คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 (✓) Agenda Based ( ) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : ICS

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ)
การขับเคลื่อนศูนย์ PHEOC อำเภอที่ดำเนินงานได้ตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS)	≥ ร้อยละ 90%	จำนวนครั้งที่สามารถดำเนินการตอบโต้เหตุการณ์ได้ตามระบบ ICS ครบถ้วน	จำนวนครั้งทั้งหมดที่มีการเปิดศูนย์ PHEOC	66.67
ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) หรือ SRRT รายงานถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ร้อยละ 100	จำนวนเหตุการณ์ที่รายงานถูกต้อง ครบถ้วน และส่งทันเวลา	จำนวนเหตุการณ์ทั้งหมด	100.00
ทีมสามารถควบคุมโรคได้ทันเวลา ไม่เกิดโรคระบาดในระยะที่ 2 ของระยะฟักตัวของโรค	ร้อยละ 90	จำนวนเหตุการณ์ควบคุมโรคได้ทันเวลา	จำนวนเหตุการณ์โรคโรคทั้งหมด	100.00

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

1. เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center, PHEOC)

กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กระดับจังหวัด PM 2.5 > 75.1 มคก./ลบ.ม. ติดต่อกัน 2 วัน จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ 1 วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2568 และครั้งที่ 2 วันที่ 26 มีนาคม 2568 ดำเนินการ ดังนี้

- เฝ้าระวังติดตามสถานการณ์ฝุ่นละอองขนาดเล็กทุกวัน
- สื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพฝุ่น PM2.5 และระดับฝุ่น PM2.5 วันละ 2 ครั้ง เวลา 07.00 น. และ 15.00 น. โดยให้มีเนื้อหาการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพในประชาชนและกลุ่มเสี่ยง ฯ
- สนับสนุน แจกจ่ายอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (หน้ากากอนามัย) แก่ประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง
- จัดเตรียมพื้นที่หรือห้องสะอาดเพื่อรองรับผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ
- ทีม 3 หมอออกติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง กรณี PM2.5 เกินค่ามาตรฐาน และปักมุดพิกัดบ้าน
- รายงานข้อมูลเพื่อเสนอจังหวัด ผ่านโปรแกรม Smog-epinor ในทุกวันพฤหัสบดีของสัปดาห์

กรณีแผ่นดินไหว วันที่ 28 มีนาคม 2568 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา สั่งการให้ลำเลียงผู้ป่วยออกจากอาคาร ไปยังจุดรวมพล ทั้ง 2 จุด คือ บริเวณหน้าตึกเขลางค์ยินดี และลานตรวจโรคระบบทางเดินหายใจ และแจ้งทีม SAT รพ.เกาะคา ประสานหน่วยงานภายนอก (ตำรวจ, กู้ภัย และเทศบาล) เพื่อช่วยลำเลียงผู้ป่วยในหอนอนผู้ป่วยออกมาจากอาคาร จัดตั้งโรงพยาบาลสนามบริเวณหน้าตึกศรีเกาะคา รายงานสถานการณ์แผ่นดินไหว และรายงานผลกระทบที่เกิดจากเหตุการณ์แผ่นดินไวในโรงพยาบาลเกาะคาให้ผู้บริหารรับทราบ และได้ดำเนินการทบทวนหลังปฏิบัติงาน (After Action Review : AAR) พบปัญหา ดังนี้

- มีการบัญชาการแผนโดยผู้บัญชาการแผน แต่ไม่มีสายบังคับบัญชาแผนที่ชัดเจน
- ขาดการเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายนอก
- บุคลากรในแต่ละหน่วยงานยังไม่มีความพร้อมด้านการตอบสนองต่อสถานการณ์ใหม่ดังกล่าว
- ขาดการวางแผนระบบการสื่อสารสำรองใน รพ. กรณีเกิดสถานการณ์
- จุดรวมพล กรณีเกิดสถานการณ์แผ่นดินไหวยังมีความเสี่ยง
- ข้อมูลผู้ป่วยในแต่ละแผนก ที่ยังไม่เป็นข้อมูล Real time

2. ประชุมเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operations Center, PHEOC)

- ทบทวน คณะทำงานตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Operation Center : PHEOC) อำเภอเกาะคา คำสั่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเกาะคา ที่ 4/2568 ลงวันที่ 20 สิงหาคม 256

- วางแผนการดำเนินงานในการเตรียมความพร้อมรับมือกับสถานการณ์อุทกภัยและดินโคลนถล่มในพื้นที่อำเภอเกาะคา โดยได้มีการสั่งการให้เร่งดำเนินการดังนี้

- วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงสูงในการเกิดสถานการณ์น้ำท่วม
- สำรวจกลุ่มเปราะบาง ได้แก่ ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยฟอกไต กลุ่ม ANC กลุ่ม Home Oxygen และกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ
- การวางแผนการจัดตั้งศูนย์พักพิงทางการแพทย์
- วิเคราะห์อัตราการสำรองยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยา วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
- การจัดทีมช่วยเหลือ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่และทีม MERT/Mini MERT

3. จัดทำแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ดังนี้ แผนปฏิบัติการเฉพาโรค (Hazard Specific Plan: HSP) กรณี อุทกภัยและดินโคลนถล่ม ปี 2568 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา ลงนามวันที่ 14 สิงหาคม 2568

4. ดำเนินการแจ้งเคสและสอบสวนโรคให้กับทีมควบคุมโรคในพื้นที่อำเภอเกาะคาและ SAT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปางทราบ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ภายใน 24 ชั่วโมง และโรคไข้เลือดออกภายใน 3 ชั่วโมง (1 ต.ค. 67 – 31 ส.ค. 68) จำนวน 479 เหตุการณ์ และทีมควบคุมโรคสามารถควบคุมโรคได้ทันเวลา ไม่เกิดโรคระบาดในระยะที่ 2 ของระยะฟักตัวของโรค

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหาอุปสรรค

- บุคลากรยังไม่เข้าใจบทบาทตนเองในระบบ ICS อย่างชัดเจน
- ยังไม่มีการซ้อมแผน ICS/PHEOC อย่างครอบคลุมทุกหน่วยงาน
- การอัปเดตข้อมูลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ยังไม่เป็นระบบ

แผนการดำเนินงาน

- อบรม ICS และการทำงานในระบบบัญชาการเหตุการณ์ให้กับทีมและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้อง
- ซ้อมแผน อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี ครอบคลุมภัยพิบัติหลัก เช่น แผ่นดินไหว, น้ำท่วม, ไฟไหม้ และโรคระบาด ฯลฯ

- ปรับปรุงและขยาย HSP ให้ครอบคลุมมากขึ้น: เช่น แผนสำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่, โรคจากสัตว์สู่คน, สาธารณภัย ฯลฯ

- ใช้เทคโนโลยี GIS ในการปักพิกัดกลุ่มเปราะบาง เพื่อให้เข้าถึงความช่วยเหลือได้รวดเร็ว

ผู้รับผิดชอบ นางสาวกุลิสรา ซ้องกา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงาน เวชกรรมสังคม
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 (✓) Agenda Based ( ) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : จิตเวชและยาเสพติด

