณอุดหนุนประจำปีจากรัฐบาล จึงส่งผลทำให้มีข้อจำกัดของความครอบคลุมในการออกให้บริการของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ลดลงกว่าเดิม แต่ทั้งนี้ประชาชนก็สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชนได้โดยยานพาหนะส่วนตัว ซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าในกรณีที่เกิดเหตุซ้ำซ้อน



๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ ประชาสัมพันธ์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ผ่านทางเสียงตามสายหรือหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน ติดสติ๊กเกอร์คำแนะนำใช้บริการ ๑๖๖๙ บนปกสมุดประจำตัวของผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกคน
- ๑.๒.๒ อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานทุกคน
- ๑.๒.๓ ให้การสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ ในการปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน แก่ทีม EMR ตามความเหมาะสม
- ๑.๒.๔ จัดแบ่งโซนรับผิดชอบของหน่วยที่ออกปฏิบัติงานเพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- ๑.๒.๕ การกำหนดแผน/มาตรการ/กิจกรรมในการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานหรือแก้ไขปัญหาคคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

ในการดำเนินงานพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ ALS โรงพยาบาลแกดำ ตามข้อสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและประสานงานการแพทย์ฉุกเฉิน อศจ.มหาสารคาม พบว่า อัตราการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินระดับสีแดงภายในเวลา ๑๐ นาที ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ มีเพียง ร้อยละ ๔๑.๖๑, ๓๙.๒๙ และ ๔๖.๗๕ ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด > ร้อยละ ๗๐ ส่วนอัตราความสำเร็จของการออกให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน ๒ นาที มีแนวโน้มสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐ ทุกปี และในปี ๒๕๖๖ (ณ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีอัตราเท่ากับ ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๙๖

ตารางที่ ๙๖ ผลการพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. อัตราการเข้าถึงของทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ตั้งแต่การแจ้งเหตุ (response time) ในผู้ป่วยสีแดง ภายใน ๑๐ นาที	>ร้อยละ ๗๐	๔๑.๖๑	๓๙.๒๙	๔๖.๗๕
๒. อัตราการกลับมาฟื้นคืนชีพ และมีชีพจร (ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้น ที่ทีมปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงได้ทำ CPR	>ร้อยละ ๓๐	๒๓.๕๒	๒๔.๔๐	๔๔.๔๔
๓. อัตราความสำเร็จของการออกให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายใน ๒ นาที	>ร้อยละ ๗๐	๙๒.๖๗	๙๓.๑๖	๑๐๐

ที่มา.. รายงาน HDC



## ๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๙๗ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพและการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- มีระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน ๑๖๖๙ - มีหน่วยปฏิบัติการ ๒ หน่วย คือ หน่วย ALS รถ.แกดดำ และหน่วย EMR อบต.วังแสง ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการในกรณีเกิดเหตุซ้ำซ้อน	- พัฒนาระบบการประสานงานและการออกปฏิบัติการในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- ใช้บุคลากรร่วมกับทีมใช้ร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน รถ.แกดดำ - บุคลากรประจำหน่วย EMR มีการเปลี่ยนแปลงผู้ปฏิบัติงานบ่อย	- จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉิน แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกคน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- การบันทึกข้อมูลในระบบมีความซ้ำซ้อน เนื่องจากมี Item จำนวนมาก ทำให้ไม่สามารถบันทึกได้ครบทุกหัวข้อ	- มีการติดตามและทบทวนเอกสารการออกปฏิบัติการก่อนการบันทึกในระบบข้อมูลให้ถูกต้องและครบถ้วน ทุกสาย
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- งบประมาณในการจัดซื้อ วัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์การแพทย์ แก่ทีม EMR มีจำนวนจำกัด	- จัดทำแผนสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ สำหรับทีม EMR ใช้ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ
๕	การเงิน (Financing)	- อปท.มีข้อจำกัดงบประมาณสนับสนุนการปฏิบัติงาน ทั้งในส่วนของการจัดหาครุภัณฑ์ ยานพาหนะ และค่าตอบแทนบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน	- จัดทำแผนงาน/โครงการ ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณประจำปี จากส่วนกลาง ให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน

ตารางที่ ๙๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาระดับอำเภอ</li> <li>- มีการบูรณาการแผนงานร่วมกันกับ อปท. และภาคีเครือข่ายในชุมชน แต่อัตราการเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินยังต่ำกว่าเป้าหมาย</li> <li>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหา กำหนดเป็นนโยบายสำคัญของเขต ๗</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รณรงค์การใช้บริการ ๑๖๖๙ ให้มากขึ้น</li> <li>- ประชาชนที่มีกำลังเพียงพอสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะในกรณีเกิดเหตุซ้ำซ้อน จะใช้ยานพาหนะส่วนตัว ในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว</li> </ul>
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีส่วนร่วมของ อปท. ในการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน ในพื้นที่ของตนเอง ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> <li>- ผู้นำชุมชน อสม. มีการช่วยประชาสัมพันธ์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดแบ่งโซนพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยที่ออกปฏิบัติงาน เพื่อให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่</li> </ul>

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๙๘ เป้าหมายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการเข้าถึงการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. อัตราการเข้าถึงของทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ตั้งแต่การแจ้งเหตุ (response time) ในผู้ป่วยสีแดง ภายใน ๑๐ นาที	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐
๒. อัตราการกลับมาฟื้นคืนชีพ และมีชีพจร (ROSC) ของผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นที่ทีมปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูงได้ทำ CPR	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐
๓. อัตราความสำเร็จของการออกให้บริการผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ภายในเวลา ๒ นาที	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๘

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

- ๓.๑.๑ พัฒนาระบบติดตามสัญญาณชีพผู้ป่วยในรถปฏิบัติการฉุกเฉิน Telemedicine
- ๓.๑.๒ พัฒนาระบบการสื่อสารในการปฏิบัติงานผ่านระบบ Medical Director
- ๓.๑.๓ พัฒนามาตรฐานด้านความปลอดภัยของรถปฏิบัติการฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ
- ๓.๑.๔ จัดทรวัดชุด อุปกรณ์ที่จำเป็นตามมาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด
- ๓.๑.๕ สนับสนุนแผนการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะในการช่วยฟื้นคืนชีพที่ถูกต้องแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ใหม่
- ๓.๑.๖ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวและสารสนเทศเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูล ระดับเขตผ่านระบบข้อมูล (ITEM, EMS, N-Refer, IT-Service Plan)
- ๓.๑.๗ สรุปผลการดำเนินงาน คืบข้อมูล

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## ส่วนที่ ๕

### การตรวจราชการแบบบูรณาการ ร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

- เรื่องที่ ๑ การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น
- เรื่องที่ ๒ โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า  
ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ  
กรมพระศรีสวางควัฒนา วรขัตติยราชนารี

## การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

หัวข้อเรื่องที่ ๒ : การพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวอรอนงค์ แสงลี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
E-mail : ornanong.saenglee@gmail.com เบอร์โทร ๐๘๑-๗๐๘๕๐๐๗  
๒. นางสาวระพีพร คະสุวรรณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ  
E-mail : pangkasuwan๑@gmail.com เบอร์โทร ๐๙๙-๒๖๕๑๖๓๙

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ อำเภอกำแพงแสนดำเนินการออกประเมินศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่ง จำนวน ๑๘ แห่ง ผ่านเกณฑ์ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติอยู่ที่ระดับดีมาก จำนวน ๑๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๙ และอยู่ในระดับดี จำนวน ๒ แห่ง ซึ่งได้ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรสาธารณสุขใน รพ. และ รพ.สต. ที่รับผิดชอบ เพื่อสร้างความเข้าใจถึงแนวทางการขับเคลื่อนงานและการพัฒนาสถานพัฒนาการเด็กปฐมวัย สู่เกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ และติดตามประเมินมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบูรณาการร่วมกับงาน พชอ. และให้คำแนะนำ สนับสนุนให้บุคลากรศูนย์เด็กเข้ารับการอบรมกระบวนการเรียนรู้เรื่องพัฒนาการ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P) เพื่อการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

งานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน มีโครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน อำเภอกำแพงแสนดำเนินการที่ผ่านมามีการคืนข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนให้แก่โรงเรียนในเครือข่ายให้รับทราบ และมีโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน ในระดับ CUP และ แผนกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และบูรณาการกับงานวัยรุ่น เพื่อผลักดันให้เกิดการพัฒนาสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยกิจกรรมที่ ๑ การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน กิจกรรมที่ ๒ การประชุมชี้แจงคณะผู้บริหารโรงเรียนทุกแห่ง กิจกรรมที่ ๓ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนา ระดับสติปัญญาเด็กไทย (IQ.) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ของเด็กไทยในโรงเรียน ประเมินและคัดกรอง IQ. / EQ. ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาทุกโรงเรียน กิจกรรมที่ ๔ อบรมแกนนำนักเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเรื่องทันตสุขภาพ ,กิจกรรมทางกาย โภชนาการ ยาเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและประเมินความรอบรู้ฯ โรงเรียนละ ๑ แห่ง กิจกรรมที่ ๕ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพโดยบูรณาการร่วมกับงาน พชอ.



การประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อำเภอแกดำได้ส่งโรงเรียนเข้าร่วมพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๔ โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านวังแสง โรงเรียนบ้านโสกแดง โรงเรียนบ้านเหล่าจันทนา และ โรงเรียนมิตรภาพ(จากโรงเรียนทั้งหมด ๒๔ โรงเรียน รวมตำบลหนองแสน อำเภอวาปีปทุม) และได้ส่งโรงเรียนสมัครเข้าร่วมประเมินเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๔ โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนบ้านวังแสง โรงเรียนบ้านหนองบัว โรงเรียนบ้านหนองซุ่น และโรงเรียนบ้านเหล่าจันทนา

เด็ก อายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน พบมีเด็กสูงดีสมส่วนไม่อยู่ในเกณฑ์ตามที่กรมอนามัยกำหนด คือภาคเรียนที่ ๑/๒๕๖๕ ร้อยละ ๕๕.๐๖ (กรมอนามัยกำหนดที่ ร้อยละ ๖๖) และภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๕ ร้อยละ ๖๔.๗๘ (กรมอนามัยกำหนดที่ร้อยละ ๕๗) สำหรับภาคเรียนที่ ๒/๒๕๖๕ หน่วยบริการสาธารณสุขในอำเภอแกดำมีการถ่ายโอนสังกัด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแยกสังกัดหน่วยบริการแล้ว พบว่าจากการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด จำนวน ๒,๕๙๘ คน ความครอบคลุมร้อยละ ๖๔.๙๐ แบ่งเป็น ข้อมูลจากสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากหน่วยบริการ จำนวน ๑ แห่ง มีข้อมูล จำนวน ๑,๒๘๔ คน สูงดีสมส่วน จำนวน ๖๕๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๐๙ (ไม่ผ่านเกณฑ์) และจากสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากหน่วยบริการ ๗ แห่ง มีข้อมูล จำนวน ๑,๓๑๔ คน สูงดีสมส่วน จำนวน ๑,๐๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๑๖ กรอบในการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน ใช้ระบบฐานข้อมูลและแนวทางการบันทึกผลงานที่แตกต่างกัน และส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากพบปัญหาในการบันทึกข้อมูลภาวะโภชนาการ เด็กวัยเรียน โปรแกรม HDC ยึดตามการมารับบริการที่สถานบริการครั้งล่าสุดเป็นหลัก ส่งผลให้ข้อมูลที่ได้อาจมาจากรายงานไม่ตรงกับข้อมูลในพื้นที่จริง ทำให้ข้อมูลของหน่วยบริการโรงพยาบาลมีข้อมูลผู้รับบริการจำนวนมากที่ไม่ใช่เป้าหมายของโรงพยาบาล ส่งผลให้ผลงานผ่าน HDC จำนวนน้อย

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี อำเภอแกดำ ปี พ.ศ.๒๕๖๖ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖) บรรลุตามตัวชี้วัด คือ ยังไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี การดำเนินงานได้ประชาสัมพันธ์การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ และการให้บริการฝังยาคุมกำเนิด ให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดสมัยใหม่และเพศวิถีศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมายร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ การประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานส่งเสริมสุขภาพวัยเรียนบูรณาการกับงานวิจัย และแนวทางการดำเนินงาน

๑.๒.๒ คัดกรองภาวะสุขภาพนักเรียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการ คัดกรองภาวะบกพร่องการเรียนรู้ และให้ความรู้สุขศึกษาแก่นักเรียน

๑.๒.๓ อบรมครู ก กระบวนการเรียนรู้เรื่องพัฒนาการ โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P)

๑.๒.๔ อบรมแกนนำนักเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเรื่องทันตสุขภาพ ,กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและยาเสพติด ภายในโรงเรียน

### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากตาราง ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ การดำเนินงานภายในอำเภอแกดำ มีศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งหมด จำนวน ๑๘ ศูนย์ ซึ่งผ่านการประเมินคุณภาพเพื่อเป็นสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติในระดับดี จำนวน ๑๘ ศูนย์ อยู่ในระดับดีมาก จำนวน ๑๖ ศูนย์ คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘๘ และอีกจำนวน ๒ ศูนย์อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๑๑ ส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมครู ก ในการดูแลเด็กปฐมวัยในเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM family – mediated Preschool Parenting Program : Triple P) มีการสนับสนุนให้เข้าร่วมประกวดในระดับจังหวัดเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการดำเนินงานที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

กลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ๔ โรคหลัก ที่เป็นปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ สมาธิสั้น, เรียนรู้ช้า, สติปัญญาบกพร่อง และออทิสติก เป้าหมายความสำเร็จ คือ

สติปัญญาบกพร่อง เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๕

เรียนรู้ช้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๑๕

สมาธิสั้น เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๓๕

ออทิสติก เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ ๕๐

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๖ ที่ผ่านมาในภาพรวมอำเภอแกดำ พบว่า สติปัญญาบกพร่อง เข้าถึงบริการสุขภาพจิต สะสมตั้งแต่ปี ๒๕๖๓-ปัจจุบัน จำนวน ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๘ แยกเป็นการเรียนรู้ช้า ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๙ สมาธิสั้น ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๑๕ และออทิสติก ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๔ ตามลำดับ

ภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียน (๖-๑๔ ปี) ในโรงเรียนทุกสังกัด

ปีการศึกษาที่ ๑/๒๕๖๕ พบว่ามีเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน จำนวน ๑,๖๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๐๖ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (เกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด คือร้อยละ ๖๖) ซึ่งเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา พบว่าอำเภอแกดำ มีร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วนเพิ่มมากขึ้น อยู่ในภาวะที่ต้องมีการเฝ้าระวังและมีมาตรการในการดำเนินงานควบคุมภาวะทุโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

อำเภอแกดำ มีโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔.๑๗ (เขตสุขภาพที่ ๗ กำหนดร้อยละ ๑๐) ซึ่งในปีที่ผ่านมาได้ส่งโรงเรียนเข้าประเมิน ๔ โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ ๑ โรงเรียน คือโรงเรียนบ้านวังแสง ตำบลวังแสง เหลือ ๓ โรงเรียนเพื่อส่งเอกสารเพิ่มเติม ๓ โรงเรียน

ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี อำเภอแกดำ ปี พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖ มีตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๗๐ (ไม่เกินร้อยละ ๑๓) จากตารางร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี อำเภอแกดำ ปี พ.ศ.๒๕๖๖(๑ ตุลาคม ๒๕๖๕-๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖) บรรลุตามตัวชี้วัด คือ ไม่มีการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้ประชาสัมพันธ์การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ และการให้บริการฝังยาคุมกำเนิดและให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดสมัยใหม่ และเพศวิถีศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย ดังตารางที่ ๙๙

ตารางที่ ๙๙ ผลการดำเนินงานพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕

ลำดับ	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	๑๘	๗๗.๗๖	๑๘	๘๘.๘๙	๑๘	๘๘.๘๙
๒	เด็กกลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการและได้รับการคัดกรองสุขภาพ -สติปัญญาบกพร่อง -สมาธิสั้น -LD -ออทิสติก	๐ ๑ ๑ ๐	๐ ๐.๐๒ ๐.๐๒ ๐	๐ ๐ ๐ ๐	๐ ๐ ๐ ๐	๐ ๓ ๔ ๑	๐ ๐.๑๑ ๐.๑๕ ๐.๐๔
๓	ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	๑,๓๐๘	๖๔.๖๒	๑,๖๘๓	๕๕.๐๖	๔๙๘	๕๑.๑๘
๔	ร้อยละของโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๐	๐	๑	๔.๑๗	๑	๔.๑๗
๕	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑	๑๖.๗	๐	๐	๐	๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๑๐๐ การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาสุขภาพช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น อำเภอแกดดำ

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑.ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน อำเภอแกดดำ ๒.มีสถานที่และอุปกรณ์เพียงพอแก่เด็กในการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ วันละ ๖๐ นาที ๓.กระตุ้นบุคลากรทางการศึกษาให้เห็นความสำคัญและร่วมพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ๔.เชิงรุกให้ความรู้เพศศึกษา มีช่องทางการเข้าถึงวัยรุ่นในพื้นที่	๑.คำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ๒.มีการประชุมคณะทำงาน ปีละ ๑ ครั้ง
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑.การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานวัยเรียน, ครูอนามัย และนักเรียนแกนนำสุขภาพด้านความรู้ ๒.อาหารกลางวันที่ต้องตามหลักโภชนาการ เน้นกิจกรรมทางกายวันละ ๖๐ นาที และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สนับสนุนให้เด็กดื่มนมวันละ ๒ แก้ว ๓.ให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา มีช่องทางหลากหลายเพื่อให้คำปรึกษา ๔.เจ้าหน้าที่ผ่านหลักสูตรให้คำปรึกษาทางเลือกและให้บริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่น ๕.มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่เพียงพอกับภาระงาน	๑.มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับบุคลากรทางการศึกษา

ตารางที่ ๑๐๐ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<p>๑. ผลักดันนโยบายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๒. สร้างความเข้มแข็งในด้านการดำเนินงานตามนโยบาย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ, โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ</p> <p>๓. สร้างกระแสผ่านสื่อสาธารณะ และสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยสูงดีสมส่วน (อาหาร กิจกรรมทางกาย สุขภาพช่องปาก และการนอน)</p> <p>๔. ข้อมูลจากระบบ HDC</p>	<p>๑. จัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานงานอนามัยโรงเรียน ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) โดยกำกับติดตามการบันทึกข้อมูล ประเมินและนำเข้าให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา</p>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<p>๑. พัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง และเครือข่าย ในการติดตามเฝ้าระวังเด็กของตนเองในชุมชน</p> <p>๒. พัฒนาการเรียนรู้ของเด็กผ่านนโยบาย ลดเวลาเรียน เพิ่มรู้ เพื่อให้เด็กมีศักยภาพในการเฝ้าระวังสุขภาพของตนเอง (self care)</p> <p>๓. Teenage digital platform</p> <p>๔. สื่อและคู่มือส่งเสริมความรอบรู้ (รู้ด้านเพศวิถีที่ทักษะชีวิต)</p>	<p>๑. ส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) เด็กไทยสายตาดำ</p> <p>๒. ส่งเสริมการเข้ารับประเมินมาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรตามที่พื้นที่ร้องขอ</p> <p>ผลักดันและพัฒนาให้เกิดโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เด็กวัยเรียน โดยเน้นด้านบริโภคอาหาร ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย อนามัยสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคล ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>

ตารางที่ ๑๐๐ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๕	การเงิน (Financing)	๑.งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ	๑.ของบประมาณสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ และจากเขต ในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	๑. กำหนดทิศทาง/นโยบาย การ/จัดทำแผนงาน/โครงการ ๒. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานทุกระดับ ๓. นิเทศ ติดตาม ประเมินผล	๑.ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ติดตามการดำเนินงาน
๗	ชุมชน ภาควิชาการ และความร่วมมือ (Participation)	บูรณาการร่วมกับหน่วยงาน ภาควิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย	๑.ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน ปีละ ๑ ครั้ง ๒.ขับเคลื่อนขยายผลลงสู่ชุมชน ในการดูแลเด็กทุกด้าน ๓.เสริมสร้างความร่วมมือจาก ภาควิชาการท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนวัยรุ่น



๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๑๐๑ เป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนาช่วงวัยเรียน/วัยรุ่น ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒. เด็กกลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการและได้รับการคัดกรองสุขภาพ					
- สติปัญญาบกพร่อง	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕
- สมาธิสั้น	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕	๑๕
- LD	๓๕	๓๕	๓๕	๓๕	๓๕
- ออทิสติก	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
๓. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดี สมส่วน	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐
๔. ร้อยละของโรงเรียนที่พัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
๕. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงตั้งครรภ์ อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓	๑๓

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ประเมินภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน ครั้งที่ ๒

๓.๑.๒ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓.๑.๓ เยี่ยมเสริมพลังศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

๓.๑.๔ ถอดบทเรียนและคืนข้อมูลเด็กวัยเรียน และวางแผนแก้ไข้ปัญหา

๓.๑.๕ ประเมินและติดตามการดำเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานแห่งชาติ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

๓.๑.๖ โครงการ School Health HERO เพื่อให้คำปรึกษาเด็กและวัยรุ่น ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

๓.๑.๗ ระบบงานอนามัยโรงเรียน บูรณาการกับกิจกรรมสุขภาพจิต เพื่อคัดกรอง ๔ โรคหลัก ที่เป็นปัญหาต่อการเรียนรู้ คือ สมาธิสั้น, เรียนรู้ช้า, สติปัญญาบกพร่อง และออทิสติก

๓.๑.๘ การขับเคลื่อนชมรม TO BE NUMBER ONE ครอบคลุมทุกโรงเรียน และชุมชนในเขตอำเภอแกดำ เพื่อลดปัญหายาเสพติดและส่งเสริมสุขภาพจิต ในทุกกลุ่มวัย

๓.๑.๙ ขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพเด็กวัยเรียนให้มีสุขภาพกายที่แข็งแรง เพิ่มกิจกรรมทางกาย จัดรูปแบบการจัดการอาหารและโภชนาการในสถานศึกษา

๓.๑.๑๐ ติดตามสนับสนุนให้โรงเรียนเข้าสู่โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพทุกแห่ง  
๓.๑.๑๑. ประชาสัมพันธ์การฝึยาคุมกำเนิด การให้บริการเชิงรุก และให้ความรู้เรื่องการ  
คุมกำเนิดและเพศวิถีศึกษาแก่กลุ่มเป้าหมาย

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## ประชาคมชี้แจงและวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเด็กในชุมชน





ประชี้อัจงซบเคลื่อการดำเนางนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ



กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาเสพติดในสถานศึกษา



กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในสถานศึกษา



## การตรวจราชการแบบบูรณาการร่วมกับสำนักนายกรัฐมนตรี

หัวข้อเรื่องที่ ๑ : โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์

ผู้รับผิดชอบ ๑ นางกัลยา สีหาทัพ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ เบอร์โทร ๐๘๓ ๕๖๒ ๒๓๘๔ E-mail : [kullayatiw@gmail.com](mailto:kullayatiw@gmail.com)

### ๑. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

#### ๑.๑ ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

สถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๖ ไม่มีรายงานการพบสุนัขที่ป่วยหรือติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ติดต่อกันมาเป็นเวลา ๖ ปี โดยพบกรณีสุนัขหัวบวกล่าสุดเมื่อ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ จำนวน ๒ เหตุการณ์ ไม่มีรายงานการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในคน การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ได้ร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์อำเภอแกด้า และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอแกด้า จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ตามยุทธศาสตร์สาธารณสุข ภายใต้โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานของ ศาสตราจารย์ ดร. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมพระนราธิวาสราชนครินทร์ ต่อเนื่องมาทุกปี โดยมีกิจกรรมคือ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน ซึ่งนับจากปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้สัมผัสสุนัขที่เข้าข่ายต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งสิ้นจำนวน ๑,๗๕๐ ราย ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๑,๕๖๕ ราย (ร้อยละ ๘๙.๔๓) การดำเนินงานฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าล่วงหน้า (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) สำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ได้แก่ สัตวแพทย์ บุคลากร และอาสาสมัครด้านปศุสัตว์ และบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้ง บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้าครบตามเกณฑ์ จำนวน ๑๕ ราย (ร้อยละ ๑๐๐)

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ระดับอำเภอแกด้า โดยการบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออำเภอแกด้า

๑.๒.๒. สนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าล่วงหน้า (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) สำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่

๑.๒.๓. ส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดทำข้อบัญญัติงบประมาณของตนเอง ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการทำหมันในสุนัขและแมว

๑.๒.๔. ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชนผู้ที่สัมผัสให้ครบตามเกณฑ์ และมีการบันทึกข้อมูลในระบบ ร.๓๖ ทุกราย

๑.๒.๕. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่ประชาชนในพื้นที่ ผ่านทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

การดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน พบว่า ในปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖ มีผู้สัมผัสโรคจากสุนัขหรือแมว ที่เข้าข่ายที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน ๕๘๔ ราย ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๕๓๔ ราย (ร้อยละ ๙๑.๔๔) ปี ๒๕๖๔ มีผู้สัมผัสโรค จำนวน ๕๒๐ ราย ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๔๖๓ ราย (ร้อยละ ๘๙.๐๔) ปี ๒๕๖๕ มีผู้สัมผัสโรค จำนวน ๔๘๙ ราย ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๔๒๒ ราย (ร้อยละ ๘๖) และในปี ๒๕๖๖ (ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีผู้สัมผัสโรค จำนวน ๑๕๗ ราย ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๑๔๖ ราย (ร้อยละ ๙๒.๙๙) ทั้งนี้ ในส่วนของผู้ที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากผู้สัมผัสไม่มารับวัคซีนตามนัด และผู้สัมผัสบางส่วนอาศัยอยู่นอกพื้นที่อำเภอแกลง ทำให้ไม่สามารถติดตามให้มารับวัคซีนได้ สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในการป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre-exposure prophylaxis : PrEP) ในกลุ่มบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ไม่มีการดำเนินงานใน ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๕ เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด ๑๙ (COVID - ๑๙) ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง เมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ คลี่คลายลง จึงมีการฉีดวัคซีนป้องกันโรคล่วงหน้าในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ สัตวแพทย์ บุคลากรและอาสาสมัครด่านปศุสัตว์ และสาธารณสุข รวมทั้ง บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๕ ราย ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์ จำนวน ๑๕ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) ดังตารางที่ ๑๐๓

