



เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



เอกสารประกอบ

การตรวจราชการ และนิเทศงาน

กรณีปกติ รอบที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่

วันที่ 4 กรกฎาคม 2567

คำนำ

เอกสารประกอบการรับการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงสาธารณสุข รอบ 2 ประจำปีงบประมาณ 2567 เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม ฉบับนี้ เป็นการสรุปผลการดำเนินงานซึ่งประกอบด้วยประเด็นการตรวจราชการที่สำคัญ 8 ประเด็น 39 ตัวชี้วัด + 1 Area Based : 1 National level + 3 Regional level เขตสุขภาพที่ 7

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นแนวทางการพัฒนาและการทำงาน กำหนดหน่วยงานของเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ เพื่อเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ยึดหลักธรรมาภิบาล ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ชุมชนและภาคีมีส่วนร่วม

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่
มิถุนายน 2567

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลทั่วไป	1
ประเด็นที่ 1 : โครงการพระราชดำริฯ /เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวข้องกับ พระบรมวงศานุวงศ์	
- วัณโรค	11
ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด	21
ประเด็นที่ 3 : มะเร็งครบวงจร	
- มะเร็งปากมดลูก	41
- ผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	47
ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	
- การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	51
- อำนวยความสะดวก	61
- อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	68
- เบาหวานและความดันโลหิตสูง	73
- ไตวาย	80
- โรคหลอดเลือดสมอง	86
- โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	92
ประเด็นที่ 5 : สถานชีวาภิบาล	
- ศูนย์ชีวาภิบาลในโรงพยาบาล /สถานชีวาภิบาล(กฤตชีวาภิบาล)	98
- Home ward	104
- การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า ในผู้ป่วยประคับประคอง	107
- คลินิกผู้สูงอายุ	112
ประเด็นที่ 6 : ดิจิทัลสุขภาพ(One ID Card Smart Hospital)	118
- ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)	
- ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ	
- HAIT	
- บริการการแพทย์ทางไกล	
ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร	
- ส่งเสริมการมีบุตร	128
- ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)	134
- การตายมารดาไทย	137

	หน้า
- ทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	147
ประเด็นที่ 8 : เศรษฐกิจสุขภาพ	
- Wellness Center	150
ประเด็นที่ 9 : Area Based	
- การตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ – วัสดุ)	159
Area Based (ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่) เขตสุขภาพที่ 7	
- การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข	162
- การพัฒนาระบบงานระบาดวิทยา	167
- การพัฒนามาตรฐานศูนย์รับแจ้งเหตุและประสานงานและหน่วยปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉิน	173

เครือข่ายบริการสุขภาพ เชียงย็ิน อำเภอเชียงย็ิน จังหวัดมหาสารคาม

1. ข้อมูลทั่วไป

ที่ตั้ง อำเภอเชียงย็ินอยู่ห่างจากจังหวัดมหาสารคาม ประมาณ 55 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับอำเภอและจังหวัดใกล้เคียงดังนี้

- ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอชำสูง (จังหวัดขอนแก่น)
- ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอยางตลาด (จังหวัดกาฬสินธุ์) และอำเภอกันทรวิชัย
- ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
- ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคามและอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

ลักษณะอากาศ มีสภาพภูมิอากาศเป็นแบบมรสุมเมืองร้อน (TROPICAL MONSOONCLIMATE) โดยแบ่งออกเป็น 3 ฤดู คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม ,ฤดูฝน เริ่มตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึงเดือน ตุลาคม



การคมนาคม / การสื่อสาร

- การคมนาคม สามารถติดต่อกับอำเภออื่นๆ ในเขตจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง โดยทาง รถยนต์
- การสื่อสาร สามารถติดต่อสื่อสารได้ทางไปรษณีย์ โทรเลข โทรศัพท์ โทรสาร การส่งจดหมายทางอินเทอร์เน็ต (E-mail) หรือเครือข่ายทางสังคมในอินเทอร์เน็ต อื่นๆ

วิสัยทัศน์ (vision) :

เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน ยึดหลักธรรมาภิบาล ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ชุมชนและภาคีมีส่วนร่วม

พันธกิจ (mission) :

1. พัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้ประชาชน ผู้รับบริการ และบุคลากรมีความปลอดภัย (3P Safety)
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพโดยยึดหลักนิติธรรม คุณธรรม ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วม และความคุ้มค่า
3. ส่งเสริมสนับสนุน ประชาชน องค์กรภาครัฐ และเอกชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสม
4. พัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาฟื้นฟู
5. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ สุขภาพดี มีความสุข
6. พัฒนาโรงพยาบาลให้มีศักยภาพสูงขึ้น เพื่อก้าวสู่โรงพยาบาลชุมชน ระดับ S+

ค่านิยม (values) :

M=Mastery: เป็นนายของตัวเองตรงเวลา ซื่อสัตย์ สุจริต

O=Originality: เร่งสร้างสิ่งใหม่ เช่น นวัตกรรม, R2R

P=People centered: ใส่ใจประชาชน

H=Humility: อ่อนน้อมถ่อมตน

และบุคลากรมีคุณธรรมตามอัตลักษณ์-ซื่อสัตย์ เมตตา สามัคคี

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
2. พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
3. พัฒนาบุคลากร
4. พัฒนาระบบบริหารด้วยธรรมาภิบาล

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญ :

1. กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่มีปัญหาด้านการวินิจฉัยและการดูแลรักษา เช่น STEMI, NSTMI, Stroke, Head injury, TB, Trauma, Sepsis , High risk pregnancy, Appendicitis, Epilepticus
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT และ CKD
3. กลุ่มโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4. กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยโรคติดเชื้อ โรคติดต่อและโรคระบาด เช่น TB, Pneumonia, DHF
5. กลุ่มผู้ป่วยมารดาและทารก เช่น BA, PPH

ประเด็นยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการให้ได้คุณภาพมีมาตรฐาน และความปลอดภัย

เป้าประสงค์ ประชาชนมีความเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน

แผนกลยุทธ์ที่ 1 ขับเคลื่อนและติดตามการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง

แผนกลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพการบริการในกลุ่มโรคที่สำคัญ

แผนกลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริการร่วมกับภาคีเครือข่ายให้มีการเชื่อมโยงกัน

แผนกลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาคุณภาพความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ 2P safety

2. พัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป้าประสงค์ ประชาชนสามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน

แผนกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาคุณภาพชีวิตทุกกลุ่มวัย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

แผนกลยุทธ์ที่ 2 เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน

3. พัฒนาบุคลากร สุขภาพดี มีความสุข

เป้าประสงค์ พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมบุคลากรสาธารณสุขให้มีความสุขในการทำงาน มีความคงอยู่อย่างภาคภูมิใจและเป็นต้นแบบด้านสุขภาพที่ดี

แผนกลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพให้มีศักยภาพและเพียงพอในการให้บริการ

แผนกลยุทธ์ที่ 2 ร้อยละการเพิ่มขึ้นของดัชนีความสุขของคนทำงาน

แผนกลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมการวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

แผนกลยุทธ์ที่ 4 เสริมสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขภายใต้การขับเคลื่อนด้วยค่านิยม

แผนกลยุทธ์ที่ 5 ส่งเสริมการสร้างสุขภาพของบุคลากร

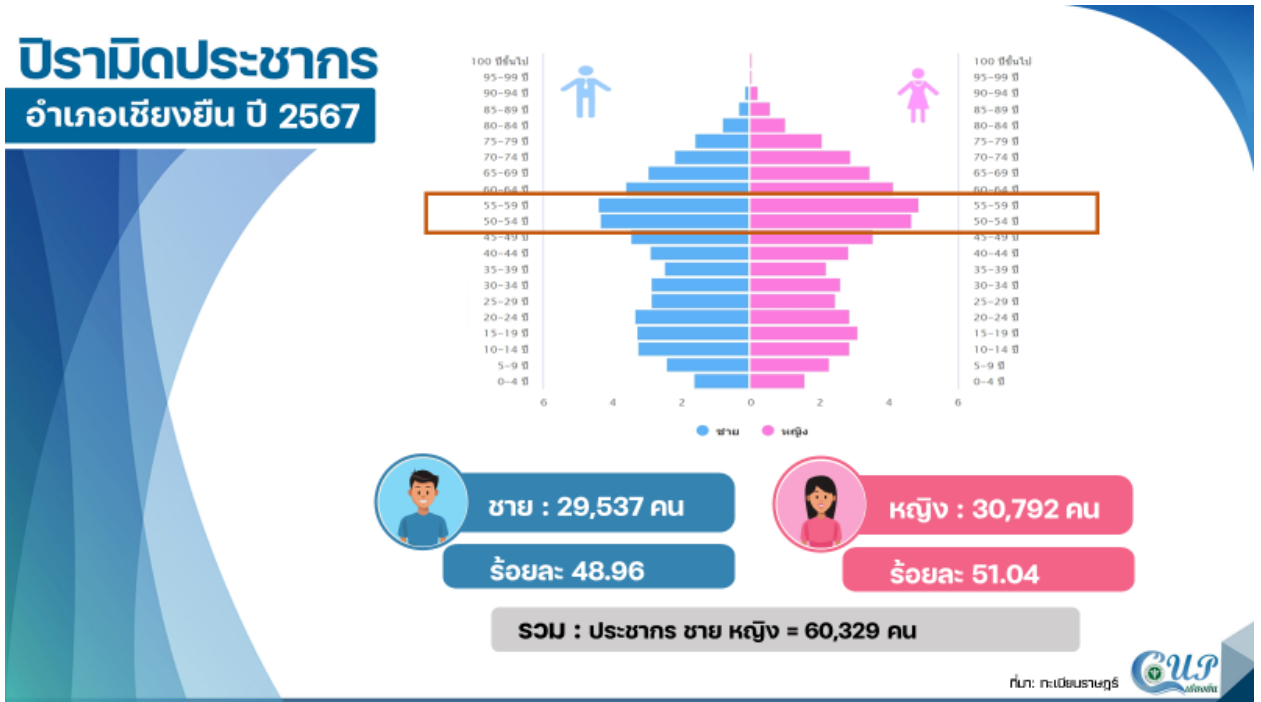
4. พัฒนาระบบบริหารด้วยธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ พัฒนาระบบบริหารจัดการที่ทันสมัย เอื้อต่อการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ และมีธรรมาภิบาล

แผนกลยุทธ์ที่ 1 บริหารทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพภายใต้หลักธรรมาภิบาล

แผนกลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรให้มีประสิทธิภาพ

แผนกลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการสารสนเทศที่สามารถเข้าถึง ปลอดภัย และนำไปใช้ได้



ทรัพยากร สาธารณสุข



ข้อมูลบุคลากร



เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั้งหมด

วิชาชีพ	จำนวน
▶ แพทย์ทั่วไป	8
▶ แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม	1
▶ ทันตแพทย์	5
▶ เภสัชกร	7
▶ พยาบาลวิชาชีพ	68
▶ นักเทคนิคการแพทย์	3
▶ นักกายภาพบำบัด	3
▶ อื่นๆและสายงานสนับสนุน	137

รวมทั้งสิ้น ในโรงพยาบาล 232 คน

ที่มา : งานบุคลากร กลุ่มงานบริหารฯ รพ.เชียงใหม่ ข้อมูล ณ 1 มิ.ย.67



โรงพยาบาลเชียงใหม่
CHIANG MAI HOSPITAL

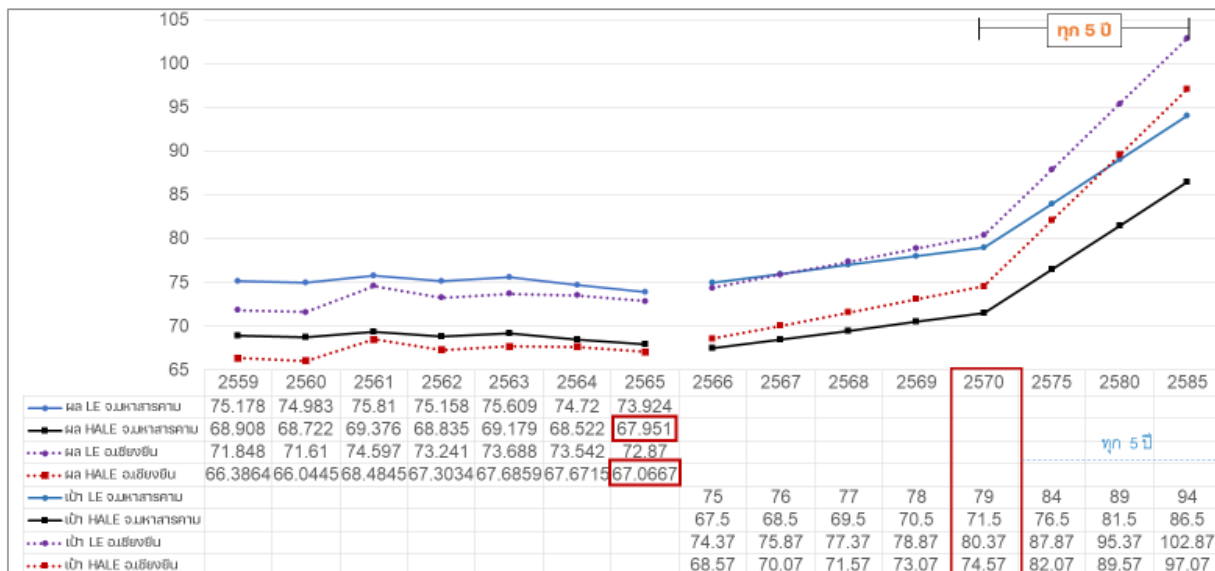
โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลเชียงใหม่



นพ.ภาคภูมิ จิตรม่วง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่



ผลค่า LE / HALE ปี 2559-2565 และเป้าหมายค่า LE / HALE ปี 2566-2585 ของอำเภอเขียงยืน เทียบจังหวัดมหาสารคาม



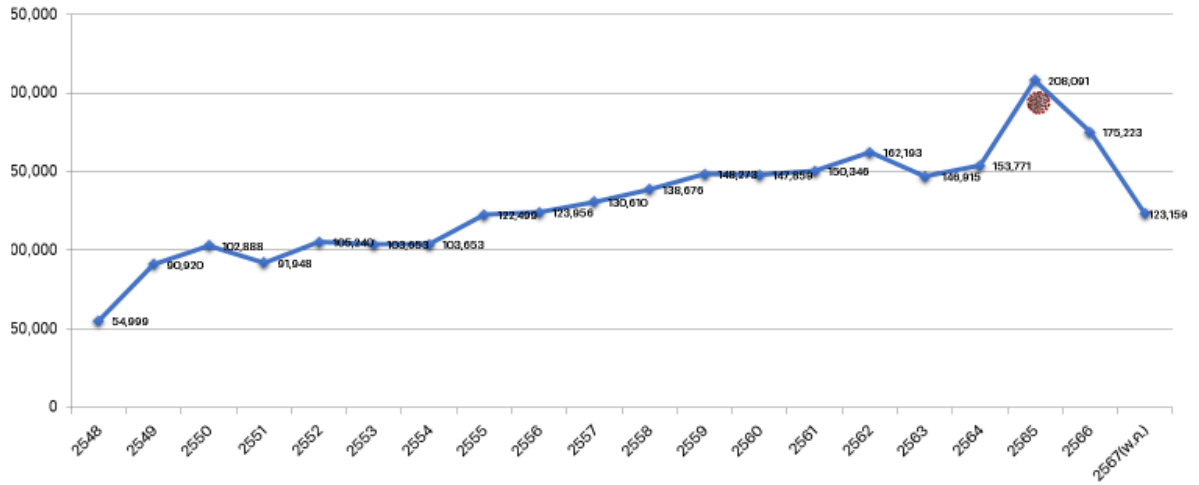
ปีที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (Year Life Loss, YLL) รวม อ.เขียงยืน จ.มหาสารคาม ปี 2561-2565

ลำดับ	ชื่อโรคภาษาอังกฤษ	(Year Life Loss, YLL)					วิเคราะห์แนวโน้ม	ดำเนินการ
		2561	2562	2563	2564	2565		
1	Lower respiratory tract infections	472.43	599.30	658.77	644.28	778.78	เพิ่มขึ้น	PCT/SP ราษฎร์รณ
2	Septicemia	398.86	348.96	406.36	492.33	559.75	เพิ่มขึ้น	PCT/SP sepsis
3	Cerebrovascular disease	558.18	613.64	388.96	588.89	531.62	เพิ่มขึ้น	PCT/SP stroke
4	Liver cancer	271.26	523.96	399.18	370.26	439.96	เพิ่มขึ้น	PCT/SP มะเร็ง
5	Diabetes mellitus	631.51	485.92	467.92	581.59	402.45	ลดลง	PCT/SP NCD
6	Ischaemic heart disease	272.27	230.40	234.40	337.26	392.26	เพิ่มขึ้น	PCT/SP หัวใจ
7	Other digestive diseases	233.04	219.32	228.90	262.77	340.92	เพิ่มขึ้น	PCT/SP ราษฎร์รณ
8	Nephritis and nephrosis	373.57	695.97	772.06	490.90	313.11	ลดลง	PCT/SP ราษฎร์รณ
9	Road traffic accidents	287.32	467.53	218.89	274.66	312.81	เพิ่มขึ้น	SP อุบัติเหตุและบาดเจ็บ / พชอ.
10	Cirrhosis of the liver	193.27	323.72	261.84	132.22	189.00	ลดลง	PCT/SP มะเร็ง
11	Self-inflicted injuries (Suicide)	25.44	41.87	92.19	108.86	171.37	เพิ่มขึ้น	PCT/SP สุขภาพจิตฯ
12	Other cancer	65.51	170.09	223.18	134.10	159.67	เพิ่มขึ้น	PCT/SP มะเร็ง
13	Tuberculosis	161.21	92.73	121.09	111.11	146.24	เพิ่มขึ้น	PCT/SP ราษฎร์รณ
14	Other endocrine disorders	52.73	59.25	58.99	75.27	114.68	เพิ่มขึ้น	PCT/SP ราษฎร์รณ
15	Drowning	125.66	90.65	50.95	97.76	112.59	เพิ่มขึ้น	พชอ.
16	Cervix uteri cancer	20.45	58.60	31.20	0.00	110.75	เพิ่มขึ้น	PCT/SP มะเร็ง
17	Other cardiovascular disease	63.51	55.15	98.56	46.66	95.40	เพิ่มขึ้น	PCT/SP หัวใจ
18	Other genitourinary diseases	0.00	0.00	42.34	33.15	94.82	เพิ่มขึ้น	PCT/SP ราษฎร์รณ
19	Biliary tract	165.80	111.36	159.41	193.03	70.10	ลดลง	PCT/SP ราษฎร์รณ
20	Other unintentional injuries	46.53	45.42	69.12	105.19	66.29	เพิ่มขึ้น	พชอ.

ที่มา : สถิติชีพ สสจ.มหาสารคาม

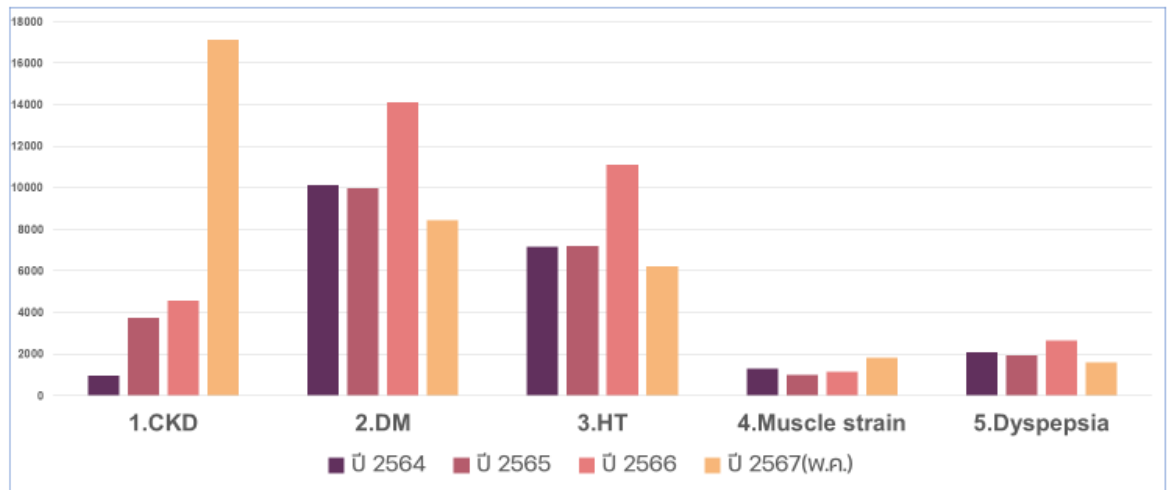
สถิติที่สำคัญผู้ป่วยนอก

ปี 2567* เฉลี่ย 510 ราย/วัน



ที่มา : ฐานข้อมูล HosXp โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2567* ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2567

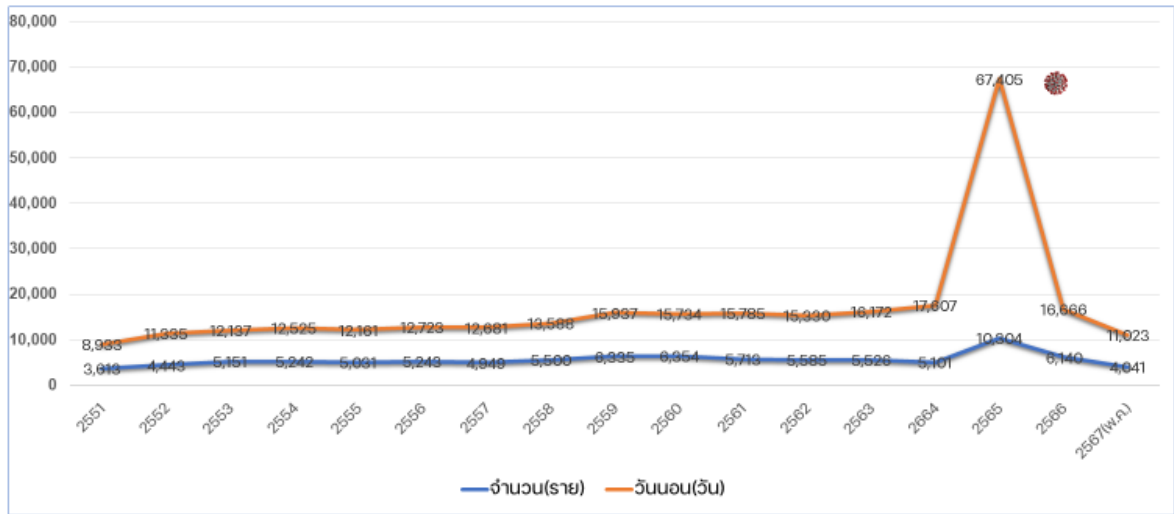
5อันดับโรค ผู้ป่วยนอก ปี 2564-2567*



ที่มา : ฐานข้อมูล HosXp โรงพยาบาลเชียงใหม่

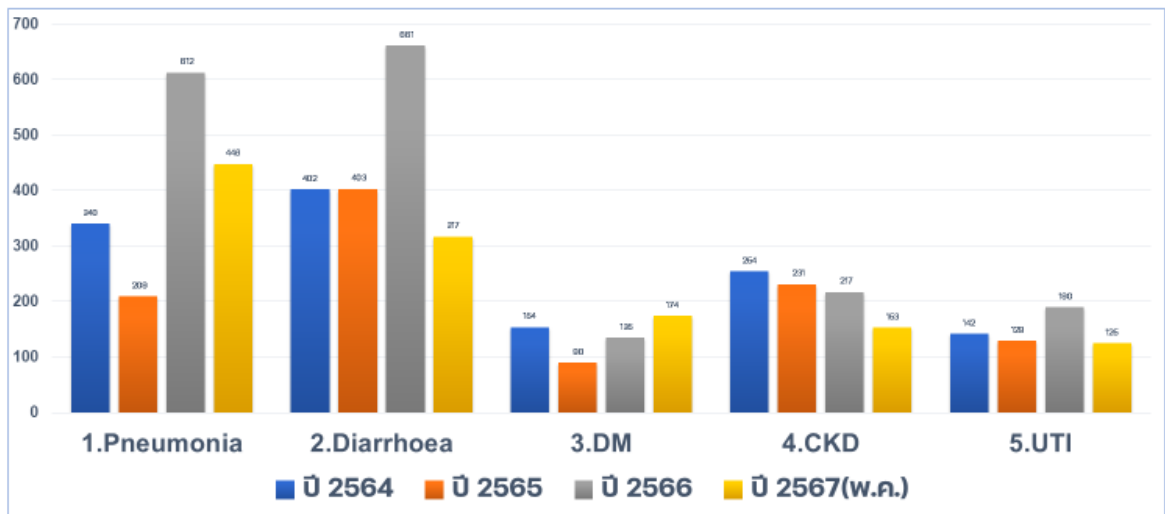
สถิติที่สำคัญผู้ป่วยใน

ปี 2567* วันนอนเฉลี่ย 2.73 วัน



ที่มา : ฐานข้อมูล HosXp โรงพยาบาลเชียงใหม่ ปี 2567* ข้อมูล ณ 31 พฤษภาคม 2567

5 อันดับโรค ผู้ป่วยใน ปี 2564-2567*



ที่มา : ฐานข้อมูล HosXp โรงพยาบาลเชียงใหม่

▶▶▶ สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวัง ปี 2567 ◀◀◀

โรค	อัตราป่วยต่อแสนประชากร				
	2563	2564	2565	2566	2567
1. โรคปอดอักเสบ	677.20	256.37	356.34	741.10	367.62
2. โรคโควิด-19	0	1,010.96	17,789.42	615.93	204.77
3. โรคอาหารเป็นพิษ	512.74	167.69	120.93	224.12	112.86
4. โรคไข้หวัดใหญ่	209.61	29.02	149.95	404.71	66.10
5. โรคไข้เลือดออกรวม	91.91	0	30.64	96.74	6.44
6. โรคมือ เท้า ปาก	4.84	37.08	158.01	66.11	3.22
7. โรคสุกใส	24.19	29.02	11.29	20.96	9.67
8. โรคเลปโตสไปโรซิส	1.61	0	4.84	1.61	0
9. โรคไข้หัด	0	0	0	1.61	0
10. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	32.25	6.45	1.61	6.45	4.83

ที่มา : งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลเชียงใหม่

▶▶▶ สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวัง ปี 2567 ◀◀◀

สถานการณ์โรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังของโรงพยาบาลเชียงใหม่

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึง 21 พฤษภาคม 2567

พบทั้งหมด 314 ราย

ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 219 ราย และผู้เสียชีวิต 0 ราย

โรคที่พบจำนวนผู้ป่วยสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่

- 1. ปอดอักเสบ
- 2. อาหารเป็นพิษ
- 3. ไข้หวัดใหญ่
- 4. สุกใส
- 5. มือเท้าปาก



ผู้ป่วย

314 ราย



ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล

219 ราย



ผู้เสียชีวิต

0 ราย

ตาราง แสดงจำนวนผู้ป่วย-ผู้เสียชีวิต อัตราป่วย-อัตราตายต่อประชากรแสนคน อัตราป่วยตาย(%) จำนวนเหตุการณ์การระบาดและร้อยละการเปลี่ยนแปลงเทียบกับสัปดาห์ก่อนหน้าของโรงพยาบาลเชียงใหม่

โรค	#	จำนวนผู้ป่วย #	จำนวนผู้เสียชีวิต #	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย(%)	ตัวเลขการเปลี่ยนแปลง
ปอดอักเสบ		204	200	0		
อาหารเป็นพิษ		60	10	0		
ไข้หวัดใหญ่		36	3	0		-50.0
สุกใส		15	0	0		
กลุ่มโรคมือเท้าปาก		3	3	0		
โรซิโทพอยส์		2	2	0		
หนองใน		2	0	0		
มือเท้าปาก		2	1	0		

ที่มา : งานระบาดวิทยา โรงพยาบาลเชียงใหม่

ความสำเร็จของการป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางจุฑามาศ ไปตง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวพรไพรินทร์ หีบแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวอรสุดา ทองแท้ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

1. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
2. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ 8
3. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ
4. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)
5. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย

1. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) $\geq 88\%$
2. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ 8
3. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) $\geq 90\%$
4. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ 100
5. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

มีคำสั่งศูนย์ปฏิบัติการศูนย์ยุติวัณโรค ระดับอำเภอ มีแพทย์ดูแล 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลผ่านการอบรมหลักสูตรเชิงปฏิบัติการการดูแลวัณโรคและมาตรฐานคลินิกวัณโรคตามแผนงานวัณโรคแห่งชาติ 2 คนและทีมสหวิชาชีพ เป็น Case Management ร่วมกันดูแลผู้ป่วยวัณโรคอย่างเป็นระบบ

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ผลงาน Success Rate ปี 2565, 2566, 2567 คิดเป็นร้อยละ 82.56,87.21,13.89, ตามลำดับ และ Success Rate ปี 2567 \geq ร้อยละ 88 (PA Cohort 1/67) คิดเป็นร้อยละ 50 [วัณโรคปอดรายใหม่ 23 ราย นำมาประเมิน 22 ราย รักษาหาย 10 ราย (50%) เสียชีวิต 3 ราย กำลังรักษา 9 ราย
2. Dead rate ปี 2565 ขึ้นทะเบียน 87 ราย เสียชีวิต 13 ราย (15.12%) ปี 2566 ขึ้นทะเบียน 92 ราย เสียชีวิต 6 ราย (6.98%) และปี 2567 (ข้อมูล ณ วันที่ 1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67) ขึ้นทะเบียน 79 ราย เสียชีวิต 8 ราย (10.12%)
3. Treatment coverage \geq 88 ปีงบประมาณ 2565 เป้าหมาย 92 ราย ผลงาน 87 ราย (94.56 %) ปีงบประมาณ 2566 เป้าหมาย 87 ราย ผลงาน 92 ราย (105.74%) และปีงบประมาณ 2567 เป้าหมาย Treatment coverage \geq 90 เป้าหมายขึ้นทะเบียนรักษา 87 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67) ผลงาน 79 ราย (90.80%)
4. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ 100 โดยการเอกซเรย์ปอด ปี 2565, 2566, 2567 คิดเป็นร้อยละ 108.22%, 100% และ 100%% ตามลำดับ
5. คะแนนคลินิกวัณโรคคุณภาพ ปี 2563, 2564, 2565, 2566 ผลงานได้ 98, 95, 96 และ 98 คะแนนตามลำดับ

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	\geq 88 %	16	80.00%	18	85.71%	11	50.0 % (11/22 ราย)
2. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ 8	< 8%	13	15.12%	6	6.98%	8	10.12% (8/79 ราย)
3. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	\geq 90%	87	94.56%	92	105.74%	79	90.80% (79/87 ราย)
4. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant,	100%	2,263	108.22%	1,996	100%	2,189	100% (2,189/2,189)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ							
5. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	≥ 90 %	96 คะแนน	96%	98 คะแนน	98%	98 (คะแนนประเมินตนเอง)	98%

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

1. KPI ตัวที่ 1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ PA ไตรมาส 1/ 2567 (Success rate) ≥ 88% (ไม่ผ่าน) (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

ผลงาน : ร้อยละ 50 กำลังรักษาอยู่ทั้งหมด 8 ราย โอนออกรักษาต่อ รพ. มหาสารคาม 3 ราย คาดการณ์รักษาสำเร็จเดือนสิงหาคม 2567

2. KPI ตัวที่ 2 อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ 8 (ไม่ผ่าน)

ผลงาน : เสียชีวิต 8 ราย (10.12 %) (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

รายที่ 1 TB No. 5/2567 เพศชาย อายุ 51 ประวัติโรคประจำตัวเดิม เป็น old TB เดิมรักษาที่ รพ.มค 2564 ผลการรักษาเดิมคือ ขาดยามากกว่า 2 เดือน 27 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ ไอ ปวดศีรษะ ก่อนมา 1 ชั่วโมง 3 วัน ก่อนมา ไอแห้งๆบ่อยครั้ง ปวดศีรษะ มีน้ำมูก ไม่มีไข้ ยังไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 ชั่วโมง ก่อนมา ไข้ ไอ ปวดศีรษะมาก จึงมารพ v/s T= 37.8 P= 130 bpm R= 44 bpm BP= 120/61 mm/hg O2 sat 95 %RA นน = 65 kg.ผู้ป่วยหอบมาก แพทย์พิจารณา On ETT Refer รพ.มหาสารคาม ด้วย DDX. Pneumonia, รพ.มหาสารคาม ตรวจ Gene x pert พบ Detected จึงให้ขึ้นทะเบียนรักษาและ TO ส่งผู้ป่วยในระบบ เวลาต่อมารับแจ้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตและมีโรคตับร่วม เมื่อวันที่ 29/11/2666 ร่วมระยะเวลาการรักษาที่ รพ. มหาสารคาม 1 เดือน 1 สัปดาห์

รายที่ 2. TB No. 4/2567 เพศชาย อายุ 81 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัวเดิม วันที่ 8/10/66 มา รพ. ด้วย 1 เดือน ก่อนมา ไอมีเสมหะเป็นๆหายๆ รักษาที่คลินิก 2 ชั่วโมง ก่อนมา กลับจากไปทุ่งนา มีอาการ วิงเวียนศีรษะ อาเจียน 2 ครั้ง แพทย์ให้ CXR พบ new infiltrate both lungs นัด F/U AFB ต่อมาพบ AFB neg Gene x pert พบ Not Detected วันที่ 10/10/66 มาตรวจตามนัด มีอาการ ไข้ ไอ เหนื่อยเพลีย เป็นมาก 3 วัน เหนื่อยหายใจ

หอบมาก ที่ ER แพทย์พิจารณา On ETT Refer รพ.มหาสารคาม ด้วย DX. Pneumonia, วันที่ 19/10/66 refer กลับจาก รพ.มค ด้วย pneumonia c RS failure. Pul TB M- O2sat 86% ร่วมกับแพทย์ให้เริ่มยารักษา TB M- เริ่มรักษาที่ รพ.มค. วันที่ 10/10/66 กลับมารักษาต่อรพช. 20/12/66 รักษา TB- ครบ 2 เดือน สูตริยา IREL มา รพ.ด้วยไอ เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ยังไม่ได้รักษาที่ไหน 1 ชั่วโมง ก่อนมา หายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น จึงเรียก EMS รพ.เชียงใหม่ ออกรับ v/s T= 37.4 P= 124 bpm R= 56 bpm BP= 175/115 mm/hg แพทย์พิจารณา on ETT ญาติและผู้ป่วยปฏิเสธ NR ขอรักษาแบบ Palliative care MO. drip SC ที่บ้าน รับแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านในเวลาต่อมา Case Pnuemonia with TB - Palliative care เสียชีวิตร่วมกับมีโรคอื่น ๆ รวมระยะเวลาการรักษา 2 เดือน