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
จำนวนประชากรกลางปี		58,952	58,623	57,711	57,711	56,417
การคัดกรอง 2Q ซ้ำ ในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ส่ง มารับบริการในคลินิกจิตเวช	100%	100% (375ราย)	100% (256ราย)	100% (334ราย)	100% (378 ราย)	100% (412 ราย)
ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (อัตรา ≤ 40 : ปชก.แสนคน)	ราย ≤ 40 ปชก.แสนคน	18 30.53	17 29.00	21 36.39	18 31.19	14 24.82 (14 คน 20 ครั้ง)
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ	65 %	72.22	88.89	89.47	100	85.71
ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม 6 เดือน (ประชุมตัวชี้วัด มี.ค.68)	≥55%(12ด) 30%(6ด)	NA	NA	NA	NA	97.48 (309คน ใน 317 คน)
การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	74% (1,234ราย)	72.77 898	73.26 904	74.55 920	74.96 925	75.77 935
การเข้าถึงบริการโรคจิต (สะสม ปีงบ 58-68)	≥75% (429ราย)	100.69 (432)	109.09 (468)	119.58 (513)	124.00 (532)	127.04 (545)
ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ (เป้าหมายไม่เกิน : ปชก แสนคน)	ราย ≤7.8: ปชก.แสนคน	6 10.18	10 17.06	8 13.86	11 19.06	7 12.34
ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	90%	100	100	100	88.33 (ซ้ำ 3 ราย)	64.28 (ซ้ำ 5 ราย 6 ครั้ง ใน 14 ราย) - Personality disorders 1 ราย - Severs depress disorders 2 ราย -moderated depress disorders 2 ราย

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568
ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	≥ร้อยละ 85	62.86	100	100	94.44	94.74
ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	70	54.58	44.52	44.58	44.53	66% ติด Bug ทาง สลบ. ให้ส่งข้อมูลไป IT กระทรวง ผ่าน สสจ.ลำปาง(ปัจจุบันรอแก้ไขอยู่) **ถ้าแก้ไขข้อมูลได้ จะ >70%**

3. สิ่งที่ดำเนินการและผลลัพธ์

3.1 คลินิกบริการให้คำปรึกษาและคลินิกอื่นๆ มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น 3Q หากมีความเสี่ยงจะส่งประเมินซ้ำที่คลินิกบริการปรึกษาทั้งหมด 412ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก 314 ราย ผู้ป่วยใน 98 ราย พบมี 2Q positive 398 ราย คิดเป็น 96.60 ใน 398 ราย พบภาวะซึมเศร้า หรือ 9Q ≥ 7 จำนวน 197 ราย (49.49%) ใน 197ราย พบเสี่ยงฆ่าตัวตายหรือ 8Q≥1 จำนวน 121 ราย (61.11%) ในกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ในกรณีที่ประเมินได้ระดับน้อยถึงปานกลาง ให้การรักษาแบบ OPD Case

กรณีประเมินพบอยากฆ่าตัวตายระดับรุนแรงพิจารณา Admit และทั้งหมดต้องได้รับการรักษาด้วยยา ให้การปรึกษา ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมในการอยู่ร่วมกัน การสื่อสารของครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ หรือปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

3.2 ให้การปรึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจำนวน 14 ราย 20 ครั้ง อาการทุเลา 12 ราย และส่งต่อรักษาที่ รพ.ธัญรักษ์ 1 ราย รพ.ลำปาง 4 ราย กระทำซ้ำ 5 ราย (อายุ<27 ปี) และยังมีการนัดติดตามให้คำปรึกษาต่อเนื่อง

3.3 ติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในปีงบ 68 จำนวน 24 ราย และผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ในปีงบ 63 จำนวน 3 ราย ปี 67 จำนวน 3 ราย ปี 68 จำนวน 5 ราย ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ

3.4 ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาเศรษฐกิจและหรือที่อยู่อาศัย (ศูนย์ไร้ที่พึ่ง) หน่วยงานองค์กรเอกชนและ อบต. เทศบาล ในปี 2568 มีผู้ป่วยไร้ที่อยู่อาศัย 2 ราย เป็นโรคทางจิตเวช ได้ส่งตัวไปรักษาที่ภูมิลำเนา ส่วนอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วย stroke ได้ส่งตัวไปรักษาที่ภูมิลำเนาเช่นกัน