ตารางที่ ๑๐๒ ผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แก่ประชาชนผู้สัมผัสและบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

ที่	ปี	กลุ่มผู้สัมผัสโรคจากสุนัข/แมว			กลุ่มบุคลากรเสี่ยง		
		จำนวนทั้งหมด	ฉีดครบตามเกณฑ์	ร้อยละ	จำนวนทั้งหมด	ฉีดครบตามเกณฑ์	ร้อยละ
๑	๒๕๖๓	๕๘๔	๕๓๔	๙๑.๔๔	-	-	-
๒	๒๕๖๔	๕๒๐	๔๖๓	๘๙.๐๔	-	-	-
๓	๒๕๖๕	๔๘๙	๔๒๒	๘๖.๓๐	-	-	-
๔	๒๕๖๖	๑๕๗	๑๔๖	๙๒.๙๙	๑๕	๑๕	๑๐๐

ในส่วนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในสุนัขและแมว โดยการบูรณาการความร่วมมือร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์อำเภอแกลง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่อำเภอแกลง อาสาสมัครปศุสัตว์ ผู้นำชุมชน และ อสม. ทำการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการทำหมันให้กับสุนัขและแมว พบว่า ในปี ๒๕๖๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดทำข้อบัญญัติด้านงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานครบทุกแห่ง สามารถฉีดวัคซีนและทำหมันให้กับสุนัขหรือแมวได้ จำนวน ๔,๑๘๔ ตัว ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๑๐๓

ตารางที่ ๑๐๓ ผลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและการทำหมัน แก่สุนัขและแมว

ที่	ปี	จำนวน สุนัข/แมว รวมทั้งหมด	ฉีดวัคซีน		ทำหมันสุนัข/แมว	
			ได้รับการ ฉีดวัคซีน	ร้อยละ	ได้รับ การทำหมัน	ร้อยละ
๑	๒๕๖๓	๓,๙๐๖	๓,๙๐๖	๑๐๐	๖๑๒	๑๕.๖๔
๒	๒๕๖๔	๓,๙๑๒	๓,๙๑๒	๑๐๐		
๓	๒๕๖๕	๔,๑๖๒	๔,๑๖๒	๑๐๐	๑,๑๑๐	๒๖.๖๗
๔	๒๕๖๖	๔,๑๘๔	๔,๑๘๔	๑๐๐	๑,๓๘๔	๓๓.๐๘

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๑๐๔ การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	๑. มีการฉีดวัคซีนให้กับผู้สัมผัสโรค และบุคลากรกลุ่มเสี่ยง อย่างเพียงพอ แต่มีผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ เนื่องจากอยู่นอกพื้นที่ หรือไม่มาตามนัด ๒. มีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน ๓. มีการจัดเตรียมความพร้อม ในการปฏิบัติงาน เป็น ๓ ระยะ (ก่อนเกิด/ขณะเกิด/หลังเกิด)	๑. ประชุมวางแผนดำเนินงาน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร่วมกับภาคีเครือข่าย ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า อำเภอแกดำ
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	๑. มีภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติ ในระดับตำบล/ ระดับอำเภอ ๒. มีการพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่อง ๓. มีทีมสอบสวนโรค ร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง	- มีการประชุมชี้แจงและถ่ายทอดองค์ความรู้ ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แก่เครือข่าย อสม. และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ ๑๐๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	๑. มีระบบฐานข้อมูล Hos-XP โรงพยาบาลแกด้า ในการ รวบรวมข้อมูลการรับวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในคน ๒. มีการบันทึกข้อมูลการรับ วัคซีนพิษสุนัขบ้า ด้วยระบบ โปรแกรม ร.๓๖	๑. ค้นหา ติดตาม ผู้สัมผัสโรคให้ เข้ามารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค พิษสุนัขบ้าให้ครบตามเกณฑ์ทุก ราย ๒. บันทึกผลการรับวัคซีน ใน ระบบ Hos-XP และ ร.๓๖ ให้ เป็นปัจจุบัน ๓. สรุปผลการดำเนินงาน และ คืนข้อมูล
๔	ผลิตภัณฑ์ ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	๑. ได้รับการสนับสนุนวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า สำหรับฉีด ป้องกันโรคล่วงหน้า (Pre- exposure prophylaxis : PrEP) สำหรับบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ๒. มีการให้บริการทำหมันในสุนัข และแมว โดยหน่วยงานปศุสัตว์	๑. จัดทำแผนในการฉีดซื้อวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในผู้สัมผัส ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลแกด้า ๒. ติดตามผู้สัมผัส ให้เข้ารับวัคซีน พิษสุนัขบ้าให้ครบตามเกณฑ์ ทุกราย ๓. รณรงค์ให้บริการทำหมัน และ ฉีดวัคซีน แก่สุนัขและแมว เชิงรุก โดย หน่วยงานปศุสัตว์ ร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๕	การเงิน (Financing)	๑. มีการสนับสนุนงบประมาณใน การจัดซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้าในสัตว์ จาก อปท. ๒.สนับสนุนงบประมาณในการทำ หมันใน สุนัข และ แมว โดย หน่วยงานปศุสัตว์	๑. จัดทำแผนงาน/โครงการสัตว์ ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษ สุนัขบ้า อำเภอแกด้า ๒. จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อ ขอสนับสนุนงบประมาณในการ ดำเนินงาน โดย อปท./ปศุสัตว์ ๓. จัดทำแผนการจัดซื้อยา และ เวชภัณฑ์ไม่ใช่ว่า ทุกปี

ตารางที่ ๑๐๔ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	๑. มีการจัดทำสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารรับทราบ ทั้งในระดับอำเภอ / จังหวัด ๒. มีติดตามและการรายงานผลการดำเนินงานในวาระประชุมของปศุสัตว์อำเภอ / หัวหน้าส่วนราชการ / กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	- การติดตามประเมินผลการดำเนินงานผ่านที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการ/กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	๑. มีเครือข่าย อสม. ในการประสานการดำเนินงานในพื้นที่ ๒. มีการประสานการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๓. มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่ประชาชนในพื้นที่	๑. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเป็นเครือข่ายในการดำเนินงานในพื้นที่ ๒. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ผ่านทางเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว และบอร์ดนิทรรศการ ในสถานบริการสาธารณสุข และในชุมชน

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๑๐๕ เป้าหมายการดำเนินงานสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละของผู้สัมผัสโรคจากสุนัขหรือแมว ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒. ร้อยละของสุนัขและแมว ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทุกปี	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
๓. ร้อยละของสุนัขและแมวที่ได้รับการทำหมัน	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ส่งเสริม สนับสนุนการทำหมันและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ให้กับสุนัขและแมว

๓.๑.๒ บูรณาการการทำงานร่วมกับสำนักงานปศุสัตว์อำเภอ ในการประสานงานและส่งเสริมให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดทำข้อบัญญัติงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นประจำทุกปี

๓.๑.๓ ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในผู้สัมผัสให้ครบตามเกณฑ์ และบันทึกข้อมูลในระบบ ร.๓๖ ให้ครบถ้วน

๓.๑.๔ สรุปผลการดำเนินงาน คืบข้อมูล

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## ส่วนที่ ๖

### นโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗ (นายแพทย์ ธนรักษ์ ผลิพัฒน์)

- เรื่องที่ ๑ Chief Knowledge Officer (คณะกรรมการบริหารจัดการ  
ความรู้ หรือคณะกรรมการพัฒนาวิชาการ)
- เรื่องที่ ๒ Service Plan ทุกสาขา



## ประเด็นที่ ๑ สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ

- หัวข้อที่ ๑.๑ กลุ่มวัย
- หัวข้อที่ ๑.๒ ผู้สูงอายุ



## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

- ประเด็นที่ ๒ : Chief Knowledge Officer : CKO (คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ)  
ตัวชี้วัดที่ ๑ : จำนวนผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสุขภาพ ที่คิดค้นใหม่หรือพัฒนา  
ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ
- ผู้รับผิดชอบ : ๑. นางวิภาวดี หอมทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๘๓ ๓๔๑ ๒๔๘๔ E-mail : wiwadee๑๕๑๕@gmail.com.  
๒. นางสาวสุชิตา ปักสังคะเน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๘๙ ๕๗๔ ๔๔๒๙ E-mail : suchita-narak@hitmailcom

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกด้า เริ่มมีการพัฒนางานวิชาการมาตั้งแต่ ปี ๒๕๕๗ จนถึงปัจจุบัน มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ประกอบด้วย บุคลากรจากโรงพยาบาลแกด้า สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแกด้า และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า มีผลงานการทำวิจัย / R๒R / นวัตกรรม จำนวนทั้งสิ้น ๕ เรื่อง ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน ในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓ เรื่อง ได้รับรางวัลงานวิจัยดีเด่น ๑ เรื่อง ในปี ๒๕๖๖ (ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖) มีบุคลากรที่จัดทำผลงานวิชาการ วิจัย / R๒R / นวัตกรรม และส่งเข้ารับการคัดเลือกเพื่อนำเสนอในงานประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ แล้ว จำนวน ๓ เรื่อง อยู่ในระหว่างการส่งผลงาน ๒ เรื่อง และยังไม่ทราบผลการคัดเลือกของคณะกรรมการ

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

##### ๑.๒.๑ ด้านนโยบาย

๑) การประชุมคณะกรรมการพัฒนางานวิชาการ CUP แกด้า เพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนางานวิชาการของ CUP แกด้า ในปี ๒๕๖๖

๒) ผู้บริหารของหน่วยงานได้กำหนดแนวทางให้ทุกหน่วยงาน มีผลงานวิชาการอย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี

๓) ผู้บริหาร CUP แกด้า ให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรในสังกัดจัดทำผลงานวิจัย / R๒R หรือสร้าง/ต่อยอดนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้บริการประชาชนในพื้นที่ได้

##### ๑.๒.๒ ด้านการบริหารจัดการ

๑) มีการพัฒนาองค์ความรู้ในการทำวิจัยและนวัตกรรม แก่บุคลากรในสังกัด โดยการเชิญวิทยากรจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม มาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการจัดทำผลงานวิจัยและนวัตกรรม ที่มีคุณภาพ เพื่อส่งเข้าร่วมการนำเสนอในเวทีวิชาการ ทุกปี

๒) มีผู้รับผิดชอบงานวิชาการระดับหน่วยงาน ทั้งของโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานหลักของ CUP แกด้า ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้กับนักวิจัย

๓) มีทีมบุคลากรที่มีประสบการณ์และจบการศึกษาระดับปริญญาโท ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้คำแนะนำ ให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ต้องการจัดทำผลงานการวิจัยอย่างใกล้ชิด และเป็นการเสริมพลังใจไปในตัว

๔) มีการจัดการเรียนรู้ภายในหน่วยงาน โดยการวิเคราะห์ปัญหาในการให้บริการนำมาสู่การพัฒนาเป็น CQI. ของแต่ละหน่วยงาน และจัดเวทีนำเสนอวิชาการเป็นการภายใน CUP

#### ๑.๒.๓ ด้านการสนับสนุนงบประมาณ

๑) CUP แกด้า ให้การสนับสนุนงบประมาณแก่บุคลากรที่มีความประสงค์ในการทำวิจัยหรือนวัตกรรมเป็นประจำทุกปี ทั้งงบประมาณในการจัดการอบรมให้ความรู้บุคลากรทั้ง CUP งบประมาณในการจัดทำโปสเตอร์การนำเสนอ (กรณีนำเสนอด้วยโปสเตอร์) หรือการทำเอกสารฉบับสมบูรณ์

๒) ให้การสนับสนุนงบประมาณในการเข้าร่วมการนำเสนอในเวทีประกวดผลงานวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกระทรวงฯ หรือในโอกาสต่างๆ ทั้งค่าลงทะเบียน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเช่าที่ที่พัก ค่าพาหนะเดินทาง เป็นต้น

#### ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินการพัฒนาด้านวิชาการของ CUP แกด้า ที่ผ่านมา พบว่า แม้ว่าผู้บริหารจะให้การสนับสนุนการดำเนินการอย่างเต็มที่ หรือแม้ว่าจะถูกกำหนดเป็นนโยบาย เป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ แต่ก็มีบุคลากรที่ทำผลงานวิจัยหรือสร้างและพัฒนาผลงานด้านนวัตกรรมในแต่ละปีมีจำนวนที่ค่อนข้างน้อย ซึ่งถือเป็นประเด็นที่ต้องมีการปรับปรุงและพัฒนาให้ได้ผลงานตามเป้าหมายต่อไป ดังตารางที่ ๑๐๖

ตารางที่ ๑๐๖ ผลการดำเนินงานพัฒนาด้านวิชาการ อำเภอแกด้า ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	๒๕๖๕			๒๕๖๖		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของการจัดทำผลงานวิจัย R๒R หรือ นวัตกรรม ด้านสุขภาพ	๓๑	๕	๑๖.๑๒	๓๑	๕	๑๖.๑๒
ร้อยละของการจัดทำผลงานวิจัย R๒R หรือ นวัตกรรม ด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในระดับกระทรวงฯ	๕	๓	๖๐.๐๐	๕	อยู่ในระหว่างรอผลการคัดเลือกของกระทรวงฯ	