รายที่ 3. TB No. 2/2567 เพศหญิง อายุ 80 ปี underlying DM,HTวันที่ 9/10/66 มารักษาที่ รพ. ด้วย 2 เดือนก่อนมา ไอ แห้งๆ เหนื่อยพลียมากจึงมารพ. (มีประวัติมารดาเคยเป็น TB เสียชีวิต) รักษาที่ รพ. ตรวจพบเสมหะ AFB 2+,3+ เริ่มการรักษาด้วยยาสูตร 2HREZ/4HR หลังจากนั้นมีปัญหา hepatitis เปลี่ยนสูตรยาเป็น ELA อาการหลังรักษาครบ 2 เดือนไม่ดีขึ้น ยังพบ hepatitis แพทย์ส่งตัวรักษาต่อ รพ. มหาสารคาม และได้ส่งตัวกลับมารักษาต่อตรวจพบผู้ป่วยเป็น cirrhosis ญาติต้องการให้มารักษาต่อที่ รพ.ใกล้บ้าน และเข้าสู่กระบวนการรักษาแบบ Palliative care ต่อมาที่มติดตามเยี่ยมบ้าน case Pul TB c cirrhosis c DM with Palliative care แน่นท้อง นอนไม่หลับ ขาบวม 2 ข้าง กดบวม 3+ PPS50% O2sat 89% ให้ยาแบบประคับประคองดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา เสียชีวิตและมีโรคตับร่วม รวมระยะเวลารักษา 2 เดือน

รายที่ 4. TB No. 27/2567 เพศชาย อายุ 86 ปี underlying DM,HT วันที่ 22/12/2566 มา รพ. ด้วยอาการไอ หายใจหอบ เป็นก่อนมา 7 ชม. นอนรักษาตัวใน รพ. ด้วย Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation และได้ส่งตัวรักษาต่อ รพ. มหาสารคาม ตรวจพบ TB+ ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในระบบ และได้ส่งตัวรักษาต่อ (TO) ที่ รพ.มหาสารคาม และได้รับแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา เสียชีวิตและมี COPD ร่วม (รวมระยะเวลารักษา 1 เดือน)

รายที่ 5. TB No. 28/2567 เพศชาย อายุ 73 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบยาเส้น วันละ 10+ มวน นานเกิน 10 ปี เลิกสูบบุหรี่ 1 เดือน ตื่นสุราสัปดาห์ละ 3 วัน เข้ารักษาตัวใน รพ.เชียงใหม่วันที่ 25/12/66 ด้วยอาการ 1 เดือนก่อน มีไข้ตอนกลางคืน เป็นบางวัน ไอแห้งๆเสมหะสีขาว ไม่เจ็บคอ แต่กลืนอาหารลำบาก ไม่มีเบื่ออาหาร รับการรักษาที่คลินิก แพทย์ส่งมารักษาต่อที่รพ.มีประวัติใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค และได้ admit ด้วย Dx. Pleural effusion วันที่ 31/12/67 ส่งตัวรักษาต่อ รพ. มหาสารคาม ตรวจพบ ส่งเสมหะตรวจพบเชื้อวัณโรค TB + gene x pert detected ที่ รพ. มหาสารคาม ส่งมาขึ้นทะเบียนและส่งต่อผู้ป่วยในระบบ ได้ยาสูตร 2HREZ/4HR ได้รับแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านในเวลาต่อมา เสียชีวิตจาก TB (รวมระยะเวลา 1 เดือน)

รายที่ 6. TB No. 37/2567 เพศชาย อายุ 33 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัวเดิม มารักษาที่ รพ. ด้วยอาการ ไข้หนาวสั่น ก่อนมา 3 ชม. ส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาสารคาม ด้วย Septic Shock รับส่งต่อผู้ป่วย ตรวจพบ TB+

AFB 1+ ขึ้นทะเบียนและส่งรักษาต่อในระบบ (TO) ได้รับแจ้ง case Pneumonia c septic shock c ARDS c RS failure c S=R loos F/U ญาติขอพาคลับมาดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาต่อมา เสียชีวิต และมี B24 (รวมระยะเวลาการรักษาประมาณ 2 สัปดาห์)

รายที่ 7. TB No. 40/2567 เพศชาย อายุ 57 ปี underlying DM วันที่ 5/1/67 มา รพ. ด้วยอาการเลือดกำเดาไหล เหนื่อยอ่อนเพลีย เป็นมา 1 วัน ตรวจเลือดพบภาวะซีด Hct 18% ส่งตัวรักษาต่อ รพ.มค ด้วย Aplastic anaemia และรับรายงานพบ TB+ AFB 1+ ให้ขึ้นทะเบียนและส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาสารคาม รับแจ้งผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการรักษาในเวลาต่อมาที่ รพ.มหาสารคาม(เสียชีวิตก่อนการรักษา)

รายที่ 8. TB No. 68/2567 เพศหญิง อายุ 72 underlying Asthma,DM,HT วันที่ 31/1/2667 มา รพ. ด้วยอาการตกเตียง ศีรษะกระแทกเตียง สลบ มีอาการปวดศีรษะ เป็นก่อนมา 5 ชม ส่งตัวรักษาต่อที่ รพ.มหาสารคามด้วย injury of head รับแจ้งตรวจพบ TB + gene x pert detected ที่ รพ. มหาสารคาม ส่งมาขึ้นทะเบียนและส่งต่อผู้ป่วยในระบบ ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนการรักษาที่ รพ.มหาสารคามในเวลาต่อมา (เสียชีวิตก่อนการรักษา)

3. KPI ตัวที่ 3 อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) ≥ 90 % (ผ่าน)

ผลงาน : คาดการณ์ว่า อำเภอเชียงยืน ต้องขึ้นทะเบียนจำนวน 87 ราย (143ต่อแสนประชากร)

ผลงาน ณ 31 พ.ค.67 ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 79 ราย คิดเป็น 90.80% ผ่านเกณฑ์ Treatment coverage คาดการณ์ว่าการขึ้นทะเบียนจะถึงเกณฑ์เป้าหมาย

4.KPI ตัวที่ 4 ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ

ผลงาน : การคัดกรองวัณโรคปี 2567 ตั้งเป้าหมายทั้งหมด 2,189 คน ผลงาน ณ ปัจจุบัน 2,189 คนคิดเป็น 100 %

ผลการคัดกรอง 7 กลุ่มเสี่ยง ปี2567 โดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ไม่ผ่าน)

คัดกรองกลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงาน	X-ray (%)	สงสัย(%)	TB (%)
1.สัมผัสใกล้ชิดวัณโรค /HHC ผู้สัมผัสรวมบ้าน (Index case 65 x 2)	184	177	177	39	1
ที่สัมผัส Index case ปี 2566 แยกรายปี** Index case ทั้งหมด 92 ราย	174	120	120	62	24
2. บุคลากรสาธารณสุข	223	204	204	2	0
3. ผู้ติดเชื้อ HIV	312	301	301	30	8
4.ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันลดลง					

คัดกรองกลุ่มเสี่ยง	เป้าหมาย	ผลงาน	X-ray (%)	สงสัย(%)	TB (%)
4.1.เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ HbA1C≥7	300	279	279	40	6
4.2. ผู้ป่วยไตเรื้อรัง CKD 4-5	100	100	100	25	6
5.ผู้สูงอายุ ≥65 ปี ที่มีโรครวม					
5.1. Elderly≥65ปี with COPD	170	75	75	41	3
5.2. Elderly≥65ปี with DM	560	560	560	75	8
6.ผู้สูงอายุเสพติด	50	50	50	3	0
6.1.ติดสุราเรื้อรัง ผู้ที่สูบบุหรี่	50	104	104	35	16
7. พื้นที่กำหนดเอง					
7.1. แร้งงานต่างดาว	16	9	9	0	0
7.2. เล่นการพนัน กลุ่มกำหนดขึ้นมาเพิ่มเติม		50	50	11	1
นอกกลุ่มเป้าหมายคัดกรอง กลุ่มมีอาการ/กลุ่มมีอาการ+Old TB		*62	*62	57	6
รวม	2,189	2,189	2,189	420	79

5. KPI ตัวที่ 5 ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (ผ่าน)

ผลงาน : รพ.เชียงใหม่ ผ่านการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ร้อยละ 98 ปี 2566 ปี 2567 98 คะแนนประเมินตนเอง

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/นวัตกรรม ที่ดำเนินงาน ปี 2567

1. ดำเนินงาน ให้ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ ≥ 88)

1) เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย 7 กลุ่ม ร้อยละ 100 โดยการ CXR เพิ่ม 2 กลุ่มเสี่ยง ตามพื้นที่กำหนดเอง และลงผลในระบบ NTIP: tbcalthailand.ddc.moph.go.th

2) เร่งรัดการตรวจคัดกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีการที่รวดเร็วและขึ้นทะเบียนรักษาทุกราย

3) ส่งตรวจทดสอบความไวทุกรายเพื่อค้นหา MDR-TB

4) เพิ่มพูนศักยภาพแพทย์ ในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค โดยส่งแพทย์เข้าร่วมประชุมและเพิ่มประสิทธิภาพในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โดย Consult แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม รพ.มค. ทาง Group Line , มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมในการดูแลผู้ป่วย

5) รายงานผลการดำเนินงาน ในรูปแบบ One Page TB นำเสนอผู้บริหารระดับจังหวัด ทุกวันที่ 15 ของเดือน และใช้กลไกของ NOC-TB ระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการทำงาน

- 6) Death Case Conference ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลและเข้าร่วมนำเสนอ Death Case Conference วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตภาพรวมจังหวัด ปี 2567
 - 7) จัดทำผลงานวิจัย นวัตกรรม ด้านการค้นหา รักษา ติดตาม
 - 8) สรุปผลการดำเนินงานตามมาตรการที่ได้ดำเนินการ ตามปัญหา และบริบทของพื้นที่
2. ระบบการติดตามกำกับ เมื่อพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้สัมผัสร่วมบ้านมีการประสานงานแจ้งผ่านกรุปไลน์ ทีมอำเภอ เพื่อร.สต.ทราบในวันที่จำหน่ายผู้ป่วย จนท.รพ.สต.และ อสม.เชี่ยวชาญวัณโรคและผู้นำชุมชน ลงพื้นที่เยี่ยมและDOT ยา ติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิดมาตรวจคัดกรองให้ครบทุกคน โดยเปิดบริการคัดกรองอาการที่เข้าได้กับวัณโรคทุกวันแบบ one stop service
 3. จัดระบบบริการคัดกรอง TB ใน 9 กลุ่มเสี่ยงสำคัญ จัดบริการแบบ one stop service
 4. กำหนดมาตรการการดูแลในคลินิกและการติดตามเพื่อป้องกันการขาดยา และการเสียชีวิต มี Group TB Warning signs ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ NEW Score ,มีแนวทางการแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ แดง เหลือง เขียว มีนวัตกรรมพัฒนาการวางแผนแรกรับ-จำหน่าย(D/C Plan) เพื่อลดอัตราการขาดยา และเสียชีวิต
 5. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรควบคุมโรควัณโรคอำเภอเชียงยืน ปี 2566 โดย
 - จัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อสม.เชี่ยวชาญวัณโรคปี 2567 ให้กับ อสม. ทุกหมู่บ้านทั้งหมด 116 หมู่บ้านในเขตอำเภอเชียงยืนและจัดทำเครือข่ายระบบดูแลส่งต่อ ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย กับทีม อสม. มีเอกสารการติดตามเยี่ยมชัดเจน และส่งรายงานการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่ผ่านกรุปไลน์
 6. พัฒนานวัตกรรมระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ FAST-TB ร่วมกับ พัฒนาการวางแผนแรกรับ-จำหน่าย (D/C Plan) ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

4. Integration (บูรณาการ)

1. มีแพทย์อายุรกรรมดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับการดูแลโรคเรื้อรังอื่นๆ
2. มีการบูรณาการในงานประจำ
3. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เชื่อมโยงในพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายด้านสุขภาพระดับอำเภอ
4. ระดับ ท้องถิ่น มีการสนับสนุนโครงการ,งบประมาณ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

กำกับติดตาม ทบทวนการดำเนินงานและแนวทางแก้ไข

- ❖ ระบบการติดตามกำกับ ผู้ป่วยวัณโรค มีการประสานกันในทุกระดับจากบน ลงล่าง ทั้งเชิงนโยบาย และเชิงปฏิบัติ
- ❖ กำหนดมาตรการการดูแลและการติดตามเพื่อป้องกันการขาดยา และการเสียชีวิต มี TB Warning signs

ประเมินผู้ป่วยทุกรายโดยใช้ NEW Score ,มีแนวทางการแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วยวัณโรค 3 ระดับ แดง เหลือง เขียว มีนวัตกรรมพัฒนาการวางแผนแรกรับ-จำหน่าย(D/C Plan) ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย

- ❖ เพื่อเฝ้าระวังการขาดยา และเสียชีวิต
- ❖ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสัมผัสร่วมบ้านทุกราย

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
1. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่(Success rate)	≥ 88 %	11	50 %	
2. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ 8	< 8%	8	10.12%	
3. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	≥ 90 %	79	90.80 %	
4. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายใน 7 กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > 65 ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ	100%	2,189	100%	
5. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	≥ 90 %	98 คะแนนประเมินตนเอง	98%	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice มา Scale Up เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของอำเภออย่างไรและมีผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญที่ดีขึ้นอย่างไรคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลเชียงใหม่ได้ดำเนินงานป้องกันวัณโรค ปี 2565-ปัจจุบัน ได้พัฒนานวัตกรรมระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยใช้ FAST-TB ร่วมกับ พัฒนาการวางแผนแรกรับ-จำหน่าย(D/C Plan) ผู้ป่วยวัณโรคทุกราย FAST-TB เกิดความครอบคลุม รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ

F- (Findimg TB case): การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน

A- (Assessment case and contract person): ประเมินสถานะโรคของผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้าน

S- (Social co – operation for home visit): การประสานงานและแสวงหาความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน

T- (Team work up for planning and implementation): การวางแผนร่วมมือของทีมและลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในกาให้บริการผู้ป่วยและกลุ่มสัมพันธ์ร่วมบ้าน

T- (Time Follow up): การกำหนดช่วงเวลาในการติดตามผลเพื่อติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

B- (Behavior modification): การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยรักษาสำเร็จและในผู้ป่วยติดบุหรี่ สุรา ยาเสพติด มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่งานจิตเวชและยาเสพติดทุกราย ซึ่งผลการดำเนินงาน พบว่า ทีมมีการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้รวดเร็วครอบคลุม 9 กลุ่มเสี่ยง พบผู้ส่งสัยวัณโรคเข้ารับการรักษาตรวจคัดกรองและรักษาเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมาตามนัดทุกราย ไม่ขาดยาขาดนัด มีการออกเยี่ยมติดตามหลังเริ่มการรักษาและจำหน่าย รวดเร็วภายใน 2 สัปดาห์ โดยทีมเจ้าหน้าที่ และ อสม. ในพื้นที่ มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการผิดปกติได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และมีแนวทางการติดตามผู้ป่วยขาดยา ขาดนัด รวดเร็วภายใน 24 ชม.

7. ข้อเสนอแนะต่อบริษัท/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (curter LPA DST)มีการประสานผลตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยวัณโรคดีเยี่ยมและความรวดเร็วของผลการตรวจ

โอกาสพัฒนา

1. เพิ่มการติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรคมาตรวจคัดกรองให้ครบ เน้นคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงให้ตรง เพิ่มโอกาสการรักษาสำเร็จในผู้ป่วยวัณโรค ลดโอกาสการเสียชีวิตก่อนการรักษา

2. เพิ่มการตรวจและรักษาวัณโรคแฝงในกลุ่มสัมพันธ์ร่วมบ้าน สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มอื่นๆเพื่อค้นหาวัณโรคแฝง

3. เร่งคัดกรองค้นหาวัณโรคในกลุ่มเริ่มมีอาการของโรค เพิ่มโอกาสการค้นพบเชื้อและรักษาได้อย่างรวดเร็ว นำแนวทาง อสม. ร่วมคัดกรองค้นหาแบบเคาะประตูสู่การค้นหาวัณโรค

8. ภาพประกอบ



ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด

2.3 โรงพยาบาลชุมชนมีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

2.4 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) เป้าหมาย ร้อยละ 60

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

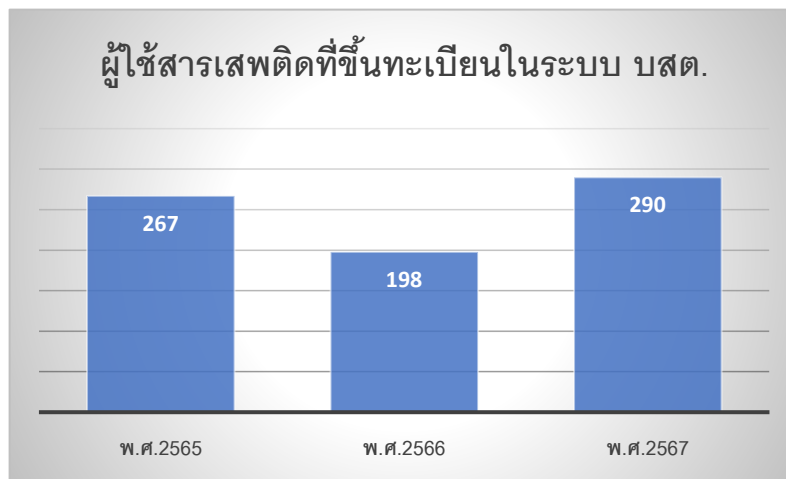
นางสุจิตรา ยะวร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

น.ส.ศิริรัตน์ โพธิ์หล้า ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นายประดิพัทธ์ สว่างไสว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ปี 2564 จัดบริการบำบัดรักษา พื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยในในรายที่อาการคงที่ไม่ก้าวร้าวรุนแรง และผู้ป่วยนอกคลินิกฟ้าใส คลินิกเลิกสุรา คลินิกเลิกบุหรี่ ผู้ใช้สารเสพติดส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มเยาวชนและกลุ่มผู้ใช้แรงงาน มีผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดโดยสมัครใจบำบัดและ CBTx ในปีงบประมาณ 2565 - 2567 จำนวน 267 ราย ,198 ราย 290,ราย, ตามลำดับดังตารางแสดงนี้ และมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยคณะกรรมการ ศป.ปส.อ.เชียงใหม่ มีทีมภาคีเครือข่ายดำเนินงาน พชอ. อำเภอเชียงใหม่ แก้ไขปัญหายาเสพติด to be number one



ที่มา : รายงานจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดในระบบ บสต. ย้อนหลัง 3 ปี ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2567

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

จากข้อมูลผู้ป่วยที่มาบำบัดรักษาฟื้นฟูยาเสพติดที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่า อำเภอเชียงใหม่เป็นพื้นที่แพร่ระบาด กล่าวคือ การแพร่ระบาดของยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ได้แก่ กัญชา กาวไอซ์ และยาบ้าเป็นอันดับต้นๆของผู้มารับบริการบำบัด มีทั้งผู้ค้ารายย่อย มีผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด และยังเป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติด สำหรับพื้นที่อำเภอเชียงใหม่ยังเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในระดับรุนแรง ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดมีแนวโน้มเป็นเด็กและเยาวชนมากขึ้น อีกทั้งประชากรโดยเฉพาะในเขตตำบลเชียงใหม่ ตำบลดอนเงิน ตำบลโพหนอง และตำบลเหล่าบัวบาน บางส่วนเป็นประชากรแฝงที่เข้ามาทำงานและมีการมั่วสุมกันของวัยรุ่น จึงส่งผลให้การเฝ้าระวังปัญหาด้านยาเสพติดเป็นไปด้วยความยากลำบาก การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดจึงต้องมีการบูรณาการร่วมกันในทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภายนอก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงกลาโหม และกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการประสานงานกันอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ปี 2565-2567 (1 ต.ค. 66 – 31 พ.ค. 67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	มากกว่า ร้อยละ 70	267	33.03	199	70.43	290 CBTX (184 ราย)	97.69

ที่มา : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาและติดตามดูแลในระบบ บสต.ย้อนหลัง 3 ปี ณ วันที่ 24 มิถุนายน 2567

อธิบายตารางจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปี 2567 ร้อยละ 94.07 มีการพัฒนาระบบ

ติดตามดูแลต่อเนื่องโดยครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วม โดยวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพเสพติดในชุมชน เป็นศูนย์กลาง (CBTx) อำเภอเชียงยืน

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

ดำเนินงานด้านยาเสพติด อำเภอเชียงยืน ปี 2567

- 1) จัดประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรับทราบนโยบายและเป้าหมายการบำบัดรายอำเภอปี 2566
- 2) จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อป้องกัน ค้นหาคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดเข้ารับการบำบัดตามเป้าหมาย และพัฒนารูปแบบและเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับบำบัดในชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการมากขึ้น
- 3) จัดประชุมติดตามการดำเนินงานผู้รับผิดชอบยาเสพติด ระดับอำเภอและ ระดับตำบล 1 ครั้ง/ เดือน
- 4) ให้การบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต.ใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ครบ 100 % โดยพัฒนาบุคลากรและพัฒนากระบวนการและบันทึกรายงาน โดยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สื่อสารข้อมูลการบำบัดตามกระบวนการและบันทึกรายงาน บสต.ในเวทีประชุมประจำเดือนคณะกรรมการ ศป.ปส.อำเภอเชียงยืน และระดับตำบลหมู่บ้าน ชุมชนช่วยติดตามดูแลต่อเนื่อง และมีการส่งข้อมูลต่อบกกลับข้อมูลเป็นปัจจุบัน ปี2567มี วิจัย เรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้เสพเสพติดที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ บสต. โรงพยาบาล เชียงยืนท ดังนี้

4.1) โครงการบูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ปี 2567

- 1.บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจการพัฒนาการคัดกรอง ในชุมชน การเข้าถึงการบำบัดฟื้นฟู โดย ศป.ปส.อ.เชียงยืน
- 2.ติดตามผู้ป่วยหลังบำบัดครบ 1 ปี โดยคณะกรรมการระดับอำเภอและศูนย์คัดกรองในชุมชนร่วมกับ ภาาเครือข่ายในชุมชนยั่งยืน

4.2) โครงการพัฒนาระบบการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง

(CBTx) อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ปี 2567 มีชุมชนต้นแบบ 5 ตำบล 14 หมู่บ้าน จำนวน 184 ราย จำนวน คือ ตำบลอนเงิน ได้แก่ บ้านหัวหนอง หมู่ 2 บ้านหนองแวง หมู่ 3 และบ้านค้อ หมู่ 8 ตำบลเชียงยืน ได้แก่ บ้านโคกข่า หมู่ 2 ตำบลเหล่าบัวบาน ได้แก่ บ้านหนองล่ํา หมู่ 1 และ หมู่ 6 ตำบลเหล่าบัวบาน ตำบลโพนทอง บ้านหนองคู หมู่ 7 บ้านหนองคูใต้ หมู่ 8 บ้านหนองคูพัฒนา หมู่ 11 ตำบลกู่ทอง ได้แก่ บ้านบัวบาน หมู่ 8 บ้านโจด หมู่ 9 บ้านโจดน้อย หมู่ 11 บ้านโจดใต้ หมู่ 13 และบ้านบัวบานใหม่ หมู่ 14 โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ชี้แจง ประชาคมโดย แกนนำผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนเช่น สภาดึก ผู้นำชุมชน ครอบครัวเยาวชน
2. กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน
3. มีการดำเนินกิจกรรม แก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง CBTx โดยชุมชนมีส่วนร่วมโดยเชียงใหม่

Model ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ครอบครัวอบอุ่น เช่น จัดกิจกรรมครอบครัวต้นแบบ เยี่ยมบ้านครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อสร้างแรงจูงใจและมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน

กิจกรรมที่ 2 ชมรมเด็กดี To be number one เช่น กิจกรรมสภาดึกมีเวทีเด็กดีในชุมชน เพื่อนช่วยเพื่อน ชมรม ประกวดการเต้นแอโรบิกในเยาวชน ส่งเสริมการเล่นกีฬาต้านภัยยาเสพติด

กิจกรรมที่ 3 อบรมให้ความรู้ ผู้ใช้สารเสพติด ครอบครัวชุมชน พัฒนาทักษะชีวิต IQ EQ การป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในหมู่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 สร้างอาชีพ สร้างรายได้ ห้างไกลยาเสพติดเช่นสร้างอาชีพกลุ่มเยาวชนและแม่บ้านครอบครัวชุมชน

กิจกรรมที่ 5 ธรรมนูญประชาสัมพันธ์ กำหนดมาตรการชุมชนส่งเสริมป้องกันการใช้ยาเสพติดในชุมชน เช่น ร่วมวางแผนในชุมชนผู้นำชุมชนการสร้างนโยบายแก้ไขปัญหายาเสพติด งานบุญปลอดเหล้า งดขายสุรา ยาเสพติดให้ผู้ป่วย วันรณรงค์ต้านยาเสพติดในชุมชนทุกวันพุธ วันพระ มีการสื่อสารทางหอกระจายข่าวในชุมชน ความรู้ อันตรายยาเสพติดแนวทางแก้ไขปัญหายาเสพติด

กิจกรรมที่ 6 เยี่ยมบ้านเยี่ยมใจ ใส่ใจสุขภาพจิตดี โดยทีมภาคี อสม. และนักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชนสอดส่องใส่ใจ ประเมินด้านสุขภาพจิต การสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ใช้สารเสพติด ค้นหาจุดแข็ง สร้างโอกาสในการเชื่อมโยง ครอบครัวชุมชนมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ฝ้าระวัง 5 สัญญาณเตือน ประเมินปัจจัยเสี่ยงอาการทางจิตกำเริบ (5 Red Flags)อันตรายต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น วางแผนการดูแลส่งต่อได้อย่างเหมาะสมปลอดภัย

4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในระดับอำเภอ

5. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ติดตามดูแล และพัฒนาศักยภาพฟื้นฟูผู้รับการบำบัดยาเสพติด อ.เชียงใหม่ จ.มหาสารคาม ปี 2567 โดยกำหนดการติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องโดยครอบครัวชุมชน ภาคีเครือข่ายร่วมติดตามโดยคณะกรรมการระดับอำเภอ เชื่อมโยง พชอ. ติดตามดูแล ในระยะเวลา 1ปี

6. โครงการพัฒนาฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานยาเสพติด เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ปี 2567
- 6.1 ประชุมอบรมฟื้นฟูศักยภาพบุคลากรด้านยาเสพติด เช่น matrix program, การบำบัดบุหรี่ยูริสรา,
- 6.2 อบรม อสม. เชี่ยวชาญจิตเวชยาเสพติด จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานยาเสพติดในชุมชน CBTX และประกวดชมรม To Be number one ระดับอำเภอ
- 6.3 ประชุมอบรมฟื้นฟูศักยภาพบุคลากร ศูนย์คัดกรองยาเสพติดระดับตำบล อำเภอ เชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม 2567
- 6.4 อบรม นักส่งเสริมสุขภาพจิตอำเภอเชียงใหม่ เป็นทีมในชุมชน ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช SMIV มีระบบติดตามต่อเนื่อง อย่างน้อย 9 เดือน
7. กิจกรรมการตรวจคัดกรองหาสารเสพติดในปัสสาวะในหน่วยงานราชการ ในชุมชน ในสถานประกอบการ
8. รณรงค์วันยาเสพติดโลก 26 มิถุนายน 2567, รณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก 31 พฤษภาคม 2567
9. โครงการประชุมชี้แจงออกประเมินและรณรงค์การซื้อ-ขายบุหรี่ยูริสราอำเภอเชียงใหม่ ปี 2566 (ในช่วง ปีใหม่/สงกรานต์/วันยาเสพติดโลก/วันอาสาฬหบูชา/วันวิสาขบูชา/วันวันมาฆบูชา/วันเข้าพรรษา/วันออกพรรษา)
10. นิเทศติดตามประเมินผลการดำเนินงานระดับตำบล 2 ครั้ง/ปี และเวทีประชุมระดับอำเภอ
11. ค่ายบำบัดฟื้นฟูสมรรถนะ ผู้ใช้สารเสพติดอำเภอเชียงใหม่ 2 รุ่น

4. Integration (บูรณาการ)

- บูรณาการกับงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น (พชอ. และกองทุนแม่ของแผ่นดิน)
- บูรณาการงานยาเสพติดกับงานบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน เช่นงาน OSCC งาน YFHS ในโรงเรียน
- บูรณาการงานยาเสพติดกับงาน พชอ. ระดับอำเภอ และระดับตำบล หมู่บ้าน ต้นแบบ CBTX
- บูรณาการงานยาเสพติดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การคัดกรองโรคผิวหนังในผู้ป่วยติดสุรายาเสพติด การคัดกรองบุหรี่ยูริสรา ในผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หอบหืด/stroke

- บูรณาการงานยาเสพติดกับงานจิตเวช เช่น การประเมินสภาพจิต ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโดยกระบวนการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) ครอบครัวบำบัด (Family therapy) ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติดป้องกันการกำเริบจิตเวชละอาการกลับไปเสพยา

- บูรณาการงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMIV โดยเชื่อมโยงสหวิชาชีพ ตำรวจ ที่ว่าการอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้นำชุมชน คือ โครงการนาคาพิทักษ์รักษัประชา โครงการชุมชนยั่งยืน อำเภอเชียงยืน

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ตาราง ผลการดำเนินงานจิตเวช และยาเสพติด ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
จิตเวชและยาเสพติด				
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 : แส่นประชากร	1	1.66 ต่อแสนประชากร	
2. อัตราผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)	≥ 60%	290 ราย	97.69	
3. อัตราผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามจากอาการรุนแรง (สีแดง) ลดลงอาการสงบ (สีเขียว)	≥ 75%	5 ราย	100.00	ลดลง 5 ราย

ที่มา: ระบบข้อมูล HOSxP รพ.เชียงยืน ณ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2567

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. งานวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอ เชียงยืน จังหวัดมหาสารคม ปี2565-2566
2. งานวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) อำเภอเชียงยืน ปี 2567
3. งานวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ บสต. โรงพยาบาลเชียงยืน ปี 2567



4. นวัตกรรม 3 ก้อนเส้า ตั้งหม้อข้าวอยู่ (การสร้างการมีส่วนร่วมบทบาทญาติ บทบาทผู้ป่วย บทบาท จนท.การบำบัดรักษา ยาเสพติดต่อเนื่องป้องกันอาการกำเริบการกลับไปเสพซ้ำ)
5. CQI เรื่อง พัฒนาระบบการดูแลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อำเภอเชียงใหม่
6. CQI เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ในโรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม

7. ข้อเสนอแนะ/ โอกาสพัฒนา

1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มยาเสพติด

ปัญหาที่พบ

- มีการคัดกรองซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย คัดกรองการใช้ ยาเสพติดเข้าถึงวัยรุ่น วัยเรียน ไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน
- มีสร้างศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น/ YC สอดคล้องกับชมรม To Be number one โรงเรียน ชุมชน และระดับ อำเภอไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน

แนวทางแก้ไข

- มีการประเมินสุขภาพจิตเชิงรุก (Active Screening) ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check in & E-mail Alert ในโรงเรียน ให้ครอบคลุมทุกโรงเรียน โดยมีทีม เชิงชุมชนชมรม To Be number one โรงเรียน ชุมชน อำเภอ
- พัฒนาบริการ YFHS เชื่อมโยงงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอย่างไร้รอยต่อ

2. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMIV ลดการ กลับเป็นซ้ำ

ปัญหาที่พบ

- จำนวนผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMIV เพิ่มมากขึ้น ปี 2567 รายใหม่เพิ่มขึ้น 78 ราย

แนวทางแก้ไขปัญหา

- มีแนวทางการดำเนินระดับอำเภอ การแยกประเภทผู้ป่วยแบ่งตามความรุนแรง มีการสร้างแนวปฏิบัติการ ติดตาม ส่งต่อ และแจ้งเหตุ ในกรณีฉุกเฉิน โดย 4 ประสานทหารเสือ และกิจกรรมเฝ้าระวัง นโยบายชุมชนล้อมรั้ว CBTX

- มีการนำผลงานวิจัยมาใช้ในการลดการเสพยาและป้องกัน SMIV ติดตามแผนระวางอาการกำเริบในชุมชน

3. ผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด ติดตามไม่ต่อเนื่อง
- ขาดระบบการติดตามโดยภาคีทีมเครือข่ายและประสานครอบครัวในชุมชนเช่นผู้นำชุมชน รพ.สต.

แนวทางแก้ไขปัญหา

- การดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด เชิงรุก และมีการบูรณาการงาน ติดตาม การดูแลต่อเนื่อง ลด SMIV และกลับไปเสพยา
- วางระบบติดตามโดย สร้างการมีส่วนร่วม ในการติดตามผู้ป่วยระดับอำเภอ ระดับชุมชน โดยภาคีเครือข่ายทุกระดับ
- พัฒนาบุคลากรศูนย์คัดกรองยาเสพติด ศูนย์ติดตามดูแลต่อเนื่อง ลดการกลับไปเสพยา

8. ภาพประกอบ

ภาพประกอบ โครงการ CBTX





ประเด็นที่ 2 : สุขภาพจิตและยาเสพติด

2.5. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เป้าหมาย ≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.