3.5 การดูแลผู้ป่วย SMIV รับผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เพื่อให้เข้าถึงการรักษารวมถึงอาการทางจิตจากสารเสพติด นำโดยนายอำเภอเกาะคา ในปีงบ 67 ทีม ศป.ปส.อ.เกาะคาได้ค้นหาผู้ที่ใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตก้าวร้าว เข้ารับการรักษาที่ รพ.เกาะคา จำนวน 33 รายหลังการคัดกรองมีการส่งต่อบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่ รพ.ธัญญารักษ์ เชียงใหม่ จำนวน 17 ราย และส่งต่อ รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ 5 ราย (อาการทางจิตรุนแรงจาก

การใช้สารเสพติด หรือกลุ่มSMIV: Severe Mental Illness Violence) ยังคงติดตามต่อเนื่อง ปี 2568 มีผู้ป่วย SMIV ทั้งหมด 12 ราย ได้รับ การติดตามเยี่ยมบ้าน นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up)

3.6 การดูแลเด็กสมาธิสั้น รับส่งต่อจาก รพ.ลำปาง เพื่อมารับยา Methylphenidateต่อเนื่องที่ รพ.เกาะคา เริ่ม พ.ค.66 สะสม ณ 31 สิงหาคม 68 รวม 68 ราย (รายใหม่ปีงบ 68 จำนวน 19 ราย)

3.7 มีการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ ประกอบไปด้วยทุกส่วนราชการในเรื่องการจัดการและการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติด อำเภอเกาะคา ทุก 3 เดือน ที่ห้องประชุมที่ว่าการ อ.เกาะคา

3.8 มีการรับปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง(รวมส่วนตัว)เพื่อช่วยเหลือและหาทางออกกรณีมีปัญหาเร่งด่วนต้องการความช่วยเหลือ ทั้งกรณีอาการทางจิตกำเริบ อยากฆ่าตัวตาย และอื่น ๆ เฉลี่ย 3-5 ราย/สัปดาห์

3.9 มีการรับปรึกษาทางเพจ คลินิกวัยรุ่นเกาะคา Inbox และ Line application รวมถึงการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ประสานส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาล รพ.สต.ติดตามดูแล ต่อเนื่อง

3.10 ส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต/จิตเวชทั้งหมด 206 ราย ราย ส่งไปรพ.สต.เพื่อฉีดยาจิตเวชต่อเนื่องประจำเดือน 89ราย ส่งไปรพ.ลำปาง 73 เป็นจิตเวชเด็ก 34 ราย (เพื่อวินิจฉัย 15 ราย เพื่อรักษาต่อเนื่อง 19 ราย) และส่งสถาบันเด็ก 3 ราย ผู้ใหญ่ 39 ราย (เพื่อวินิจฉัย 15 ราย เพื่อรักษาต่อเนื่อง 24ราย) ส่งต่อ รพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่ 13 ราย รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ 28 ราย (ปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการ consult จิตแพทย์เพื่อหาแนวทางในการรักษาที่เหมาะสม)

3.11 มีระบบ Consult จิตแพทย์ รพ.ลำปางเพื่อขอรับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน กรณีที่เตียง รพ.ลำปางเต็ม (รับได้ 25 เตียง) Admit ที่ รพ.เกาะคา และขอรับการรักษาจากจิตแพทย์ (จิตแพทย์โทรศัพท์ติดตามและให้การรักษาเป็นรายวัน)

3.12 เสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิต โดยบูรณาการกับกิจกรรม TO BE NUMBER ONE และคลินิกวัยรุ่น โดย ทีมอ.เกาะคา เป็นตัวแทนใน Setting อำเภอ ในการเข้าร่วมการแข่งขันอำเภอ TO BE NUMBER ONE กลุ่มต้นแบบ เพื่อรักษาระดับเงินปีที่ 2 ที่เมืองทองธานี วันที่ 12 ก.ค. 68 (รอประกาศผล 3 เดือน ประมาณเดือน ต.ค.68)

กิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา

การดำเนินงาน กิจกรรม TO BE NUMBER ONE อำเภอเกาะคา จำนวนสมาชิกกับกลุ่มเป้าหมายจำนวนประชากรในอำเภอ อายุ 6-24 ปี จำนวน 6,850 คน จากจำนวนทั้งหมด 7,653 คน ร้อยละ 89.50

- มีชมรมชุมชน ร้อยละ 100 จากจำนวน 10 ชุมชน
- มีชมรมในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานและมัธยม มีจำนวน 18 แห่ง ร้อยละ 100
- มีชมรมในสถานศึกษาระดับอาชีวศึกษาและอุดมศึกษา จำนวน 1 แห่ง ร้อยละ 100
- มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา จำนวน 19 แห่ง ร้อยละ 100
- ชมรมวิทยาลัยเทคนิคนครลำปาง ได้รับคัดเลือก เข้าร่วมประกวดระดับภาค ต่อเนื่อง 3 ปี ตั้งแต่ ปี 2564 - 2566
- มีชมรม TO BE NUMBER ONE โรงเรียนเกาะคาวิทยาคม เข้าร่วมประกวด ระดับภาค ปี 2567-2568
- พัฒนาศักยภาพสมาชิกแกนนำเยาวชนในสถานศึกษา 4 ครั้ง และในชุมชน 6 ครั้ง สนับสนุนให้แกนนำเข้าค่ายพัฒนาศักยภาพโครงการ TO BE NUMBER ONE รุ่นที่ 30 จำนวน 2 คน ระดับจังหวัดทุกครั้งที่จัด มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการ TO BE NUMBER ONE กับอำเภอ อื่น ส่งผลให้อำเภอเถิน และอำเภอเมือง ได้รับคัดเลือกประกวดระดับประเทศ ปี 2567 และชมรม TO BE NUMBER ONE อื่น ๆ ทั้งในเครือข่ายจังหวัดและนอกจังหวัด จำนวน 6 ครั้ง

- มีการประกวดร้องเพลงและเต้น Cover Dance ระดับสถานศึกษา ในงานมหกรรมรวมพลคน TO BE NUMBER ONE อำเภอเกาะคา

3.13 พัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่องทั้งแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา ดังนี้ เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รุ่นที่ 27 3 ก.พ. 68 - 31 พ.ค. 68 จำนวน 1 ราย, อบรมโปรแกรม บสต.ใหม่ 1 คน / อบรมเรื่องการสอบสวนการฆ่าตัวตาย 2 คน

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

1. ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สินจากพนันออนไลน์ และค่าใช้จ่ายในครอบครัว
2. ความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นในครอบครัวแตกแยกหรืออยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ
3. ผู้ที่ติดยาเสพติดรุนแรง และมีอาการทางจิต ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษา
4. ศักยภาพบุคลากร ยังขาดจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชที่ต้องดูแลผู้ป่วยในพยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด

แนวทางการพัฒนา

1. การป้องกันการทำร้ายตัวเองในชุมชน ชุมชนต้องร่วมกันจัดทำโครงการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มวัยรุ่น และอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กวัยรุ่นในเรื่องการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น โดยเฉพาะ ต.ลำปางหลวง ต.ใหม่พัฒนา ต.วังพร้าว เพื่อลดการทำร้ายตัวเองและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ข้อมูลย้อนหลังสะสมจนถึงปัจจุบัน 5 ปีพบอายุ 10-29 ปี มีการพยายามทำร้ายตัวเองสูง คิดเป็น 33.30% ของกลุ่มอายุที่พยายามทำร้ายตัวเอง)

2. การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเผชิญและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ในกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะในตำบลที่มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสะสม 5 ปี สูงคือ ต.ศาลา ต.ลำปางหลวง และ ต.นาแก้ว