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๑๐๗ การวิเคราะห์กระบวนการพัฒนาวิชาการ อำเภอแกด้า

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	- CUP แกด้า ให้การสนับสนุนกระบวนการพัฒนาวิชาการของหน่วยงานเป็นประจำทุกปี	- มีคณะกรรมการด้านวิชาการทำหน้าที่ขับเคลื่อนงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	- มีการพัฒนาศักยภาพในด้าน การทำวิจัย ให้กับบุคลากรในหน่วยงานเป็นประจำทุกปี แต่ได้รับความสนใจจากบุคลากรค่อนข้างน้อยแม้ว่าจะมีทีมพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำช่วยเหลือแก่นักวิจัยอย่างใกล้ชิดก็ตาม	- สร้างแรงจูงใจในการทำผลงานวิชาการมากขึ้น
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	- มีการแจ้งหรือประชาสัมพันธ์ เวทีประกวดผลงานวิชาการในระดับต่างๆ ให้กับบุคลากรที่สนใจได้รับทราบ อย่างทั่วถึงทุกช่องทาง	- การแจ้งข่าวประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความสนใจทุกรูปแบบ
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	- มีวัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ทันสมัยใช้ในการทำวิจัย R๒R หรือนวัตกรรม อย่างเพียงพอ	- CUP สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการนำเทคโนโลยีมาจัดทำผลงานให้มีความทันสมัย สวยงาม ตามความเหมาะสม
๕	การเงิน (Financing)	- มีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาทางด้านวิชาการ วิจัย R๒R นวัตกรรม หรืองานด้านวิชาการอื่นๆ เป็นประจำทุกปีอย่างเพียงพอ	- มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการพัฒนาทางด้านวิชาการ ร่วมกับงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร (HRD)

ตารางที่ ๑๐๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	- ผู้บริหารทุกระดับกำหนดเป็นนโยบายในการปฏิบัติราชการที่สำคัญ ทุกปี - มีการสนับสนุนให้บุคลากรการเข้าร่วมประกวดผลงานในเวทีประชุมวิชาการระดับต่างๆ เป็นประจำทุกปี -	- มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการปฏิบัติราชการของแต่ละหน่วยงาน
๗	ชุมชน ภาคีเครือข่าย และการมีส่วนร่วม (Participation)	- บูรณาการในการพัฒนาผลงานด้านวิชาการ ร่วมกับหน่วยงานภายในและหน่วยงานภายนอก และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบาย	- มีการนำผลที่ได้จากการวิจัย ไปต่อยอดหรือไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของในพื้นที่

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๑๐๘ เป้าหมายของการดำเนินงานพัฒนางานวิชาการ ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของการจัดทำผลงาน วิจัย R๒R หรือ นวัตกรรม ด้านสุขภาพ (๓๑ ผลงาน)	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐
ร้อยละของการจัดทำผลงาน วิจัย R๒R หรือ นวัตกรรมด้านสุขภาพ ที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในเวทีระดับเขตฯ หรือระดับกระทรวงฯ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐



๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ เร่งรัดและติดตามกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาผลงานวิชาการ ทั้งงานวิจัย R๒R นวัตกรรม มากขึ้น

๓.๑.๒ กำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการรายบุคคล

๓.๑.๓ สนับสนุนให้มีการส่งเข้าเวทีประกวดผลงานวิชาการทุกระดับ

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขาสุขภาพช่องปาก  
ตัวชี้วัดที่ ๑. อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากรายกลุ่มวัย

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางสาวนริศรา พิมโยธา ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๙๒ ๗๕๐ ๗๕๑๙ E-mail : narisara.pimyotha@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง รับผิดชอบให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในเขตบริการ จำนวน ๓๕,๔๘๒ คน มีทันตแพทย์ จำนวน ๔ คน (ขณะนี้ลาศึกษาต่อ ๑ คน) มีนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) จำนวน ๑ คน มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข จำนวน ๓ คน ผู้ช่วยทันตแพทย์ ๔ คน ทำหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพในช่องปาก ตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กนักเรียน กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ ซึ่งจากการให้บริการที่ผ่านมา พบว่า จำนวนทันตบุคลากรมีไม่เพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชนที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแกด้าในแต่ละวัน และในระดับเครือข่าย รพ.สต. จำนวน ๘ แห่ง ในพื้นที่ CUP แกด้า ไม่มีทันตบุคลากรปฏิบัติงานประจำและไม่มีบริการให้บริการด้านทันตกรรมที่ รพ.สต. เนื่องจาก รพ.สต. ทุกแห่งได้ถ่ายโอนภารกิจไปสังกัด องค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นมา ทำให้ขณะนี้ประชาชนต้องเข้ามารับบริการด้านทันตกรรมที่โรงพยาบาลแกด้า

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ ให้บริการตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแกด้า เช่น เด็กปฐมวัยที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็ก (WWC) คลินิกหญิงตั้งครรภ์ คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น

๑.๒.๒ ให้บริการเชิงรุกตรวจคัดกรอง และให้การรักษาสุขภาพในช่องปากแก่เด็กปฐมวัยหรือเด็กนักเรียน ที่โรงเรียน

๑.๒.๓ บูรณาการแผนงาน/โครงการร่วมกับภาคีเครือข่ายและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำโครงการให้บริการด้านสุขภาพช่องปากแก่เด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุในชุมชน

๑.๒.๔ อบรมพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรในการให้บริการ การติดตามกลุ่มเป้าหมาย การแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น และการจัดการสุขภาพช่องปากของประชาชนทุกกลุ่มวัย

๑.๒.๕ พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้มีคุณภาพ ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน

๑.๒.๖ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการด้านสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่มารับบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูด้านทันตสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๖๔.๘, ๓๙.๖ และ ๗๔.๗ ตามลำดับ เด็กอายุ ๐ - ๒ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ ๖๖.๕๒, ๕๔.๓๖ และ ๗๗.๓๐ ตามลำดับ ดังตารางที่ ๑๐๙

ตารางที่ ๑๐๙ ผลการให้บริการสุขภาพช่องปากกลุ่มวัยต่าง ๆ ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		เป้าหมาย	ผลงาน (%)	เป้าหมาย	ผลงาน (%)	เป้าหมาย	ผลงาน (%)
๑	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	๑๐๑	๔๐ (๓๙.๖๐)	๘๗	๖๕ (๗๔.๗๑)	๖๙	๔๔ (๖๓.๗๕)
๒.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ และชุดทำความสะอาดช่องปาก	๑๔๒	๑๖ (๑๑.๒๗)	๑๓๕	๔๐ (๒๙.๖๓)	๙๕	๑๕ (๑๕.๗๙)
๓.	เด็กอายุ ๐-๒ ปี ได้รับการบริการตรวจสุขภาพช่องปาก	๘๔๘	๔๖๑ (๕๔.๓๖)	๗๔๙	๕๗๙ (๗๗.๓๐)	๖๔๓	๑๗๑ (๒๖.๕๙)



## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

ประเด็นที่ ๓	: Service Plan ทุกสาขา
หัวข้อที่ ๒	: สาขาอายุรกรรม (Sepsis)
ตัวชี้วัดที่	๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-Acquired Sepsis
	๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)
	๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic
	๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)
ผู้รับผิดชอบ	: นางประครองศรี ชินภักดี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	: เบอร์โทร. ๐๖๓ ๕๙๔ ๑๔๕๙ E-mail : kakpks@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง ไม่มีอายุรแพทย์ ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis and Septic shock) จำนวน ๒๔ ราย ๖๘ ราย และ ๓๓ ราย ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงที่พบมากที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดส่วนใหญ่ มารับการรักษาการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงได้ส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน ๖ ราย ๑๕ ราย และ ๘ ราย ตามลำดับ ผลการตรวจไม่พบเชื้อ No growth จำนวน ๑๕ ราย ๒๑ ราย และ ๑๐ ราย ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๕ พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน ๑ ราย เป็นผู้ป่วยสูงอายุมารับการรักษาด้วย Acute diarrhea ร้อยละ ๑.๔๗ ซึ่งผลการตรวจ H/C No growth

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ การประเมินเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติในการใช้เครื่องมือคัดกรอง (Sepsis screening tools) โดยใช้ SIRS Criteria, qSOFA, S-NEWS เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยได้เร็วขึ้น

๑.๒.๒ การตรวจวินิจฉัยเพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติให้มีการวินิจฉัยโรคได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที โดยกำหนดแนวทางการคัดกรองและการใช้ Standing order sepsis

๑.๒.๓ การดูแลผู้ป่วยโดยการใช้เครื่องมือในการคัดกรองผู้ป่วย SIRS Criteria, qSOFA, S-NEWS เพื่อช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยได้เร็วขึ้นและการใช้ Standing order sepsis ของโรงพยาบาลแกด้า เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน เช่น การจัดผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ Nurse station การติดตามประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้ S-NEWS อย่างต่อเนื่องและรายงานแพทย์ตามเกณฑ์การประเมิน

๑.๒.๔ เพิ่มศักยภาพในการตรวจ Lab lactate

๑.๒.๕ กำหนดเกณฑ์การส่งต่อ

๑.๒.๖ ทบทวน Case ผู้ป่วยส่งต่อและเสียชีวิต

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบการบริการเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง (Severe Sepsis and Septic shock) ในปี ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน ๓ ราย ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับ Antibiotic ร้อยละ ๑๐๐ อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ร้อยละ ๑๐๐ และอัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม) ร้อยละ ๑๐๐ ดังตารางที่ ๑๑๐

ตารางที่ ๑๑๐ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired sepsis	≤ ๒๖%	๒๔	๐	๖๘/๑	๑.๔๗	๓๓	๐
๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ๙๐%	๒๔	๑๐๐	๖๘	๑๐๐	๓๓	๑๐๐
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ ๙๐%	๒๓	๙๕.๘๓	๖๘	๑๐๐	๓๓	๑๐๐
๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/Kg. ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม)	≥ ๙๐%	๒๔	๑๐๐	๖๘	๑๐๐	๓๓	๑๐๐

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๑๑๑ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน</li> <li>- มีระบบการส่งต่อที่มีคุณภาพ</li> <li>- มีบริการดูแลต่อที่บ้าน</li> <li>- มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบส่งต่อ Fast track</li> <li>- พัฒนาระบบการดูแลต่อที่บ้าน ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย</li> <li>- ให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังภาวะ Sepsis</li> </ul>



ตารางที่ ๑๑๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจฉลาดเคลื่อน ในการใช้เครื่องมือแบบประเมินตรวจคัดกรองภาวะ Sepsis</li> <li>- การสื่อสารข้อมูลที่ต้องการในการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่</li> <li>- มีการทบทวน case</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดประชุมทีมผู้รับผิดชอบ</li> <li>- จัดประชุมวิชาการ ๓ S (Stroke, STEMI, Sepsis) ภายในเครือข่าย Cup แกด้า</li> <li>- มีการจัดทำแบบฟอร์มใช้ในการดูแลผู้ป่วย Standing Order sheet for sepsis ของ รพ.แกด้า</li> <li>- Sepsis Protocol</li> <li>- แบบประเมินติดตามอาการ S - NEWS</li> <li>- .ติดตามประเมินผลการใช้เครื่องมืออย่างต่อเนื่อง</li> <li>- การทบทวน case ที่ทรุดลง ส่งต่อ และเสียชีวิต</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจัดเก็บข้อมูลด้วยระบบ Hos XP แต่ข้อมูลยังไม่ถูกต้องตรงกัน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนและเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Techonolgy)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่สามารถตรวจวิเคราะห์ Lab lactate ได้เอง ทำให้ได้รับผล H/C ล่าช้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการตรวจ Lab lactate ให้พร้อมใช้</li> <li>- ประสานการจัดส่งตรวจ H/C ที่เป็น Lab นอกที่ได้มาตรฐาน</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- บูรณาการงบประมาณกับการประชุม Stroke, Stemi, Sepsis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนงานโครงการเพื่อใช้ในการจัดประชุมทีม</li> </ul>

ตารางที่ ๑๑๑ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	-มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบชัดเจน - มีการประกาศนโยบายการใช้เครื่องมือและแบบฟอร์ม	- การมอบหมายผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน ER, IPD - ติดตามกำกับและประเมินผลการใช้เครื่องมือ
๗	ชุมชนภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน อสม. ในชุมชน	- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ ผู้นำชุมชน /อสม. เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจ

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๑๑๒ เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired sepsis	< ๕%	< ๕%	< ๕%	< ๕%	< ๕%
๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/Kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีที่ไม่ใช่ข้อห้าม)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ ติดตามกำกับและประเมินผลการใช้เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วย

๓.๑.๒. ทบทวน case ที่มีอาการทรุดลง หรือส่งต่อ หรือเสียชีวิต

๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

- ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขามะเร็ง  
ตัวชี้วัดที่ ๑. โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)  
๒. ทุกโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งกับกองทุนมะเร็ง สป.สช. มีผู้ประสานงานมะเร็ง (Cancer Coordination)