2.6 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี เป้าหมาย ร้อยละ 90

2.7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน เป้าหมาย ร้อยละ 55

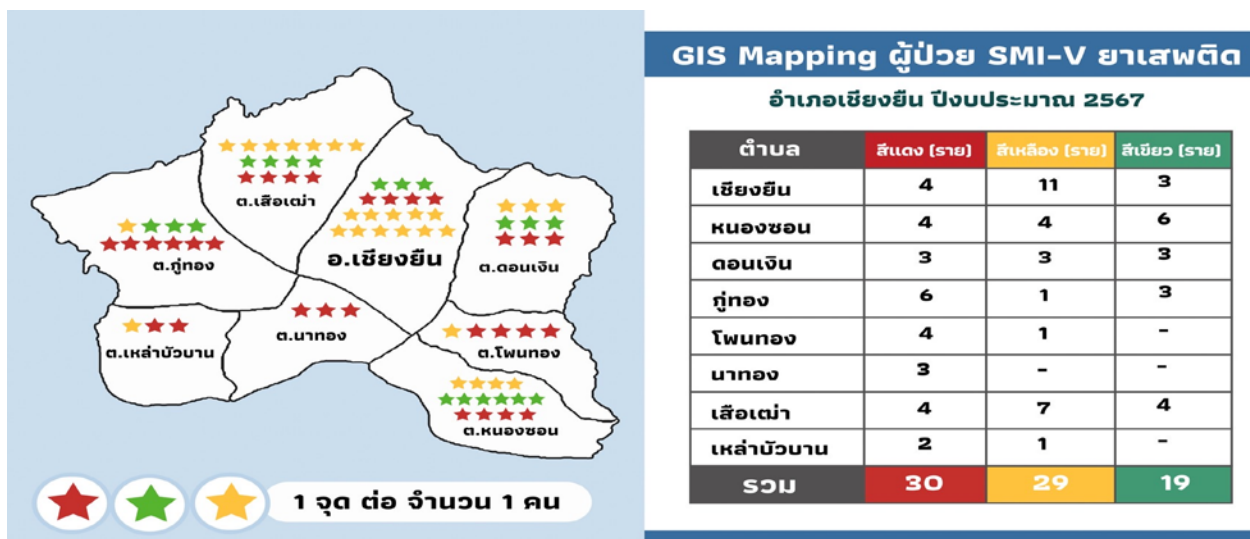
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสุจิตรา ะวาร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

น.ส.พัชรินทร์ ดวงสรแสง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ปี พ.ศ.2564 ถึงปัจจุบัน มีการบริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระบบบริการผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชและยาเสพติดและผู้ป่วยใน มีระบบส่งต่อในกรณีเกินศักยภาพ รพ.จิตเวชขอนแก่นนครินทร์ และรพ.มหาสารคาม ในปี พ.ศ. ปี 2567 ผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลเชียงใหม่ (SMIV) รายใหม่ จำนวน 78 ราย จัดความรุนแรงตามสัดตั้งนี้คือ สีแดง 30 ราย สีเหลือง 29 ราย สีเขียว 19 ราย สีขาว 0 รายได้นำส่งผู้ป่วยเข้าบำบัดรักษาฟื้นฟูติดตามต่อเนื่อง โดยมีโครงสร้างการดำเนินงานจิตเวชและยาเสพติด (พขอ) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินการระดับอำเภอและระดับตำบล



ที่มา: ระบบข้อมูล HOSxP รพ.เชียงใหม่ ณ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2567

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่

จากการวิเคราะห์ ปี 2565-2567 ปี2565มี 1 ราย ,ปี2566 มี 3ราย ,ปี2567 มีจำนวน 1 ราย มีฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย ส่วนมากเป็นกลุ่มผู้ป่วยใช้สารเสพติด 4 ราย ผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติด 1 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ ปี2566 มีจำนวน 4 ราย คือกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีเหตุแว่วประสาทหลอนคิดวกวนอยากฆ่าตัวตาย ปี2567 มีจำนวน 2 ราย คือ กลุ่มเยาวชนมีภาวะซึมเศร้าเครียดมีภาวะซึมเศร้า ความสัมพันธ์ในครอบครัวขัดแย้งขาดทักษะการจัดการปัญหา มีระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยพัฒนาการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป 15 ปีขึ้นไปโดยเชื่อมโยงในสมาชิก TO BE NUMBER ONE โดยใช้ Application : Mental Health Check inในโรงเรียนและงานคัดกรองเชิงรุกในชุมชนพัฒนาการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรคจิตเวช และในกลุ่มเสี่ยงคัดกรองให้ครอบคลุม โดยเน้นกลุ่มเสี่ยงสูงคือผู้ป่วยติดสารเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยซึมเศร้าทุกรายประเมินความเสี่ยงทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1 ต.ค. 66 – 31 พ.ค. 67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อแสน ปชก.	1	1.65	3	4.97	1	1.65
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	4	100	4	100	2	100
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ร้อยละ 55	1,078	86	1,128	90	1,204	96

ที่มา: ระบบข้อมูล HOSxP รพ.เชียงใหม่ ณ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2567

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. กลวิธีดำเนินงานการพัฒนาบริการพยาบาลตาม Service Plan
2. โครงการจิตเวชชุมชนเชิงรุกโดยชุมชนมีส่วนร่วม
3. โครงการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบคัดกรอง 2Q 9Q 8Q ในประชากร 15 ปีขึ้นไปในอำเภอเชียงใหม่ และคัดกรอง mental health check in คัดกรองในเยาวชนในโรงเรียนและประชาชนทั่วไป



4. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยซึมเศร้าในอำเภอเชียงยืน รูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายกรณี รายครอบครัว
5. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วย ซึมเศร้าโดย พัฒนาศูนย์บริการผู้ป่วยจิตเวช ทุกวันพุธ เชื่อมโยงบริการ psychosocial clinic เชื่อมโยงถึงในแต่ละแผนกและใน รพ.สต. ทุกแห่ง
6. มีการพัฒนาระบบการบูรณาการโดย ทีมสหวิชาชีพจัดกิจกรรม Case Conference ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเช่น ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยติดสุรา ผู้ป่วยผู้พยายามฆ่าตัวตายผู้ป่วย SMIV เป็นต้น
7. การสนับสนุนการพัฒนาบริการพยาบาลตาม Service Plan ในเครือข่ายบริการ (ด้านบุคลากร ระบบบริการพยาบาล และอุปกรณ์ต่างๆ)

7.1 โครงการ/กิจกรรมการสนับสนุนการพัฒนาบริการพยาบาลตาม Service Plan ในเครือข่ายบริการ

1) ด้านบุคลากร มีพยาบาลอนุมัติบัตร ผู้ปฏิบัติการชั้นสูง (APN) สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและมีการอบรมพยาบาลเฉพาะทาง 4 เดือนผู้ป่วยยาเสพติด กระบวนการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเวชโดยพยาบาลจิตเวช มีการดูแลจิตบำบัดรายบุคคล และครอบครัวบำบัด โดยพยาบาลจิตเวช APN และขยายการอบรม ในพยาบาลประจำรพ.สต. มีอสม เชี่ยวชาญสุขภาพจิตทุกหมู่บ้าน

2) ด้านระบบบริการพยาบาล มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามมาตรฐานและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ โดยจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช บทบาท การคัดกรอง การส่งต่อ การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จัดกิจกรรมประชุมเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานจิตเวช โดยทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัช แพทย์แผนไทย กายภาพ โภชนากร และพยาบาลวิชาชีพในรพ.สต.และแต่ละแผนกในโรงพยาบาลเชียงยืน

3) สถานที่ พัฒนา คลินิก บริการด้านสุขภาพจิตตั้งนี้ พัฒนาศูนย์บริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน พัฒนาศูนย์บริการ Psychosocial clinic พัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดการจัดการปัญหา PST , ครอบครัวบำบัดโดยใช้แนวคิดซาเทียร์

4) มีการกำหนดกรอบยาตามกำหนดมาตรฐาน รพช. ครบถ้วนเพียงพอ

6.2 ผลการดำเนินการสนับสนุนการพัฒนาบริการพยาบาลตาม Service Plan สาขาสุขภาพจิต ในเครือข่ายบริการ

- 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการปี 2567 คือ 114.19 (เกินกว่า80)
- 2) ผ่านการประเมินคลินิกบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก จากกรมอนามัย ปี 2566
- 3) ชนะเลิศระดับเขตระดับประเทศ ในการดำเนินสุขภาพจิตเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ

ปี2557

4) โรงพยาบาลเชียงใหม่ได้ หน่วยบริการสนับสนุนบุคคลต้นแบบลดละเลิกสุรา ปี2567

5)การดำเนินการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยซึมเศร้า และติดตามดูแลต่อเนื่องมีกิจกรรมดังนี้

❖ มีการเชื่อมโยงการดูแลด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โดยคัดกรองภาวะซึมเศร้าทุกรายและมีการดูแลตามมาตรฐานในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า 9Q มากกว่า7 คะแนน โดยพบพยาบาลจิตเวชทุกรายเพื่อดูแลจิตบำบัด ครอบครัวบำบัด และดูแลตามมาตรฐานผู้ป่วยซึมเศร้าและเฝ้าระวังต่อเนื่องเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ อย่างน้อย 1 ปี

❖ การพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตโดยกระบวนการ พขอ. อำเภอเชียงใหม่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด To be number one ปี 2560-2567

❖ การพัฒนาระบบการดูแลด้านยาเสพติด to be number one โดยกระบวนการ พขอ. อำเภอเชียงใหม่ปี 2560-2567

❖ มีระบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกรายในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองได้แก่ ผู้ป่วยใช้สารเสพติด ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยNCD กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้าชัดเจนภาวะเครียด สูญเสียของรัก กลุ่มพิการเช่นผู้ป่วยstroke เป็นต้น

❖ มีระบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชและผู้ติดสุรา ยาเสพติดทุกรายในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง

❖ มีระบบติดตามผู้ป่วยตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำภายใน1 ปี โดยติดตามดูแลต่อเนื่อง ประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำของผู้ป่วย รูปแบบจัดการรายกรณี และครอบครัวบำบัด

❖ 7.มีระบบการสอบสวนโรคในผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการปฏิบัติงานและการบันทึกการรายงาน

❖ มีแนวทางรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงเสี่ยงการทำร้ายตนเองและผู้อื่น (SMIV) ดังนี้

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน/คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง
 - ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดย ตำรวจ ปกครอง มหาดไทยและสาธารณสุข มีเวทีการกำหนดความรุนแรงระดับสี และเกณฑ์การดูแลติดตาม โดยทีมภาคีทุกภาคส่วน ประชุมทุก 1 เดือน
 - พัฒนาแนวทางติดตามดูแลผู้ป่วย SMIV ในชุมชนร่วมกันได้
 - ชุมชนมีการระบุพิกัดกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วย SMIV เพื่อเฝ้าระวังและการดูแลรักษาต่อเนื่อง
 - พัฒนาระบบข้อมูล และติดตามผลการจัดระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง คำนึงข้อมูลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ประเมินผลปัญหาอุปสรรคการเข้าถึงบริการ การวางแผนการดูแลรักษาและการดูแลต่อเนื่อง
- สร้างความรอบรู้ของประชาชน 5 สัญญาณเตือนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง

- ประชาชนในชุมชนทุกครอบครัวได้รับการค้นหา เฝ้าระวังด้วย SMIV Scan โดย อสม.
- ส่งต่อบำบัดรักษากลุ่มเสี่ยง (มีสัญญาณเตือนอย่างน้อย 1 ข้อจาก SMIV Scan) สื่อสาร อสม. คู่คิดพิชิต SMIV (มีการกำหนด กิจกรรมการติดตามเฝ้าระวังในชุมชนผู้ป่วย SMIV)
- แนวทางการดูแลต่อเนื่องในชุมชนผ่านโดยใช้กลไกกล พขอ. และ โครงการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมใจใส่ใจ SMIV
- จัดตั้งทีมบริหารสถานการณ์ฉุกเฉินด้านความรุนแรงในชุมชน กรณีผู้ป่วย SMIV
- เพิ่มมาตรการชุมชนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเกิดอาการคลุ้มคลั่ง (จดเกล้าในงานประเพณี งตขายบุหรี่ยุติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเวช)
- อบรมพัฒนาศักยภาพนักส่งเสริมสุขภาพจิตอำเภอ เชียงยืน รุ่นที่ 1 ปี 2567 เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว(กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย SMIV และครอบครัว)รายงานผลการดูแลทุก 1 เดือน ติดต่อกัน 1 ปี
- สรุปรายงานผู้ป่วยที่นำเข้าสู่กระบวนการรักษาและผลการดำเนินงานการจัดการรายกรณีทุกราย ในที่ประชุมทุกเดือน ให้ภาคีเครือข่ายเข้าใจและร่วมแก้ไขปัญหา
- เพิ่มการเข้าถึงระบบการให้คำปรึกษา Tele-psychiatry กับรพ.มหาสารคาม รพ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อรพช.ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มเสี่ยง
- คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาทางการเรียนในวัยเรียนวัยรุ่น ผ่านระบบบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
- คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาทางการเรียนในสมาชิก TO BE NUMBER ONE โดยใช้ Application : Mental Health Check in ในทุกโรงเรียนในอำเภอเชียงยืน และเยาวชนในการศึกษานอกระบบ
- มีช่องทางช่องทางด่วน One stop service แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด SMIV ในการ
- นำส่งผู้ป่วยและมีการกำหนดบทบาทภาคีเครือข่ายร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยในครอบครัวชุมชนและในโรงพยาบาล

4. Integration (บูรณาการ)

- 1.)บูรณาการงานยาเสพติดกับงานบริการที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน เช่นงาน OSCC งาน YFHS ในโรงเรียน
- 2.)บูรณาการงานสุขภาพจิตยาเสพติดกับงาน พขอ. ระดับอำเภอและระดับตำบล หมู่บ้าน ต้นแบบ CBTX
- 3.) บูรณาการงานสุขภาพจิตยาเสพติดกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น การคัดกรองโรคฉี่หนูในผู้ป่วยติดสุรายาเสพติด การคัดกรองบุหรี่ยุติกรรม คลินิกเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยเรื้อรังเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/หอบหืด/Stroke

4.) บูรณาการงานสุขภาพจิตยาเสพติดกับงานจิตเวช เช่น การประเมินสภาพจิต ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโดยการ MET family therapy ทักษะชีวิต สื่อสารที่ดีในครอบครัว พื้นฟูสภาพผู้ป่วยยาเสพติด ป้องกันการกำเริบจิตเวชและอาการกลับไปเสพยา

5.) บูรณาการงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMIV โดยเชื่อมโยงสหวิชาชีพ ดำรงไว้ว่าการอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้นำชุมชน อสม. และแกนนำส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน (นสข) เช่น โครงการนาคาพิทักษ์รักษัประชา อำเภอเชียงยืน และโครงการชุมชนยั่งยืน สู่ประสานทหารเสือ อำเภอเชียงยืน โครงการเยี่ยมบ้านเยี่ยมใจใส่ใจ SMIV เป็นต้น

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีคณะกรรมการติดตามระดับอำเภอ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับตำบล อบต. เชื่อมโยง รพ.สต. และผู้นำชุมชน
2. กำกับติดตามผ่านระบบ HDC และ รง 506
3. การประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตาราง ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 8.0 ต่อแสนประชากร	1	1.65	ผ่าน
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 90	2	100	ผ่าน
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน	ร้อยละ 55	1,204	92.8	ผ่าน

ที่มา: ระบบข้อมูล HOSxP รพ.เชียงยืน ณ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ.2567

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- 1.) นวัตกรรมตกชาง (เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการ การเข้าใจโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยและญาติ การการดูแลรักษาต่อเนื่องผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าใจการจัดการอารมณ์เศร้าป้องกันการกลับเป็นซ้ำ)
- 2.) นวัตกรรม 3 ก่อนเส้า ตั้งหม้อข้าวอยู่ (การสร้างการมีส่วนร่วมบทบาทญาติ บทบาทผู้ป่วย บทบาทจนท. ภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาเสพติดต่อเนื่องป้องกันการกำเริบการกลับไปเสพยา)



- 3.) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยใช้สารเสพติดที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง SMIV ปี 2566-2567
- 4.) มีการพัฒนาบทบาทภาคีเครือข่าย แนวทางรูปแบบส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงก้าวร้าวรุนแรง
- 5.) วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ นำเสนอกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564
- 6.) งานวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ปี 2565-2566
- 7.) งานวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงยืน ปี 2564-2566
- 8.) งานวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้สารเสพติดในชุมชน โรงพยาบาลเชียงยืน 2567
- 9.) งานวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดและฟื้นฟูผู้ป่วยใช้ยาเสพติดที่ขึ้นทะเบียนในระบบ บสต. โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม
- 10.) CQI เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในโรงพยาบาลเชียงยืน
11. CQI เรื่องการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

- 1.) ควรมีการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงด้านการอบรม case manager ในการอบรมเฉพาะทางดูแลผู้ป่วยจิตเวช 4 เดือน อย่างน้อย 2 คนต่ออำเภอ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น
- 2.) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเด็กและวัยรุ่นมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ใช้สารเสพติดและมีปัญหาการฆ่าตัวตายมากขึ้น ปัจจุบันมี 1 คนอยู่กลุ่มเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน ควรมีผู้รับผิดชอบงานพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเพิ่มขึ้น 1 อัตรา ที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด เนื่องจากมีผู้รับบริการด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นมีปัญหายายามทำร้ายตนเอง มีภาวะซึมเศร้า เผชิญปัญหาไม่ได้ ตัดยาเสพติด จำนวนมากขึ้นในการบริการผู้ป่วยเชิงรับในคลินิกจิตเวชและยาเสพติดและบริการเชิงรุกในโรงเรียนในหมู่บ้านชุมชน

8. ภาพประกอบ



วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ นำเสนอกะทรวงสาธารณสุข ปี 2563



งานวิจัยผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลเชียงใหม่ 2564-2566



เยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ยากลำบาก ปี 2565-2567



งานวิจัยการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยครอบครัวบำบัดและเสริมสร้างแรงจูงใจ อำเภอ เชียงยี่น จังหวัดมหาสารคาม ปี2565-2566



วิจัยการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ใช้สารเสพติดในชุมชน(CBTX) อำเภอเชียงยี่น

ประเด็นที่ 3 : มะเร็ง cervix

3.5 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60

3.6 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสาวอารยา ฉัตรระนะพานิช	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางอรอุมา รัตนบุรณีย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นางสาวธิดารีย์ บุชบง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- 1) ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกป้องกันควบคุมและพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และรักษาพยาบาลอำเภอเชียงใหม่
- 2) คณะกรรมการที่ปฏิบัติงานระดับอำเภอ ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูก

ทุก รพ.สต./รพช/สสอ.

- 3) คณะกรรมการดำเนินงานระดับ รพ.สต./ชุมชน

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

จากการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจ HPV DNA Test ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงใหม่ปี 2567 พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรอง 2,083 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 และพบว่าผลการตรวจเป็น HPV Type 16,18 จำนวน 6 ราย ได้รับการส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำ Colposcope จำนวน 5 ราย และรักษาตามสิทธิที่รพ.ขอนแก่น 1 ราย พบเซลล์มะเร็งปากมดลูกได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้ว มีการติดตามอาการทุก 6 เดือนซ้ำที่โรงพยาบาลขอนแก่น

นอกจากนั้นยังพบว่าผลตรวจเป็น HPV non 16,18 จำนวน 23 ราย ได้ส่งตรวจ LBC (Liquid Base Cytology) ต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลปกติ ทั้ง 23 ราย ไม่พบเซลล์มะเร็งปากมดลูกและได้ติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำ 1 ปี

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	4,896	47.63	1,538	73.45	2,083	37.93
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่ง กล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 70	7	100	11	100	6	100

จากการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจ HPV DNA Test ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน ปี 2565 พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรอง 48,96 คน คิดเป็นร้อยละ 47.63 และพบว่าผลการตรวจเป็น HPV Type16,18 จำนวน 7ราย ได้รับการส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำ Colposcope จำนวน 7ราย ผลการตรวจยังไม่พบเซลล์มะเร็งและได้ติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำ 1ปี

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจ HPV DNA Test ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน ปี 2566 พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรอง 15,38 คน คิดเป็นร้อยละ 73.45 และพบว่าผลการตรวจเป็น HPV Type16,18 จำนวน 11 ราย ได้รับการส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำ Colposcope จำนวน 11 ราย ผลการตรวจยังไม่พบเซลล์มะเร็งและได้ติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำ 1ปี

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจ HPV DNA Test ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน ปี 2567 พบว่ากลุ่มเป้าหมายที่ต้องคัดกรอง 2,083 คน คิดเป็นร้อยละ 37.93 และพบว่าผลการตรวจเป็น HPV Type16,18 จำนวน 6 ราย ได้รับการส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำ Colposcope จำนวน 6 ราย ได้รับการส่งตรวจที่โรงพยาบาลมหาสารคาม เพื่อทำ Colposcope จำนวน 5 ราย และรักษาตามสิทธิ์ที่โรงพยาบาลขอนแก่นจำนวน 1ราย พบเซลล์มะเร็งปากมดลูกได้รับการผ่าตัดเรียบร้อยแล้วมีการติดตามอาการทุก 6 เดือนซ้ำที่โรงพยาบาลขอนแก่น

นอกจากนั้นยังพบว่าผลตรวจเป็น HPV non 16,18 จำนวน 23 ราย ได้ส่งตรวจ LBC (Liquid Base Cytology) ต่อที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ผลปกติ ทั้ง 23 ราย ไม่พบเซลล์มะเร็งปากมดลูกและได้ติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำ 1ปี



3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. โครงการประชุมพัฒนางานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (รพ.มค.นิเทศสัญจร) เครือข่ายบริการสุขภาพ เชียงยืน ปี 2567 งบประมาณ 4,300 บาท
2. โครงการสตรีไทยปลอดภัยไร้มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เครือข่ายบริการสุขภาพ เชียงยืน ปี 2567 กิจกรรม
 - 1) ประชุมชี้แจงตกลงทำพันธสัญญาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม (บูรณาการฯ)
 - 2) รณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมะเร็งเต้านมสัญจร
 - 3) จัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ (โครงการ OP PP)
3. โครงการประชุมชี้แจงตกลงทำพันธสัญญาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เครือข่ายบริการสุขภาพ เชียงยืน ปี 2567
 - 1) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก/เต้านม/แยก staging 1-4
 - 2) จัดระบบการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทั้งระบบ
 - 3) ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งได้มาตรฐาน
 - 4) ดำเนินงานตามแนวทางการจัดเก็บข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567
 - 5) ติดตามระบบการบันทึกข้อมูลตามโปรแกรม HDC (บูรณาการกับงาน โครงการ OP PP)
4. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเชิงรุก อำเภอ เชียงยืน ปี 2567 บูรณาการงบประมาณหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น และงบ PPA

4. Integration (บูรณาการ)

- คณะกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล และกองทุนสุขภาพระดับเทศบาล

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- 1) ติดตามการดำเนินงานในวาระประชุม คปสอ. ทุกเดือน
- 2) ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน PCC
- 3) ออกนิเทศงานตามการปฏิบัติราชการปีละ 2 ครั้ง และออกนิเทศงานตามภารกิจ

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 60	2,083	37.93	ข้อมูล 1ต.ค.66 -31 มี.ค.67
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	≥ ร้อยละ 70	6	100	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนและที่บ้านเพื่ออำนวยความสะดวกสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน และกลับมาบ้านช่วงค่ำ
2. การให้ อสม.รับผิดชอบแต่ละครอบครัวและติดตามกลุ่มเป้าหมายพร้อมประชาสัมพันธ์เพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนและสถานบริการ

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. ปัญหาการดำเนินงานตามโครงการไม่ได้เป้าหมายคือกลุ่มเป้าหมายมีอายุเข้าเกณฑ์การตรวจคัดกรองจะมีชุด Self test ก็ไม่กล้าที่จะเก็บเซลล์ด้วยตนเอง
2. กลุ่มเป้าหมายที่ไม่เข้ารับการตรวจก็จะเป็กลุ่มบุคคลเดิมแม้จะได้รับการเชิญชวนให้ตรวจก็ไม่ยินยอมเข้ารับการตรวจ
3. ในรายชื่อที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วในปี 64-66 ในระบบ HDC ยังมีรายชื่อเป็นกลุ่มเป้าหมายและไม่สามารถบันทึกการส่งตรวจได้เนื่องจากพบว่าอายุเกิน 60ปี
4. มีการเปลี่ยนการศึยในระบบการตรวจใหม่จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็น krungthai Digital Health Platform ทำให้การเริ่มทำความเข้าใจในระบบการศึยช้าเพราะต้องเรียนรู้ระบบใหม่และมีการเปลี่ยนหน่วยส่งตรวจจากโรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลสุทธาเวช
5. การลงผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลสุทธาเวชในระบบ krungthai Digital Health Platform จะช้าเป็นเดือนกว่าก็ยังไม่ได้ผลตรวจทำให้ผู้รับบริการโทรติดตามผลเข้ามาสอบถามมากขึ้น
6. การเปลี่ยนถ่ายโอนในส่วนของรพ.สต.ออก อบจ. ทำให้ในกลุ่มเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอำเภอเชียงยืนได้น้อยลง เพราะมีการดำเนินงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร



8. ภาพประกอบ

โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเชิงรุก อำเภอเชียงยืน



โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเชิงรุก อำเภอเขียงยืน



ประเด็นที่ 3 : มะเร็งครบวงจร

3.7 ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป้าหมาย \geq ร้อยละ 503.8 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสาวเอริสา เสี่ยมศักดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายสมจิตร ไชยพรม นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

การดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นการดำเนินงานรูปแบบของทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการต่าง ๆ ทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมผู้รับบริการที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสม

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

จากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลเชียงใหม่ 3-4 ปีที่ผ่านมา การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่พบว่ามี การคัดกรองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้และมีการส่งต่อและเข้ารับการตรวจส่องกล้อง Colonoscopy 100% ตามวันที่ทาง รพ.มหาสารคามนัดหมายให้ไปพบแพทย์ แต่ยังมีปัญหาในเรื่องผู้ป่วยไม่ไปตามนัดเนื่องจากเหตุผลหลายอย่าง เช่น ยังไม่เห็นความสำคัญของการไปตรวจคัดกรอง ความไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่มีลูกหลานที่จะพาไปตรวจรักษาต่อ ตัดธุระสำคัญในวันที่แพทย์นัดหมายให้เข้าไปพบ จึงทำให้ผู้รับบริการขาดโอกาสในการที่จะได้รับการตรวจรักษา และอาจก่อให้เกิดความรุนแรงของโรคตามมาได้

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

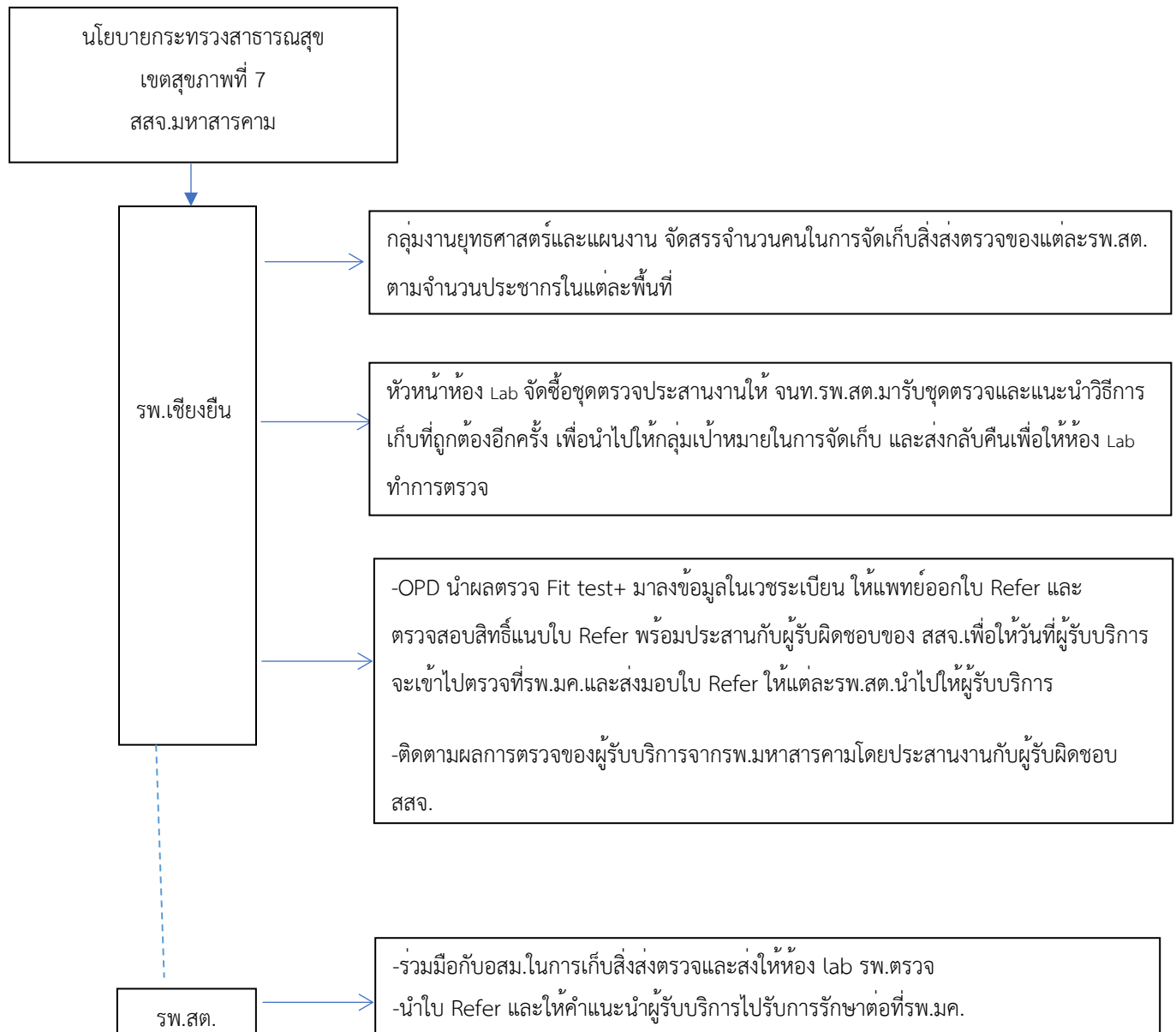
ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	\geq ร้อยละ 50	1224	91.26 %	1,767	101.55%	1,750	100%
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	\geq ร้อยละ 50	107	100%	333	100%	270	100%

จากการดำเนินงาน 3 ปี ย้อนหลังจะพบว่าแนวโน้มการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงมีการคัดกรองได้ตามเป้าและมีแนวโน้มทำได้มากขึ้น และผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่งต่อเพื่อไปรับส่องกล้อง Colonoscopy ที่ โรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงรวมถึงแนวทางการดำเนินงาน ดังนี้



4. Integration (บูรณาการ)

การดำเนินงานด้านการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่รพ.สต. รวมถึง อสม.และทีมสหวิชาชีพอื่นเพื่อให้ผลการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด และเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
1. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	≥ ร้อยละ 50	1,750 คน	100%	
2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy	≥ ร้อยละ 50	270	100%	รอตรวจ 58 ราย ปฏิเสธการส่องกล้อง 68 ราย

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของอำเภอโดย การให้คำแนะนำในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจของ จนท.ห้องLabซึ่งใช้ภาษาพื้นบ้าน เข้าใจง่าย ทำให้เก็บส่งตรวจได้อย่างถูกต้อง

- การใช้กลยุทธ์โดยการแบ่งผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างรพ.และรพ.สต.ในการดำเนินงานเพื่อกระตุ้นให้รพ.สต. ให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญของตัวชี้วัดดังกล่าว

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

โอกาสในการพัฒนาจะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงให้ในกลุ่มเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

4.1 การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พ.ศ. 2562 เป้าหมาย ร้อยละ 100

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

น.ส.อารยา ฉัตรระนะพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
นายสมพร อุดมตะคุ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเชียงยืน

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- 1.1 แต่งตั้งคณะกรรมการคปสอ. ระดับอำเภอโดยมีโครงสร้างครอบคลุมทั้ง สาธารณสุขและ อบจ.ซึ่งมีตัวแทนของ ผอ.รพ.สต. ร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อประสานให้เกิดคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ
- 1.2 คำสั่งแต่งตั้งคำสั่งกรรมการ พชต. / พชอ.
- 1.3 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 1.4 คำสั่งแต่งตั้ง ผู้นิเทศ กำกับและประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยบริการปฐมภูมิ
- 1.5 คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เช่น MCH, NCD, และ Service Plan ในแต่ละสาขา
- 1.6 มีการประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย กำหนดทิศทาง และแนวทางในการดำเนินงาน
- 1.7 บูรณาการการทำงานร่วมกันและติดตามประเมินผล

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

- 2.1 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน ได้มีการจัดตั้งจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ครอบคลุมร้อยละ 100 ซึ่งจากปี 2563 – 2566 รวมจำนวนทั้งสิ้น 6 ทีม ได้แก่ PCU เชียงยืน, NPCU ขามเปี้ย (รพ.สต.ขามเปี้ย / รพ.สต.หนองบุญชู), NPCU แบก (รพ.สต.แบก / รพ.สต. เหล่าบัวบาน), NPCU โนนสูง (รพ.สต.โนนสูง / รพ.สต. เสือเฒ่า) , NPCU หนองซอน (รพ.สต.หนองซอน / รพ.สต.โพน) และ NPCU หนองแวง (รพ.สต.หนองแวง/ รพ.สต. แฝก)
- 2.2 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น จำนวน 1 คน, ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น 2X2 จำนวน 4 คน และแพทย์ได้รับการอบรมฟื้นฟูครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 100
- 2.3 มี อสม.หมอบริการประจำบ้าน จำนวน 1,201 คน (ร้อยละ 100) และปฏิบัติงานครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน แต่ในปีงบประมาณ 2566 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน ได้จัดประชุมวิชาการ อสม. อ.เชียงยืน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้แก่ อสม. และในปี 2567 จัดอบรมอสม.ใหม่ และ อสม. บัญชี 2 โดยใช้งบประมาณของ CUP ในการดำเนินงาน และผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก อสม. หมอบริการประจำบ้าน ได้รับการเยี่ยมบ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100

2.4 การดำเนินงานหมอครอบครัว ดำเนินการได้ครอบคลุมร้อยละ 100 โดยทุกครอบครัวจะมี 1.หมอประจำบ้าน คือ อสม.ระดับหมู่บ้านซึ่งอสม. 1 คน จะรับผิดชอบ 8-15 หลังคาเรือน 2.หมอสาธารณสุข คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาลระดับตำบล โดยบุคลากรสาธารณสุขระบบปฐมภูมิ 1 คนรับผิดชอบประชาชน 1,250 คน และ 3.หมอครอบครัว เป็นแพทย์ที่มีองค์ความรู้หรือจบด้าน เวชศาสตร์ครอบครัว

2.5 ดำเนินงานโครงการบริการเชิงรุก ไกลบ้าน ไกลใจ โดยมีทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเชียงใหม่ ออกให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง ร่วมกับทศ.พ.สต. ในทุกวันพุธ

2.6 อำเภอเชียงใหม่มี 8 ตำบล และการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ครอบคลุม ร้อยละ 100