3. การควบคุมยาที่ใช้ในการรักษา ในคลินิกบริการจิตเวชต้องมีการจำกัดการจ่ายยาในรายที่มีแนวโน้มทำร้ายตัวเอง และหรือคนที่เคยพยายามทำร้ายตัวเองโดยวิธีอื่นมาก่อน โดยให้ยาไม่เกิน 2-4 สัปดาห์

4. การติดตามผู้ที่พยายามทำร้ายตังเอง ติดตามผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองในปี 68 จำนวน11 ราย และผู้ที่มีประวัติทำร้ายตัวเองซ้ำ (ปี63 มี 3 ราย ,ปี 67 มี 3 ราย และปี 68 มี 5 ราย) และติดตามกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 14-27 ปี ทั้งหมดที่เคยพยายามทำร้ายตัวเอง และมีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม โดยการทำร้ายตัวเองเช่นการกรีดแขนเป็นต้น

5. การดูแลผู้ป่วย กลุ่ม Acute และ Intermediate care ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รับAdmit และรับจาก รพช.ใกล้เคียง (จัดเตรียม Corner 4 เตียง/ Plan เปิด 8 เตียงในปีงบ 2569 เนื่องจาก มีจิตแพทย์มา 1 คน)

6. การติดตามดูแลเด็กสมาธิสั้น ที่รับส่งต่อจาก รพ.ลำปาง เพื่อมารับยา Methylphenidateต่อเนื่องที่ รพ.เกาะคา รวม 35 ราย เพื่อป้องกันปัญหาด้านอารมณ์และการใช้สารเสพติด

7. การเข้าถึงบริการรักษา ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา พยายามหาช่องทางในการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่นใช้ยาหยดเพื่อลดอาการทางจิต หรือ ให้การรักษาร่วมเมื่อมารับการรักษาโรคอื่นๆ มีกระบวนการป้องกันในชุมชนก่อนที่จะมีอาการทางจิตรุนแรงและแนวทางในการจูงใจหรือบังคับให้เข้าสู่กระบวนการรักษา และต่อเนื่อง

8. ระบบเครือข่ายในการช่วยเหลือ ประสานทีมนายอำเภอเกาะคา ปลัดอำเภอ ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่เป็นปัญหารุนแรงในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง เหมาะสม

9. มีการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับ แพทย์ประจำครอบครัว อสม. และหรือผู้นำชุมชน

10. รับส่งต่อเด็ก สมาธิสั้น จาก รพ.ลำปาง เพื่อมารับยา Methylphenidateต่อเนื่องที่ รพ.เกาะคา เริ่ม พ.ค. 66 สะสม ณ 31 สิงหาคม 68 รวม 68 ราย (รายใหม่ปีงบ 68 จำรวน 19 ราย)

11. มีการใช้แบบสอบสวนการฆ่าตัวตายทุกราย (Psycho-autopsy version 10 * covid-19 * 2020-07-21 และวางแผนการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการลงข้อมูลในแบบสอบสวนการฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง

12. ให้บริการปรึกษาสุขภาพจิตและนัดหมาย การให้บริการปรึกที่คลินิกบริการทาง online

13. พัฒนาระบบ Tele psychiatry โดยเริ่มจาก การปรึกผ่าน แพทย์FM และ พยาบาล รพ.สต. ทุกแห่ง

14. พัฒนาบุคลากร ส่งพยาบาล 1 คน รับการอบรมระยะสั้น 4 เดือน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ ปีงบ68

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีเครือข่ายดูแลช่วยเหลือทั้งในและนอกหน่วยงานรวมถึงชุมชน
2. ดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมครอบคลุม กาย ใจ สิ่งแวดล้อม
3. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทันทีที่มีปัญหาสำคัญเร่งด่วน
4. เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรระดับอำเภอ ตำบลในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด
5. มีช่องทางในการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาแนวทางแก้ไขเร่งด่วน