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางอาวีณา จันทะกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๘ ๙๒๓ ๙๔๙๙ E-mail : aweenab๒๕๒๓@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกดดำ เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง ในปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลแกดดำ ทั้งรายเก่าและราย จำนวน ๘๙ ราย ๙๗ ราย และ ๗๕ ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ในปี ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาเป็นผู้ป่วยรายใหม่ที่โรงพยาบาลแกดดำ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๑๗ ราย โดยเพศชายพบว่าป่วยด้วยมะเร็งที่ตับมากที่สุด ส่วนเพศหญิงป่วยด้วยมะเร็งเต้านมมากที่สุด ดังตารางที่ ๑๑๓

ตารางที่ ๑๑๓ ตำแหน่งของอวัยวะผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี ๒๕๖๖ จำแนกเพศชายและเพศหญิง

ลำดับ	เพศชาย		ร้อยละ	เพศหญิง		ร้อยละ
	ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง	จำนวน		ตำแหน่งที่เป็นมะเร็ง	จำนวน	
๑	Liver and bile duct	๒		Breast	๖	
๒	Colon and Rectum	๑		Trachea, bronchus and lung	๒	
๓	Gallbladder	๑		Cervix	๑	
๔	Prostate	๑		Colon and Rectum	๑	
๕	Non-Hodgkin lymphoma	๑		Liver and bile duct	๑	

ที่มา.. TCB plus

- ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)
- ๑.๒.๑ จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอ
- ๑.๒.๒ พัฒนาศักยภาพ ทีม Nurse Coordinator
- ๑.๒.๓ พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งเข้าสู่ระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)
- ๑.๒.๔ พัฒนารูปแบบการจัดบริการตามแนวปฏิบัติ (CPG) และคู่มือเกณฑ์มาตรฐาน การ  
รักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (ระยะเวลาการรอคอย)
- ๑.๒.๕ อบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล  
เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น
- ๑.๒.๖ จัดตั้งหน่วยลงทะเบียนมะเร็งและผู้รับผิดชอบทะเบียนมะเร็งโดยตรง พัฒนาระบบ  
การบันทึกและส่งข้อมูลใน ระบบสารสนเทศ Thai Cancer Base ให้เป็นปัจจุบัน
- ๑.๒.๗ จัดทำแผนความต้องการด้านอัตรากำลังและครุภัณฑ์ให้เพียงพอและเหมาะสมทุกปี

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖ พบว่า โรงพยาบาลแกดดำมีการบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบ TCB plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว) ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๒๐ คน (ร้อยละ ๒๐.๖๑) ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๓๖ ราย (ร้อยละ ๔๘.๐๐) ดังตารางที่ ๑๑๔

**ตารางที่ ๑๑๔** ผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ปีงบประมาณ)		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑. โรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งในระบบ TCB Plus (ไม่มีการใช้ใบส่งตัว)	≥ ร้อยละ ๖๐	N/A	๒๐/๙๗ (๒๐.๖๑)	๓๖/๗๕ (๔๘.๐๐)
๒. โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยมะเร็งกับกองทุน สป.สช. มีผู้ประสานงานมะเร็งชัดเจน (Cancer Coordination)	มี	มี ๑ คน	มี ๑ คน	มี ๑ คน

## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

- ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care)  
ตัวชี้วัดที่ ๑. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางนิภา ไชยดำรงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๔ ๖๐๒ ๑๙๕๖ E-mail : oppof๕@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง มีการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นรูปแบบการดูแลแบบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่คุกคามชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเผชิญกับความเจ็บป่วยน้อยที่สุด บรรเทาความทุกข์ทรมานที่เกิดจากการเจ็บป่วย การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) ที่มีคุณภาพจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ออย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย จากสถิติโรงพยาบาลแกด้า พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบประคับประคอง ตั้งแต่ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีจำนวน ๕๓ ราย ๔๗ ราย และ ๓๒ ราย ตามลำดับ

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ ประชุมแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ
  - ๑.๒.๒ พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งในโรงพยาบาล และรพ.สต. ทุกแห่ง
  - ๑.๒.๓ จัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล
  - ๑.๒.๔ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาล และจัดทำคู่มือแนวทางในการดูแลผู้ป่วย
  - ๑.๒.๕ พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน
  - ๑.๒.๖ พัฒนาศักยภาพ อสม. อสค. CG ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน
  - ๑.๒.๗ จัดหาและให้บริการอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์
- ๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ พบว่า ในปี ๒๕๖๔ มีจำนวน ๕๓ ราย ส่วนใหญ่ (๓๔ ราย) เป็นกลุ่มที่มีอาการปวดรุนแรง (SP > ๔) ปี ๒๕๖๕ มีจำนวน ๔๗ ราย ส่วนใหญ่ (๓๔ ราย) เป็นกลุ่ม Non CA ปี ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ มีจำนวน ๓๒ ราย ส่วนใหญ่ (๒๒ ราย) เป็นกลุ่ม Non CA ดังตารางที่ ๑๑๕



ตารางที่ ๑๑๕ จำนวนผู้ป่วย Palliative care ได้รับการดูแล ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ที่	รายการให้การดูแล	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑	ผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด	๕๓	๔๗	๓๒
๒	CA	๒๙	๑๓	๑๐
๓	Non-CA	๒๔	๓๔	๒๒
๔	ปวด P.S. > ๔	๓๔	๑๘	๑๐
๕	ได้รับการทำ Advance care plan	๕๓	๔๗	๓๒
๖	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดด้วย Strong Opioid ( $\geq ๔๐$ )	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๗	ร้อยละการทำ Advance Care Plan ( $\geq ๕๕$ )	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๘	ร้อยละผู้ป่วยระดับประคองได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ( $\geq ๓๕$ )	๙๒.๔๕	๙๕.๗๔	๑๐๐

๑.๔ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

- ๑.๔.๑ พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพ
- ๑.๔.๒ ทบทวนการดูแลรักษา case ที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล
- ๑.๔.๓ ประเมินผลการดำเนินงาน

๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขาการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)  
ตัวชี้วัดที่ ๑. ร้อยละผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารฟื้นฟูและติดตาม

ผู้รับผิดชอบ

- นางพนัธิพา จันทร์ศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๘๙ ๘๔๒ ๕๑๔๑ E-mail : phonnurse๔๑๑๙@gmail.com
- นางปิยะดา มุทาวาน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร ๐๘๔ ๒๗๙ ๘๘๖๘ E-mail : piyt.๒๕๑๙@gmail.com
- นางสาวธันท์ ปรีทาสังข์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ  
เบอร์โทร ๐๘๕ ๗๕๒ ๙๔๕๖ E-mail : wptclinic @gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ ในปี ๒๕๖๒ ได้ริเริ่มดำเนินการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) โดยเปิดให้บริการที่ตึกผู้ป่วยในจำนวน ๔ เตียง โดยมีอัตราครองเตียงใน ปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๖ เท่ากับ ๒๗.๓๙, ๒๘.๗๖ และ ๒๓.๕๘ ตามลำดับ มีการให้บริการในรูปแบบ IMC BED และครอบคลุม IMC OPD และ IMC COMMUNITY โดยมีทีมสหวิชาชีพที่มีบทบาทเป็นผู้ดูแลรักษาพยาบาล คัดกรอง ส่งต่อ รับผิดชอบดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วย จนครอบคลุมเวลา ๖ เดือน และได้มีการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการให้คำปรึกษาแก่เครือข่าย ซึ่งมีพยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ระยะสั้น ๓ - ๕ วัน จำนวน ๕ คน และมีนักกายภาพบำบัด จำนวน ๒ คน การดำเนินงานที่ผ่านมาได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาสารคาม ด้วยระบบ Refer กลับและส่งต่อข้อมูลด้วยแอปพลิเคชัน : IMC MSKH และ COCR๙ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลแกด้า สู่ รพ.สต เครือข่าย

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ การติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาศัยเครือข่ายในชุมชน และการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมลงทะเบียนการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม Hos-XP

๑.๒.๒ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายในชุมชน

๑.๒.๓ ติดตามประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Continue of care) ประจำ ทุก ๑-๒ เดือน และประเมิน Barthel index ซ้ำทุก ๑-๒ เดือน

๑.๒.๔ พัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน โดยการร่วมมือทุกภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมอย่างยั่งยืน PCC Team meeting ๑ ครั้ง/เดือน โดยทีมสหวิชาชีพทั้ง รพ.แกด้า และ รพ.สต. ในเครือข่าย

๑.๒.๕ ดำเนินงานตามกิจกรรม ๔ C Kaedam model ครอบคลุมทุกพื้นที่

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care : IMC) ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการดูแลครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐ ทั้ง ๓ ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลครบ ๖ เดือน มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ร้อยละ ๗๒.๒, ๗๕.๐ และ ๒๑.๔ ตามลำดับ มีผู้ป่วย IMC เสียชีวิตก่อนได้รับการดูแลครบ ๖ เดือน จำนวน ๔ ราย, ๕ ราย และ ๑ ราย ตามลำดับ ดังตารางที่ ๑๑๖

ตารางที่ ๑๑๖ ผลการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) โรงพยาบาลแกด้า ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	๒๕๖๔		๒๕๖๕		๒๕๖๖	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๑	จำนวนผู้ป่วยที่เข้า IMC ทั้งหมด	๑๘	๑๐๐	๒๐	๑๐๐	๑๔	๑๐๐
๒	จำแนกประเภทผู้ป่วย IMC						
	- Stroke	๑๖	๘๘.๙	๑๙	๙๕.๐	๑๒	๘๕.๗
	- Spinal Cord Injury	-	-	-	-	-	-
	- Traumatic Brain injury	๒	๑๑.๑	๑	๕.๐	๒	๑๔.๓
	- Fracture hip	-	-	-	-	-	-
๓	ผู้ป่วยได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือจน Barthel Index = ๒๐	๑๓	๗๒.๒	๑๕	๗๕.๐	๓	๒๑.๔
๔	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพเกิดภาวะแทรกซ้อน ≤ ร้อยละ ๑๐	๒	๑๑.๑	๔	๒๐.๐	๓	๒๑.๔
๕	เสียชีวิตก่อนครบ ๖ เดือน	๔	๒๒.๒	๕	๒๕.๐	๑	๗.๑

๒. ผลการวิเคราะห์เชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน (Six Building Blocks plus)

ตารางที่ ๑๑๗ การวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
๑	การส่งมอบบริการ (Service Delivery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับ คลินิกโรคเรื้อรัง</li> <li>- มีเตียงในการรับผู้ป่วยรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน ๔ เตียง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การค้นหากลุ่มเป้าหมายทั้งในสถานบริการและในชุมชน</li> <li>- การจัดการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสมของจำนวนเตียง</li> </ul>
๒	บุคลากรสาธารณสุข (Health Workforce)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีบุคลากรรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสหวิชาชีพเพียงพอ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กำหนดแนวทางในการกำกับติดตาม และประเมินผลการทำงาน ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ</li> </ul>
๓	ข้อมูลข่าวสาร (Information)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย IMC ยังไม่เป็นระบบ</li> <li>- ข้อมูลการติดตามเยี่ยมบ้านมาจากหลายช่องทาง แต่ขาดการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ข้อมูลขาดความต่อเนื่อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย IMC โดยการรวมศูนย์เข้าด้วยกัน</li> <li>- การประชาสัมพันธ์นำความรู้ไปสู่กลุ่มเป้าหมาย ผ่านบุคลากรผู้นำชุมชน อสม. ภาศึเครือข่าย</li> </ul>
๔	ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน และเทคโนโลยี (Medical product, Vaccine and Technology)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประสานข้อมูลผ่านระบบสื่อต่างๆ เช่น Line / COCr๙</li> <li>- มีการสร้างและพัฒนานวัตกรรมที่เสริมสร้างการพัฒนา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดตามข้อมูลผ่านระบบ Line / COCr๙</li> <li>- การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ทุกช่องทาง เพื่อให้ประชาชนตระหนักเข้าถึง โรคและการมารับบริการที่ต่อเนื่อง</li> </ul>
๕	การเงิน (Financing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบูรณางบประมาณในการดำเนินงานร่วมกับงานประจำ และใช้งบประมาณจากเงินบำรุงโรงพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น เพิ่มเติม</li> </ul>
๖	การนำและการอภิบาลระบบ (Leading/Governance)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกำหนดแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับนโยบายและตัวชี้วัด</li> </ul>

ตารางที่ ๑๑๗ (ต่อ)

ที่	Six building blocks	ผลการวิเคราะห์เชิงระบบ	แผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงาน
		- มีการพัฒนาระบบการบริการระบบข้อมูลข่าวสาร	
๗	ชุมชนภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม (Participation)	- ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน อสม. ในชุมชน	- จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ ผู้นำชุมชน /อสม. เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจ

๓. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)

ตารางที่ ๑๑๘ เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
๑. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ ๕๐)	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
๒. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพแล้วดีขึ้น (ร้อยละ ๘๐)	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐
๓. ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพเกิดภาวะแทรกซ้อน ≤ ร้อยละ ๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐	≤๑๐

๓.๑ กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๓.๑.๑ พัฒนาบุคลากรด้านทักษะการบริหารผู้ป่วยระยะกลางในด้านการฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเพิ่มเติม

๓.๑.๒ กระตุ้นการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุม ๖ ครั้งคุณภาพรวมทั้งการประเมิน Barthel Index ซ้ำ ทุก ๑ – ๒ เดือน/ครั้ง

๓.๑.๓ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง IMC ในชุมชน โดยใช้หลักการ ๔ C Kaedam model

๓.๑.๔ พัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะกลาง IMC ในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม.