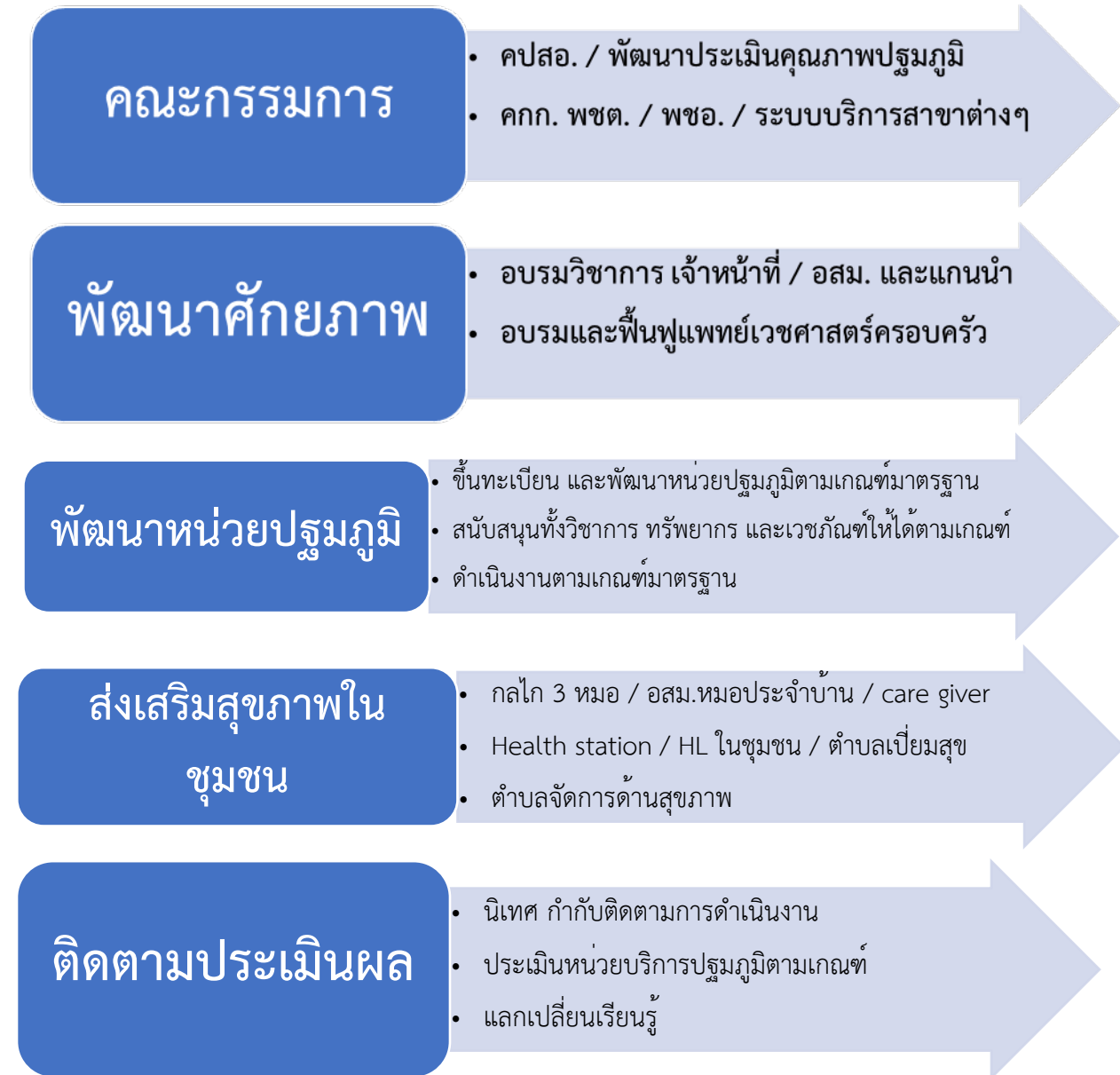
2.7 มีสถานีสุนัขสุขภาพ Health station ในชุมชนครอบคลุมร้อยละ 100 จำนวน 116 แห่ง (ระดับ Excellent จำนวน 44 แห่ง) บูรณาการกับการคัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มเสี่ยง และงาน NCD ส่งต่อข้อมูลหมอ 1 เชื่อม หมอ 2 ผ่าน Line OA “SRR7” เชื่อมโยงโรงเรียนเบาหวานวิทยา และมี Digital Health station จำนวน 1 แห่ง ที่ห้าง Tesco Lotus

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ร้อยละ 100	5 หน่วย	83.33%	6 หน่วย	100 %	6 หน่วย	100 %

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)



4. Integration (บูรณาการ)

- บูรณาการการทำงานร่วมกับ พชอ./ พชต. , กองทุนสุขภาพท้องถิ่น , ภาควิชาเครือข่ายในชุมชน และงาน Service Plan สาขาต่างๆ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

5.1 ติดตามการดำเนินงานของ พชต./ พชอ. / อำเภอสุขภาพดี

5.2 สนับสนุน และส่งเสริม การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดย มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชน การทำงาน ของ ทีม 3 หมอ โดยจัดทีมแพทย์ และทีมสหวิชาชีพออกให้บริการผู้ป่วยเรื้อรังใน รพ.สต. ทุกวันพุธ ร่วมกับทีมจนท. รพ.สต.และ อสม. ในพื้นที่และติดตามประเมินผลการดำเนินงาน

5.3 พัฒนาและส่งเสริมการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ และการใช้ Telehealth Telemedicine ในการให้บริการปฐมภูมิ ในการออกให้บริการผู้ป่วยเรื้อรัง NCD ที่รพ.สต. และการออกติดตามเยี่ยมบ้านในชุมชน

5.4 สนับสนุนทรัพยากร ให้แก่ทุก รพ.สต. เพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.5 ประสานการดำเนินงานในชุมชนโดยตรง โดยผ่านคณะกรรมการชมรม อสม. อ.เชียงใหม่ และมีการประชุมแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง จนท.สาธารณสุข และ ชมรม อสม. อ.เชียงใหม่ ทุกเดือน

5.6 ติดตามการดำเนินงานของ อสม. หมอประจำบ้าน / Health station ในชุมชน

5.7 ติดตามการดำเนินงานโครงการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นให้เป็นไปตามกรอบระยะเวลาที่กำหนด

5.8 กำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดในทุกเดือน

5.9 นิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังการพัฒนาและประเมินคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทุกเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

5.10 สรุปผลงาน Best practices แลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานตามกลไก ประชาชนทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิตาม พรบ. ระบบ สุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562	ร้อยละ 100	6 หน่วย	100 %	
อำเภอสุขภาพดี	ผ่าน	ผลงาน ระดับ Premium Silver		

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

การดำเนินงาน Health station เชื่อมข้อมูลผ่าน Application S-RR 7 เพื่อเป็นการเข้าถึงการให้บริการ คัดกรองภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง และค้นหาผู้ป่วยเบาหวาน ความ

ต้นโลหิตสูงรายใหม่ได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น บูรณาการกับงาน NCD (โรงเรียนเบาหวานวิทยา) ในการติดตามดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เพื่อลดการแออัด ลดการใช้จ่าย มุ่งสู่ DM remission และป้องกันภาวะแทรกซ้อน

7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

มีนโยบายใหม่และเร่งด่วน อาจทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานให้สำเร็จทันเวลา แนวทางการแก้ไขปัญห โดยชี้แจงทำความเข้าใจ และวางแผนการดำเนินงานให้ทันกับสถานการณ์

8. ภาพประกอบ

แต่งตั้งคณะกรรมการ



อบรมวิชาการ อสม. อ.เชียงใหม่



เยี่ยมบ้านโดยหมอรอบครัวและอสม.หมอประจำบ้าน



ข่าวประชาสัมพันธ์

ออกติดตามเยี่ยมบ้าน

20 พฤษภาคม 2567

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ ผู้ป่วย Intermediate Care และคนพิการ

ชมภาพบ้านและงานแพทย์แผนไทย

20 พฤษภาคม 2567 งานกายภาพบำบัดกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู งานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลเชียงใหม่ ร่วมกับ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ออกติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจรักษา ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วย Intermediate Care และคนพิการ ในเขตพื้นที่บ้านหนองมะนาว หมู่ที่ 7 และ บ้านเชียงหิน หมู่ที่ 18 ตำบลเชียงหิน อำเภอเชียงหิน จังหวัดน่าน



พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (ในหน่วยบริการปฐมภูมิ)





ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน



พัฒนาและประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ





Health Station



ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
มาตรการที่ 1 กลไกลขับเคลื่อนอำเภอ	(10)	-	-	-	-	10	
มาตรการที่ 2 ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และประเมินสุขภาพ	(20)	-	-	-	-	20	
มาตรการที่ 3 Healthy package	(40)	-	-	-	-	40	
การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ มาตรฐานเมืองสุขภาพดี Healthy city	30	-	-	-	-	30	

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. จัดทำคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพดี อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม
2. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพดี อำเภอเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงแนวทางและกำหนดนโยบายการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567
3. จัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพดี
4. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
5. จัดประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาและขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพดี อำเภอเชียงใหม่ เพื่อกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี
6. ติดตามความก้าวหน้า จากผลการดำเนินงานทางเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง
7. ประสานให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน และแหล่งงบประมาณในระดับพื้นที่ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนตำบล กองทุนระบบการดูแลระยะยาวฯ (LTC) งบประมาณตามโครงการพระราชดำริ งบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
8. ประเมินตนเองตามเกณฑ์การให้คะแนนผลการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี
9. สรุปบทเรียนการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี

4. Integration (บูรณาการ)

- ❖ การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- ❖ กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
- ❖ การดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- ❖ ประชุมคณะกรรมการ ติดตามการดำเนินงานดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี เดือนละ 1 ครั้ง
- ❖ มีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังระดับตำบล
- ❖ มีการรายงานความก้าวหน้า ตามตัวชี้วัด ความทันเวลา
- ❖ การคัดเลือกชุมชนต้นแบบ Healthy city model 1 ชุมชน
- ❖ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานทางเว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง



ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
มาตรการที่ 1 กลไกขับเคลื่อนอำเภอ	(10)	(10)	100	
องค์ประกอบที่ 1.1 การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามองค์ประกอบ UCCARE	5	5		
องค์ประกอบที่ 1.2 กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและมีกิจกรรมโครงการผ่านเครือข่ายอำเภอ	5	5		
มาตรการที่ 2 ระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง และประเมินสุขภาพ	(20)	(20)	100	
องค์ประกอบที่ 2.1 ระบบคัดกรองสุขภาพ	5	5		
องค์ประกอบที่ 2.2 Health station	5	5		
องค์ประกอบเพิ่มเติม : รายงานสรุปผลสถานะสุขภาพประชาชนที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพท้องถิ่น	5	5		
มาตรการที่ 3 Healthy package	10	10		
องค์ประกอบที่ 3.1 กินดี : 1 อำเภอ 1 เมนูสุขภาพอายุวัฒนะ หรือ เมนูสุขภาพ	(40)	(40)	100	
องค์ประกอบที่ 3.2 จิตดี: สุขภาพดีมีคลินิกกัวชิ่งใจในชุมชน				
องค์ประกอบที่ 3.3 ลดเนือยนิ่ง : ส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ลดเนือยนิ่ง				
องค์ประกอบที่ 3.4 มีความสัมพันธ์ดี: สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว และชุมชน				
องค์ประกอบที่ 3.5 สิ่งแวดล้อมปลอดภัย : จัดการปัจจัยเสี่ยง/เพิ่มปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อม				
การขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานเมืองสุขภาพดี Healthy city	30	30	100	

ผลการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี อำเภอเขียงยืน จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

- ผ่านเกณฑ์ระดับ Platinum (gold)



การบูรณาการงานส่งเสริมป้องกันควบคุม NCD

ส่งเสริม
ป้องกัน

- บูรณาการชุมชนรักภัยโรค ครอบคลุมการเข้าถึงบริการ นำร่องการบริโภคเกลือในชุมชน
- สร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดย Health Station

ดำเนินการรณรงค์ที่ Health Station อ.เชิงชัน

ครบ 116 หมู่บ้าน
เพิ่มศักยภาพหมอ 1 เข็ม หมอ 2
ผ่าน Line OA "SRR7"
เชื่อมโยง...โรงเรียนเบญจมราชวิทยาลัย

ปี 2567 เชื่อมเสริมพลัง Health Station อู่กล 3 หมอ

โดยท่านผู้อำนวยการ รพ.เชิงชัน และ สสอ.เชิงชัน
พร้อมทีมประชาสัมพันธ์จัดตั้งโรงเรียนเบญจมราชวิทยาลัย ครบทั้ง 10 แห่ง

Health Station อำเภอเชิงชัน

ผลการดำเนินงาน

- ปี 2565 : Health Station 1 แห่ง บ.แม่ก ต.ดอนเงิน
- ปี 2566 : Health Station จำนวน 44 แห่ง ระดับ Excellent
- ปี 2567 ดำเนินการครอบคลุม ทั้ง 116 หมู่บ้าน

ผลการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง 4,535 คน
* พบสงสัยป่วย DM 224 ราย
* สงสัยป่วย HT 905 ราย

Digital Health Station

ผลการดำเนินงาน

- ปี 2566 : ดำเนินการ 1 แห่ง ต.ไผ่สี เชียงชัน
- ปี 2567 : มีแผนขยายพื้นที่ อีก 2 แห่ง

7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. การวางแผนการขับเคลื่อนและจัดทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ภาคีเครือข่าย
2. สนับสนุนการขับเคลื่อนอำเภอสุขภาพดี ซีวีซีซี ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้เข้มแข็ง ตลอดจนกำกับติดตามและประเมินผลร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

8. ภาพประกอบ



ข่าวประชาสัมพันธ์
เยี่ยมเสริมพลัง
Health Station
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน

วันที่ 26 เมษายน 2567
 โรงพยาบาลเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

วันที่ 26 เมษายน 2567 นายแพทย์กนกภูมิ อินทร์ม่วง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงยืน นายปรีชา ศรีน้อยชาวสารคามสุขอำเภอเชียงยืน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงยืน ออกเยี่ยมเสริมพลัง Health Station และเตรียมพร้อม การดำเนินงาน Digital Health จากครอบครัวสู่ การดำเนินงานชุมชนที่ 10:3 เพื่อพัฒนาระบบการดำเนินงาน NCD Clinic ในชุมชนและพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเหล่าวังนาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนสูง อำเภอเชียงยืนจังหวัดมหาสารคาม

โรงพยาบาลเชียงยืน | โรงพยาบาลสุขภาพอำเภอ ป่าสูง จังหวัดมหาสารคาม | 25670406 | 25670407 | แผนกฯ สาขาส่งเสริมสุขภาพ | โทรสารโรงพยาบาลเชียงยืน | 043-761240



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน

ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

4.3 อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (อสม. ดิจิทัล)

เป้าหมาย ร้อยละ 65

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสาวอารยา ฉัตรระณะพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางยุพาพนา พันธุ์แก้ว นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- 1.) มีคณะกรรมการในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการ พขอ.
- 2.) มีคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ
- 3.) มีคณะทำงานขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนทุกระดับ

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ “ สังคมดิจิทัล ” ข้อมูลข่าวสารสามารถส่งต่อถึงกันได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้องและทันเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โดยเฉพาะข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตอีกทั้งรัฐบาลยังมีนโยบายขับเคลื่อนประเทศไทยให้เข้าสู่ประเทศไทย 4.0 มุ่งเน้นการนำนวัตกรรม และเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพลดรายจ่ายเพิ่ม รายได้ รวมไปถึงการยกระดับคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขรวมสู่สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ ดีขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกที่สำคัญในการขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนและ ยังเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน สนับสนุนให้เป็น อสม. ดิจิทัล โดยการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้กับการ ทำงานเพื่อให้การพัฒนาช่องทางการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นไปอย่างรวดเร็ว ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ และ ประชาชนในชุมชนรับ ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ใหม่ๆ ได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่ชุมชนพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนต่อไป

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเชียงยืน มีทั้งหมด 8 ตำบล มี 116 หมู่บ้าน มีจำนวน อสม.ทั้งหมด 1,207 คน อสม. ใช้ แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและรายงานผล ผลงานร้อยละ 100 ในปีงบประมาณ 2567 อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพชุมชน ร้อยละ 73.67 (เป้าหมายร้อยละ65) โดยแยกเป็นตัวชี้วัดย่อย คือ อสม.มีการจัดการสุขภาพตนเองผลงาน 1121คนต่อเป้าหมาย 1,207คน คิดเป็นร้อยละ 92.87 อสม.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลงาน 10,819 คน ต่อเป้าหมาย 11,282 คน คิดเป็นร้อยละ 95.90 หญิงตั้งครรภ์ ได้รับการติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีนผลงาน 90 คน ต่อเป้าหมาย 348 คนคิดเป็นร้อยละ 20.40 ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 91.55

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (อสม.ดิจิทัล)	ร้อยละ 65	NA	NA	NA	NA	889	ร้อยละ 73.68

จากการดำเนินงานในปี 2567 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 ได้มีการพัฒนาศักยภาพอสม. ให้มีความรู้และใช้งานแอปพลิเคชันสมาร์ต อสม. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและรายงานผลงานของ อสม. ในการปฏิบัติงานในชุมชน ทั้งรายงานประจำเดือนของอสม.(อสม.1) ซึ่งอสม.อำเภอเชียงยืนมีและใช้ทุกคนคือ 1,207 คน อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพชุมชน ร้อยละ 73.67 (เป้าหมายร้อยละ65) โดยแยกเป็นตัวชี้วัดย่อย คือ อสม.มีการจัดการสุขภาพตนเองผลงาน 1,121 คนต่อเป้าหมาย 1,207คน คิดเป็นร้อยละ 92.87 อสม.คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผลงาน 10,819 คน ต่อเป้าหมาย 11,282 คน คิดเป็นร้อยละ 95.90 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีนผลงาน 90 คน ต่อเป้าหมาย 348 คน คิดเป็นร้อยละ 20.40 ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนร้อยละ 91.55

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. พัฒนา อสม. ให้เป็นอสม.ดิจิทัล
 - 1) พัฒนาศักยภาพทีมวิทยากรครู ข อบรม อสม.ดิจิทัลระดับอำเภอ
 - 2) จัดการอบรม พัฒนาศักยภาพ ของ อสม.ดิจิทัล ระดับหมู่บ้าน ตำบล
 - 3) ประเมินผล การพัฒนาศักยภาพ อสม.ดิจิทัล
 - 4) รายงานผลการดำเนินงานใน www.thaiphc.net
2. ส่งเสริมให้ ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย
 - 1) บูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตระดับอำเภอ



- 2) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
 - 3) กำหนดครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากฐานข้อมูล HDC แจ้ง รพ.สต.
 - 4) กำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน รายไตรมาส
 - 5) รายงานผลการประเมิน ใน www.thaiphc.net
3. ส่งเสริมให้อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสม.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว
- 1) บูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ
 - 2) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย บูรณาการการทำงานร่วมกับทีมหมอครอบครัวในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
 - 3) กำหนดครอบครัวผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากฐานข้อมูล HDC แจ้ง รพ.สต.และอสม.
 - 4) กำกับ ติดตาม ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัวของ อสม.
 - 5) รายงานผลการประเมิน ใน www.thaiphc.net

4. Integration (บูรณาการ)

- 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม. บูรณาการกับการประชุมประจำเดือนอสม. ในแต่ละพื้นที่โดยบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบและคณะกรรมการอสม. ประชุมติดตามงานบูรณาการกับการประชุมคณะกรรมการอสม. ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน
- 2) มีคณะกรรมการชมรม อสม. ระดับรพ.สต. ตำบล และอำเภอ ขับเคลื่อนชมรมอย่างต่อเนื่องโดยมีการประชุมระดับอำเภอทุกเดือน และเข้าร่วมประชุมระดับจังหวัดทุกครั้ง

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

การติดตามประเมินผลงานในระบบ thaiphc.net และระบบสามหมอรูจักคุณ แต่งตั้งคณะกรรมการในระดับอำเภอ การแต่งตั้งคณะกรรมการในระดับตำบล แผนการปฏิบัติงาน กำกับติดตามการบันทึกข้อมูล การปฏิบัติงานของอสม. โดยเจ้าหน้าที่แต่ละสถานบริการเป็นประจำเดือนละครั้งในไลน์กลุ่มแจ้งผลงานเป็นประจำทุกเดือน และในเวทีประชุม อสม. มีการประชุมของคณะกรรมการชมรม อสม. พร้อมเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนประชุมใน.ระดับอำเภอเดือนละ 1 ครั้ง

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. อสม. ใช้แอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน	1,207 คน	1,207 คน	100	
2. อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพชุมชน ร้อยละ	ร้อยละ 60	889	73.67	นำตัวชี้วัดย่อย 3 ตัวมาคิดเป็น ค่า น้ำหนักเต็ม 100
3. อสม. มีการจัดการสุขภาพตนเอง (ค่าน้ำหนัก40)	1,207 คน	1,121 คน	92.87	
4. อสม. คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน (ค่าน้ำหนัก30)	11,282 คน	10,819 คน	95.90	
5. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการติดตามการเข้าถึงยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ค่าน้ำหนัก30)	348 คน	90 คน	20.40	

- มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม. และลงบันทึกในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ทุกคน
- มีการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- มีการตรวจสุขภาพของ อสม.
- มีการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดในชุมชน
- มีการคัดกรองสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไปและลงบันทึกในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม. ทุกคน

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- อสม. กับการรายงานผ่าน แอปพลิเคชัน ต่างๆ
- อสม. กับการคัดกรองเบาหวาน/ร่วมดำเนินการเบาหวานวิทยา กับ SRR-7
- อสม. กับการสื่อสารสุขภาพ ผ่าน Line OA

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติงานติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์มีจำนวนมากกว่าความเป็นจริงในชุมชนทำให้ อสม. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนไม่ตรงตามเป้าหมายเพราะ หญิงตั้งครรภ์ในชุมชนมีจำนวนน้อย



8. ภาพประกอบ



ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

- 4.4 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน เป้าหมาย ร้อยละ 72
- 4.5 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป้าหมาย ร้อยละ 85
- 4.12 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป้าหมาย \geq ร้อยละ 40
- 4.13 ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางโชติภรณ์ เรืองกลิ่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง) ประกอบด้วย

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)
- คณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ(NCD-board)
- ทีมหมอครอบครัว (family care team)
- 3 หมอ (คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน) ลดการเดินทาง ลดการแออัด เน้นการส่งเสริมสุขภาพ

(1.) กำหนดทิศทางนโยบาย ผู้นำและหัวหน้างานเห็นความสำคัญ ส่งเสริม สนับสนุน อย่างชัดเจน

(2.) วางแผนปฏิบัติการร่วมกันโดยพขอ. ทีมทั้งเครือข่าย มีความรู้พูดและปฏิบัติเหมือนกัน วิเคราะห์ปัญหา(GAP analysis) ชี้เป้าปัญหา แก้ไข ปรับปรุง ประเมินติดตาม

(3.) มีแนวทางการดำเนินงานชัดเจน ต่อเนื่องถึงชุมชน

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

จากสถานการณ์โรค NCD อำเภอเชียงยืนและสภาพปัญหาสุขภาพข้อมูล ปี 2563 – 2566 อัตราป่วยโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต หลอดเลือดสมองมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี เป็นอันดับต้นๆของโรคสำคัญในพื้นที่ ส่วนใหญ่กลุ่มอายุมากกว่า60ปี วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า BMI \geq 25 ร้อยละ 39.30 พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสเค็ม มันสูง ร้อยละ 31.65 พฤติกรรมการรับประทานอาหารรสหวาน ผลไม้และข้าวเหนียวเยอะ ร้อยละ 33.20 ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เกิดจากไม่สามารถควบคุมอาหารได้ต่อเนื่อง ร้อยละ 69.25 จากวิเคราะห์พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนเมือง มีความสะดวกการส่งอาหารออนไลน์ถึงบ้าน ไม่ประกอบอาหารเองซื้อสำเร็จเพราะไม่ยุ่งยาก ขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพทำให้เกิดภาวะ NCDs จากการพัฒนากระบวนการจัดการโรคเรื้อรังแบบบูรณาการเริ่มพัฒนาต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2565

ซึ่งมุ่งที่การปรับระบบและกระบวนการบริการ แต่ความซับซ้อนของโรค NCDs ที่ยังเกิดขึ้น จึงได้มีการพัฒนาสถานีสุขภาพ (Health Station) สำหรับให้บริการตรวจสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย “รู้ตัวเลข รู้ภาวะสุขภาพ รู้ความเสี่ยง” ดำเนินการส่งข้อมูลผ่านLine OA “SSR7” โดยหมอ1(อสม.) ไปที่หมอ2(จนท.รพ.สต.,ปฐมภูมิ) และหมอ3(NCD Clinic) โดยมุ่งเน้นที่ต้นน้ำคือกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง ลดการเกิดโรค กลางน้ำคือกลุ่มป่วย ให้กลุ่มป่วยมีความตระหนักสามารถจัดการตนเองได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และปลายน้ำคือกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน เกิดการดูแลแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน ผู้นำชุมชน และพลังองค์กรสู่สุขภาพ NCDs ที่ยั่งยืน

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ 72	431	87.60	345	75.16	180	80.36
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 85	1,764	94.53	1,437	94.98	831	91.72
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ร้อยละ 40	1,258	32.13	1,403	33.69	1,379	43.40
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ 60	3,970	72.87	3,741	63.10	4,393	73.57

จากการวิเคราะห์ตารางผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่ากิจกรรมการดำเนินงาน Health station โดยส่งข้อมูลผ่านLINE OA “SRR7” กระบวนการ3หมอ, DM Remission, HW มีผลให้แนวโน้มของตัวชี้วัดผ่านเป้าหมายที่กำหนด

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน): ลำธารสู่การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คลินิกโรคเรื้อรัง

3.1) ต้นน้ำคือ กลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง เริ่มที่ชุมชนต้นแบบเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการตรวจวัดค่าบ่งชี้สุขภาพเบื้องต้น ประเมินสถานะสุขภาพของตนเอง และส่งต่อข้อมูล เพื่อการดูแลและติดตามสุขภาพ ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการแต่งตั้งคณะดำเนินงานจัดหาสถานที่ ศสมข., ศาลาประชาคม ประจําหมู่บ้าน จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ ประกอบด้วยเครื่องชั่งน้ำหนัก, ที่วัดส่วนสูง, เครื่องวัดความดัน

โลหิต, เครื่องตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด, สายวัด, ปรอทวัดไข้, เครื่องวัดระดับความเค็ม โดยของบประมาณ จัดหาอุปกรณ์ที่ อปท. และอบต. ทั้งหมด 116 หมู่บ้าน ประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ของอสม.

- อสม. ประสานเชื่อมโยงผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสถานีสุภาพ
- ดูแลสถานีสุภาพให้มีความเรียบร้อย สะอาด สะดวก ในการใช้บริการ และอุปกรณ์/เครื่องมือ ให้พร้อมใช้งาน

- จัดตารางวันให้บริการ
- ติดตามกลุ่มเสี่ยง (จากข้อมูลที่มาใช้บริการ) แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มความดันโลหิตสูงเกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท ติดตามโดยวัดความดันที่บ้าน 7 วัน โดยส่งข้อมูลที่คัดกรองแต่ละครั้งผ่าน Line OA อสม.(หมอ1) Line Notify Alert ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยป่วยให้ CM หมอ 2 (ปฐมภูมิ/ รพ.สต.) ได้ทราบ ส่งต่อ ยืนยันกลุ่มสงสัยป่วย CM หมอ 3 (NCD Clinic) เพื่อเข้าระบบการรักษาตามมาตรฐาน การส่งต่อเพื่อรับการรักษา ดูแลต่อเนื่อง

- ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนรับประทานอาหารเช้าสูงเกิน 126 mg/dl.
- ระดับน้ำตาลในเลือด หลังรับประทานอาหารเช้าสูงเกิน 200 mg/dl
- ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 3 วัน สูงเกิน 140/90 มม.ปรอท

3.2) กลางน้ำคือ กลุ่มป่วย DM/ HT ที่ต้องการวัด Home BP วัดระดับความเค็ม วัดระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินจัดการตนเอง เฝ้าระวัง หรือกรณี ผู้ป่วย DM Remission(ร.ร.เบญจมาภรณ์) /ผู้ป่วย Admit Home ward สามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือด หรือวัด Home BP ที่สถานีสุภาพ (Health Station) ส่งผลผ่าน Line Notify Alert CM หมอ 3 (NCD Clinic) เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับ BP ปรึกษาโดยแพทย์ ขณะ Admit Home ward ผ่าน Telemedicine โดยมีอสม.ในชุมชนติดตามอย่างต่อเนื่อง

3.3) ปลายน้ำคือ คือ กลุ่มป่วย DM/ HT ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น CKD โดยมุ่งพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อประเมินจัดการตนเอง เฝ้าระวัง สามารถวัดระดับน้ำตาลในเลือด/วัด Home BP/ วัดระดับความเค็มโดย Salt meter ที่สถานีสุภาพ (Health Station) ส่งข้อมูลผ่าน Line Notify Alert CM หมอ 3 (NCD Clinic) เพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือด หรือระดับ BP หรือวัดระดับความเค็ม เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายผ่าน Tele Nurse โดยมีอสม.ในชุมชน ดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. Integration (บูรณาการ)

4.1) ต้นน้ำ การส่งเสริมป้องกันควบคุม NCD บูรณาการชุมชนรักไข้ไต ครอบคลุมการเข้าถึงบริการ เฝ้าระวังการบริโภคเกลือในชุมชน สร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดย Health station

4.2) กลางน้ำ การจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชนที่ครอบคลุมทุกระยะของโรค

- ส่งเสริมป้องกัน บริการเชิงรุกในชุมชนโดยชุมชน Health station ครบ116 หมู่บ้าน
- โครงการหมู่บ้าน วิถีใหม่ ห่างไกลเบาหวาน ความดัน(NCDs) (ตามขั้นตอน CBI NCDs 5 ขั้นตอน)

กำหนดยุทธศาสตร์ เป้าหมาย และตัวชี้วัด (SWOT) จัดทำแผนงาน โครงการ ออกแบบกิจกรรม ขับเคลื่อนจัดการแก้ปัญหาโรคเรื้อรัง และภาวะอ้วนลงพุงในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

- การติดตามอัตราการขาดยา แนวนอนลดลงปี 2563-2567 ร้อยละ 6.28 ,5.42 ,5.37,4.98, 4.12

- อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องBI > 20 คะแนนแนวนอนเพิ่มขึ้น ปี 2563-2567 ร้อยละ 75.63,91.03,93.3, 94.13, 96.73

4.3) ปลายน้ำ การป้องกันควบคุม NCD การเกิดภาวะแทรกซ้อน การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

ภาวะแทรกซ้อน	2565		2566		2567	
	ราย	%	ราย	%	ราย	%
ตา	79	1.68	95	1.93	87	1.68
ไต	1,187	18.26	870	12.21	857	10.64
เท้า	11	0.23	15	0.30	13	0.25

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ประชุมคณะกรรมการ NCD Board CUP เชียงยืนระดับอำเภอ ตำบล ชุมชนด้วยกลไก พขอ. สะท้อนข้อมูลผลการดำเนินรายไตรมาสรายรพ.สต. เพื่อกระตุ้นวางแผนการดำเนินงาน กำกับ ติดตาม ประเมินผล

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
1. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ 72	180	80.36	
2. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดัน โลหิตสูง	ร้อยละ 85	831	91.72	
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ร้อยละ 40	1,379	43.40	
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ 60	4,393	73.57	
5. ร้อยละของผู้ที่มีค่าความดันโลหิตตัว บนเฉลี่ย (SBP) ≥ 180 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง เฉลี่ย (DBP) ≥ 110 มม.ปรอท จาก การคัดกรอง ได้รับการวินิจฉัยความดัน โลหิตสูง	ร้อยละ 25	8	25.00	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. งานวิจัยผลของการใช้กระบวนการสนทนาสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่ เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญของอำเภอ ในผู้ป่วยเบาหวานให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี จากผลการดำเนินงานร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 40 ทำได้ร้อยละ 43.40

2. การพัฒนาระบบบริการโดย Health Station กกับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย 3 หมอ เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงเกิด Health literacy รู้ตัวเลข รู้เสียง รู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (ตา ไต เท้า หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ) ด้วยเครื่องมือ Line OA “SRR7” อ.เชียงใหม่ 116 หมู่บ้าน

3. โรงเรียนเบาหวานวิทยา เพื่อพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยภาคีมีส่วนร่วมแบบยั่งยืน *ใช้กระบวนการ MI, ILM /ลดคาร์บ, IF โดยนักโภชนาการ /SMBG1 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยหมอ 1 ใน Health station ผ่าน Line OA หมอ 2 และ หมอ 3

โรงเรียนเบาหวานวิทยา ครอบคลุม 10 แห่ง

- ผอ.รพ.สต. ตำแหน่ง ผอ. รร.
- กรรมการ ประกอบด้วย กำนัน ผญ. อสม.
- นักเรียน คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ Hba1c 7-9 %

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

โอกาสพัฒนา ต่อยอดผลงาน: กำลังดำเนินการ

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มสีเขียว(control) เจาะเลือด วัดความดันโลหิตที่สถานีสภาพ(Health Station) ในชุมชนผลcontrolได้ดี พบแพทย์ผ่าน Telemedicine ส่งยาที่บ้านโดย อสม. rider
- Role Model ทั้งระดับบุคคลชุมชนในการจัดการปัญหา NCDs

8. ภาพประกอบ



ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอย คอวย ลดป่วย ลดตาย

4.6 ผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางโชติภรณ์ เรืองกลิ่น ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ระดับอำเภอ)อำเภอเชียงยืน มีการนำเสนอประเด็นป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเวทีการประชุมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยคณะกรรมการ พชอ.เชียงยืน ได้เลือกประเด็นดำเนินการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ

ประเด็นที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กเพื่อเด็กอัจฉริยะ

ประเด็นที่ 2 คนมหาสารคามทุกช่วงวัยคุณภาพชีวิตดี

ประเด็นที่ 3 มหาสารคามเมืองน่าอยู่ (เมืองปลอดภัย เมืองสะอาด เมืองสีเขียว และเมืองแห่งพลังความดี)

ซึ่งการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไตในชุมชน จะอยู่ในประเด็นที่ 2 เป้าประสงค์ที่ 2 เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากโรคที่สำคัญของพื้นที่ ข้อ 2.1 เพื่อดำเนินการลดความเสี่ยง ลดโรค NCDs จำนวน 6 ตัวชี้วัด

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

สถานการณ์/สภาพปัญหา และการดำเนินงานที่ผ่านมาของอำเภอเชียงยืน

1. ผู้ป่วยไตเรื้อรังในจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี 64, 65 และ 66 จำนวน 935, 1,196 และ 1,787 คน ตามลำดับ
2. การคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 80)
3. การชะลอไตเสื่อมยังไม่ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ 66)
4. การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมาย (ร้อยละ 40 และ ร้อยละ 80)
5. ผู้ป่วย DM, HT เป็นไตรายใหม่ ปี 64, 65 และ 66 (น้อยกว่าร้อยละ 20) ร้อยละ 3.72, 2.67 และ 2.82

ตามลำดับ

6. ผู้ป่วยเลือก HD มากขึ้นนโยบายฟอกเลือดฟรีของ สปสช
7. ระยะเวลาการทำ vascular มาก 5-6 เดือน (ศัลยแพทย์หลอดเลือด 1 คน ในจังหวัด)

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไต วายเรื้อรังระยะที่ 5	น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณ ก่อน	29	8.9	31	10.85	27	8.37
จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียมราย ใหม่		8	7.04	6	4.41	6	5.17
จำนวนผู้ป่วยล้างไตทาง ช่องท้องรายใหม่		5	4.62	6	4.41	5	4.31

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

ปัญหา (Gap Analysis)และมาตรการสำคัญ / สิ่งที่ทำเนิกร

1. เชื่อมโยงกับงาน NCD โดยมีบทบาทมากขึ้นในเรื่องการควบคุมความดันโลหิต การควบคุม เบาหวาน การไข้ยา และแนวทางชะลอไตเสื่อม ตั้งแต่ระดับ 3B ขึ้น ไป จากเดิมเน้นที่ระดับ 4-5 โดยใช้ eGFR surveillance เป็นตัวช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยใน DM, HT Clinic

2. เพิ่มการตรวจคัดกรองไตให้ครบตามเกณฑ์ ค่า eGFR ร่วมกับการตรวจปัสสาวะ ซึ่งยังทำได้ไม่ถึงเกณฑ์

3. เพิ่มศักยภาพโดยได้แพทย์อายุรกรรมมา 1 ท่าน

4. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยโรคไตระยะ 5 ที่วางแผนเลือก Hemodialysis เตรียมเส้นเลือดล่วงหน้า