๓.๑.๕ ประเมินการดำเนินงาน



๓.๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

- ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา
- หัวข้อที่ ๒ : สาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- ตัวชี้วัดที่
- ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
  - ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermedia Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)
  - ร้อยละจำนวนของประชาชนที่มารับบริการปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
  - ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร
  - จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด

- ผู้รับผิดชอบ
- นางสาวอาภาภรณ์ อุทัยคำ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  
เบอร์โทร. ๐๘๐ ๔๑๗ ๒๔๖๒ E-mail : rbr\_riri@gmail.com
  - นางชฎาพร พลเยี่ยม ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ  
เบอร์โทร. ๐๙๒ ๙๒๕ ๔๑๔๙ E-mail : chada\_pannu๓@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง มีบุคลากรแพทย์แผนไทยให้บริการ จำนวน ๕ คน ประกอบด้วย แพทย์แผนไทย จำนวน ๒ คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข (แพทย์แผนไทย) จำนวน ๑ คน และผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ๓๗๒ ชั่วโมง จำนวน ๒ คน ให้บริการ ชักประวัติ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการจ่ายยาสมุนไพร การนวด รักษาโรค การประคบสมุนไพรรักษาโรค การอบไอน้ำสมุนไพร การดูแลฟื้นฟูหญิงหลังคลอด และให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และเปิดให้บริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ ทุกวันพฤหัสบดี เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. มีการสำรวจเพื่อขึ้นทะเบียนหมอฟันบ้านเพื่อการอนุรักษ์ ภูมิปัญญาไทย

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

- ๑.๒.๑ จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานแพทย์แผนไทย CUP แกด้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
- ๑.๒.๒ จัดทำแผนงานโครงการตามตัวชี้วัด
- ๑.๒.๓ ประชุมวางแผนการดำเนินงานแพทย์แผนไทยในเครือข่าย
- ๑.๒.๔ บูรณาการการให้บริการร่วมกับสหวิชาชีพ
- ๑.๒.๕ เปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย/ผู้ป่วยใน/เชิงรุกในชุมชน

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพและการตรวจ วินิจฉัย และให้การรักษาโรคด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ เท่ากับ ร้อยละ ๑๑.๓๒, ๑๕.๕๔ และ ๑๙.๔๒ ตามลำดับ ดังตาราง ที่ ๑๑๙

ตารางที่ ๑๑๙ ผลการให้บริการผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
<b>ความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเมืองสมุนไพร.</b>				
๑. ร้อยละผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ร้อยละ ๒๐.๕	๑๑.๓๒	๑๕.๕๔	๑๙.๔๒
๒. ร้อยละจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermedia Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	≥ ร้อยละ ๓	NA	NA	๙.๐๐
๓. ร้อยละจำนวนของประชาชนที่มารับบริการปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	≥ ร้อยละ ๓๕	NA	NA	๙๔.๘๒
<b>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร</b>				
๑ มีฐานข้อมูลสมุนไพรระดับอำเภอ(พื้นที่ปลูก/การผลิต/การแปรรูป/การขาย)	มี	มี	มี	มี
๒ มีข้อมูลสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและกิจกรรมส่งเสริมการขึ้นทะเบียนของสถานประกอบการในพื้นที่	มี	มี	มี	มี
๓ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในพื้นที่ และส่งเสริมให้มีการรับรองหมอฟันบ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการรับรองหมอฟันบ้าน พ.ศ. ๒๕๖๒	มี	มี	มี	มี
๔ ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	≥ ร้อยละ ๓	๒.๐๒	๓.๓๗	๒.๕๕
๕ ร้อยละจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มีการจ่ายยาทั้งหมด	≥ ร้อยละ ๑๐	๑๐.๙๕	๑๓.๖๒	๑๙.๑๘
<b>จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำไปใช้จริงทางการแพทย์ หรือ การตลาด</b>				
๑.จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านแพทย์แผนไทย	≥ ๑	๑	๑	๑
๒.จำนวนนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและการปฏิบัติที่ดี	≥ ๕	๐	๐	กำลังดำเนินการ

๒ ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขาเยาเสพติด  
ตัวชี้วัดที่ ๑. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลรักษา  
อย่างมีคุณภาพ

ผู้รับผิดชอบ ๑. นางรัตนา ดวงพรหม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๑ ๗๓๙ ๒๑๙๒ E-mail : rattana.d๙๙๗๗@gmail.com  
๒. นายชินนทร์ ประกายสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
เบอร์โทร. ๐๘๗ ๔๒๕ ๐๙๓๐ E-mail : Chanin๒๙๐๓@gmail.com

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

อำเภอแกด้ามีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอเมืองมหาสารคาม อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม และอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ทำให้มีการลักลอบนำยาเสพติดผ่านเข้ามาจากพื้นที่อำเภอและจังหวัดใกล้เคียง ผ่านเข้ามาพักในพื้นที่อำเภอแกด้าเพื่อรอการส่งต่อไปยังพื้นที่อื่นๆต่อไป จากข้อมูลของศูนย์ป้องกันและปราบปรามยาเสพติดอำเภอแกด้า (ศป.ป.อ.แกด้า) พบว่าผลจากการจับกุมยาเสพติดในพื้นที่อำเภอแกด้า ส่วนใหญ่เป็นยาเสพติดประเภทยาบ้า เพราะราคาในปัจจุบันมีแนวโน้มถูกลง หาซื้อได้ง่าย แต่กัญชาเป็นยาเสพติดที่กำลังได้รับความนิยมในกลุ่มวัยรุ่นและนักเรียนที่มีใช้กันอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องหลังจากการประกาศปลดล็อกกัญชา ตามนโยบายเสรีกัญชาทางการแพทย์ เมื่อวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๕ เป็นต้นมา ปัญหายาเสพติดในพื้นที่อำเภอแกด้ามีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลาง พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดมากที่สุดของอำเภอ คือ ตำบลโนนภิบาล เนื่องจากมีพื้นที่ชายแดนติดต่อกับอำเภอศรีสมเด็จ จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นเส้นทางผ่านในการนำยาเสพติดเข้าสู่พื้นที่อำเภอแกด้า รองลงมาคือ ตำบลมิตรภาพ ตำบลหนองกุ้ง ตำบลวังแสง และตำบลแกด้า ตามลำดับ

จากปัญหาภาวะเศรษฐกิจถดถอยเนื่องจากการแพร่ระบาดของโรค COVID - ๑๙ ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่อครอบครัวและสังคมอย่างกว้างขวาง อีกทั้ง ราคาเสพติดในปัจจุบันมีราคาถูกลงมาก จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดปัญหาผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มสูงขึ้น และผู้เสพยาอายุน้อยลง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งอยู่ในวัยทำงานและต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัดหรือในตัวเมือง รวมถึงผู้ป่วยกลุ่มนักเรียนที่ไปเรียนหนังสือต่างอำเภอ ทำให้การมารับการบำบัดรักษาไม่ต่อเนื่อง

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

##### ๑.๒.๑ การค้นหาและการเข้าถึง

๑) มีการบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่ายและคณะกรรมการ ศป.ป.อ.แกด้า โดยมีการค้นหาในชุมชน โรงเรียน การจัดระเบียบสังคม การตั้งด่านตามเทศกาล การเข้าตรวจค้นตามข้อร้องเรียน เพื่อค้นหาผู้เสพยาหรือผู้ติดยาเสพติด เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา



ตามขั้นตอน ๒) มีกิจกรรมลงนามความร่วมมือ (MOU) ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกัน ทั้งในสถานศึกษาและในชุมชน

๓) มีกิจกรรมค้นหาและบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยทางสุขภาพจิตจากการใช้สารเสพติด โดยดำเนินงานร่วมกับ ศป.ปส.อ.แกด้า มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากสารเสพติด การติดตามและการเข้าถึงการบำบัดรักษา โดยมีผู้เข้าร่วมอบรมคือ ผู้นำชุมชน อสม. ชรบ. ในอำเภอแกด้า ๒๐๐ คน

๔) กิจกรรมการตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ในกลุ่มข้าราชการ พนักงานราชการ และลูกจ้างโรงพยาบาลแกด้า

#### ๑.๒.๒ การคัดกรอง

๑) โรงพยาบาลแกด้าเป็นศูนย์ปฏิบัติการในการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด โดยมีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชและยาเสพติด เป็นผู้คัดกรองหลักประจำศูนย์

๒) มีการขึ้นทะเบียนศูนย์คัดกรองฯ เพื่อดำเนินงานด้านยาเสพติดประจำตำบล ครอบคลุม ตำบล ณ สำนักงาน อบต. และ รพ.สต. ในพื้นที่ มีกิจกรรมให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรประจำศูนย์คัดกรองประจำตำบลเพื่อความเข้าใจในการดำเนินงาน

#### ๑.๒.๓ การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดสารเสพติด

๑) ใช้รูปแบบโปรแกรมการบำบัดที่หลากหลาย ตามบริบทการเสพติดของผู้ป่วย : BA, BI, BC, MI, CBT และใช้ Modified Matrix Program แบบผู้ป่วยนอก ระยะเวลา ๔ เดือน และชุมชนบำบัด CBTx

๒) มีกิจกรรมบำบัดยาเสพติดนอกเวลาราชการ ในกลุ่มนักเรียน นักศึกษา เพื่อเอื้อประโยชน์ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษา

๓) มีกิจกรรมโครงการช่วยเหลือผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม จังหวัดมหาสารคาม สาขาอำเภอแกด้า โดยนำผู้ที่มีปัญหาการเสพ/ติดสารเสพติด เข้าค่ายฟื้นฟูสมรรถภาพ ๑๕ วัน โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งสิ้น ๕๒ คน ในระหว่างวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๖ - ๕ เมษายน ๒๕๖๖

#### ๑.๒.๔ การติดตาม

๑) ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูทั้งหมดได้รับการติดตาม ๗ ครั้ง ภายในระยะเวลา ๑ ปี โดยมีวิธีการติดตามหลายวิธีการ เช่น ติดตามด้วยตัวเอง ติดตามโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ ติดตามโดยสื่อโซเชียล เช่น ไลน์ FB และ โทรศัพท์

๒) มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชที่ขาดยา ขาดนัด และมีอาการกำเริบ ร่วมกับ ทีม สหวิชาชีพ เพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

๓) มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดหลังการบำบัดรักษาจากโรงพยาบาล เฉพาะทาง เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ติดตามการรักษาให้ต่อเนื่อง และเพื่อวางแผนการช่วยเหลือดูแล ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย ศป.ปส.อ.แกด้า ดำรวจ ผู้นำชุมชน

๔) มีกิจกรรมให้บริการเชิงรุกในชุมชนในผู้ป่วยยาเสพติดที่มีปัญหาซับซ้อน มีอุปสรรคในการเข้าถึงการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาล เช่น กิจกรรมการฉีดยาและจัดส่งยาที่บ้านผู้ป่วย โดยมีหน่วยงานปกครอง ผู้นำชุมชน ร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้ง

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพยาเสพติด ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ พบว่า สามารถค้นหาผู้เสพเข้ารับการบำบัดได้เกินเป้าหมายที่กำหนด ทั้ง ๒ ปี ส่วนในปี ๒๕๖๖ มีเป้าหมายการค้นหาผู้เสพเพื่อนำเข้ารับการบำบัด จำนวน ๔๑ ราย ผลการค้นหา ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบผู้ป่วย จำนวน ๒๘ ราย บำบัดครบจำนวน ๑๒ ราย อยู่ระหว่างการบำบัด ๑๓ ราย และออกจากกรบำบัด ๓ ราย ดังตารางที่ ๑๒๐

ตารางที่ ๑๒๐ ผู้มารับบริการบำบัดยาเสพติด โรงพยาบาลแกด้า ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

รายการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
● ด้านการบำบัด			
เป้าหมายบำบัดทั้งหมด	๕๔	๕๕	๔๑
- แบบสมัครใจ	๕๕ (๗๐.๕ %)	๕๕ (๗๓.๓ %)	๒๔ (๘๕.๗ %)
- แบบบังคับ	๒๓ (๒๙.๕ %)	๑๗ (๒๒.๗ %)	๔ (๒๕.๓ %)
- CBTx	๐	๓ (๔ %)	๐
รวม	๗๘	๗๕	๒๘
● ด้านสารเสพติด			
ยาบ้า	๗๓	๖๙	๒๖
กัญชา	๒	๖	๑
ยาไอซ์	๑	๐	๐
อื่นๆ	๒	๐	๑
รวม	๗๘	๗๕	๒๘
● ด้านติดตามการบำบัด			
บำบัดครบ	๖๐	๖๓	๑๒
Drop out	๑๔	๑๑	๓
ส่งต่อ	๔	๑	๐
อื่นๆ (* กำลังบำบัด)	๐	๐	๑๓*
รวม	๗๘	๗๕	๒๘

หมายเหตุ : \* คือ กำลังบำบัดรักษา ยังไม่ครบโปรแกรม



**ตารางที่ ๑๒๑** ผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามดูแล  
ต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)

รายการ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐
ผู้ป่วยทั้งหมด	๒๓ ราย	๕๕ ราย	๓๒ ราย
ผลการติดตาม	๑๙ ราย	๕๐ ราย	๒๙ ราย
ร้อยละ	๘๒.๖๑	๙๐.๙๑	๙๐.๖๒

**๒. เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี (ปี ๒๕๖๖ – ปี ๒๕๗๐)**

**ตารางที่ ๑๒๒** เป้าหมายของการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด ระยะ ๕ ปี (๒๕๖๖ – ๒๕๗๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายการดำเนินงาน ระยะ ๕ ปี				
	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	> ร้อยละ ๗๐	> ร้อยละ ๗๕	> ร้อยละ ๗๕	> ร้อยละ ๘๐	> ร้อยละ ๘๐

**๓. กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)**

๓.๑ ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานให้กับภาคีเครือข่าย ระดับอำเภอ และระดับตำบล

๓.๒ โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังการบำบัดครบโปรแกรม โดยใช้หลัก ๔ ทหารเสือ เพื่อรับผู้ป่วยหลังบำบัดกลับคืนสู่ชุมชน

๓.๓ โครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบบูรณาการ โดยการร่วมกับภาคีเครือข่ายปกครอง ตำรวจ ผู้นำชุมชน และ อสม.