5. การเชื่อมโยง palliative care ในรายปฎิเสธ RRT (renal palliative care)

6. ชี้แจงติดตามการจัดเก็บข้อมูลวิเคราะห์การเกิดผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน

กระบวนการดำเนินงานเพื่อชะลอไตเสื่อม

1. eGFR ลดลง<5ml/min/ Yr.	หาสาเหตุพบแพทย์/เภสัช/นักโภชนาการ+F/U ของeGFR ครึ่งต่อไป(1-4 เดือน)
2. CKD STAGE 3b-ขึ้นไป	ส่ง Education program, ชะลอไตเสื่อม(CKD CLINIC) F/U eGFR ทุก 4 เดือน
3. CKD STAGE 4-5	Lab E lyte, HCT, PLAN RRT, F/U eGFR ทุก 3 เดือน
4. CKD STAGE 5	PLAN RRT, Refer AVF สำหรับผู้ป่วยที่เลือกHD

4. Integration (บูรณาการ)

การสร้างความเข้มแข็งชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไตเรื้อรังโดยชุมชน

มีการดำเนินงานชุมชนลดเค็ม ลดการบริโภคเกลือโซเดียม หรือการปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร โดยปีงบประมาณ 2567 อำเภอเชียงยืน มีเป้าหมายในการขับเคลื่อนชุมชนป้องกันไตผ่านพขอ. จำนวน 3 แห่ง คือ

1. บ้านแฝก หมู่ที่ 8 ตำบลอนเงิน
2. บ้านเชียงยืน หมู่ที่ 3 ตำบลเชียงยืน
3. บ้านดอนหัน หมู่ที่ 4,5,10 ตำบลนาทอง

และได้มีการทำโครงการเสนอเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ได้รับการอนุมัติโครงการแล้ว อยู่ในขั้นตอนของการดำเนินการต่อไป

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ในชุมชนต้นแบบ ที่บ้านเชียงยืน หมู่ที่ 3 ตำบลเชียงยืนมีการดำเนินการ ดังนี้

- มีชมรมออกกำลังกาย มีลานออกกำลังกาย โดยชุมชน อสม. และผู้นำชุมชนจัดหาทุนทำลานออกกำลังกาย เทพื้นคอนกรีตและมีการออกกำลังกาย เต้นแอโรบิกทุกวัน

- มีการสนับสนุนการปลูกและรับประทานผักปลอดสารพิษ ตลาดนัดสีเขียวในหมู่บ้าน

- กำหนดร้านอาหารในอำเภอเชียงยืนที่เข้าร่วมลดการบริโภคเกลือและโซเดียม “ร้านอาหารไทยอง” มีเมนูอาหารเพื่อสุขภาพลดเกลือ ลดโซเดียมเช่น แกงเห็ด 3 อย่าง เพื่อส่งเสริมอาหารท้องถิ่นลดเกลือโซเดียมเป็นต้น

การจัดระบบบริการเชิงรุกในชุมชน

มีการดำเนินงานการค้นหาและคัดกรองความเสี่ยงโรคไตเรื้อรังในชุมชน การจัดบริการคลินิกโรคไตในสถานบริการ โรงพยาบาลเชียงยืน และ รพ.สต.ทุกแห่ง การติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ อสม. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อชะลอไตเสื่อมในปี 2567 อำเภอเชียงยืน มีกิจกรรมที่จะขับเคลื่อนดำเนินการเพิ่มเติมต่อจากปีที่แล้ว คือ การสร้างชุมชนรักษ์ไต สถานีสุขภาพ (Health Station) ที่มีเครื่องวัดระดับความเค็ม(salt meter)ในพื้นที่ทุกหมู่บ้าน โดยในการดำเนินงานมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนัก

ให้แก่คนในชุมชนในการป้องกันโรคติดต่อไม่เรื้อรังรวมถึงการสำรวจความตระหนักรู้ความเสี่ยงเรื่องการบริโภคเกลือและโซเดียม

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

กำกับ ติดตาม ประเมินผล OKR (Objective and Key Results)

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายรายใหม่ลดลง
 - 1.1 การเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยที่ eGFR decline (ลดลง) น้อยกว่า 5 มล.ต่อนาที
 - 1.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในกลุ่มเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 20
2. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไต และการรักษาแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม
 - 2.1 ผู้ป่วยโรคไตทุกรายมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการบำบัดรักษา (Shared Decision Making)
 - 2.2 คลินิกโรคไตเรื้อรัง มีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ Conservative treatment หรือ renal palliative care
 - 2.3 ลดการบำบัดทดแทนไตที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า (Unplanned dialysis) ร้อยละ 50
3. ผู้ป่วยได้รับการบำบัดทดแทนไตที่มีมาตรฐาน
 - 3.1 ศูนย์ไตเทียม ได้รับการรับรองมาตรฐานจากคณะกรรมการตรวจรับรอง มาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ร้อยละ 100

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ 5	น้อยกว่าร้อยละ 10 ของปีงบประมาณก่อน	27	8.37	
จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่		6	5.17	
จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องรายใหม่		5	4.31	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. งานวิจัย: การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลเชียงใหม่
2. การพัฒนาระบบบริการโดย Health Station กับการมีส่วนร่วมของชุมชนด้วย 3 หมอ เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยงเกิด Health literacy รู้ตัวเลข รู้เสี่ยง รู้ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน

และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (ตา ไต เท้า หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ) ด้วยเครื่องมือLine OA “SRR7”
อ.เชียงใหม่ 116 หมู่บ้าน

3. นวัตกรรม 6 สี 5รู้สู้โรคไต

7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

โอกาสพัฒนา ต่อยอดผลงาน: กำลังดำเนินการ

- Role Model ทั้งระดับบุคคลชุมชนในการจัดการปัญหา NCDs

8. ภาพประกอบ



โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เชื่อมโยงชุมชนรักชาติ ชะลอภาวะไตเรื้อรัง
(4Cs model) โดย อสม.เชี่ยวชาญ เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ ปี2566-2567



ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

4.7 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 7

4.8 ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายวัฒนพงษ์ อุทรส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- มีคณะกรรมการStroke, คณะกรรมการ Service plan, คณะกรรมการ PCT

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลเชียงยืน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มโรค Acute Stroke ปี 2564 – 2567 จำนวน 137 165, 110 และ 89 ราย ตามลำดับ เข้าทัน Stroke Fast track จำนวน 64, 69, 76, 41 และ 36 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วย Strokesรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปีและมีโรคประจำตัวเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวนผู้ป่วย Stroke เข้ารับบริการ Stroke fast track น้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้เนื่องจากไม่ทราบอาการ มีผู้ป่วยบางราย คัดกรองไม่ถูกต้อง ล่าช้า และมีผู้ป่วย Stroke สามารถบำบัดบุหรี่ยังมีน้อย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Stroke รายใหม่ ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 110 ราย มีรายละเอียดดังนี้

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วงอายุ (ปี)				
- 21-30	-	-	4	4.49
- 31-40	3	2.72	1	1.12
- 41-50	8	7.27	11	12.35
- 51-60	24	21.18	23	25.84
- 61-70	31	28.1	28	31.46
- 71-80	33	30	15	16.85
- 81-90	8	7.27	6	6.74
- 91-100	1	8.18	1	1.12

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. เพศ				
- ชาย	59	53.63	50	56.17
- หญิง	51	46.36	39	43.82
2. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง				
- DM	17	15.45	15	16.85
- DM+HT	29	26.36	9	10.11
- HT	16	14.54	13	14.60
- DM+HT+ DLP	10	9.09	7	7.86
- Smoking	10	9.09	1	1.12
- ไม่มีโรคประจำตัว	24	21.8	37	41.57
- AF	2	1.81	4	4.49
- DM+AF	1	0.9	3	3.37
- HT+ AF	1	0.9	-	-
3. พื้นที่				
- ต. เชียงยืน	24	21.8	26	29.21
- ต. หนองซอน	13	11.81	12	13.48
- ต. ดอนเงิน	20	18.18	8	8.98
- ต. นาทอง	12	10.90	8	8.98
- ต. กุ้ทอง	14	12.72	9	10.11
- ต. เสือเฒ่า	18	16.36	11	12.35
- ต. โพนทอง	9	8.18	9	10.11
- ต. เหล่าบัวบาน	-	-	6	6.74

จากการวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2566

1. ช่วงอายุ พบมากที่สุด 1) 71-80 ปี จำนวน 33 ราย ร้อยละ 30 2) อายุ 61-70 ปี จำนวน 31 ราย ร้อยละ 28.1 และ 3) อายุ 51-60 ปี จำนวน 31 ราย ร้อยละ 21.8

2. เพศ พบมากที่สุด 1.) เพศชาย จำนวน 59 ราย ร้อยละ 53.63 2.) เพศหญิง จำนวน 51 ราย ร้อยละ 46.36

3. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง พบมากที่สุด 1.) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 24 ราย ร้อยละ 21.8 2.) DM+HT จำนวน 29 ราย ร้อยละ 26.36 3.) DM จำนวน 17 ราย ร้อยละ 15.45 4.) HT จำนวน 16 ราย ร้อยละ 14.54

4. พื้นที่ พบมากที่สุด 1.) ต. เชียงยืน จำนวน 24 ราย ร้อยละ 21.8 2.) ต. ดอนเงิน จำนวน 20 ราย ร้อยละ 18.18 3.) ต. เสือเต่า จำนวน 18 ราย ร้อยละ 16.36 4.) ต. กู่ทอง จำนวน 14 ราย ร้อยละ 12.72 5.) ต. หนองซอน จำนวน 13 ราย ร้อยละ 11.81 6.) ต. นาทอง จำนวน 12 ราย ร้อยละ 10.90 7.) ต. โพนทอง จำนวน 9 ราย ร้อยละ 8.18

จากการวิเคราะห์ ปีงบประมาณ 2567

1. ช่วงอายุ พบมากที่สุด 1.) 61-70 ปี จำนวน 28 ราย ร้อยละ 31.46 2.) อายุ 51-60 ปี จำนวน 23 ราย ร้อยละ 25.84 และ 3.) อายุ 51-60 ปี จำนวน 31 ราย ร้อยละ 21.18

2. เพศ พบมากที่สุด 1.) เพศชาย จำนวน 50 ราย ร้อยละ 56.17 2.) เพศหญิง จำนวน 39 ราย ร้อยละ 43.82

3. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง พบมากที่สุด 1.) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 37 ราย ร้อยละ 41.57 2.) DM จำนวน 15 ราย ร้อยละ 16.85 3.) HT จำนวน 13 ราย ร้อยละ 14.60 4.) DM+HT จำนวน 9 ราย ร้อยละ 10.11

4. พื้นที่พบมากที่สุด 1.) ต. เชียงยืน จำนวน 26 ราย ร้อยละ 29.21 2.) ต. หนองซอน จำนวน 12 ราย ร้อยละ 13.48 3.) เสือเต่า จำนวน 11 ราย ร้อยละ 12.35 4.) ต. กู่ทอง จำนวน 9 ราย ร้อยละ 10.11 5.) ต. โพนทอง จำนวน 9 ราย ร้อยละ 10.11 6.) ต. นาทอง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 8.98 7.) ต. ดอนเงิน จำนวน 8 ราย ร้อยละ 8.98

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่า ร้อยละ 7	0 (0/165)	0	1 (1/110)	0.90	0 (0/89)	0

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. บริการปฐมภูมิ ประชาสัมพันธ์อาการ Stroke ให้ประชาชน ติดป้ายประชาสัมพันธ์ BEFAST ทุกรพ.สต.

ให้ความรู้ BEFAST ในกลุ่มเสี่ยงในรพ.สต. จัดระบบ Fast track ในรพ.สต. และแบบคัดกรอง BEFAST และให้ความรู้ อสม.ในการดูแลผู้ป่วย stroke

2. บริการในโรงพยาบาล

- พัฒนาการเข้าถึงบริการ
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงการเข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและช่องทาง1669
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วย CVD Risk และจัดกิจกรรมการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีค่าCVD Risk สูง สูงมาก สูงอันตราย โดยเข้าฐานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ (โรค อาการ BEFAST การปฏิบัติตัว อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง)

- พัฒนาการคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke โดยใช้ BEFAST
- จัดระบบการดูแล ส่งต่อผู้ป่วย Stroke และ Stroke fast track ใน ER และIPD
- จัดคลินิกดูแลผู้ป่วย Stroke
- มีเตียงรับผู้ป่วย Stroke หลังส่งกลับมารักษาที่ IPD
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย Stroke

3.บริการปฐมภูมิ ประชาสัมพันธ์อาการ Stroke ให้ประชาชน ติดป้ายประชาสัมพันธ์ BEFAST ทุกรพ.สต.

ให้ความรู้ BEFAST ในกลุ่มเสี่ยงในรพ.สต. จัดระบบ Fast track ในรพ.สต. และแบบคัดกรอง BEFAST และให้ความรู้ อสม.ในการดูแลผู้ป่วย stroke

4.บริการในโรงพยาบาล

- พัฒนาการเข้าถึงบริการ
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงการเข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองและช่องทาง1669
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วย CVD Risk และจัดกิจกรรมการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีค่าCVD Risk สูง สูงมาก สูงอันตราย โดยเข้าฐานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ (โรค อาการ BEFAST การปฏิบัติตัว อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง)

- พัฒนาการคัดกรอง/วินิจฉัย Stroke โดยใช้ BEFAST
- จัดระบบการดูแล ส่งต่อผู้ป่วย Stroke และ Stroke fast track ใน ER และIPD
- จัดคลินิกดูแลผู้ป่วย Stroke

-จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke non fast track เพื่อส่งไป CT scan ที่ร.พ. โกสุมพิสัยและรับกลับมา Admit ในกรณี Ischemic stroke

-มีเตียงรับผู้ป่วย Stroke หลังส่งกลับมารักษาที่ IPD

-พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย Stroke

4. Integration (บูรณาการ)

มีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองร่วมกับทีม Intermediated care คณะกรรมการทีมสหวิชาชีพ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- ติดตามความก้าวหน้าโดยติดตามตัวชี้วัดรายเดือน ในการประชุม คณะกรรมการ Service plan และ คณะกรรมการทีมสหสาขาวิชาชีพ และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่าร้อยละ 7	0 (0/89)	0	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. CQI เรื่องการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke fast track
2. งานวิจัยเรื่องการศึกษาการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มี CVD RISK สูง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงใหม่
3. โครงการ Health station

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

- ให้พัฒนาโปรแกรมการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Stroke ที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่าย

8. ภาพประกอบ

-อบรมให้ความรู้ข้อสม. และผู้ติดตามเสพติด เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น อาการและการดูแลผู้ป่วย Stroke , STEMI



ประเด็นที่ 4 : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

4.9 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 9

4.10 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60

4.11 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางสาวจิตาภา สมณีธนโชติ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางสาวเอมอร ถ้ำเลิศ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

นางอัจฉรา วรรณชาติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- มีคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
- มีคณะกรรมการทีมสหวิชาชีพ
- คณะกรรมการ Service plan

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ 2566 และ 2567 จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี มีโรคประจำตัวเบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและมีประวัติการ สูบบุหรี่ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาที ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้แต่มีรายใช้ระยะเวลารอ Consult นาน บางรายไม่ปฏิบัติตามแนวทางการคัดกรอง และการดูแลรักษา

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ช่วงอายุ (ปี)				
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	0	0	0	0
- 41-50	0	0	0	0
- 51-60	1	16.67	1	9.09
- 61-70	1	16.67	7	63.64
- 71 ปีขึ้นไป	4	66.67	3	27.27

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. เพศ				
- ชาย	5	83.33	8	72.72
- หญิง	1	16.67	3	27.27
2. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยงที่พบ				
- DM	2	20	5	27.78
- HT	3	30	3	16.67
-Old CVA	0	0	2	11.11
- Smoking	3	30	4	22.22
- IHD	0	0	2	11.11
-Old TB	0	0	1	5.56
-COPD	1	10	0	0
- ไม่มีโรคประจำตัว	1	10	2	11.11
3. พันที่				
- ต. เชียงยืน	2	33.33	2	18.18
- ต. หนองซอน	1	16.67	3	27.27
- ต. ดอนเงิน	1	16.67	2	18.18
- ต. นาทอง	0	0	2	18.18
- ต. กุทอง	0	0	1	9.09
- ต. เสือเต่า	0	0	0	0
- ต. โพนทอง	2	33.33	0	0

วิเคราะห์ข้อมูลปี งบประมาณ 2566- 2567

1. จำนวนผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ 2566 มีจำนวน 6 ราย ได้รับ SK 2 ราย ทำ PCI 4 ราย ปีงบประมาณ 2567 ช่วงเดือน ตุลาคม 66-พฤษภาคม 67 มีจำนวนผู้ป่วย 11 ราย ได้รับ SK 2 ราย ทำ PCI 8 ราย ปฏิเสธ PCI 1 ราย
2. อายุ ส่วนใหญ่ ปีงบประมาณ 2566 71 ปีขึ้นไปและ ปีงบประมาณ 2567 ช่วงอายุ 61-70 ปี
3. เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยเพศ ปีงบประมาณ 2566 ชาย 5 ราย เพศหญิง 1 รายและ ปี 2567 ชาย 8 ราย เพศหญิง 3 ราย

4. โรคประจำตัว/ปัจจัยเสี่ยง ปี งบ 2566 เรียงตามลำดับ 1) HT 3 ราย (30 %) 2) Smoking 3 ราย (30 %) 3) DM 2 ราย (20%) 4) COPD 1 ราย (10%) 5) ไม่มีโรคประจำตัว 1 ราย (10%) ปีงบประมาณ 2567 เรียงตามลำดับ 1) DM 5 ราย (27.78%) 2) Smoking 4 ราย (22.2 %) 3) HT 3 ราย (16.67%) 3) CVA เดิม 2 ราย (11.11%) 4) IHD เดิม 2 ราย (11.11%) 5) ไม่มีโรคประจำตัว 2 ราย (11.11%) 6) Old TB 1 ราย (5.56%)

- สูบบุหรี่ สูบบุหรี่จำนวน 4 ราย เลิกครบ 6 เดือน 1 ราย กำลังบำบัดรักษา 3 ราย

5. พบในพื้นที่ ปี งบ 2566 เรียงตามลำดับ 1.) ต. เชียงยืน 2 ราย (33.33%) 2.) ต. โพนทอง 2 ราย (33.33%) 3.) ต.หนองซอน 4 ราย (16.67%) 4.) ต. ดอนเงิน 2 ราย (16.67%)

ปี งบประมาณ 2567 เรียงตามลำดับ 1) ต. หนองซอน 4 ราย (27.7%) 2) ต. เชียงยืน 2 ราย (18.18%) 3.) ต. ดอนเงิน 2 ราย (18.18%) 4.) ต. นาทอง 2 ราย (18.18%) 5.) ต. กุ้ทอง 1 ราย (9.09%)

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
4.9 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	น้อยกว่า ร้อยละ 9	0	0	0	0	0	0
4.10 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	6/6	100	2/2	100	2	100
4.11 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	3/3	100	4/4	100	8/9	88.88

จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์ พบว่าผู้ป่วย STEMI ปี 2566 ได้รับการเปิดเส้นเลือดทุกราย มีข้อห้ามในการให้ SK อาการรุนแรง หลัง Consult ให้ทำ PCI (ไม่มี late STEMI) ส่วนในปี 2567 ได้รับการเปิดเส้นเลือด มีเพียง 1 รายที่ปฏิเสธ PCI

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1) ระบบบริการ (Service delivery)

1. บริการปฐมภูมิ

- จัดทำโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- โครงการ Health station
- โครงการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- โครงการเฝ้าระวังภาวะอ้วนลงพุง
- ติดป้ายประชาสัมพันธ์ 1669 อาการ Chest pain
- จัดทำ CPG STEMI ในร.พ.สต.
- ให้ความรู้สู่ชุมชนพื้นฐาน อสม.อาการ Chest pain
- มีระบบ Consult แพทย์จากร.พ.สต. ทางโทรศัพท์
- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

2. บริการในโรงพยาบาล

- ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงการเข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคและช่องทาง1669
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ด้วย CVD Risk และจัดกิจกรรมการให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีค่าCVD Risk สูง สูงมาก สูงอันตราย โดยเข้าฐานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพ (โรค อาการ Chest pain การปฏิบัติตัว อาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การรักษาต่อเนื่อง)
 - มีคลินิกเลิกบุหรี่ บำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่
 - จัดระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track
 - พัฒนาการคัดกรอง/วินิจฉัย STEMI
 - จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ทั้ง STEMI และ NSTEMI
 - จัดทำแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด
 - จัดระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อกับร.พ.ศูนย์ขอนแก่น และศูนย์หัวใจสิริกิติ์
 - ลงโปรแกรม ACS Registry
 - มีแผนจัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย Fast track, ACLS, BLS
 - จัดให้มียา Anti-platelet
 - ทบทวนเวชระเบียนทั้งในระดับทีมร.พ.และระดับจังหวัด
 - จัดระบบการดูแล ส่งต่อผู้ป่วย STEMI fast track ใน ER และIPD

- ติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหน่วยปฐมภูมิและพยาบาลรพ.สต.
- เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม BLS และ ACLS
- มีโปรแกรมการส่งต่อผู้ป่วย N-Refer
- เฝ้าระวังดูแลขณะส่งต่อ โดยระบบ Telemedicine
- มีความพร้อมรพพยาบาลและอุปกรณ์ช่วยชีวิต บุคลากรที่มีสมรรถนะส่งต่อ และจัดเจ้าหน้าที่ใน

การส่งต่อ 3 คน ตลอด 24 ชั่วโมง

4. Integration (บูรณาการ)

- งานเชิงรุก ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต CVD risk ให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ตาม CVD RISKกิจกรรมรณรงค์เพิ่มการเข้าถึงบริการระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดหัวใจ และเน้นให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ
- คลินิกโรคเรื้อรังการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ตาม CVD RISK
- บูรณาการร่วมกับคลินิกเล็กบุหรี เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- การติดตามความก้าวหน้าโดยติดตามตัวชี้วัดรายเดือน ในการประชุม คณะกรรมการ Service plan และคณะกรรมการทีมสหสาขาวิชาชีพ และทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
4.9 อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	น้อยกว่าร้อยละ 9	0	0	
4.10 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	2/2	100	
4.11 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	≥ ร้อยละ 60	8/9	88.88	



6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

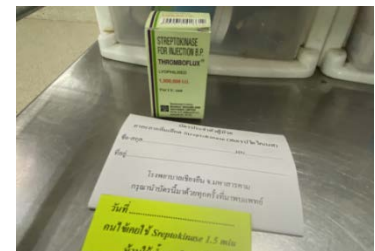
1. CQI เรื่องการพัฒนาผู้ป่วย STEMI Fast track
2. CQI เรื่องการพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วย Chest pain
3. CQI เรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา
4. งานวิจัยเรื่องการศึกษการใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยที่มี CVD RISK สูง ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเชียงใหม่
5. โครงการ Health station

8. ภาพประกอบ

1.โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงและให้ความรู้การเจ็บหน้าอก



2.เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินรพยาบาลพร้อมใช้ และยาละลายลิ่มเลือด



3.ฝึกสมรรถนะบุคลากร



ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

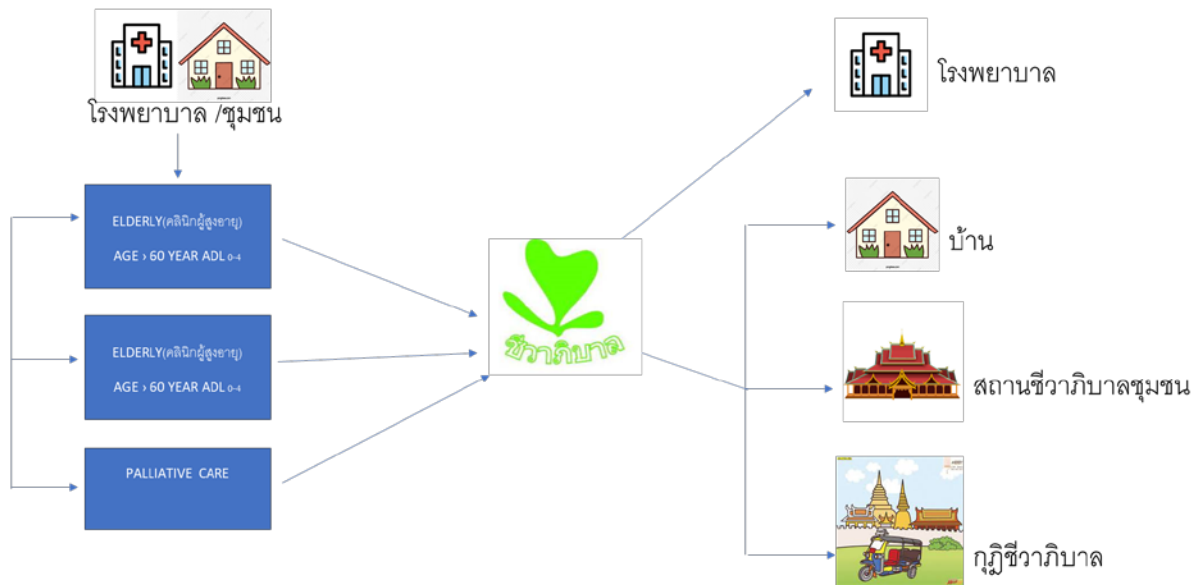
ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
5.1 ให้บริการในสถานชีวาภิบาล	มีบริการ	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	84	100
5.5 โรงพยาบาลที่มีศูนย์ชีวาภิบาล ในโรงพยาบาล (บูรณาการ palliative, LTC, elderly care)	มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	158	100

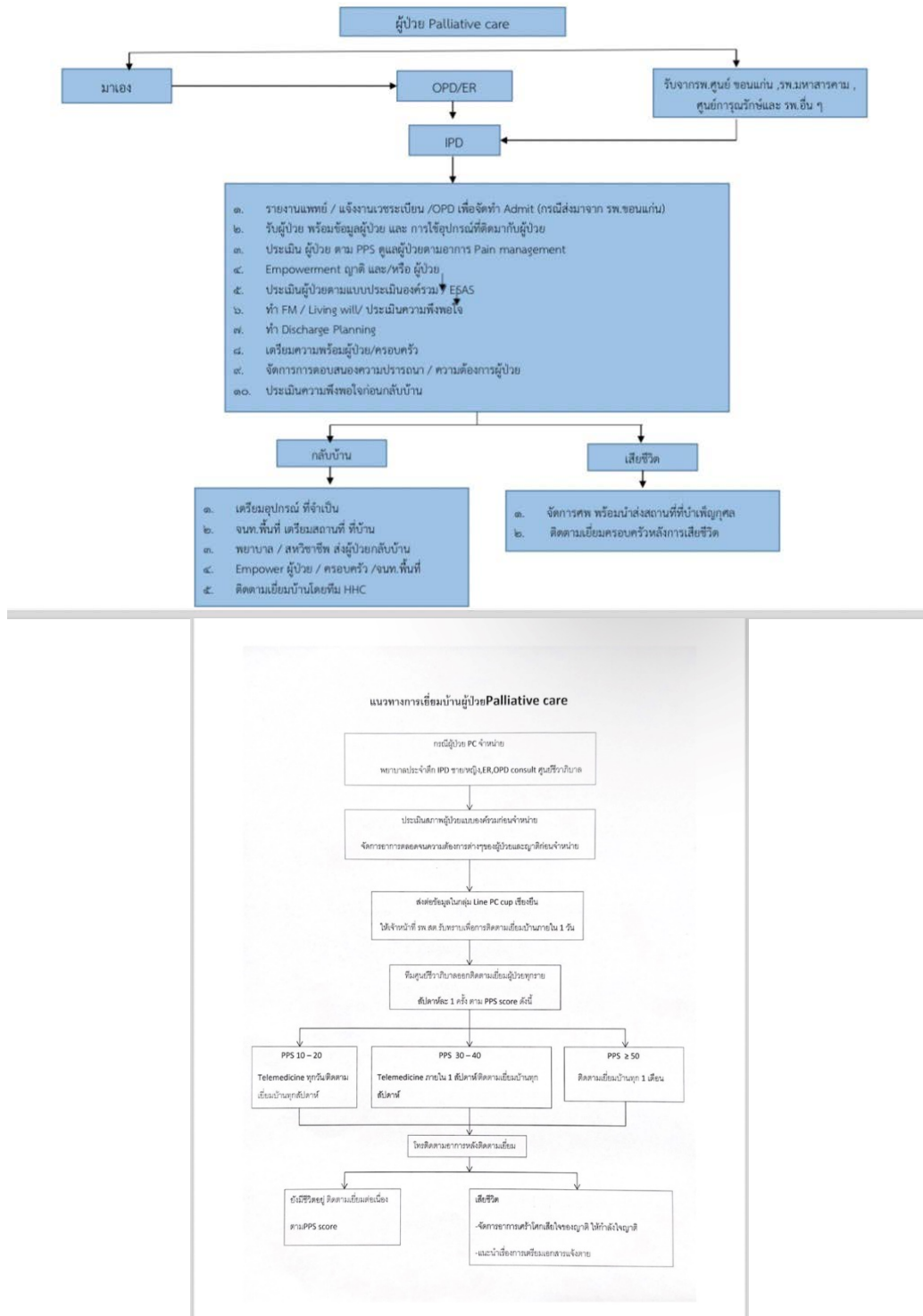
Palliative 84 ราย / ติดเตียง ADL 0-4 64 ราย / คัดกรองสมองเสื่อม 10 ราย รวม 158 ราย

2. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

แนวทางการดูแลศูนย์ชีวาภิบาลโรงพยาบาลเชียงใหม่



4. Integration (บูรณาการ)



5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

มีทีมสหวิชาชีพและแพทย์ดูแลในศูนย์ชีวาภิบาล และมีเครือข่ายในการติดตามดูแลเยี่ยมบ้าน

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างมีคุณภาพในสถานชีวาภิบาล	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	179	92.27	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้น้ำมันกัญชา อ.เดชา ในกลุ่ม (Palliative Care) ในโรงพยาบาล เชียงยีน จังหวัดมหาสารคาม โดยนางสาวธัญลักษณ์ เทียงท่า ตำแหน่งแพทย์แผนไทย
- CQI เรื่องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative care โรงพยาบาลเชียงยีน อำเภอเชียงยีน จังหวัดมหาสารคาม โดย นางรสรินทร์ เซวรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นางชัชฎา สมณีภรณ์โชติ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

- พัฒนา one stop service Palliative
- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย PC โดยมีการการสร้างทีมสหวิชาชีพ สร้างเครือข่ายร่วมกับ รพ.สต. อสม. และ CG
- พัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วย PC ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย
- พัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PC โดยการใช้ Telemedicine และ group line เพื่อเพิ่มช่องทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยช่วยในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยรวดเร็วมากขึ้น
- พัฒนาศักยภาพ ของแพทย์และเภสัชกร โดยการส่งอบรมหลักสูตรการรักษาและดูแลผู้ป่วย PC ทดแทนแพทย์ที่ลาออกจากราชการ ภายในปี 2567



สถานชีวาภิบาล



สถานการณ์

- สถานชีวาภิบาล 1 แห่งที่ รพ.เชียงใหม่
- กุฏิสถานชีวาภิบาล 1 แห่ง ที่ วัดปิยจิมเชียงใหม่



สถานชีวาภิบาล (ต่อ)

Intervention

- จัดตั้งคณะกรรมการสถานชีวาภิบาลระดับในโรงพยาบาล
- บูรณาการการดูแลกับงาน Palliative Care และ LTC





สถานชีวาภิบาล (ต่อ)



สิ่งที่จะพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2567

- จัดอบรมพระภิกษุอุปฐาก จำนวน 11 รูป ครอบคลุมทุก ตำบล
- พัฒนาบุคลากรด้านการดูแลระยะประคับประคอง
- พัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกับ service plan มะเร็ง ,ผู้ป่วยใน, PCT
- พัฒนา one stop service
- จัดระบบการ ดูแลผู้ป่วยโดยใช้ Telemedicine
- จัดระบบการดูแลผู้ป่วยและการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพล่วงหน้าให้กับ ประชาชนทั่วไป sw.สต.



ประเด็นที่ 5 : สถานชีวาภิบาล

5.2 ให้บริการ Home ward

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางนุสรุา ธนเหมะจุลิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
น.ส.เปรมฤดี ภารสำอางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

กลุ่มการพยาบาล โดย งานการพยาบาลผู้คลอดเป็นผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย Home ward

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

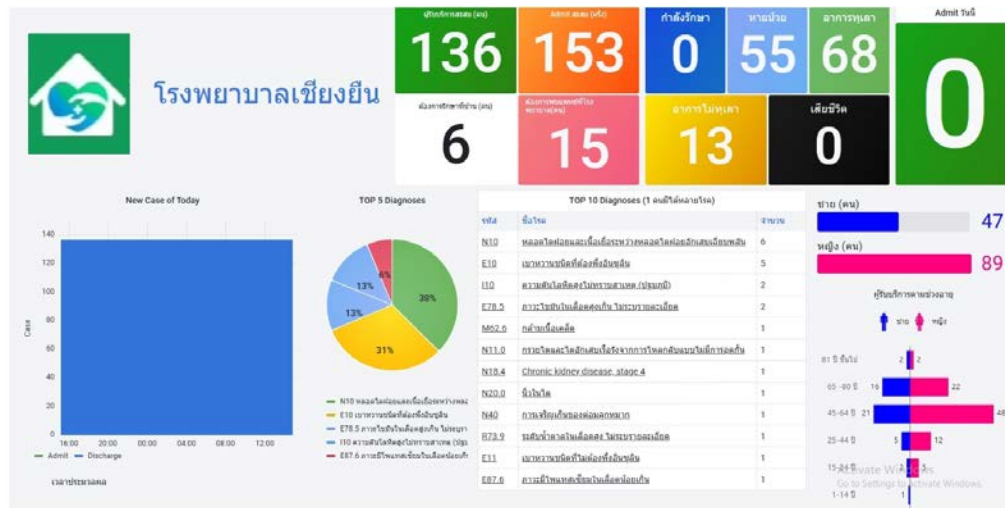
โรงพยาบาลเชียงยืนเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ดูแลประชากรในพื้นที่ 60,000คน ในปี2566 มีผู้ป่วยนอกมารับบริการโดยเฉลี่ย 480 รายต่อวัน ผู้ป่วยในมีอัตราครองเตียง 76.1 % วันนอนเฉลี่ย 2.71วัน เพื่อให้ลดอัตราการครองเตียงและเพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลเชียงยืนได้จัดตั้ง Home ward ขึ้นตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มดำเนินการ วันที่ 4 เมษายน 2566 ในกลุ่มโรคที่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งในปี 2566-2567 มีผู้รับบริการ 27 รายและ 124 ราย ตามลำดับ ผลลัพธ์จากการดำเนินงานผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ไม่มีอาการรุนแรง และได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2566-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน			
		2566(4เม.ย.-30ก.ย.66)		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
5.2 ให้บริการ Home ward	มีบริการ	27	มีบริการ	124	มีบริการ

ในปี 2566-2567 มีผู้รับบริการ 27 รายและ 124 ราย มีโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยได้รับการติดตามอาการจากเจ้าหน้าที่อย่างน้อยวันละ2ครั้ง และได้รับการดูแลหากมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีภาวะฉุกเฉิน



3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. รับนโยบาย สสป. และ สปสช. วันที่ 17 สิงหาคม 2565
2. สัมครเข้าร่วมโครงการและ ส่งแบบประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน
3. ศึกษาดูงาน ที่ รพ.หนองฮี จ.ร้อยเอ็ด
4. ประชุมจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย Home Ward
5. เริ่มดำเนินการ วันที่ 4 เมษายน 2566 ในกลุ่มโรคที่ไม่มีความซับซ้อนมากนัก

ได้แก่ โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โรคเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง

- ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ รับการรักษแบบ Home ward
- ลงทะเบียน Home Ward บน A-med และ Authen
- มอบอุปกรณ์ในการดูแลรักษาเบื้องต้น/ให้คำแนะนำและชี้แจงวิธีสื่อสาร ระหว่าง จนท.กับ ผู้ป่วย
- แพทย์ พยาบาล ดูแลรักษา ติดตามอาการผู้ป่วยทุกวัน ผ่าน VDO call และบันทึกข้อมูลรักษบบน A-med

- เมื่อผู้ป่วยหายแล้ว ทำการ D/C

- ส่ง Claim ผ่าน E-Claim (ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงเจ้าหน้าที่แผนกฉุกเฉินออก รับที่บ้าน เพื่อประเมินอาการ และรับเข้ามา รพ.)

4. Integration (บูรณาการ)

บูรณาการกับทีม PCT

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีการติดตามรายโรคที่ให้บริการ
2. มีการทบทวนในกรณีที่มีอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ปี 2567 มีผู้รับบริการทั้งหมด 124 ราย โดยแบ่งเป็น โรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 34 ราย รักษาหาย 29 ราย ย้าย Admit IPD 5 ราย โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง 83 ราย รักษาหาย 79 ราย Admit 4 IPD ราย โรคความดันโลหิตสูง 7 ราย รักษาหาย 7 ราย รวมผู้ป่วย ปี2567 124 ราย รักษาหาย 115 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.75 Admit IPD 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.25

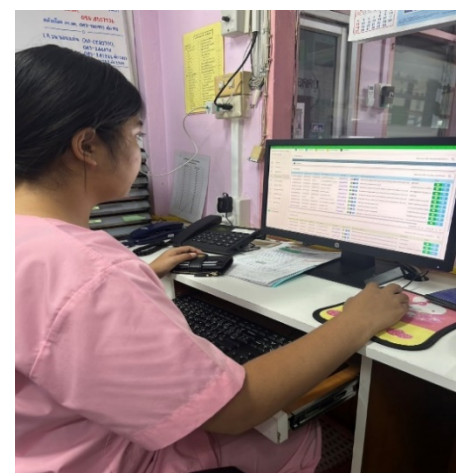
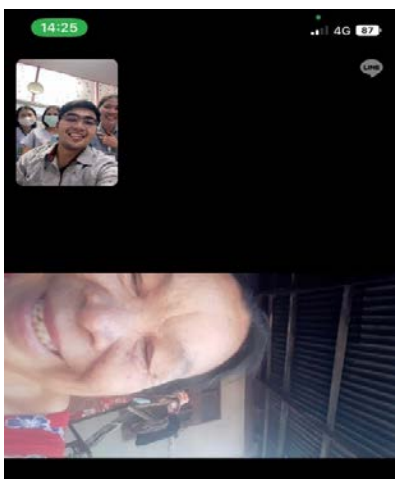
6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Home ward ตามบริบทของโรงพยาบาล

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Home ward ในโรคอื่น ๆ

8. ภาพประกอบ



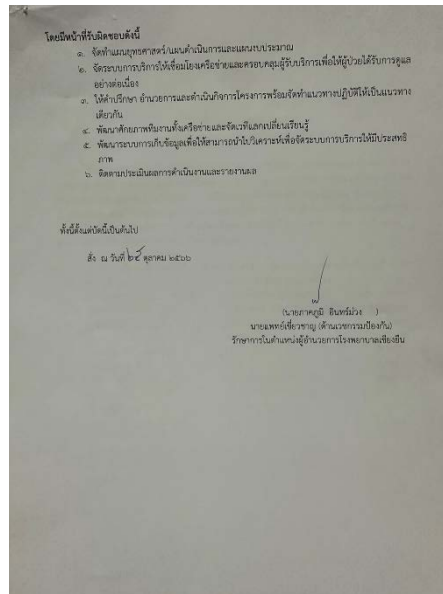
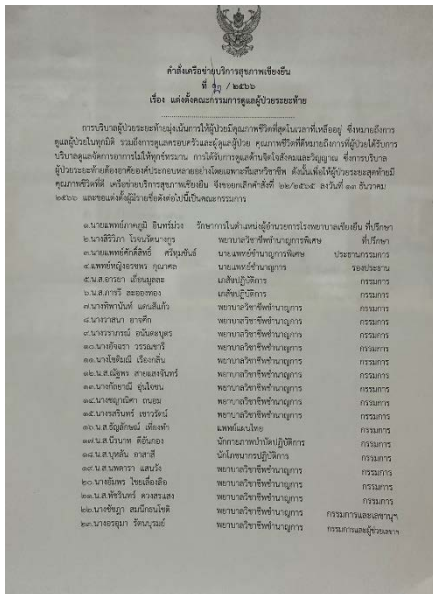
ประเด็นที่ 5 : สถานชีวาภิบาล

5.3 ดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ เป้าหมาย ≥ ร้อยละ 70

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางชัชฎา สมณีภนโชติ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 นางสรินทร์ เขาวรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 น.ส.ธัญลักษณ์ เทียงท่า แพทย์แผนไทย

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)



2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ทั้งที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลและเสียชีวิตที่บ้าน จากสถิติปี2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง 176,217และ194(1ต.ค.2567-31 พ.ค.2567) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการเยี่ยมบ้านและโทรศัพท์ติดตามอาการตามแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าทีมบุคลากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองที่บ้านยังขาดความชำนาญในการใช้อุปกรณ์เช่น การใช้ syringe driver ในการdripยาแก้ปวด และยังมีปัญหาเรื่องการขาดแคลนอุปกรณ์ ได้แก่เครื่องผลิตออกซิเจน, เตียง, ที่นอนลม และยังมีพบว่า ยา กลุ่ม opioid ยังไม่ครอบคลุม



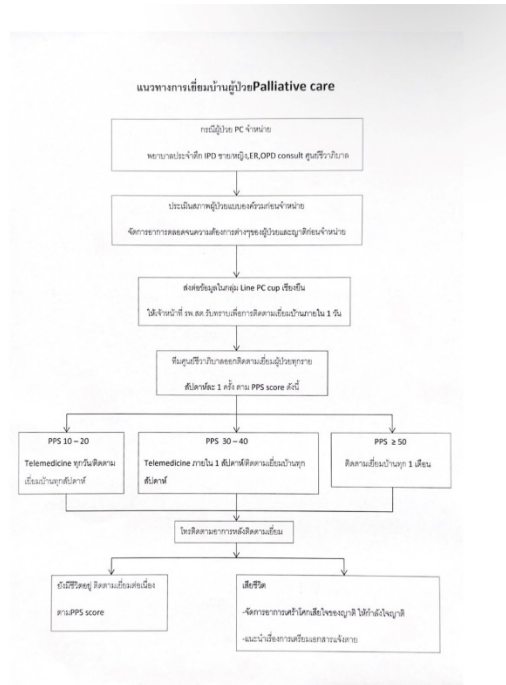
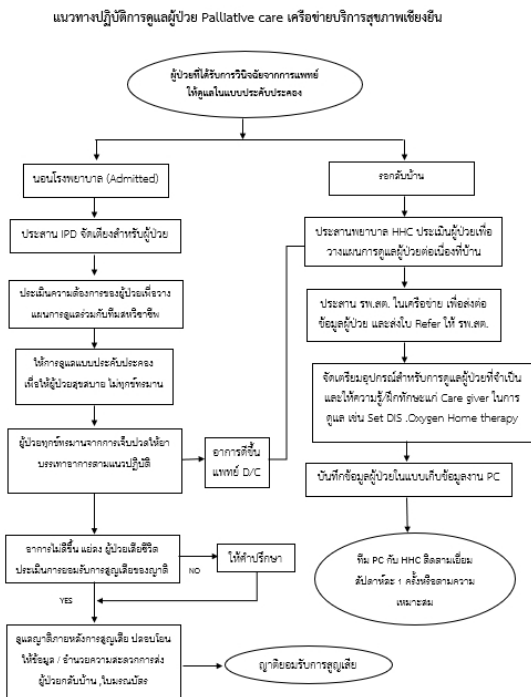
ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5.3 ดูแลตามแผนการดูแล ล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมี คุณภาพ	≥ ร้อยละ 70	176	63.97	217	58.73	194	92.27

ผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ปี 2565 -2567 มีดังนี้ 176/217/194 ราย

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)



4. Integration (บูรณาการ)

บูรณาการการร่วมกับ ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน คลินิกพิเศษ คลินิกโรคเรื้อรัง กลุ่มงานปฐมภูมิ ภายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย โภชนาศาสตร์ รพ.สต.ในอำเภอเชียงใหม่ หน่วยงานภาครัฐในอำเภอเชียงใหม่ อสม. อำเภอเชียงใหม่

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ในระบบข้อมูล (HosxP)
2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยตามแนวทางพร้อมกับการลงข้อมูลในระบบ (HosxP)
3. มีการทบทวนคนไข้และประเมินข้อมูลทุก 1 เดือน

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน(ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ
1) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	มากกว่าร้อยละ 80	179	92.27	
2) การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน	มากกว่าร้อยละ 50	67	87.01	
3) ผู้ป่วยประคับประคองที่ได้รับการดูแลต่อที่บ้าน	มากกว่าร้อยละ 60	90	67.67	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- วิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้น้ำมันกัญชา อ.เดชา ในกลุ่ม (Palliative Care) ในโรงพยาบาล เชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม โดยนางสาวธัญลักษณ์ เทียงท่า ตำแหน่งแพทย์แผนไทย
- CQI เรื่องการพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative care โรงพยาบาลเชียงใหม่ อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม โดย นางรสรินทร์ เชาวรัตน์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, นางชัชฎา สมณีภรณ์โชติ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/โอกาสพัฒนา

- พัฒนา one stop service Palliative
- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย PC โดยมีการการสร้างทีมสหวิชาชีพ สร้างเครือข่ายร่วมกับรพ.สต. อสม. และ CG
- พัฒนาแนวทางการค้นหาผู้ป่วย PC ในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย
- พัฒนาแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย PC โดยการใช้ Telemedicine และ group line เพื่อเพิ่มช่องทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยช่วยในการจัดการอาการที่ไม่สุขสบายของผู้ป่วยรวดเร็วมากขึ้น
- พัฒนาศักยภาพ ของแพทย์และเภสัชกร โดยการส่งอบรมหลักสูตรการรักษาและดูแลผู้ป่วย PC ทดแทนแพทย์ที่ลาออกจากราชการ ภายในปี 2567

ภาพประกอบตัวชี้วัดนี้





แบบฟอร์มการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย (PIT) แบบ
ประเมินการดูแลผู้ป่วย PIT แบบ
วันที่: _____

ชื่อผู้ป่วย: _____
ชื่อแพทย์: _____
ชื่อพยาบาล: _____
ชื่อเภสัชกร: _____
ชื่อพยาบาลวิชาชีพ: _____
ชื่อผู้ประเมิน: _____

วัตถุประสงค์ของการประเมิน (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง):
 ประเมินการดูแลผู้ป่วย
 ประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะบุคคล
 ประเมินการดูแลผู้ป่วยแบบเฉพาะโรค

ผลการประเมิน (เลือกข้อใดข้อหนึ่ง):
 ดีเยี่ยม
 ดี
 พอใช้
 ไม่ดี
 ไม่ดีเยี่ยม

ข้อเสนอแนะ:

วันที่ประเมิน: _____
ชื่อผู้ประเมิน: _____
ตำแหน่ง: _____



ประเด็นที่ 5 : สถานชิวาภิบาล

5.4 โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางจิราภรณ์ ภูปรีม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

การดำเนินงานผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นการดำเนินงานรูปแบบของ ทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการต่างๆทั้งในและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ครอบคลุมผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสม

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและมีการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาวะที่มีผู้สูงอายุมากขึ้นในขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลง และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมีการเคลื่อนย้ายแรงงานโดยเฉพาะคนหนุ่มสาวที่ละทิ้งบ้านเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยวอยู่ตามลำพัง และสภาวะสุขผู้สูงอายุที่เสื่อมลงการเข้ามารับบริการที่ รพ. ในกลุ่มของผู้สูงอายุ หน่วยบริการต้องมีการจัดระบบบริการที่ลดความยุ่งยากและซับซ้อนเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกรวดเร็ว รพ.เชียงใหม่จึงได้จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อตรวจคัดกรองประเมิน Geriatric Assessment รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่เสี่ยงจะพลัดตกหกล้ม และผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะสมองเสื่อม เพื่อให้ได้รับการดูแลและส่งต่ออย่างเหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

การดำเนินงานด้านคลินิกบริการผู้สูงอายุในปี 2566 ที่ผ่านมา ของอำเภอเชียงใหม่ มุ่งเน้นการตรวจคัดกรองประเมิน Geriatric Assessment ร่วมกับการประเมินความเสี่ยงของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และร่วมกับทีมสหวิชาชีพแก้ไขปัญหา มุ่งเน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอาการมีนชาซ่าเท้ามากและการทรงตัวไม่ดีและมีประวัติหกล้มในระยะเวลา 6 เดือน โดยจะมีการประสานงานแพทย์แผนไทยร่วมดูแล และฝึกการบริหารกล้ามเนื้อและสอนให้สามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้ รวมทั้งงานกายภาพบำบัดได้มอบอุปกรณ์การช่วยการเคลื่อนไหวให้ผู้สูงอายุในรายที่มีความเสี่ยงสูงที่จะพลัดตกหกล้ม ส่วนการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านมีความเสี่ยงสมองเสื่อมในปี 2566 หน่วยบริการมุ่งเน้นการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงจะสมองเสื่อมส่วนกิจกรรมที่จะดำเนินการฟื้นฟูด้านสมองยังไม่สามารถดำเนินการในคลินิกได้โดยทางคลินิกมีแผนการที่จะดำเนินการฟื้นฟูกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะสมองเสื่อมตามโปรแกรมการฟื้นฟูสมอง ในปีงบประมาณ 2568 ต่อไป

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรม ดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
5.4 โรงพยาบาลที่มีคลินิก ผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริการ	ผ่าน เกณฑ์	NA	NA	ผ่าน เกณฑ์1 แห่ง	100	ผ่าน เกณฑ์1 แห่ง	100

โรงพยาบาลเชียงใหม่ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ปี2567 ตามเกณฑ์ ด้วยคะแนน 94 คะแนน ในระดับดีมาก

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

- 1.) ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและแนวทางการดำเนินงานในคลินิก
- 2.) จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกอย่างเป็นระบบ
- 3.) ประสานคลินิกเรื้อรังเพื่อบูรณาการการดูแลตรวจประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในเวลาเช้าวันพฤหัสบดี
- 4.) ประสานงาน กลุ่มงานปฐมภูมิเพื่อคัดกรองผู้เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
เข้ารับการตรวจสุขภาพประเมิน 9 ด้านโดยให้รถโรงพยาบาลไปรับ-ส่งใน พื้นที่เวลา 13.00 น.ของวันพฤหัสบดีวัน
ละ 5 คน
- 5.) ประสานทีมนักกายภาพ นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ และ พยาบาลจิตเวช เมื่อพบว่า
ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและเร่งด่วน
- 6.) ประสาน เกสซ์กรในการประเมินการใช้ยาในแต่ละรายบุคคล
- 7.) ประสานแพทย์เพื่อตรวจร่างกายและส่งต่อในรายที่มีปัญหาซับซ้อน และติดตามผล

แผนงานโครงการ / กิจกรรม/ (เฉพาะที่สำคัญและเด่น)

จัดกิจกรรม มอบของขวัญ ถวายโครงการ ปันรักปันสุขมอบรอยยิ้มผู้สูงอายุอำเภอเชียงใหม่ ในวันเปิด
ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการ



4. Integration (บูรณาการ)

การดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งในโรงพยาบาลโดยมีคลินิกผู้สูงอายุและทีมสหวิชาชีพดูแลตามปัญหาเร่งด่วนและหน่วยงานปฎิบัติการโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีการจัดทำแผนการดูแลร่วมกับ อสม.และ Caregiver ที่ชุมชน และเยี่ยมติดตามในรายที่มีปัญหาเรื้อรังที่ต้องติดตามดูแลตามปัญหาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกว่ามีคุณค่า ไม่เป็นภาระสังคม

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
1. โรงพยาบาลเชียงใหม่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป	ผ่านเกณฑ์	1 แห่ง	100	
2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		70 คน	100	
2.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		10 คน	100	
2.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ		70 คน	100	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1) การจัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุในคลินิกบริการ โดยใช้แบบคัดกรองเน้นการประเมินสุขภาพ 9 ด้านคัดกรองรวมกับการประเมินสมองตามแบบประเมิน TMSE , MOCA , การประเมินด้านสุขภาพจิต และการประเมินการเคลื่อนไหวตามการประเมิน TUGT (Time UP and GO Test)เพื่อคัดกรองกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจะพลัดตกหกล้ม และออกแบบใช้แฟ้มประวัติเป็นรายบุคคล (Port Folio) เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ ได้บันทึกการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละราย และแก้ปัญหาเร่งด่วนเป็นรายกรณี

2) วิจัย เรื่องการติดตามและประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมพระราชทาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ โดย นางสาวจิรัชญา พันระไชย ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ



3) วิจัย เรื่องการพัฒนาารูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเชียงใหม่ อําเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม โดย นางจิราภรณ์ ภูปรี้ม ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

ผู้ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีแผนการที่จะเข้ารับการอบรมโปรแกรมการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงจะสมองเสื่อมในปี 2568 และวางแผนจัดทำกิจกรรมโปรแกรมการฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะสมองเสื่อมต่อไป







ประเด็นที่ 6 : ดิจิทัลสุขภาพ(One ID Card Smart Hospital)

6.1 ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)

6.2 ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ(Smart Hospital)

6.3 HAIT

6.4 มีบริการการแพทย์ทางไกล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายสถิตย์ เรียนพิศ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

นางยุพิน หิรัญพต ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

น.ส.พนิดา สีดาช่วย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

นางชุตินันท์ แก้วหล้า ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

นายคมสันต์ ชมภูราช ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยกับระบบ MOPH PHR ของกระทรวงสาธารณสุข มีการส่งข้อมูลเข้าระบบแบบ Realtime ผ่าน Agent ของโปรแกรม BMS HOSxP โดยจากรายงานสถิติการส่งข้อมูลของโรงพยาบาลในระบบ Dashboard ของกระทรวงฯ พบว่ามีสถานะการส่งเข้าระบบเป็นปกติ (สีเขียว)

ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

สถานการณ์ปัจจุบัน/สภาพปัญหา

ปัจจุบัน โรงพยาบาลเชียงใหม่ มีคะแนนประเมินตนเอง 890 คะแนน (ระดับเงิน) โดยแยกเป็น

- ด้านโครงสร้าง 235 คะแนน
- ด้านบริหารจัดการ 235 คะแนน
- ด้านการให้บริการ 180 คะแนน
- ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล 240 คะแนน

จากนโยบายการยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) โรงพยาบาลได้ทำการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาหลักๆ ดังนี้

บุคลากร/เจ้าหน้าที่

1. การขาดทักษะด้านสารสนเทศ, การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้งาน
2. คาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล เช่น ระบบเรียกคิว ระบบจองคิวออนไลน์ ระบบ Telemedicine เป็นต้น
3. การยอมรับการเปลี่ยนแปลง บุคลากรบางส่วนอาจยังมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงไปสู่ระบบการทำงานรูปแบบใหม่

แนวทางการแก้ไข

1. การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลมีการวางแผนการฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถใช้ระบบสารสนเทศใหม่ มีการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลประชาชน
2. โรงพยาบาลมีการสื่อสารกับบุคลากรเกี่ยวกับประโยชน์ของการยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ
3. สนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบและพัฒนาระบบการทำงานใหม่

ประชาชน/ผู้มารับบริการ

1. ประชาชนกังวลเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย
2. ประชาชนกังวลด้านความเป็นส่วนตัว กังวลว่าข้อมูลที่ถูกเก็บรวบรวมจะหลุดไปอยู่ในมือผู้ไม่ประสงค์ดี
3. ประชาชนบางส่วนขาดทักษะหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้งานเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่โรงพยาบาลนำมาใช้ ทำให้เข้าถึงบริการได้ยากลำบาก

แนวทางการแก้ไข

1. โรงพยาบาลมีการสื่อสารกับประชาชนเกี่ยวกับโรงพยาบาลอัจฉริยะ ถึงประโยชน์และวิธีการจัดเก็บข้อมูลส่วนตัวของประชาชน
2. โรงพยาบาลมีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ อสม. ให้มีทักษะความรู้ด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใหม่ๆ ที่โรงพยาบาลนำมาใช้ เพื่อช่วยชี้แจงและสอนการใช้งานกับประชาชนทั่วไป
3. สร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจกับประชาชนว่าจะได้รับการบริการอย่างเต็มประสิทธิภาพ มีความปลอดภัย

HAIT

สถานการณ์ปัจจุบัน/สภาพปัญหา

1. โรงพยาบาลเชียงใหม่มีนักวิชาการคอมพิวเตอร์และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้านคอมพิวเตอร์ 5 คน โปรแกรมเมอร์ 1 คน วิเคราะห์ข้อมูล 1 คน ดูแลด้านเน็ตเวิร์ก 1 คน เจ้าหน้าที่บริการ/ซ่อมบำรุง 2 คน
2. โรงพยาบาลยังขาดอุปกรณ์ด้าน Infrastructure และอุปกรณ์รักษาความปลอดภัย (Firewall) ที่ได้มาตรฐาน
3. โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการตรวจประเมินด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์โดย INET (ตามนโยบายจากส่วนกลาง) เพื่อจะนำผลการประเมินที่ได้วิเคราะห์และวางแผนการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ได้มาตรฐานตามที่กระทรวงฯ กำหนด

มีบริการการแพทย์ทางไกล

สถานการณ์ปัจจุบัน/สภาพปัญหา

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีการให้บริการ Telemedicine แก่ผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) โดยรูปแบบการให้บริการจะบูรณาการร่วมกับการออกหน่วยใน PCU เครือข่ายบริการอำเภอเชียงใหม่ มีแพทย์ให้บริการจำนวน 1 คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล) มียอดการให้บริการในปีงบประมาณนี้ (ณ 24 มิถุนายน 2567) 299 ครั้ง

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมายปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)	ผ่านเกณฑ์	NA	NA	NA	NA	ผ่าน	-
2. ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)	รอบที่ 2 ระดับทอง 15% (จังหวัด)	NA	NA	NA	NA	ระดับเงิน	-

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
3. HAIT						อยู่ระหว่างดำเนินการ	
4. มีบริการการแพทย์ทางไกล	253 ครั้ง	-	-	172 ครั้ง	102.2%	299 ครั้ง	118.18%

ตัวชี้วัด ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ ส่งข้อมูลเข้าระบบ PHR ของกระทรวงฯ แบบ Realtime สถานะการส่งข้อมูลเป็นสีเขียว

ตัวชี้วัด ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ได้คะแนนการประเมินตนเอง 890 คะแนน (ระดับเงิน) โดยแยกเป็น

- ด้านโครงสร้าง 235 คะแนน
- ด้านบริหารจัดการ 235 คะแนน
- ด้านการให้บริการ 180 คะแนน
- ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล 240 คะแนน

ตัวชี้วัด HAIT

จังหวัดมหาสารคามกำหนดให้โรงพยาบาล ๓ แห่งนำร่องยื่นขอประเมิน HAIT ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลบรบือ และ โรงพยาบาลวาปีปทุม

ตัวชี้วัด มีบริการการแพทย์ทางไกล

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีการให้บริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการบูรณาการร่วมกับหน่วยบริการในเครือข่ายอำเภอเชียงใหม่ โดยในปีงบประมาณ 2567 ให้บริการไปแล้ว 299 ครั้ง เป้าหมายของอำเภอเชียงใหม่ 253 ครั้ง สามารถดำเนินการได้คิดเป็นร้อยละ 118.18 % (ภาพรวมทั้งจังหวัด 14,524 ครั้ง)



3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

ตัวชี้วัด ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)

1. ขึ้นทะเบียน DID สำหรับประชาชน และ Provider ID สำหรับเจ้าหน้าที่
2. แนะนำการใช้งานแอปพลิเคชันหมอพร้อม เพื่อดูประวัติการรับบริการ
3. ส่งข้อมูลเข้าระบบ MOPH PHR แบบ Realtime

ตัวชี้วัด ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

1. จัดทำแผนการปรับปรุงระบบ Infrastructure และ ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ (จัดหาอุปกรณ์เครือข่าย, โปรแกรมป้องกันไวรัส และ NextGen Firewall)
2. ส่งข้อมูลการเคลมเข้าระบบ Financial Data Hub (FDH)
3. ออกแบบและพัฒนาระบบ IPD Paperless
4. พัฒนาระบบ Backoffice

ตัวชี้วัด HAIT

1. ประเมินตนเองเพื่อเตรียมความพร้อมในการขอประเมิน HAIT
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโรงพยาบาลนาร่องเพื่อเตรียมความพร้อม

ตัวชี้วัด มีบริการการแพทย์ทางไกล

1. บูรณาการกับหน่วยบริการต่างๆ ในเครือข่ายบริการอำเภอเชียงยืน
2. เพิ่มกลุ่มผู้ป่วยสำหรับเข้าถึงบริการแพทย์ทางไกล

4. Integration (บูรณาการ)

บูรณาการกับทีมสารสนเทศ เวชระเบียน และทีมนำทางคลินิกต่างๆ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR) มีการติดตามผลการส่งข้อมูลเข้าระบบ MOPH PHR ผ่านเว็บไซต์ <https://phr1.moph.go.th/dashboard/>

ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ติดตามผลการประเมินผ่านเว็บไซต์ <https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/bd563af1-d56c-4c59-bef5-971ab7b5177f/page/auYjD>

มีบริการการแพทย์ทางไกล ติดตามข้อมูลสถิติการให้บริการผ่านเว็บไซต์ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข (<https://mkm.hdc.moph.go.th>)

โรงพยาบาลเชียงใหม่มีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบดิจิทัลสุขภาพ เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ บูรณาการร่วมกับคณะกรรมการบริหาร รพ. ทุกเดือน

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
ยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน (PHR)		ผ่าน สีเขียว	-	
ยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)	รอบที่ 2 ระดับ ทอง 15% (จังหวัด)	ระดับเงิน	-	
HAIT	นำร่องรพ. 3 แห่ง		-	เชียงใหม่ เป้าหมายปี 2568
มีบริการการแพทย์ทางไกล	253 ครั้ง	299 ครั้ง	118.18%	ภาพรวมจังหวัด 14,524 ครั้ง

หมายเหตุ:

HAIT เฉพาะนำร่อง ได้แก่ โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลบรบือ และ โรงพยาบาลลาปีปทุม

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. การพัฒนา ระบบ Health Station เขตสุขภาพที่ 7 (Self Record Region 7 : SRR7)

เป็นระบบสำหรับการบันทึกข้อมูลสุขภาพประชาชน ที่รับบริการใน Health Station ในชุมชน ผ่านระบบ LINE OA โดยเป็นเครื่องมือของ อสม. ในการติดตามสถานะสุขภาพของประชาชนในความรับผิดชอบหรือในกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้ติดตามและรายงานผลการตรวจสุขภาพให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ระบบทำงานแบบ Realtime สามารถส่งข้อมูลและการแจ้งเตือนกรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงให้ CM ในแต่ละพื้นที่แบบอัตโนมัติ นอกจากนี้ ยังมีระบบ Dashboard สำหรับเจ้าหน้าที่ใช้ในการติดตาม และ ประสานงานกับอสม. ผ่านเว็บไซต์ SRR7 โดย นายสถิต เรียนพิศ ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการ

2. งานวิจัยเรื่อง การให้บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โรงพยาบาลเชียงใหม่ ในอำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม โดยนางสาวพนิดา สีดาช่วย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข



3. งานวิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพระบบคิวและการพิสูจน์ตัวตนเข้ารับบริการ (Authen code) ในกลุ่มผู้มารับบริการคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลเชียงใหม่ จ.มหาสารคาม โดยนางชุตินันท์ แก้วหล้า ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

4. งานวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดบริการทางไกล(Tele-nursing)ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเชียงใหม่ จ มหาสารคาม โดยนางยุพิน หิรัญพุด ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. ส่วนกลางควรมีบริการอื่นๆ นอกเหนือจากแอปพลิเคชันหมอพร้อม ที่เป็นการใช้ประโยชน์จาก PHR เช่น ระบบส่งต่อ, ทะเบียนโรคต่างๆ เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึง PHR ให้มากขึ้น

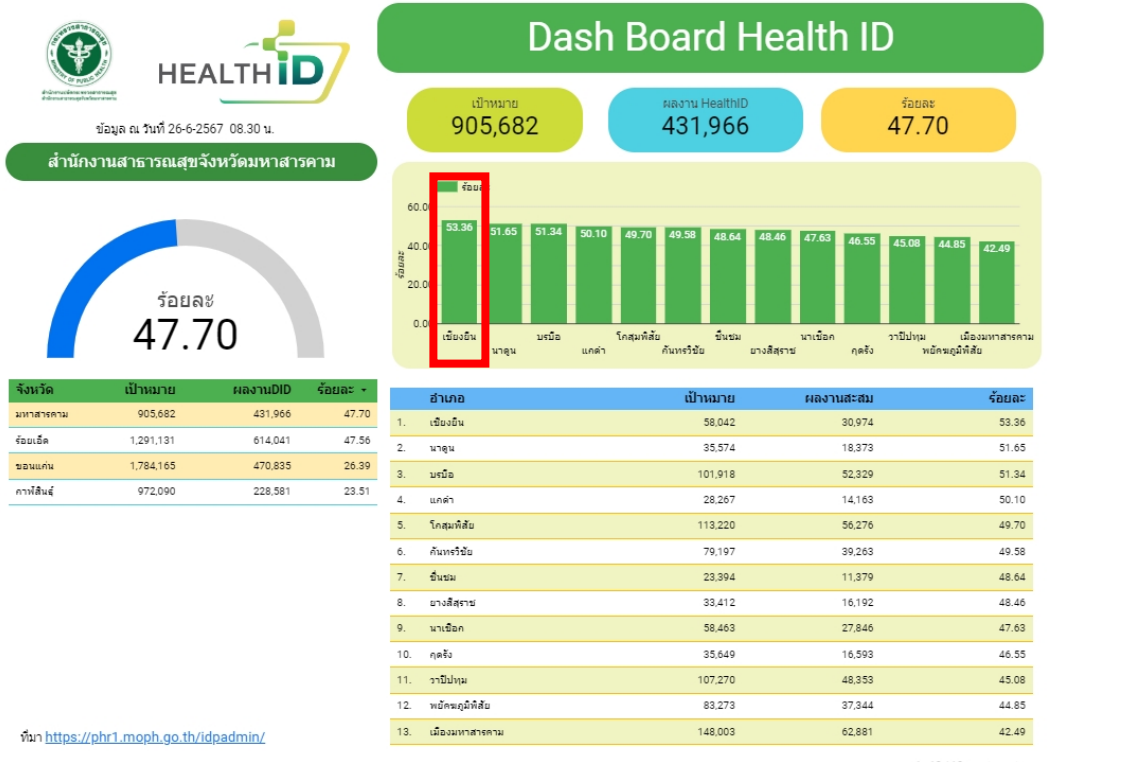
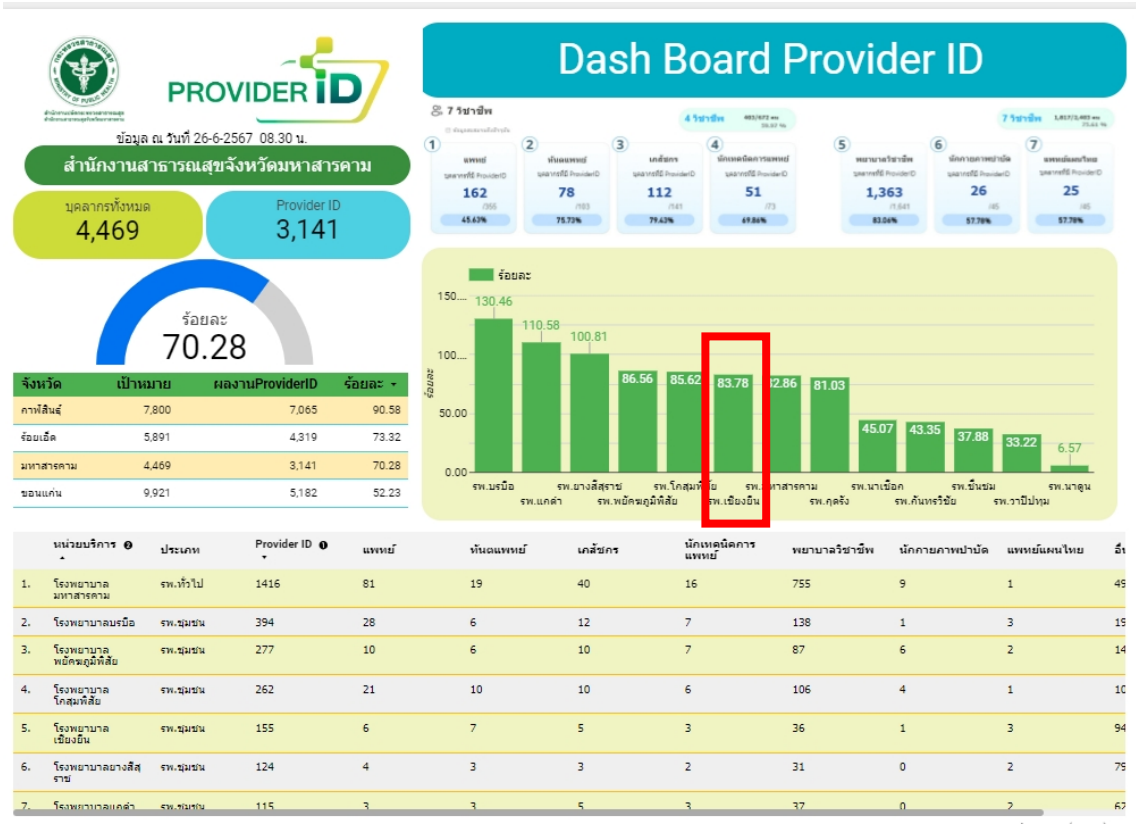
2. การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะควรเพิ่มความเข้มข้นของเงื่อนไขในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะเกิดกับข้อมูลหรือการให้บริการกับประชาชน และควรมีการ Audit จากส่วนกลางหลังจากที่เขตได้ทำการประเมินและรับรองผลแล้ว

3. ควรเพิ่มช่องทางการใช้งาน DID และ Provider ID นอกเหนือจากของกระทรวงฯ เช่น ThaiID, NDID เป็นต้น

4. ส่วนกลางควรให้นักพัฒนาเข้าถึงการ Identify/Authentication ด้วยระบบ DID, Provider (Single Sign-On ผ่านระบบหมอพร้อม DID, Provider ID)

8. ภาพประกอบ

การลงทะเบียน DID สำหรับประชาชน และ Provider ID สำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อใช้งานระบบ PHR รวมถึงรองรับโรงพยาบาลอัจฉริยะ



ที่มา <https://phr1.moph.go.th/idpadmin/>



การฝึกอบรม อสม. ในการใช้งานแอปพลิเคชันพร้อมเพื่อดูประวัติการรักษาพยาบาล



การพัฒนาระบบจัดเก็บรายได้ เพื่อรองรับการส่งข้อมูลเข้า Financial Data Hub (FDH) รองรับโรงพยาบาลอัจฉริยะ



เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่



การให้บริการ Telemedicine โดยท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล



ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร

7.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

น.ส.อารยา ฉัตรธนะพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางจิราภรณ์ สีนนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางอรอุมา รัตนบุรณย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก การดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์และคณะกรรมการ พชอ./พชต.