๓.๔ โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการตามโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้านการบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วย โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยาเสพติด จาก รพ.สต. เทศบาล อบต. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่ตำรวจ อสม. หรือผู้เกี่ยวข้อง

๓.๕ โครงการตำบลต้นแบบในการป้องกันปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการใช้สารเสพติด นำร่อง ตำบลโนนภิบาล

๓.๖ กิจกรรมติดตามผู้ขาดการบำบัดเข้าสู่ระบบการบำบัดให้ครบตามเกณฑ์กำหนด

๔. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน







## นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗

- ประเด็นที่ ๓ : Service Plan ทุกสาขา  
หัวข้อที่ ๒ : สาขาการใช้อย่างสมเหตุสมผล RDU  
ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านตามเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU Province) ที่กำหนด  
๒ ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดการเชื่อมต่อทางด้านจุลชีพอ่างบูรณาการ (AMR)

- ผู้รับผิดชอบ
- |                          |          |                            |
|--------------------------|----------|----------------------------|
| ๑. นายชัยยุทธ์ ลามะไห    | ตำแหน่ง  | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ       |
| เบอร์โทร. ๐๘๓ ๔๑๙ ๗๖๖๗   | E-mail : | chaiyutiamahai@gmail.com   |
| ๒. นางสาวฐาปยา นีละพรหม  | ตำแหน่ง  | เภสัชกรชำนาญการ            |
| เบอร์โทร. ๐๖๓ ๖๓๙ ๙๒๔๙   | E-mail:  | chaibumrungr๒๐๑๔@gmail.com |
| ๓. นางสาววรารัตน์ ไชโยชะ | ตำแหน่ง  | เภสัชกรชำนาญการ            |
| เบอร์โทร. ๐๖๓ ๙๖๕ ๙๒๘๒   | E-mail : | poonyanuch.oan@gmail.com   |

### ๑. สถานการณ์และผลการปฏิบัติราชการ

#### ๑.๑ สถานการณ์โดยรวม

โรงพยาบาลแกด้า เป็นโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขนาด ๓๐ เตียง มีการดำเนินการจัดทำระบบข้อมูลการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาล (Proactive hospital based Surveillance) เพื่อส่งข้อมูลให้กับชุมชนนำไปแก้ไขปัญหาในพื้นที่ เกิดการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community based Surveillance) ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชน (Community Participation) ให้ประชาชนและชุมชนมีความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุสมผล (RDU Literacy) รวมถึงการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในภาคเอกชน (Good Private Sector)

#### ๑.๒ กระบวนการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ – ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๖)

๑.๒.๑ การแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานการใช้อย่างสมเหตุสมผล CUP แกด้า โดยบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด

๑.๒.๒ การประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาล และ ระดับ รพ.สต.

๑.๒.๓ การให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้อย่างสมเหตุสมผล ในสถานบริการและในชุมชน

๑.๒.๔ การบูรณาการและการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้นำชุมชน อสม.

๑.๒.๕ พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และห้องปฏิบัติการ

๑.๒.๖ การติดตามควบคุมกำกับและดูแลการใชยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล

๑.๒.๗ ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อการวางแผนดำเนินการต่อไป

๑.๓ ผลการดำเนินงาน รอบ ๙ เดือน (Small Successes)

จากการดำเนินงานให้บริการด้านเภสัชกรรม ในปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า ร้อยละ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบน และหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI) เท่ากับ ร้อยละ ๘.๕, ๖.๘ และ ๑๘.๑๗ ตามลำดับ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (AD เท่ากับ ร้อยละ ๑๘.๖๒, ๒๓.๙๓ และ ๓๕.๔๑ ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนด ดังตารางที่ ๑๒๓

ตารางที่ ๑๒๓ ผลการดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลแกด้า ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ในบัญชี ยาหลักแห่งชาติ	≥ ร้อยละ ๙๐	๙๘.๒๑	๙๗.๘๑	๙๘.๒๓
๒	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (RI)	≤ ร้อยละ ๒๐	๘.๕	๖.๘	๑๘.๑๗
๓	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (AD)	≤ ร้อยละ ๒๐	๑๘.๖๒	๒๓.๙๓	๓๕.๔๑
๔	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (FTW)	≤ ร้อยละ ๔๐	๓๒.๘๖	๓๖.๘๑	๓๙.๐๙
๕	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด (APL)	≤ ร้อยละ ๑๐	๐	๐	๐
๖	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๐	๐	๐	๐
๗	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร	≤ ร้อยละ ๕	๐	๐	๐
๘	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุม ระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้หาก eGFR < ๓๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม.)	≥ ร้อยละ ๘๐	๗๘.๑๒	๘๕.๗๖	๙๓.๑๕
๙	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ ๕	๐.๐๖	๐.๐๔	๐.๐๕

ตารางที่ ๑๒๓ (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑๐	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๐.๑๓	๗๘.๕๖	๗๙.๑๗
๑๑	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) ใ้ช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ ร้อยละ ๕	๐.๖๖	๐.๕๗	๐.๔๔
๑๒	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๐ คน	๐	๐	๐
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ร้อยละ ๒๐	๐.๖๕	๐.๓๔	๐.๕๑
๑๔	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่าย ที่มีอัตราการ ใ้ช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลม อักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ๒๐	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๑๐๐	N/A
๑๕	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการ ใ้ช้ยา ปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ๒๐	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๑๐๐	N/A
๑๖	ร้อยละของ รพ.สต.ที่มีอัตราการใ้ช้ยาปฏิชีวนะในโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea ≤ ร้อยละ๒๐ ทั้ง ๒ โรค	≥ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๑๐๐	N/A



ในส่วนการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาความเสี่ยงจากการใช้ยาในชุมชน พบว่า โรงพยาบาล และเครือข่าย รพ.สต. ได้มีการกำหนดประเด็นในการติดตามการประเมินผู้ป่วย มีการสรุปและจัดทำ รายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา การค้นหาปัญหาด้านยาในชุมชนและสรุปรายงานปัญหา เป็นลายลักษณ์อักษร การเยี่ยมบ้าน,ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย แก่นนำชุมชน และ ออ.น้อย ในสถานศึกษา ส่วนในภาคเอกชน ได้ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Good private sector) กับร้านค้า ร้านชำ ทุกแห่ง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ดังตารางที่ ๑๒๔

**ตารางที่ ๑๒๔** ผลการดำเนินงานเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้ยาในชุมชน ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๖

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปีงบประมาณ		
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑.มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance โรงพยาบาลแกด้า และ รพ.สต. มีการกำหนดประเด็นในการติดตามการประเมินผู้ป่วยการสรุปและจัดทำรายงานการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา	๒ ประเด็น (steroid NSAIDs)	๒	๒	๒
๒.Active community based surveillance ๒.๑ มีกิจกรรมเชิงรุก การค้นหาปัญหาด้านยาในชุมชน สรุปรายงานปัญหาเป็นลายลักษณ์อักษร (เยี่ยมบ้าน,ให้ความรู้ผู้ป่วย แก่นนำชุมชน ร้านค้าร้านชำ ออ.น้อย) ๒.๒ รายงานผลการตรวจสเต็มยรอยด์ปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร ไม่ต่ำกว่า ๒๐ ตัวอย่าง	ดำเนินงานตามแผนงาน ๒๐ ตัวอย่าง	ได้ทำ	ได้ทำ	ได้ทำ
๓. Community participation มีการดำเนินกิจกรรม จัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยภาคีมีส่วนร่วมภาพรวมอำเภอ	๑ ตำบล	๑	๑	๑
๔.การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) ๔.๑ ดำเนินงานพัฒนาร้านชำ RDU ๔.๒ ประเมินร้านยา ขย.๑ ตามเกณฑ์ GPP ผ่านเกณฑ์คะแนนในหมวดวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ๔.๓ ประเมิน RDU คลินิกเวชกรรมตามเกณฑ์ประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	๑ แห่ง ๔ แห่ง ๒ แห่ง	๑ ๓ ๒	๑ ๔ ๒	๑ ๔ ๒

## ๒. กิจกรรมการดำเนินงานในไตรมาสที่ ๔ (๑ กรกฎาคม – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖)

๒.๑ ดำเนินงานตาม Proactive hospital based surveillance ที่กำหนดไว้ ๒ ประเด็น คือ ๑) การใช้สเตียรอยด์ไม่สมเหตุผล โดยมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหาใช้สารปนเปื้อน สเตียรอยด์ และการติดตามประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาใช้สารปนเปื้อนสเตียรอยด์ เพื่อได้รับการรักษาที่เหมาะสม ๒) ปัญหาการใช้ NSAIDs โดยการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยไตวายระยะที่ ๓ ลงไป

๒.๒ ดำเนินการตาม Active community based surveillance โดยการค้นหาปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยในชุมชน และการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การสำรวจการใช้ยาในครัวเรือนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๒.๓ ตรวจสอบสเตียรอยด์ปลอมปนในยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน ๒๐ ตัวอย่าง ผลการตรวจพบสารสเตียรอยด์ปนเปื้อน ๔ ตัวอย่าง

๒.๔ การดำเนินงาน Community participation โดยการประสานงานเพื่อดำเนินการตามโครงการ/กิจกรรม การจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ตำบลวังแสง (โครงการชุมชนห่วงใยใส่ใจผู้ป่วย)

๒.๕ การดำเนินงาน Good private sector โดยการประเมินร้านค้า ร้านชำ ในพื้นที่ การประเมินร้านยา ขย.๑ ตามเกณฑ์ GPP

๒.๖ การตรวจประเมินคลินิกเวชกรรม ตามเกณฑ์ประเมินของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๒.๗ การสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาที่สมเหตุผล RDU Literacy ผ่านกิจกรรม ออย.น้อย ในโรงเรียน และการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพทางสถานีวิทยุชุมชน ในพื้นที่

๒.๘ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เพื่อเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายและประชาชนที่มาใช้บริการในสถานบริการทุกแห่ง เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง

๒.๙ ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป

## ๓. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน





## ภาคผนวก



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแกด้า อำเภอแกด้า จังหวัดมหาสารคาม

ที่ มค ๐๐๓๓.๓๐๔/ ๓๖ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุมัติคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๗  
รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า

ด้วยงานแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแกด้า ได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๗ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ระดับ CUP แกด้า ขึ้น เพื่อเป็นคณะทำงานในการเตรียมรับการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ จากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๗ และคณะฯ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ซึ่งมีกำหนดการมาตรวจราชการและนิเทศงาน ณ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ในวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ในการนี้ เพื่อให้การตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ ดังกล่าว เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ งานแผนยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลแกด้า จึงขออนุมัติคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๗ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ดังมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาเรียนเสนอพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและโปรดพิจารณาลงนามในท้ายคำสั่ง เพื่อบอกหมายให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ถือปฏิบัติ ต่อไป

(นายมาวิน ทับแสง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า  
-เห็นควรอนุมัติ

(นางสาวนงคณา จันทะฤทธิ์)  
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

คำสั่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า

(นายสมพงษ์ จันทรโรวาท)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า



# สำเนาฉบับ



คำสั่ง CUP แกด้า  
ที่ ๒ / ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการรับการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒/๒๕๖๖  
เขตสุขภาพที่ ๗ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖  
เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖

การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ถือเป็นมาตรการที่สำคัญประการหนึ่งในการบริหารราชการแผ่นดิน ที่จะทำให้การปฏิบัติราชการหรือการปฏิบัติงานกิจของหน่วยงานของรัฐ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ สามารถแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ อันเกิดจากการปฏิบัติราชการดังกล่าว และเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ปฏิบัติต่อเนื่องมาเป็นประจำทุกปี และในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เขตตรวจสุขภาพที่ ๗ ณ สำนักงานสาธารณสุขมหาสารคาม และเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) เพื่อเป็นการติดตามความก้าวหน้าของผลการปฏิบัติราชการ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติราชการ ในระหว่าง วันที่ ๒๔ - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๖