2 (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

สถานการณ์

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มตัวเนื่องจากมีเด็กเกิดน้อยลง อายุขัยเฉลี่ยของ ประชากรไทยเพิ่มขึ้น ประกอบกับประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการวางแผนครอบครัว แห่งชาติเป็นอย่างดีประกอบกับวิถีชีวิตของประชากรไทยที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศ ไทยมีแนวโน้มลดต่ำลงอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้นกรมอนามัยและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโต อย่างมีคุณภาพ โดยมีเป้าประสงค์หนึ่งคือการเพิ่มจำนวนเกิดที่มีคุณภาพเพื่อทดแทนจำนวนประชากร

- อำเภอเชียงยืนมีหญิงวัยเจริญพันธุ์ 6272 คน
- หญิงตั้งครรภ์ที่พร้อมมีบุตร 110 คน
- โรงพยาบาลเชียงยืนมีคลินิกให้คำปรึกษาเตรียมพร้อมก่อนตั้งครรภ์

2. Information

1. มีการประชาสัมพันธ์ในการส่งเสริมการมีบุตร
2. สสำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความพร้อมและต้องการมีบุตรในชุมชน

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
7.1 โรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิก ส่งเสริมการมีบุตร	มีบริการ	NA	NA	NA	NA	6 คู่	5.45%
7.3 อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อการ เกิดมีชีพ แสนคน	0	0	0	0	0	0

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. ประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการมีบุตรยากผ่านช่องทางต่างๆ
2. สำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมและต้องการมีบุตรในชุมชน
3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โดยส่งอบรมการให้คำปรึกษาในการจัดตั้งคลินิกส่งเสริมการมีบุตรยาก/จัดตั้ง

คลินิกส่งเสริมการมีบุตร

4. ให้คำปรึกษาแก่คู่ที่เตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ และรณรงค์วิว่าห์สร้างชาติ

4. Integration (บูรณาการ)

บูรณาการร่วมกับการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก การดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์และคณะกรรมการ
พชอ./พชต.

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ติดตามการดำเนินงานในงานอนามัยแม่และเด็ก การฝากครรภ์

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	มีบริการ	6 คู่	5.45%	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. ยาโฟลิก (folic acid) ให้กับหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมจะตั้งครรภ์
2. นำคู่มือตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จในการมีบุตรยากมาแชร์ประสบการณ์เล่าสู่กันฟังในคลินิก

7. ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมเด็กเกิดที่มีคุณภาพที่เกิดจากบิดามารดาที่มีความพร้อม เนื่องจากปัจจุบันมารดาที่มาฝากครรภ์เป็นกลุ่มวัยรุ่นอยู่ในระหว่างศึกษาเล่าเรียน และมีปัญหาครอบครัวแตกแยกและมารดาที่มีปัญหาใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์
2. การผลักดันให้การรักษากภาวะมีบุตรยากเป็นสิทธิประโยชน์ในทุกสิทธิรักษาเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น

สิ่งที่จะพัฒนาต่อเนื่องในปี 2567

-ดำเนินงานคลินิกส่งเสริมการมีบุตรอย่างต่อเนื่อง







ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร

7.2 ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค) เป้าหมาย ร้อยละ 95

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางนุสรา ธนหะมะจุลิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางสาวยุวลักษณ์ คำนวน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทย โดยงานอนามัยแม่และเด็ก

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดลดลง ดังนั้นเพื่อให้เด็กไทยมีคุณภาพและเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณสุขของประเทศไทยในการเพิ่มอัตราการเกิดของเด็กคุณภาพ และคัดกรองโรคหายากในทารกแรกเกิด อันเป็นวาระแห่งชาติที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาอัตราการเกิดที่ลดลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทรัพยากรมนุษย์ของประเทศในอนาคต โรงพยาบาลเชียงยืนมีการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกในกลุ่มโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก 24 โรค (IEM) เพิ่มเติมจากเดิมจะมีการตรวจเฉพาะ TSH ,PKU เริ่มตรวจตั้งแต่ 1 ต.ค. 65 เป็นต้นมาและไม่พบทารกผลการตรวจผิดปกติ

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
7.2 ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค) เป้าหมาย ร้อยละ 95	ร้อยละ 95	148	100	119	100	70	100

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาปี 2565-2567 โรงพยาบาลเชียงยืนได้มีการส่งตรวจ IEM เป็นจำนวน 148, 119, 70 รายตามลำดับ คิดเป็น ร้อยละ 100 ส่วนในทารกแรกเกิดหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการ

ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย ทารกจะได้รับการคัดกรองโรคหายากจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกราย และไม่พบผลผิดปกติ

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. เจาะเลือดทารกแรกเกิดทุกราย อายุ 48 - 72 ชั่วโมง พร้อมกับบันทึกข้อมูลใน KKU-IEM wed
2. ส่งตัวอย่างกระดาษซับเลือด โดยมีเจ้าหน้าที่ไปรษณีย์เข้ารับส่งตรวจ ส่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์
3. ในกรณีที่ทารกแรกเกิดได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคาม มีการประสานให้ทารกได้รับการตรวจ IEM ก่อนจำหน่าย
4. กรณีที่ผลตรวจผิดปกติ แพทย์โรงพยาบาลศรีนครินทร์โทรประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเชียงใหม่ ติดตามทารกให้มารับการตรวจซ้ำ ถ้าผลผิดปกติส่งต่อโรงพยาบาลศรีนครินทร์ตามแนวทางการรักษา
5. เก็บรวบรวมข้อมูลผลการตรวจของทารกทุกราย

4. Integration (บูรณาการ)

บูรณาการร่วมกับ

- คณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก
- ศูนย์บริการตรวจคัดกรองทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศรีนครินทร์

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- ติดตามกำกับผลการดำเนินงานทุกเดือน
- ติดตามผลการตรวจ IEM ทาง <https://www.kku-iem.com/>

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
7.2 ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM 40 โรค)	ร้อยละ 95	70	100	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. มีการจัดทำแนวทางในการตรวจคัดกรองให้ปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน
2. มีการติดตามผลการตรวจและมีแนวทางการดูแลต่อเนื่องเมื่อพบผิดปกติอย่างรวดเร็ว



7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรองโรคหายากในทารก
2. ติดตามข้อมูลข่าวสารอัปเดตความรู้ใหม่ และเข้าร่วมการอบรมในการตรวจคัดกรองโรคหายากในทารกที่ทางหน่วยงานจัดขึ้น
3. ในกรณีช่วงวันหยุดยาว มีการประสานกับไปรษณีย์ เพื่อเข้ารับสิ่งส่งตรวจให้เร็วขึ้น



ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร

7.3 อัตราส่วนการตายมารดาไทย เป้าหมาย ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางนุสรา ธนเหมะธูลินพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

น.ส.เปรมฤดี ภารสำอางค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

สถานการณ์การตายของมารดาใน รพ.เชียงใหม่ ปี 2565 – 2567 อัตราส่วนการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคน = 0 ซึ่งมีแนวทางการป้องกันการตายมารดาและทารก คือ มีระบบ Fast track มารดาที่มีภาวะเสี่ยง มีระบบ Consult กับ รพ.แม่ข่ายตลอด 24 ชม. มีระบบการคลอดที่ได้มาตรฐาน มีการฝึกสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้คลอด อบรมในการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลมารดา ร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 , การสอนสุขศึกษาในมารดาหลังคลอดโดยญาติมีส่วนร่วม มีระบบการส่งต่อข้อมูลมารดาให้แก่ รพ.สต.ในพื้นที่เพื่อติดตามเยี่ยม ผลลัพธ์ไม่มีมารดาตาย

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
7.3 อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน	0 ราย	0	0 ราย	0	0 ราย	0

ในปี 2565 – 2567โรงพยาบาลเชียงใหม่ ได้มีการให้บริการผู้คลอดจำนวน 151,127 70 รายตามลำดับ

ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ทำให้ไม่มีมารดาเสียชีวิต

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. จัดระบบการคลอดที่ได้มาตรฐาน
2. ประเมินผลติดตามตัวชี้วัด โดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก,คณะกรรมการPCT,MCHB จังหวัด
3. จัดระบบ consult รพ.แม่ข่ายตลอด 24
4. จัดระบบ fast track มารดาที่มีภาวะเสี่ยง
5. ฝึกสมรรถนะเจ้าหน้าที่ อบรมเพิ่มพูนทักษะ การพัฒนาศักยภาพ
6. มีการดำเนินงานกับเครือข่าย รพ.สต.

4. Integration (บูรณาการ)

1. บูรณาการกับทีม PCT
2. โครงการพัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนทักษะแพทย์ พยาบาล ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติ-กรรม จ.มหาสารคาม

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
2. มีการทบทวนในกรณีที่มีอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
3. ทบทวนสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
7.3 อัตราส่วนการตายมารดาไทย	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิด มีชีพแสนคน	0 ราย	0	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice มา Scale Up

1. มีการจัดทำแนวทางร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง
2. CQI ข้อมูลดีนั้นมีคุณค่า (มารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะมารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่) โดย นางนุสรา ธนเหมะธุลิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและทีม
3. การพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดย นางนุสรา ธนเหมะธุลิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและทีม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/โอกาสพัฒนา

1. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสูตินรีเวช
2. ไม่มีคลังเลือด

8. ภาพประกอบ

อบรมเชิงปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง ณ โรงพยาบาลเชียงใหม่



โครงการพัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนทักษะแพทย์ พยาบาล ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินทางสูติกรรม
จ.มหาสารคาม



ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ
- การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

น.ส.อารยา ฉัตรระนะพานิช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

1. มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล
2. มีคณะกรรมการในการขับเคลื่อนงานระดับอำเภอผ่านคณะกรรมการ พชอ.

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

จากผลการดำเนินงานการฝากครรภ์อำเภอเชียงใหม่ ในประเด็นการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน หรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 ผลงานร้อยละ 87.16 ร้อยละ 82.84 และร้อยละ 76.34 ตามลำดับ พบว่ามีแนวโน้มลดลง ซึ่งวิเคราะห์ปัญหาพบว่ามารดาที่มาฝากครรภ์ส่วนใหญ่เป็นมารดาในกลุ่มวัยรุ่น อายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งมีการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม ไม่กล้าเปิดเผยข้อมูลกับผู้ปกครองตั้งแต่ครั้งแรกที่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ จนกระทั่งอายุครรภ์มากแล้วจึงได้เริ่มมาฝากครรภ์ หรือมารดาที่มีความพร้อมแต่ทำงานต่างจังหวัดมีความเข้าใจว่าเมื่อฝากท้องที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ตนเองทำงานจะต้องได้เสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งไม่มีความพร้อมในด้านเศรษฐกิจ รอกกลับมาฝากครรภ์ในสถานพยาบาลที่บ้านของตนเอง หรือมีบางส่วนที่ทำงานในสถานที่ห่างไกลสถานบริการของรัฐ เช่น อยู่ในไร่ ในสวนที่ห่างจากตัวเมือง ไม่สะดวกในการเดินทางเข้ารับบริการเมื่อรู้ว่ามีครรภ์

และผลงานร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งคุณภาพ ตั้งแต่ปี 2565 – 2567 ผลงานร้อยละ 81.13 ร้อยละ 75.76 และร้อยละ 64.84 ตามลำดับ ผลการดำเนินการลดลงเช่นกัน ซึ่งเป็นผลจากการที่เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรกแล้วค่าของของการฝากครรภ์ก็จะลดลงไปด้วย อีกทั้งมีการคลอดก่อนกำหนดและแท้งบุตรด้วย ส่วนในเรื่องมาตรฐานที่ผู้รับบริการจะได้รับตามเกณฑ์ทุกครั้งของการมาฝากครรภ์ โรงพยาบาลเชียงใหม่ได้ดำเนินกิจกรรมตามมาตรฐานที่มารดาทุกคนควรจะได้รับ ยกเว้นการมาฝากครรภ์ช้าเกินกำหนดที่จะสามารถคัดกรองได้ เช่น การตรวจคัดกรองภาวะดาวส์ซินโดรม ที่ต้องคัดกรองอายุครรภ์ 15 – 18 สัปดาห์

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ	ร้อยละ 60	86/106	81.13	100/132	75.76	59/91	64.84
ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 85	95/109	87.16	111/134	82.84	71/93	76.34

ในปี 2567 อำเภอเชียงใหม่ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ 64.84 (หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 91 รายได้รับการฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ จำนวน 59 ราย) การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 76.34 (หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 93 รายฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์จำนวน 71 ราย)

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. สร้างกระแสให้ความรู้และสร้างความตระหนักให้กับหญิงตั้งครรภ์เห็นประโยชน์ของการมาฝากครรภ์ โดยเร็วเมื่อทราบว่ามีการตั้งครรภ์ เพื่อให้ได้รับการคัดกรองความผิดปกติที่สำคัญและสามารถแก้ไขได้ทันเวลาที่เมื่อพบว่ามี ความผิดปกติ

2. ประชาสัมพันธ์โดยการติดป้ายรณรงค์การฝากครรภ์ในชุมชน ให้ความรู้ไปประชาสัมพันธ์ในหอกระจายข่าวในชุมชน

3. สร้างเครือข่าย อสม.ในชุมชนเพื่อค้นหาหญิงตั้งครรภ์และแนะนำให้มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์

4. พัฒนาระบบการฝากครรภ์ให้มีมาตรฐานเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง ทำระบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) เพื่อลดปัญหาการเดินทางกลับไปมา ซึ่งเกิดความล่าช้าในการฝากครรภ์

5. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลการฝากครรภ์ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเอกชนแล้วมาฝากครรภ์ต่อที่หน่วยงานของรัฐเพื่อให้ได้ความครอบคลุมของข้อมูล

6. มีระบบติดตามกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้มาฝากครรภ์ตามนัด เพื่อให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพการฝากครรภ์

7. จัดทำและแจกเอกสารแนะนำการดูแลและปฏิบัติตัวเพื่อระวังภาวะผิดปกติหรือเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ตระหนักและมาพบแพทย์ก่อนนัดหากพบว่ามีอาการผิดปกติ

8. กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลและให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ และส่งต่อในรายที่มีความจำเป็นให้เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

9. จัดประชุมเจ้าหน้าที่เครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในเขตอำเภอเชียงใหม่ เพื่อชี้แจงปัญหา สาเหตุ ข้อมูล แนวทางการดำเนินงานเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับตามเกณฑ์มาตรฐาน

10. สร้างการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสนับสนุนส่งเสริม ประสานงานให้มีการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ และเฝ้าระวังและติดตามภาวะขาดสารไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้ชุมชนจัดทำโครงการในพระราชดำริเกี่ยวกับการดำเนินงานงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคขาดสารไอโอดีน

4. Integration (บูรณาการ)

1. บูรณาการโครงการมหัศจรรย์ 1000 วัน Plus สู่ 2500 วัน
2. ส่งเสริมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่หญิงตั้งครรภ์ผ่านไลน์ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก
3. จัดโครงการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์
4. บูรณาการโครงการสาวเชียงใหม่แค้นแดง (วิว่าห์สร้างชาติ)
5. ดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อปรึกษาเมื่อพบปัญหาในเรื่องการฝากครรภ์ที่ รพ.สต.
6. สร้างความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารที่มีไอโอดีน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่สมบูรณ์และแข็งแรง

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
2. ติดตามนิเทศงานโดยคณะกรรมการนิเทศงานระดับอำเภอ

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ร้อยละ	ร้อยละ 60	59/91 ราย	64.84	
ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ร้อยละ 85	71/93 ราย	76.34	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. มีการจัดทำแนวทางร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงสูง
2. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากร่วมกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

7. ข้อเสนอแนะนโยบาย/โอกาสพัฒนา

การมารับบริการฝากครรภ์ช้าและไม่ครบตามคุณภาพพบประเด็นปัญหา คือ บางรายเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไม่ต้องการฝากครรภ์ บางรายไปรับบริการที่คลินิกและแพทย์ไม่นัดเข้าคุณภาพให้บางรายตั้งครรภ์ที่ต่างจังหวัดและวางแผนการคลอดที่บ้านจึงกลับมาฝากครรภ์ที่สถานบริการใกล้บ้านเมื่ออายุครรภ์มากแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีการค้นหาและเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนโดย อสม.ให้มารับบริการตามเกณฑ์ มีการเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในชุมชนเพื่อติดตามให้มาฝากครรภ์ตามนัด
2. ให้ประชาสัมพันธ์โดยการติดป้ายรณรงค์การฝากครรภ์ในชุมชน ให้บทความไปประชาสัมพันธ์ในหอกระจายข่าวในชุมชน

8. ภาพประกอบ



ตรวจครรภ์ตามเกณฑ์มาตรฐาน



พบแพทย์และอัลตราซาวด์ตามเกณฑ์ที่คลินิกฝากครรภ์



อบรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์



ให้ความรู้ผู้ระวางภาวะคลอดก่อนกำหนด



เพิ่มเพื่อน และสมัคร 9 อย่างเพื่อสร้างลูก

ให้คำปรึกษาคู่สามี ภรรยา ในการตรวจเลือด





โรงพยาบาลเชียงใหม่
CHIANGYUEN HOSPITAL

14 กุมภาพันธ์ 2567

▶ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

ข่าวประชาสัมพันธ์

**กิจกรรม วิวาทสร้างชาติ
“สาวเชียงใหม่แก้มแดง”
และให้ความรู้เรื่องส่งเสริมการมีบุตร**



วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567 นายสมพร คอระคำคง นายอำเภอเชียงใหม่ นายแพทย์ภาคภูมิ อินทร์ม่วง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงใหม่ และ นายปรีชา ศรีน้อยยวาท สาธารณสุขอำเภอเชียงใหม่ พร้อมด้วยกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมและบุคลากรเครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่ ร่วมจัดกิจกรรมวิวาทสร้างชาติ “สาวเชียงใหม่แก้มแดง” และกิจกรรมส่งเสริมการมีบุตร เตรียมความพร้อมเพื่อครอบครัวคุณภาพอำเภอเชียงใหม่ พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมตั้งครรถ์มีบุตรของวัยหนุ่ม เกือบ และไฮไฮไอดีเอ็น ส่งเสริมพัฒนาการด้านสมรรถภาพในครรภ์และยาโฟลิก ป้องกันภาวะโลหิตจาง และป้องกันความพิการแต่กำเนิด แก่ผู้มาจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม



โรงพยาบาลเชียงใหม่ | โรงพยาบาลคุณภาพ น่าอยู่ ออกรถคู่สมรส | วัตถุประสงค์ : ส่งเสริม เมตตา สามัคคี งานโสตทัศนศึกษา โรงพยาบาลเชียงใหม่



มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชน
บูรณาการร่วมกับงานวิวาทสร้างชาติ

ประเด็นที่ 7 : ส่งเสริมการมีบุตร

7.4 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน เป้าหมาย < 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางนุสรรา ชนเหมะธุลิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
น.ส.วันวิสา ชิตบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

โรงพยาบาลเชียงใหม่ให้บริการดูแลทารกแรกเกิด ในปี 2565-2667 เป็นจำนวน 151, 127, 70 ราย ตามลำดับ ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อนเกินขีดความสามารถได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย ในปี 2565 พบทารกอายุ 7 วัน เสียชีวิต 1 ราย โดยเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จากการวินิจฉัยของแพทย์เกิดจากการสำลักน้ำนม คิดเป็น 6.62 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต โดยทีมมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ สุขศึกษาในมารดาหลังคลอด โดยเน้นย้ำถึง การเลี้ยงดูบุตร อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที โดยญาติมีส่วนร่วม และมีการส่งต่อข้อมูลหลังคลอดให้แก่รพ.สต.ให้ติดตามเยี่ยมในเขตพื้นที่ ในปี 2566-2567 ไม่มีทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
7.4 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ 1,000 ทารกแรก เกิดมีชีวิต	1	6.62	0	0	0	0

ในปี 2565 จำนวนคลอด 151 ราย พบทารกอายุ 7 วัน เสียชีวิต 1 ราย โดยเสียชีวิตก่อนมาถึงโรงพยาบาล จากการวินิจฉัยของแพทย์เกิดจากการสำลักน้ำนม คิดเป็น 6.62 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิตโดยทีมมีการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้ สุขศึกษาในมารดาหลังคลอด โดยเน้นย้ำถึง การเลี้ยงดูบุตร อาการผิดปกติที่ควรมาพบ

แพทย์ทันที โดยญาติมีส่วนร่วม และมีการส่งต่อข้อมูลหลังคลอดให้แก่รพ.สต.ให้ติดตามเยี่ยมในเขตพื้นที่ ในปี 2566-2567 ไม่มีทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วันเสียชีวิต

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. พัฒนาแนวทางการสอนสุขศึกษาให้แก่มารดาหลังคลอด
2. ผักสมรรถนะเจ้าหน้าที่ อบรมเพิ่มพูนทักษะ การพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลทารกแรกเกิด
3. จัดระบบ consult รพ.แม่ข่ายตลอด 24
4. จัดระบบ fast track ทารกที่มีภาวะทรกซ้อน
5. มีการดำเนินงานกับเครือข่าย รพ.สต.

4. Integration (บูรณาการ)

1. บูรณาการกับทีม PCT
2. โครงการพัฒนาศักยภาพเพิ่มพูนทักษะแพทย์ พยาบาล ในการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน จังหวัดมหาสารคาม

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

1. มีการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน
2. มีการทบทวนในกรณีที่มีอุบัติการณ์เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
3. ทบทวนสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการดูแลทารก
4. มีการติดตามการเยี่ยมบ้านในรายชื่อภาวะเสี่ยงต่อการเลี้ยงดูบุตร เช่น มารดาวัยรุ่น,มารดาครรภ์, มารดาที่ใช้สารเสพติด

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
7.4 อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	< 3.60 ต่อ1,000 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	0 ราย	0	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

1. มีการจัดทำแนวทางร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลมารดาที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อให้ทารกได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์

2. CQI เรื่องข้อมูลดีนั้นมีคุณค่า (มารดาได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะมารับบริการที่ห้องคลอด โรงพยาบาลเชียงใหม่) โดย นางนุสรุา ชนเหมะธูลิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและทีม

3. CQI เรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดย นางนุสรุา ชนเหมะธูลิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและทีม

4. CQI เรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนการป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงใหม่ โดย นางนุสรุา ชนเหมะธูลิน ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการและทีม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/โอกาสพัฒนา

1. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางกุมารแพทย์

8. ภาพประกอบ



ประเด็นที่ 8 : เศรษฐกิจสุขภาพ

1. ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่พัฒนาเป็น Healthy Cities MODELS (พื้นที่ รพ.สต.กู่ทอง)
2. Wellness Center (ประเภท สถานพยาบาล งานแพทย์แผนไทย รพ.เชียงใหม่)
3. Wellness Center/แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม (ได้ประเภทร้านอาหาร ร้านคานบุญ ขนมจิ้นกู่ทอง สวนอาหารวาชชมพู)
4. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

น.ส.สุพัฒนา ทองมนต์ แพทย์แผนไทยชำนาญการ
 น.ส.ภัสราภรณ์ จวบบุญ แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
 น.ส.ธัญลักษณ์ เทียงท่า แพทย์แผนไทย

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คณะกรรมการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกระดับเขตสุขภาพที่ 7

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

ปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชนอำเภอเชียงใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยผู้สูงอายุ เป็นเพศหญิงมากกว่า เพศชายมักเจ็บด้วยโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นส่วนมากอยู่ในพื้นที่ตำบลเชียงใหม่ งานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเชียงใหม่ให้บริการ ตรวจ วินิจฉัยโรค รักษา บำบัดฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโดยให้การรักษาดังกล่าวด้วยวิธีที่ปลอดภัย ประคบสมุนไพร เพื่อการรักษา อบสมุนไพรเพื่อการรักษา ยาสมุนไพร พื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลเชียงใหม่มีการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพโดยบริการ นวดเพื่อสุขภาพ ชัดผิวเพื่อสุขภาพ อบสมุนไพรเพื่อสุขภาพ วัตถุประสงค์เพื่อผ่อนคลาย คลายอาการปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ ผู้มาใช้บริการส่วนมากมีความพึงพอใจ และยังมีการพัฒนาไปในสถานประกอบการเอกชนให้ได้มาตรฐาน มีการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร และส่งเสริมการปลูกสมุนไพร มีการส่งเสริมภูมิปัญญาหมอยาพื้นบ้าน เพื่อให้ได้ใบรับรองตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2562 และยังมีการสำรวจแหล่งท่องเที่ยวในพื้นที่ได้รับการยกระดับแบบมีส่วนร่วม และสร้างสรรค์ด้านภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และสมุนไพรให้มีคุณค่าและมูลค่าสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งมีแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness center) ประเภท ร้านอาหารที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน 3 ร้าน คือ ร้านอาหารคานบุญ ขนมจิ้นกู่ทอง และ ร้านวาชชมพู จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วย

การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base) เป้าหมาย ร้อยละ 3 ข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 – พฤษภาคม 2567 จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ผลการดำเนินงาน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด มีจำนวน 138 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแล ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีจำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 44.20 ผ่านตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด รายละเอียดผลงานการให้บริการ ข้อมูลแสดงตามตาราง

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมด ที่ได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5		32.96		41.74		64.39
2. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	ร้อยละ 3		0		9.02		44.02
3. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 40		66.09		46.06		72.39
4. จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทย (จำนวนเรื่อง)	1 เรื่อง		2		2		2



3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

1. เปิดให้บริการตรวจ รักษา บำบัด ฟันฟุส่งเสริมสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08.00 - 16.30 น.
2. เปิดให้บริการนอกเวลาราชการ วันจันทร์ - วันพุธ เวลา 16.30 - 20.30 น. วันเสาร์ เวลา 08.30-16.30 น.
3. แพทย์แผนไทยออกให้บริการที่ ณ คลินิกโรคเรื้อรังทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี เพื่อตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ตรวจ วินิจฉัย ให้คำปรึกษา โรค/อาการที่สามารถรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยได้
4. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรัง ด้วยน้ำสมุนไพร ตรวจสอบสุขภาพเท้าด้วยแพทย์แผนไทย นวดผ่อนคลาย การกินอาหารตามธาตุเจ้าเรือน ทุกวันจันทร์-วันพฤหัสบดี
5. มีการดูแลสุขภาพด้วยการนวดฝ่าเท้า การแช่เท้าสมุนไพรในผู้ป่วยเบาหวานและประชาชนทั่วไป
6. มีระบบบริการจองคิวออนไลน์ สอบถามปัญหาสุขภาพข้อมูลทางไลน์กับแพทย์แผนไทยโดยตรง
7. พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต
8. ประสานการทำงานเรื่องการดูแลผู้ป่วยมีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) กับสหวิชาชีพ
9. แพทย์แผนไทยร่วมกับทีมสหวิชาชีพออกเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพผู้ป่วย Palliative care ในชุมชน
10. แพทย์แผนไทยออกให้บริการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดในชุมชนเขตรับผิดชอบอำเภอเชียงยืน
11. ดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับทีมสุขภาพจิตและยาเสพติดโดยมีโปรแกรมทางการแพทย์แผนไทย คือ ผู้ป่วยมีกิจกรรม นวดผ่อนคลาย ประคบสมุนไพร นวดกดจุดฝ่าเท้าเล็กหรือ อบสมุนไพรรางจืด ชาชงหญ้าดอกขาว
12. มีนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
13. มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโซเชียลออนไลน์ เช่น ไลน์ facebook
14. มีแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริงเมื่อเทียบกับความต้องการใช้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ผลงาน ร้อยละ 87.12
15. พื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับการรับรอง GAP จำนวน 28.7 ไร่
16. จัดทำฐานข้อมูลยาสมุนไพร ข้อมูลส่งเสริมการปลูก
17. ส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดยออกให้คำแนะนำเรื่องมาตรฐานสถานประกอบการนวดเพื่อสุขภาพ
18. ยาสมุนไพรผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผลิตในโรงพยาบาล หน่วยบริการหรือในอำเภอ 5 ผลิตภัณฑ์ คือ น้ำสมุนไพร ยาสตรีหลังคลอด สมุนไพรแช่เท้า ชาดอกคำฝอย ชาผาง
19. มีการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 11

20. ส่งเสริมและให้ข้อมูลเกษตรกรที่ต้องการปลูกสมุนไพรในพื้นที่
21. ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในกลุ่มวิสาหกิจชุมชน หรือสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่
22. ส่งเสริมการวิจัยสมุนไพร และผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร หรือการแพทย์แผนไทยในพื้นที่
23. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน

4. Integration (บูรณาการ)

มีการบูรณาการเข้ากับงานอื่น ๆ เช่น คลินิกกัญชาทางการแพทย์, งานผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, งานส่งเสริมสุขภาพ, งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม, โรงเรียนผู้สูงอายุ, ศูนย์ปราชญ์ชาวบ้าน, งานคลินิกหมอครอบครัว, งานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น งานกายภาพบำบัด

- ร่วมเป็นทีมวิทยากรอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน
- ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ร่วมกับงานกายภาพบำบัด
- ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย Palliative care ในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ให้คำแนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดกับงานผู้ป่วยในหัตถ์คลอด
- ให้ความรู้การแพทย์แผนไทยในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

กำกับติดตามผ่าน HDC สสจ.มหาสารคาม และการประชุมคณะกรรมการ คปสอ.

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	หมายเหตุ
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 20.5	64.39	
2. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (Community base)	ร้อยละ 3	44.02	
3. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 40	72.39	
4. จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทย (จำนวนเรื่อง)	1 เรื่อง	2	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม

1. โปรแกรมการนวดกดจุดฝ่าเท้าร่วมกับการบริหารฝ่าเท้า
2. นวัตกรรมลูกกลิ้งนวดเท้าพาเปลีน
3. ประสิทธิภาพการประคบสมุนไพรเพื่อลดการคัดตึงของเท้าและกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอด โรงพยาบาล เชียงยี่น จังหวัดมหาสารคาม

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

1. สถานที่จำนวนเตียงให้บริการไม่เพียงพอแก่ผู้มารับบริการทำให้เกิดการรอนานในการรับบริการ
2. การดูแลผู้ป่วยมีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง(Intermediate Care) ญาติและผู้ป่วยไม่สะดวกและไม่สามารถมารับบริการได้ตามนัดหมาย
3. ฐานข้อมูลผู้ป่วย IMC ควรแสดงรายชื่อผู้ป่วย
4. การติดต่อประสานงานจากหน่วยงานเกษตร
5. สถานประกอบการภาคเอกชนมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณที่จะปรับให้ตามมาตรฐาน
6. ยาสมุนไพรมีราคาแพงกว่ายาแผนปัจจุบันจึงมีงบประมาณในการสั่งซื้อน้อย

8. ภาพประกอบ

สถานการณ์/Structer

- อำเภอเขียงยี่นมีการดำเนินงานแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านประเมินมาตรฐาน รพ.สสพท ในระดับตี่เยี่ยม 10 แห่ง
- มีการพัฒนาผ่านการประเมินมาตรฐาน แหล่งท่องเที่ยวสุขภาพ Wellness center ประเภท สถานพยาบาล : โรงพยาบาลเขียงยี่น ประเภท ร้านอาหาร : สวนอาหารคานบุญ



Wellness Center

- ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดย คณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เครือข่ายบริการสุขภาพเขียงยี่น คณะกรรมการพัฒนาางานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกระดับเขตสุขภาพที่ 7

Information

- ติดต่องประสานงานผ่านประเมินผลการปฏิบัติราชการเครือข่ายบริการสุขภาพเขียงยี่น และผ่านช่องทางไลน์กลุ่มแพทย์แผนไทยอำเภอเขียงยี่น

เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย

➤ ใช้จ่ายที่ผลิตในเขตสุขภาพ ที่ 7 ร้อยละ 87.12

Intervention

- ให้บริการ ตรวจ 5 นิ้วอัยโรค รักษา ป่ามิด ฟันฟู
- บุรณาการดูแลผู้ป่วยเบาหวานร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง
- ส่งเสริมการอึนกะเบียดของสถานประกอบการมวดเพื่อสุขภาพ
- ออกสำรวจข้อมูลหอพักบ้านในพื้นที่เพื่อกะเบียดการรับรองหอพักบ้าน
- มีนวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่ม Palliative care
- ฟันฟูสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลาง IMC ในสถานพยาบาลและในชุมชน
- ฟันฟูการดูแลสุขภาพคลอดในสถานพยาบาลและออกกิดตามเยี่ยมในชุมชน
- ส่งเสริมสนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน
- มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์ facebook





เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย



ผลงานเด่น / งานวิจัย

นางสาวกสิราภรณ์ จวบบุญ

- ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภท Oral Presentation
- สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ในการประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ประจำปี 2566

เรื่อง "ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกลาง ที่มีภาวะกลืนลำบากโดยให้ญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม"



เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย



ผลงานเด่น / งานวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกลางที่มีภาวะกลืนลำบาก โดยให้ญาติมีส่วนร่วม

ทำวอกระหว่างการกลืน

ทำวอกระหว่างการกลืน

บริหารลิ้น โดยการดึงลิ้น

1. ใช้มือขวาจับปลายลิ้นไว้ที่ฐานของคางห่างจากลิ้นล่าง 1-2 ซม.
2. ดึงลิ้นขึ้นไปยังเพดาน ลิ้นล่าง 1-2 ซม.
3. ดึงลิ้นขึ้นไปยังเพดาน ลิ้นล่าง 1-2 ซม.
4. ดึงลิ้นลงมาจากคางห่างจากลิ้นล่าง 1-2 ซม.