ในการนี้ เพื่อให้การดำเนินการรับการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการรับการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ เขตสุขภาพที่ ๗ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลแกด้า (CUP แกด้า) ดังนี้

## ๑. คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

๑. นายสมพงษ์ จันทโรอวาท	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกด้า	ประธานกรรมการ
๒. นายบุญกว้าง ประดับคำ	สาธารณสุขอำเภอแกด้า	รองประธานกรรมการ
๓. นายชัยยุทธ์ ลามะโห	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	กรรมการ
๔. นายสุมิตร ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางสุดารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวอนงค์นาฏ จันทะฤทธิ์	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสาวรัตติยาภรณ์ ทองดวง	นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวนริศรา พิทยโยธา	ทันตแพทย์ชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นายมาวิน ทับแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ/เลขานุการ
๑๑. นางสาวสุชิตา ปีกสังคน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ/ผ.เลขานุการ
๑๒. นางสาวอรอนงค์ แสงลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ/ผ.เลขานุการ

/ มีหน้าที่



**มีหน้าที่**

๑. ควบคุมกำกับ ดูแลและให้การสนับสนุนในการดำเนินการของคณะกรรมการต่างๆ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

๒. ให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้ข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินการและแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

๓. อำนวยความสะดวกในการดำเนินการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แก่คณะกรรมการดำเนินการทุกคณะ

**๒. คณะทำงานด้านการจัดทำเอกสารสรุปผลการปฏิบัติราชการ (ระดับ CUP) ประกอบด้วย**

๑. นายชัยยุทธ์ ลามะไ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ	ประธานคณะทำงาน
๒. นายสุมิตร ชินภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางนวิรัตน์ บุญนาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นางสุดารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นางประครองศรี ชินภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางสาวสมพิศ เพียงเกษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นางพันธิพา จันทศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๘. นางปิยะดา มุทาวิน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๙. นางปิ่นณัฐธมา กุทองศิริสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๐. นางรัตนา ดวงพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๑. นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๒. นางอาวีนา จันทะกล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๓. นายชินนรินทร์ ประกายสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๔. นางสาวสรินทร ทารเสนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๕. นางปราณี คำบุญเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๖. นางสุดารัตน์ มากพูล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๗. นางพรพรรณภา ภูประทำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๘. นายณเรศ เขาค่าย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๑๙. นางสาวยุพิน โยอาศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๒๐. นางสาววรารัตน์ ไชโยชะ	เภสัชกรปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๑. นางสาวภาวีนี หอมทอง	นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๒. นางสาวธนัท ปุริทาสังข์	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๓. นางกัลยา สีหาทัพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๔. นางสาวระพีพร คະสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๕. นางสาวสกวเดือน วรรณศิลป์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๖. นางสาวอาภาภรณ์ อุทัยคำ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๒๗. นางสาวสุรีพร พละอาจ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน	คณะทำงาน
๒๘. นางสาวเปรมฤทัย ปะวันเนา	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน
๒๙. นายอนุพงษ์ ติตะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	คณะทำงาน
๓๐. นายจตุรงค์ คำภักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน

/นางสาวสุชิตา.....

๓๑. นางสาวสุชิตา ปักสังคน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๓๒. นางสาวปิ่นเพชร ดิษะรา	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ
	ปฏิบัติหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุข	
๓๓. นางสาวกัญญาจณ์ สังข์มณี	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ
๓๔. นางสาวสง่า ทับสมบัติ	นักวิชาการพัสดุ	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ
๓๕. นางสาวชिरาภรณ์ มะโน	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ

**มีหน้าที่**

๑. รวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการตรวจราชการและการนิเทศงาน ตามที่กำหนด
๒. วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา/อุปสรรค สรุปผล และออกแบบเอกสารการรายงานผลการปฏิบัติราชการ สำหรับให้ผู้ตรวจราชการฯ และคณะฯ
๓. จัดพิมพ์เอกสารสรุปรายงานผลการปฏิบัติราชการ ให้มีความถูกต้อง เป็นระเบียบ เรียบร้อย สวยงาม และมีความสอดคล้องกับประเด็นการตรวจราชการ ครบทุกประเด็น

**๓. คณะทำงานด้านการจัดทำข้อมูลนำเสนอผลการปฏิบัติราชการ (Power point) ประกอบด้วย**

๑. นายมาวิน ทับแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางสาวอรอนงค์ แสงลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๓. นางสาวชिरาภรณ์ มะโน	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ

**มีหน้าที่**

๑. รวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการตรวจราชการและการนิเทศงาน ตามที่กำหนด
๒. เรียบเรียงและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด รวมทั้ง ปัญหา/อุปสรรค และสรุปผลที่ได้เพื่อนำเสนอ ต่อผู้ตรวจราชการฯ และคณะฯ
๓. ออกแบบและจัดพิมพ์สไลด์นำเสนอข้อมูลด้วยโปรแกรมเพาเวอร์พ้อยต์ (Power point) ให้มีความถูกต้องเป็นระเบียบ เรียบร้อย สวยงาม และสอดคล้องกับประเด็นการตรวจราชการ ครบทุกประเด็น

**๔. คณะทำงานด้านปฏิคม (การต้อนรับ อาหาร และเครื่องดื่ม) ประกอบด้วย**

๑. นายสุมิตร ชินภักดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นางอศรา อนุฤทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓. นางเพ็ญศรี นิลขำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๔. นางทวีกานต์ รักสวนจิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๕. นางเรณู โลหะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๖. นางรัตนา ดวงพรหม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๗. นางสาวกัญญาจณ์ สังข์มณี	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน	คณะทำงาน
๘. นางสาวจงดี้ รัตนพลแสน	นักวิชาการการเงินและบัญชี	คณะทำงาน
๙. นางสาวมณี ไชยปัญหา	เจ้าพนักงานพัสดุ	คณะทำงาน
๑๐. นางสาววิไลจิตร วีระการณ	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๑๑. นางสาวนันทน์ภัส สิริธิดา	พนักงานช่วยการพยาบาล	คณะทำงาน
๑๒. นางสาวฐิติมา เพ็ญเกตุ	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๑๓. นางสาวสง่า ทับสมบัติ	นักวิชาการพัสดุ	คณะทำงาน

/นางสาวสงกรานต์.....

๑๔. นางสาวสงกรานต์ พลไชย	นักวิชาการพัสดุ	๔ คณะทำงาน
๑๕. นางสาวณัฐธยาน์ ทิพย์ชัย	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี	คณะทำงาน
๑๖. นางธัญญา ภาคคำ	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๑๗. นางสาวสุนิรัตน์ เทพกิจ	เจ้าพนักงานธุรการ	คณะทำงาน
๑๘. นายสุรศักดิ์ จันทะรส	นักโภชนาการปฏิบัติการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๑๙. นางสาวอาภาภรณ์ อุทัยคำ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะทำงาน/ผ.ช.เลขานุการ
๒๐. นางชฎาพร พลเยี่ยม	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะทำงาน/ผ.ช.เลขานุการ

**มีหน้าที่**

๑. ให้การต้อนรับประธานและคณะกรรมการตรวจราชการและการนิเทศงานกรณีปกติ และผู้เข้าร่วมรับการตรวจราชการฯ
๒. ดูแลอำนวยความสะดวกให้คณะกรรมการตรวจราชการฯ และผู้เข้าร่วมรับการตรวจราชการฯ
๓. จัดอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับคณะกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมรับการตรวจราชการฯ ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอ
๔. ประสานงานและจัดการดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในห้องประชุม ที่สำหรับรับประธานอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับคณะกรรมการฯ และผู้เข้าร่วมรับการตรวจราชการฯ ให้ได้รับความสะดวกและมีบรรยากาศที่ดี

**๕. คณะทำงานด้านสถานที่และโสตทัศนอุปกรณ์**

	ประกอบด้วย	
๑. นางสาวอนงค์นาฏ จันทะฤทธิ	นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๒. นายไพฑูรย์ เจริญศรี	นายช่างไฟฟ้า	คณะทำงาน
๓. นายประภูติ ทับสมบัติ	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๔. นายอภิวัฒน์ แสนราชา	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๕. นายชัยวัฒน์ ตานะบุตร	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๖. นายชัยวัฒน์ โพธิ์ละเดา	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๗. นางสาวพัทธ์ธีรา ทัพสมบัติศุภสิน	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๘. นายพงษ์เพชร อ่อนแสน	พนักงานบริการ	คณะทำงาน
๙. นายธิตินพงษ์ สารวะ	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๑๐. นางสาวศิริลักษณ์ โยธคล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	คณะทำงาน/ผ.ช.เลขานุการ
๑๑. นายอนุพงษ์ ดิตะ	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	คณะทำงาน/ผ.ช.เลขานุการ

**มีหน้าที่**

๑. จัดสถานที่ โต๊ะ เก้าอี้ สำหรับการประชุม และการรับประธานอาหารกลางวัน ให้มีความสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย และมีความเหมาะสมเพียงพอ
๒. จัดเตรียม และดูแลระบบเครื่องเสียง พร้อมอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก โปรเจคเตอร์ และอุปกรณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการนำเสนอข้อมูลภายในห้องประชุม ให้สามารถใช้งานได้มีประสิทธิภาพรวมทั้ง การถ่ายภาพกิจกรรม

/๖.คณะทำงานด้านยานพาหนะ

๒. คณะทำงานด้านยานพาหนะ ประกอบด้วย

๑. นายเชาว์ ไชยสงค์	พนักงานขับรถยนต์	ประธานคณะทำงาน
๒. นายวิหวัศ บุตรโพธิ์	พนักงานขับรถยนต์	คณะทำงาน
๓. นายปริญญา ตะวัน	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	คณะทำงาน
๔. นายสมบัติ บุตรโพธิ์	พนักงานขับรถยนต์	คณะทำงาน

มีหน้าที่

๑. ขับรถรับ - ส่ง ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเดินทางมาตรวจราชการในพื้นที่
๒. ขับรถรับ - ส่ง วัสดุ อุปกรณ์ หรือสิ่งของที่เกี่ยวข้อง และภารกิจอื่นๆ ที่จำเป็นในการตรวจราชการ

ขอให้ผู้ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งนี้ ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายด้วยความตั้งใจและรับผิดชอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด หากมีปัญหาหรืออุปสรรคในการปฏิบัติงานประการใดเกิดขึ้น ให้รายงานคณะกรรมการอำนวยการทราบทันที เพื่อหาแนวทางในการแก้ไขต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๙ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๖

  
(นายสมพงษ์ จันทร์โสภาท)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดคำ  
ประธาน CUP แกดคำ



## คณะผู้จัดทำ

### ๑. ที่ปรึกษา

๑. นายแพทย์สมพงษ์ จันทร์โสภา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแกดดำ
๒. นายบุญกว้าง ประดับคำ สาธารณสุขอำเภอแกดดำ
๓. คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลแกดดำ
๔. คณะกรรมการประสานงานด้านสาธารณสุขระดับอำเภอแกดดำ (คปสอ. แกดดำ)

### ๒. คณะทำงานด้านการจัดทำเอกสารสรุปผลการปฏิบัติการ (ระดับ CUP) ประกอบด้วย

๓.๑ นายมาวิน ทับแสง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	ประธานคณะทำงาน
๓.๒ นายสมิทร ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๓ นางนวรรตน์ บุญนาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๔ นางสุภารัตน์ ปัญญาวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๕ นางประครองศรี ชินภักดี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๖ นางสาวสมพิศ เพียงเกษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๗ นางพันธิพา จันทร์ศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๘ นางปิยะดา มุทาวัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๙ นางปิ่นฉัตรธิดา กุทองศิริสกุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๐ นางรัตนา ดวงพรม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๑ นางวิภาวดี หอมทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๒ นางอาวีณา จันทะกล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๓ นายชินนินทร์ ประกายสิทธิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๔ นางสาวสรินทร หารเสนา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๕ นางแพรวนภา ภูประทำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๖ นางสาวยุพิน โยอาศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน
๓.๑๗ นางสาววรรัตน์ ไชยโอชะ	เภสัชกรปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓.๑๘ นางกัลยา สีหาทัพ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓.๑๙ นางสาวระพีพร คະສຸວຣຣນ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓.๒๐ นางสาวสกาเวเดือน วรรณศิลป์	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓.๒๑ นางสาวอาภาภรณ์ อุทัยคำ	แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ	คณะทำงาน
๓.๒๒ นางสาวอรอนงค์ แสงลี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	คณะทำงาน/เลขานุการ
๓.๒๓ นางสาวปิ่นเพชร ดีชะรา	จพ.ทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุข
๓.๒๔ นางสาวชिरาภรณ์ มะโน	นักวิชาการสาธารณสุข	คณะทำงาน/ผ.เลขานุการ

**๓. ผู้รวบรวมเอกสาร**

๑. นายมาวิน ทับแสง
๒. นางสาวอรอนงค์ แสงดี
๓. นางสาวยุพิน โยอาศรี
๔. นางสาวชिरาภรณ์ มะโน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุข

**๔. ออกแบบปก**

๑. นางสาวอรอนงค์ แสงดี
๒. นางสาวชिरาภรณ์ มะโน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  
นักวิชาการสาธารณสุข