ทำซ้ำ 10 ครั้ง

ทำบริหารลิ้น

ทำบริหารลิ้น

ผลการศึกษา

- เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการกลืนทั้งสองครั้งพบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนคะแนนความสามารถในการกลืน สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการกลืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลงานเด่น / งานวิจัย

นางสาวกสิราภรณ์ จวบบุญ
ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยปฏิบัติกร
ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1
การนำเสนอผลงานวิชาการประเภทวิจัย Oral Presentation เรื่อง ผลงานโปรแกรมการนวดกดจุดฝ่าเท้าร่วมกับบริหารฝ่าเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาเท้า โรงพยาบาลเชียงใหม่ อําเภอเชียงใหม่ จังหวัดมหาสารคาม



เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย

โปรแกรมการนวดกดจุดฝ่าเท้า ร่วมกับการบริหารฝ่าเท้า

- ✓ ตรวจสอบเป็นอาการชาเท้า โดยมี monofilament 10 g ประเมินอาการชาเท้า ก่อนได้ทำโปรแกรม และบันทึกค่าที่ 4 หลังได้ทำโปรแกรม
- ✓ การนวดเท้าเป็นเวลา 30 นาที โดยผู้มาผ่านการอบรม หรือผู้ช่วยระบบแพทย์แผนไทย
- ✓ บริหารท่า โดยการลงน้ำหนักแบบอ่อนโยน เป็นเวลา 10 นาที ได้รับคำแนะนำการตรวจเท้าของตนเอง โดยการลงน้ำหนักแบบ อ่อนโยน ฉีดยาน้ำ ดึงเบาๆ โดนใจตัวเอง



ผลการศึกษา

- จากการศึกษาผลของโปรแกรมการนวดกดจุดฝ่าเท้าร่วมกับบริหารฝ่าเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่มีอาการชาเท้า พบว่า ก่อนทดลอง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 5.87 หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.26 แสดงถึงค่าระดับอาการชาเท้าลดลง ซึ่งบ่งบอกว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอาการดีขึ้น เมื่อค่าเฉลี่ยมาลดลงเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและหลังทดลองพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05



ผลงานเด่น / งานวิจัย

นางสาวกสิราภรณ์ จวบบุญ
ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทยปฏิบัติกร
ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1
การนำเสนอผลงานวิชาการประเภทนวัตกรรม "ลูกกลิ้งนวดเท้าพาเพลิน" โครงการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานพัฒนาคุณภาพ COI นวัตกรรม วิจัย ปี 2567 "Better Health Care"




เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย

นวัตกรรม

ลูกกลิ้งนวดเท้าพาเพลิน

- ✓ นำวัสดุเหลือใช้ที่ได้จาก **ขวดโรลออน พาเพลิน** กลับมาใช้ใหม่ให้เกิดคุณค่า
- ✓ โดยใช้หลักการนวดและหมุน
- ✓ ร่วมกับการใช้หลักการกดจุดเฉพาะ



ผลการศึกษา

- ลูกกลิ้งนวดเท้าพาเพลิน เป็นอุปกรณ์ช่วยนวด ที่ประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ มีการทดสอบประสิทธิภาพในการนวด ซึ่งการนวดเท้าด้วยตนเองด้วยลูกกลิ้งนวดเท้าพาเพลิน เป็นวิธีหนึ่งที่ทำให้อาการปวดฝ่าเท้าลดลง ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ต้นทุนประหยัด สามารถทำใช้เองได้



นางสาวธัญลักษณ์ เกียรติ์ท่า
 ตำแหน่ง : แพทย์แผนไทย
ได้รับรางวัล ชมเชย
 การนำเสนอผลงานวิชาการประเภทวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการประคบสมุนไพรเพื่อลดการคั่งของน้ำและกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอด
 โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดหสาธาณ
 โครงการเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานพัฒนาคุณภาพ CQI นวัตกรรม วิจัย ปี 2567 "Better Health Care"



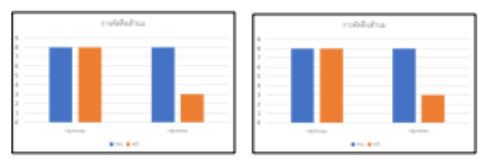
เศรษฐกิจสุขภาพ : การแพทย์แผนไทย

ประสิทธิผลการประคบสมุนไพรเพื่อลดการคั่งของน้ำและกระตุ้นน้ำนมมารดาหลังคลอด
 โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดหสาธาณ



ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไป

ลำดับการตั้งครรภ์	อายุ	การศึกษา
ครั้งที่ 2	ไตรมาส 45 25 -	ไตรมาส 45 มีดรรชนีค่าไตรมาส 40
ครั้งที่ 1	ไตรมาส 30 18-24 ปี	ไตรมาส 30 ปริญญาตรี ไตรมาส 30



อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ : จากการศึกษาประคบสมุนไพร ส่งผลให้น้ำนมมารดาหลังคลอด
 อาการคั่งเต้านมลดลง น้ำนมไหลดีขึ้น

จบแล้ว



ประเด็นที่ 9 : Area Based

หน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ของการตรวจสอบรายงานการเงิน
(หมวดสินทรัพย์ - พัสดุ)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

ว่าที่ร้อยตรีปริญญา สักขี ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
นางสาววรรณิภา เอี่ยมมา ตำแหน่ง เจ้าพนักงานพัสดุ
นางสาวอรุณรัตน์ เจริญไวย ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

- 1.1 งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
- 1.2 งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีนโยบายและแนวทางการตรวจสอบรายงานงบการเงิน ด้านสินทรัพย์-พัสดุ ให้มีประสิทธิภาพของหน่วยบริการในสังกัด และได้ดำเนินการตรวจราชการในรอบตรวจราชการ ครั้งที่ 1/2567 (1 ต.ค. 2566 - 20 ม.ค. 2567) มีผลการประเมินตนเองตามแบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 ของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์-พัสดุ) **คะแนนเต็ม 78 คะแนน** โรงพยาบาลเชียงยืน มีผล **คะแนน 61 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 78.20** ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และได้รับการตรวจสอบรายงานการเงินพบว่า มีการดำเนินการตามระเบียบ แต่มีบางรายการที่มีการดำเนินการแต่ไม่สมบูรณ์

โรงพยาบาลเชียงยืน จึงได้ดำเนินการตามข้อเสนอแนะในการตรวจราชการ และได้ประเมินตนเองตามแบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 80 ของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์-พัสดุ) **คะแนนเต็ม 78 คะแนนใหม่** โรงพยาบาลเชียงยืน มีผลคะแนน 67 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 85.89 ผ่านเกณฑ์การประเมิน

ข้อมูลสถานการณ์เปรียบเทียบรายปี

ตารางแสดง ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด ปี 2565-2567 (1ต.ค.66 – 31 พ.ค.67)

เรื่อง/ตัวชี้วัด/กิจกรรมดำเนินการ	เป้าหมาย ปี 2567	ผลการดำเนินงาน					
		2565		2566		2567 (8 เดือน)	
		จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน (78 คะแนน)	อัตรา (ร้อยละ)
- หน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์ การประเมินร้อยละ 80 ของการ ตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวด สินทรัพย์ - พัสตุ)	ผ่านเกณฑ์	N/A	N/A	N/A	N/A	67	85.89

ผลการดำเนินการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ข้อมูล ณ 1 ต.ค. 2566 - 31 พ.ค. 2567) เทียบเกณฑ์เป้าหมาย พบว่า ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมายที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 85.89 เนื่องจากมีการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปมาใช้ในการดำเนินการ สามารถตรวจสอบความมีอยู่จริงของพัสตุได้และมีการลงทะเบียนสินทรัพย์-พัสตุ เป็นปัจจุบันมากขึ้น

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

3.1 ประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (งานพัสตุและงานการเงินและบัญชี) เพื่อทบทวนและปรับปรุงการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ ทั้งการจัดทำรายงานสินทรัพย์ของงานพัสตุ และการจัดทำรายงานงบการเงินของงานการเงินและบัญชี

3.2 งานพัสตุนำโปรแกรมสำเร็จรูป (ทะเบียนคุมครุภัณฑ์) มาใช้ในการดำเนินการและรายงานส่งงานการเงินและบัญชี เพื่อนำรายงานไปลงบันทึกงบการเงินที่ถูกต้องต่อไป

4. Integration (บูรณาการ)

ศึกษาหาข้อมูลการดำเนินการต่าง ๆ ทั้งการบันทึกรายงานงบการเงิน และการจัดทำทะเบียนคุมครุภัณฑ์ ร่วมกันกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ได้ผลการประเมินดีเยี่ยม และนำมาปรับปรุงในส่วนที่ยังพบข้อบกพร่องของโรงพยาบาลตนเอง

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

- 5.1 ตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์-พัสดุ) อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง
- 5.2 ประชุมชี้แจงการจัดทำรายงานพัสดุให้ถูกต้อง ครบถ้วนตรงตามทะเบียนคุมในระบบและเสนอผู้บริหารทราบทุกสิ้นเดือน
- 5.3 จัดประชุมตรวจสอบครุภัณฑ์ที่จัดซื้อกับทะเบียนคุมกับ สสจ.มค. อย่างน้อยไตรมาส ละ 1 ครั้ง
- 5.4 ผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลงบทดลองประจำเดือนก่อนการนำเข้าข้อมูลทางบัญชี (บข.11)

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน (คะแนนเต็ม 78 คะแนน)	ร้อยละ/อัตรา	หมายเหตุ
หน่วยงานในสังกัด สป. ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 80 ของการตรวจสอบรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ - พสดุ)	ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80	67	85.89	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- 6.1 ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานให้ความสำคัญและมีการสื่อสารทำความเข้าใจกันเป็นประจำ
- 6.2 บุคลากรมีความรู้และมีทักษะ ได้รับการพัฒนาศักยภาพและเพียงพอกับปริมาณงาน
- 6.3 มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน เพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

- 7.1 จัดหาโปรแกรมพัสดุเพื่อช่วยในการปฏิบัติงานได้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น
- 7.2 จัดให้มีการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนาความรู้

ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขต 7

การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางยุพิน หิรัญพต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายฉัตรกร พูลประสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คำสั่งและโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอ

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงใหม่

สถานการณ์โรคติดต่อ 10 อันดับ 5 ปี

โรค	อัตราป่วยต่อแสนประชากร				
	2563	2564	2565	2566	2567
1.โรคปอดอักเสบ	677.20	256.37	356.34	741.10	367.62
2.โรคโควิด-19	0	1,010.96	17,789.42	615.93	204.77
3.โรคอาหารเป็นพิษ	512.74	167.69	120.93	224.12	112.86
4.โรคฉี่หนู	158.00	145.11	140.27	148.33	112.86
5.โรคไข้หวัดใหญ่	209.61	29.02	149.95	404.71	66.10
6.โรคไข้เลือดออกรวม	91.91	0	30.64	96.74	6.44
7.โรคมือ เท้า ปาก	4.84	37.08	158.01	66.11	3.22
8.โรคสุกใส	24.19	29.02	11.29	20.96	9.67
9.โรคเลปโตสไปโรซิส	1.61	0	4.84	1.61	0
10.โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	32.25	6.45	1.61	6.45	4.83

การวิเคราะห์ความเสี่ยงและภัยสุขภาพ

ปีงบประมาณ 2567 ผลการวิเคราะห์เหตุการณ์ภัยอันตรายทางสุขภาพ (Hazard Analysis Summary) ที่ควรกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการและ มาตรการ โดยเรียงลำดับตามระดับการประเมินความเสี่ยง ดังนี้

- ❖ ระดับความเสี่ยงสูง ได้แก่ อุบัติเหตุบนท้องถนน, โรคฉี่หนู
- ❖ ระดับความเสี่ยงปานกลาง ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19), ไข้หวัดใหญ่, ภัยแล้งและ อากาศเสีย, ฝุ่น PM 2.5, ไข้เลือดออก
- ❖ ระดับความเสี่ยงต่ำ ได้แก่ อุทกภัยและวาตภัย

ลำดับ	ประเภทภัย	ชื่อภัย	โอกาสในการเกิด (ก)	ระดับความรุนแรง (ข)	ระดับความเสี่ยง (ค)=(ก)×(ข)	แปลผล (ค)	การจัดลำดับ
1	Biological	โรคฉี่หนู	3	3	9	High	2
2	Biological	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	3	2	6	Moderate	3
3	Biological	ไข้หวัดใหญ่	3	2	6	Moderate	3
4	Biological	ไข้เลือดออก	2	3	6	Moderate	3
5	Chemical	PM 2.5	2	3	6	Moderate	3
6	อุบัติเหตุทางถนน	อุบัติเหตุบนท้องถนน	3	4	12	High	1
7	Environmental	ภัยแล้งและอากาศเสีย	2	3	6	Moderate	3
8	Disaster	อุทกภัยและวาตภัย	1	2	2	Low	4

การวิเคราะห์ความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม

โอกาสหรือความถี่ในการเกิดโรค/ภัย	ระดับความรุนแรงและผลกระทบ				
	น้อยมาก(1)	น้อย (2)	ปานกลาง (3)	มาก (4)	มากที่สุด (5)
ค่อนข้างแน่นอน (5)					
เป็นไปได้สูง (4)					
เป็นไปได้ (3)		โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019/ ไข้หวัดใหญ่ (6)	โรคฉี่หนู (9)	อุบัติเหตุบนท้องถนน (12)	
ไม่แน่นอน (2)			ไข้เลือดออกรวม/PM 2.5/ ภัยแล้งและ อากาศเสีย (6)		
เป็นไปได้ต่ำ (1)		อุทกภัยและวาตภัย (2)			

ลำดับความเสี่ยงของโรค
 1. วัณโรค
 2. ไข้เลือดออก
 3. โรคโควิด-19/ไข้หวัดใหญ่

ลำดับความเสี่ยงของภัย
 1. อุบัติเหตุบนท้องถนน
 2. PM2.5/ภัยแล้งและอากาศเสีย
 3. อุทกภัยและวาตภัย



3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

- ❖ จัดทำคำสั่งจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของอำเภอ สำหรับรองรับทุกภัย
- ❖ โครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอ สำหรับรองรับทุกภัย
- ❖ รายงานผลการวิเคราะห์และการประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ
- ❖ มีแผนประคองกิจการ (Business Continuity planning : BCP) เพื่อรองรับภาวะฉุกเฉินตามความเสี่ยงของพื้นที่ หรือสาธารณสุขอื่น และประกาศแผนประคองกิจการ (Business Continuity planning : BCP)
- ❖ มีแผนการฝึกซ้อมจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามความเสี่ยงของพื้นที่ ได้แก่ซ้อมแผนอุบัติเหตุ ซ้อมแผนอัคคีภัย
- ❖ ทำการฝึกซ้อมแผนการฝึกซ้อมจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ซ้อมแผนอุบัติเหตุ ซ้อมแผนอัคคีภัย
- ❖ ประชุมถอดบทเรียนการซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และ สาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน
- ❖ รายงาน/สรุปผลการฝึกซ้อมแผนการบริหารจัดการทรัพยากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉินจากการกำหนดโรคหรือภัยสุขภาพตามการประเมินความเสี่ยง

การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อำเภอเชียงใหม่ปี 2567

- ❖ จัดตั้งทีม CDCU ระดับอำเภอ 3 ทีม (คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ 544/2564 ลงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2564 เรื่อง แต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุม CDCU โรคติดต่อ จังหวัดมหาสารคาม)
- ❖ ทีมสหวิชาชีพผ่านการอบรมหลักสูตร CDCU/ระดับพื้นฐาน จำนวน 27 คน
- ❖ จัดทำแผนมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedures : SOP) ทุกกลุ่มภารกิจ ที่สอดคล้องกับโรค/ภัยที่สำคัญในพื้นที่
- ❖ จัดทำแผนประคองกิจการ (BCP) รองรับโรคและภัยที่สำคัญในพื้นที่ซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณี การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ปี 2567สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

4. Integration (บูรณาการ)

คณะกรรมการ พขอ. / คปสอ. / คณะกรรมการบริหาร รพ.

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ติดตามในการประชุมส่วนราชการ / คณะกรรมการ SRRT/ คปสอ./ คณะกรรมการบริหาร รพ.

การจัดการภาวะฉุกเฉิน โรคระบาด/โรคติดต่อรุนแรง/โรคอุบัติใหม่

แผนรับโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำ

ก่อนเกิดเหตุ



- เฝ้าระวังโรค/ประเมินพื้นที่เสี่ยง
- ซ้อมแผนรับการระบาด
- จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์
- พัฒนามาตรการ มาตรการ
- ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
- การสื่อสารความเสี่ยง
- ทบทวนคณะกรรมการ EOC

จุดให้บริการ One-Stop Service



ขณะเกิดเหตุ

- เปิด EOC
- คัดกรอง เฝ้าระวังผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรค สวมสวนโรค
- การดูแลรักษา ป้องกันการติดเชื้อ
- ดำเนินการตามแผน BCP
- การสื่อสารความเสี่ยง
- การใช้มาตรการทางสังคม ทางกฎหมาย
- การจัดเก็บข้อมูล

หลังเกิดเหตุ



- ปิด EOC
- สรุปถอดบทเรียน
- มาตรการ New normal
- การติดตามผู้ป่วย ผู้สัมผัสโรค
- การสื่อสาร

การจัดการภาวะฉุกเฉินอุบัติเหตุภัย/อุบัติเหตุหมู่

มีแผนรับอุบัติหมู่



ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปีงบประมาณ 2567 แบบบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก

การซ้อมแผนเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่ ปีงบประมาณ 2567 วันที่ 28 มี.ค.67



มีการถอดบทเรียน

บทเรียนที่ได้รับจากการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปี 28 มีนาคม 2567 คือด้านเครือข่ายกู้ชีพสมรรถนะไม่พร้อม และหน่วยกู้ชีพไม่ครอบคลุม ในเตรียมความพร้อมในโรงพยาบาล เพิ่มการพัฒนาบทบาทหน้าที่และความพร้อมด้าน อุปกรณ์เวชภัณฑ์ ด้านศูนย์สั่งการระดับ EOC คณะทำงาน ยังไม่ทราบบทบาท มีแนวทางแก้ไข ประชุมชี้แจงบทบาท ของแต่ละทีม มีการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ปี2567 ได้ปฏิบัติตามแผนมีความพร้อมเพิ่มบทบาทตามกล่องภารกิจEOC ระดับอำเภอ

การจัดการภาวะฉุกเฉิน : กรณีอัคคีภัย

มีแผนรับอัคคีภัย

แผนรับอัคคีภัย (Fire Emergency Response Plan) ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

วัตถุประสงค์

เพื่อให้สามารถรับมือกับอัคคีภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสียหายและอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินของโรงพยาบาลและชุมชนโดยรอบ

ขอบเขต

ครอบคลุมพื้นที่ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และพื้นที่ใกล้เคียง

ผู้รับผิดชอบ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

คณะกรรมการ

ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ซ้อมแผนอัคคีภัย ปีงบประมาณ 2567 แบบบูรณาการกับหน่วยงานภายนอก



มีการถอดบทเรียน

เจ้าหน้าที่เข้าร่วมซ้อมแผนอัคคีภัยสามารถแสดงบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายอย่างถูกต้อง
เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติในการระงับอัคคีภัยเบื้องต้นโดยใช้ถังดับเพลิงได้อย่างถูกต้อง

การจัดการภาวะฉุกเฉิน : กรณีซ้อมแผนกับหน่วยงานอื่น

ซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข

กรณี การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ปี 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ผู้เข้าร่วม 5 คน ได้แก่

๑๖. นายนิกร ขุนประสิทธิ์	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข	รพ. เชียงยืน
๑๗. นางสาวณัฐพร สายแสงจันทร์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ. เชียงยืน
๑๘. นางหญิง สิงห์จรูญ	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	รพ. เชียงยืน
๑๙. นางสุพิน ทิรัฐพล	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	รพ. เชียงยืน
๒๐. นางสาวอรุณา ทองแท้	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	สภ. เชียงยืน

ถอดบทเรียน



1. ได้รูปแบบการซ้อมแผน การดำเนินงาน แนวทางในการเตรียมความพร้อม เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการเตรียมการซ้อมแผนและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในระดับอำเภอต่อไป
2. มีการประเมินผลการฝึกซ้อมแผน ว่าเป็นไปตามแผนที่เตรียมไว้หรือไม่ซึ่งนำไปสู่การปรับปรุง/จัดทำแผนเฉพาะโรค (HSP) และแผนเผชิญเหตุ(IAP)ให้เกิดความสมบูรณ์มากขึ้น

ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขต 7

2. การพัฒนาระบบงานระบาดวิทยา

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายันทกร พูลประสิทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุข

นางสาวอรุสตา ทองแท้ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

มีคณะกรรมการทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ (CDCU) และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว SRRT ทั้งระดับตำบล ระดับอำเภอและทำงานร่วมกับ ระดับจังหวัด รวมทั้งระดับเขตสคร.7 ขอนแก่น ที่ลงมาช่วยควบคุมโรคในพื้นที่ หากเป็นโรคที่ร้ายแรงหรือ สถานการณ์โรคที่ไม่สามารถควบคุมได้ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

- ❖ มีแผนการตอบสนองต่อเหตุฉุกเฉินด้านสาธารณสุข และมีการเตรียมพร้อมในการรองรับตลอดเวลาซึ่งมีการซักซ้อมทุกปี

- ❖ มีการสอบสวนโรคเฉพาะรายในโรงพยาบาล และสอบสวนผู้ป่วยทันทีที่ได้รับรายงานไม่เกิน 24 ชั่วโมงหลังได้รับรายงาน

- ❖ มีช่องทางการแจ้งผู้ป่วยให้ผู้บริหาร ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่และ อสม.ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองโดยการส่งข้อความทางLine

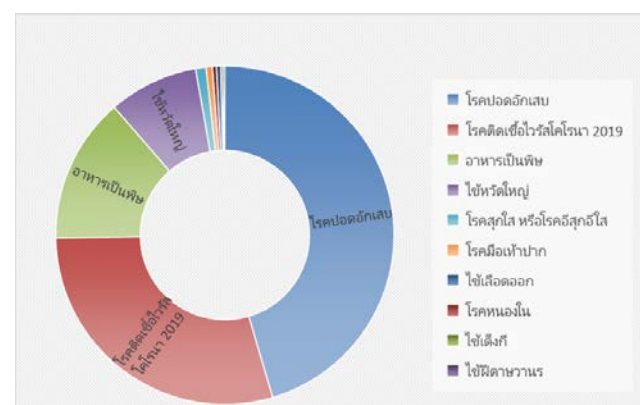
- ❖ มีการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่จำเป็น เพื่อป้องกันการระบาดของโรค

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2567 ได้รับรายผู้ป่วย 10 อันดับโรคดังนี้

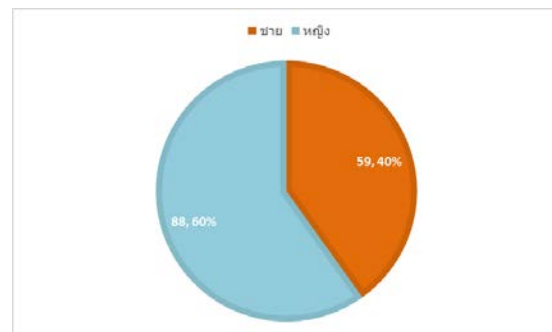
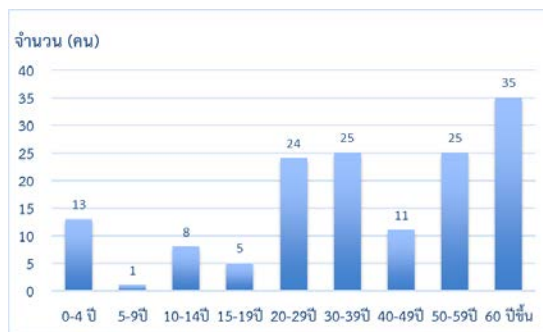
โรค	จำนวน	อัตราป่วยต่อแสน
โรคปอดอักเสบ	228	367.62
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	147	237.02
อาหารเป็นพิษ	70	112.86
ไขหวัดใหญ่	43	69.33
โรคสุกใส หรือโรคอีสุกอีใส	5	8.06
โรคมือเท้าปาก	3	4.83
ไขเลือดออก	2	3.22



โรคหนองใน	2	3.22
ไข้เต็งกี	1	1.61
ไข้ฝีดาษวานร	1	1.61

โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2567 งานระบาดวิทยาได้รับรายผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 จำนวน 147 ราย คิดเป็นอัตราป่วย237.02 ต่อประชากรแสนคน



แผนภูมิแสดงผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 อำเภอเชียงยืน จังหวัดมหาสารคาม จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

การเฝ้าระวัง บันทึก และจัดเก็บข้อมูล

- ❖ มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบัน ครบถ้วน ถูกต้องทันเวลา และเปรียบเทียบกับข้อมูลที่มีอยู่เดิมได้
- ❖ มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคที่สำคัญในพื้นที่ประจำทุกเดือน โดยใช้วิธีทางระบาดวิทยา
- ❖ มีการติดตามเฝ้าดูสถานการณ์และแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง
- ❖ มีการคาดการณ์แนวโน้มการเกิดโรคที่สำคัญ เช่น โรคไข้เลือดออก เพื่อใช้ในการวางแผนป้องกันควบคุมโรค

การติดตามเฝ้าดูสถานการณ์ การคาดการณ์แนวโน้มเพื่อวางแผนป้องกัน

- ❖ การแจ้งข่าวการระบาดของโรคได้ทันท่วงทีทำให้การควบคุมโรคเป็นไปด้วยความสำเร็จส่งผลให้ไม่มีผู้ป่วยเพิ่มเติม
- ❖ การสร้างเครือข่ายในชุมชน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การประสานงานเป็นไปได้ง่ายขึ้น

และมีระบบเฝ้าระวังเป็นอย่างดี

- ❖ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคและรายงานเฝ้าระวังโรคในพื้นที่

- ❖ มีการเฝ้าระวังโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเสมอ เพื่อจะได้เตรียมความพร้อมทันเวลา

- ❖ มีบทเรียนในการซ่อมแผนอุบัติเหตุหมู่ ร่วมวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับภาคีเครือข่ายทำให้เกิดการแก้ไขปัญหา

4. Integration (บูรณาการ)

การจัดทำรายงานและเผยแพร่สถานการณ์โรคต่อสาธารณะ

- ❖ มีการจัดทำรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เฝ้าระวังการระบาดเดือนละ 1 ครั้งและรายงานให้ผู้บริหาร ทีมCDCU และทีมSRRT ทราบ

- ❖ มีการรายงานโรคไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อกฏอนามัยระหว่างประเทศและกฏข้อบัญญัติอื่นๆ

- ❖ มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่กำลังระบาดหรืออาจมีการระบาด ผ่านทางการประชุมหมู่บ้าน ประชุมผู้นำชุมชน และผ่านทางเสียงตามสาย บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสถานีวิทยุ เพื่อการวางแผนป้องกันควบคุมโรค

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

การเฝ้าระวังป้องกันสอบสวนและควบคุมโรคมีศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอเชียงยืนเป็นศูนย์การรับแจ้งสถานการณ์โรคติดต่อและภัยสุขภาพ มีทีมในการดำเนินงานภายใต้คณะกรรมการศูนย์ควบคุมป้องกันโรคและภัยสุขภาพอำเภอเชียงยืน เกิดการทำงานร่วมกันทั้งภาคีเครือข่ายและมีคณะกรรมการทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ (CDCU)และทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เพื่อดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ มีระบบรายงานโรคทางระบาดวิทยาโดยใช้โปรแกรม R506 เป็นการรายงานโรคจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้กับศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอและส่งข้อมูลให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการแจ้งการรายงานโรคทางระบาดวิทยาให้พื้นที่ทราบ จะใช้ช่องทางโทรศัพท์และLineนำเสนอข้อมูลแก่ผู้บริหารได้รับทราบ และนำเสนอในวาระการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การประเมินผลมีการวิเคราะห์โรคและภัยสุขภาพสรุปรายงานเดือนละ 1 ครั้ง และการดูแลติดตามนิเทศงานปีละ 2 ครั้งในกรณีที่เกิดโรคระบาดหรือภัยสุขภาพจะมีการตั้ง EOC เพื่อกำกับและติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด

การเฝ้าระวังโรค

ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคหลัก มีจำนวน 1 คน มีผู้รับผิดชอบรอง อีก 3 คน มีการประสานงานติดต่อกับผู้รับผิดชอบงานที่สาธารณสุขอำเภอและทีม SRRT ที่ประจำในทุก รพ.สต.

ผู้รับผิดชอบโรงพยาบาล ทำหน้าที่ สอบสวนผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังทุกรายที่มารับบริการ บันทึกรายงานตามระบบรายงาน Digital 506 (D506) และแจ้งรายงานผู้ป่วยกลับไปยังพื้นที่

ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ทำหน้าที่ เฝ้าระวังโรคในพื้นที่ ป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดขึ้นในพื้นที่โดยมีการประสานงานกับศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ

ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเพื่อเฝ้าระวังกรณีเกิดโรคระบาดพื้นที่

การเฝ้าระวังภัยสุขภาพ: อุบัติเหตุจลาจล อุทกภัย อัคคีภัย

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ร้อยละความครอบคลุมของการรายงาน D506	100%	499 รายงาน	100	
ร้อยละความทันเวลาของการรายงาน D506	> 90%	491 รายงาน	98.40	
ร้อยละความทันเวลาการสอบสวนโรค	> 80%	141 เหตุการณ์	100	
อัตรารายป่วยตายด้วยโรคไขเลือดออก	ไม่เกินร้อยละ 0.1	0	0	
อัตราการเกิดโรคระยะที่ 2 ในพื้นที่ที่ได้รับการควบคุม	0	0	0	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice มา Scale Up เพื่อแก้ไขปัญหาสำคัญด้านสุขภาพของอำเภออย่างไรและมีผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสำคัญที่ดีขึ้นอย่างไร

- ❖ ผลการรายงานโรคและการสอบสวนโรคในพื้นที่ที่มีความครบถ้วนทันเวลา
- ❖ พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังเหตุการณ์และควบคุมโรคระบาดในชุมชน โดยมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคในพื้นที่ระดับอำเภอ (CDCU) และมีทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) เครือข่ายระดับตำบลทำให้มีการตรวจจับการระบาดของโรคและควบคุมโรคได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย/โอกาสพัฒนา

- ❖ การประสานงานกับภาคีเครือข่ายเช่น อปท. โรงเรียน วัด อสม. ผู้นำท้องถิ่น ท้องที่ เพื่อมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

8. ภาพประกอบ

8.1 จัดประชุมสมาชิกทีมเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและภัยสุขภาพ



8.2 การฝึกซ้อมแผนเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีเกิดอัคคีภัยในโรงพยาบาล วันที่ 12 กันยายน 2566



8.3 การฝึกซ้อมแผนเตรียมรับสาธารณภัยฉุกเฉินจากการจราจร วันที่ 28 มีนาคม 2567



เครือข่ายบริการสุขภาพเชียงใหม่

8.4 ร่วมฝึกซ้อมแผนโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ ประจำปี 2567 ณ รพ.โกสุมพิสัย 19 เมษายน 2567



8.5 ทีม SRRT อำเภอเชียงยืน ผ่านการประเมินรับรอง มาตรฐาน SRRT ระดับดี ประจำปีงบประมาณ 2560 และปี 2567



ปัญหาที่สำคัญระดับพื้นที่ เขต 7

3. การพัฒนามาตรฐานศูนย์รับแจ้งเหตุและประสานงานและหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นางอัจฉรา วรรณขารี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นายวัฒนพงษ์ อุทรส พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

นางวนิดา วงศ์ละคร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

1. Structure (โครงสร้าง/คำสั่ง)

คณะกรรมการ AMAC , Refer, Service plan

2. Information (ข้อมูลข่าวสาร/สถานการณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์/ผลการดำเนินงานของอำเภอเชียงยืน

โรงพยาบาลเชียงยืน รถพยาบาล 5 คัน ติดตั้ง GPS 5 คัน เครื่อง Telemedicine 2 เครื่อง

มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ ดังนี้

ปีงบประมาณ	จำนวน (ราย)
2564	1,916
2565	2,014
2566	2,478
2567 (1 ต.ค.66- 31 พ.ค.67)	1,667

จากการวิเคราะห์ปัญหาการส่งต่อ พบว่าผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่ไปโรงพยาบาลมหาสารคาม มีระยะเวลาการส่งต่อเพิ่มขึ้น ทำให้ต้องใช้พยาบาลส่งต่อ และพนักงานขับรถในการส่งต่อมากขึ้น และ มีการใช้ระบบ Telemedicine ยังไม่ครอบคลุมในผู้ป่วยระดับ

3. Intervention (กิจกรรมดำเนินงาน)

พัฒนาระบบ Telemedicine

1. จัดหาเครื่อง Telemedicine ให้เชื่อมโยงการสื่อสารกับแม่ข่าย 2 เครื่อง
2. ร่วมตรวจสอบสัญญาณกับแม่ข่ายทุกวัน
3. ติดตั้งเครื่อง Telemedicine บนรถ Refer เพื่อเฝ้าระวังอาการในผู้ป่วยระดับ 1 และ 2

Monitoring ระบบ AMAC

ดำเนินการตามมาตรการ Ambulance safety

1. ติดตามและจัดเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยที่รถพยาบาลขับรถไม่เกินความเร็วที่กำหนด
2. ติดตั้งเครื่อง GPS ในรถพยาบาลทุกคัน
3. ดำเนินงานตามมาตรการรถพยาบาลปลอดภัย
4. ดำเนินการตามมาตรฐานรถพยาบาล
5. ตรวจสอบแอลกอฮอล์พนักงานขับรถ
6. ส่งพนักงานขับรถอบรม Safety driver
7. ติดตามและจัดเก็บข้อมูลอุบัติเหตุที่เกิดกับรถพยาบาลทุกกรณี

4. Integration (บูรณาการ)

- ❖ สสจ.มหาสารคาม
- ❖ ศูนย์ส่งต่อรพ.มหาสารคาม
- ❖ SRRT

5. Monitoring (กำกับ ติดตาม ประเมินผล)

ผลการดำเนินงาน ปี 2567

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ/อัตรา/ระดับ	หมายเหตุ
1. ระดับความสำเร็จในการพัฒนา AMAC ให้ได้มาตรฐาน	ระดับ 5	-	ระดับ 5	
2. ร้อยละของจำนวนครั้งที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่รถพยาบาลขับรถไม่เกินความเร็วที่กำหนด	ร้อยละ 100	0 / 1667	100 %	
3. ร้อยละของจำนวนครั้งการส่งรถพยาบาลออกจาก โรงพยาบาล มีการดำเนินการตามมาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด	ร้อยละ 100	1667/1667	100 %	
4. ร้อยละของอุบัติเหตุที่เกิดกับรถพยาบาลได้รับการสอบสวน	ร้อยละ 100	0	ไม่มีอุบัติเหตุ	
5. จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุกับรถพยาบาลโดยรถพยาบาลเป็นฝ่ายผิด	0 ครั้ง	0	0	

6. Best practice หรือ นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง และการนำผลงานวิจัยหรือ Best Practice

- การพัฒนาระบบ Telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขณะส่งต่อ
- CQI เรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงใหม่

ภาพประกอบ