ผู้รับผิดชอบ นางเบญจวรรณ จอมอินตา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด
วัน/เดือน/ปี 3 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 (✓) Agenda Based ( ) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : วัณโรค

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ)
อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ88	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม 2567)	50.00
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ85	จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2567 - 30 กันยายน พ.ศ. 2568)	จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 (คิดจากอัตรา 157 ต่อประชากรแสนคน*)	60.00
การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเป้าหมายด้วยCXR	ร้อยละ 90	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง CXR	จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดในปี2568	79.46

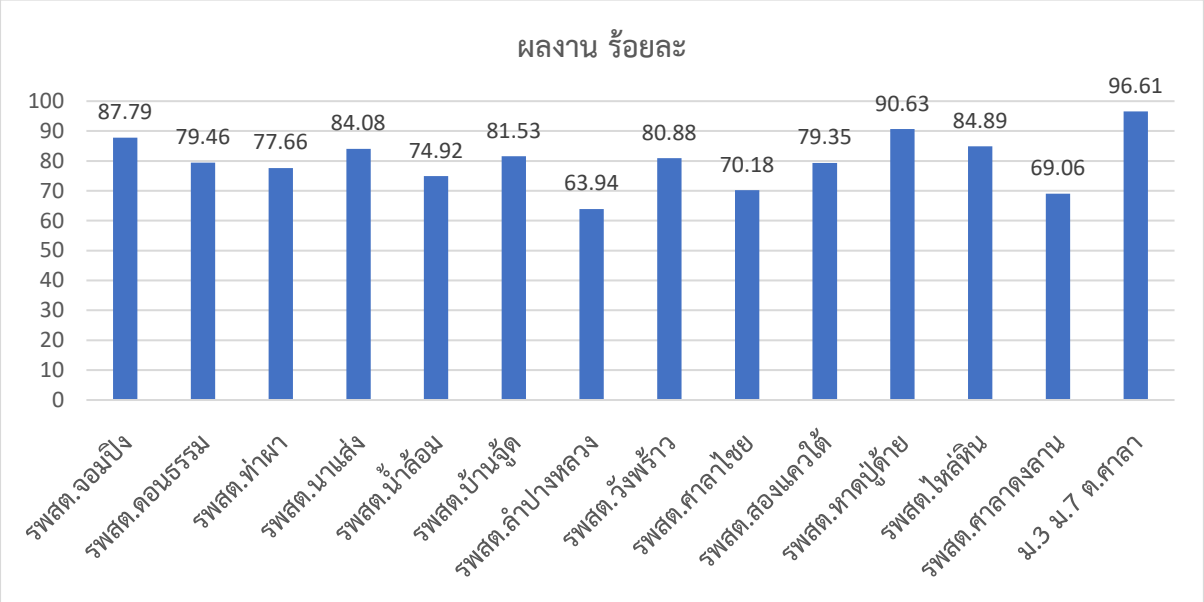
3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

การคัดกรองค้นหาวัณโรคในประชากรกลุ่มเป้าหมาย อ.เกาะคา ประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 8,352 คน เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ สปสช. (โรคไตเรื้อรัง, DM, ติดสุรายาเสพติด, ได้รับยากดภูมิ, บุคลากรสาธารณสุข, BMI<18.5) และกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง (กลุ่ม BMI < 18.5 และกลุ่มเคยป่วยวัณโรคย้อนหลัง 5 ปี) หลังผ่านการสำรวจข้อมูลร่วมกับทางสสจ.ลำปาง คงเหลือจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรองจำนวน 8,293 ราย คัดกรองได้จำนวน 6,076 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.27 จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงดังตารางด้านล่าง

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
BMI < 18.5	2,220	1521	68.51
เคยป่วยย้อนหลัง 5 ปี (ปี 62-66)	121	87	71.9
บุคลากรทางสาธารณสุข**	549	536	97.63
ผู้ที่สูบบุหรี่ (65ปีขึ้นไป)**	492	411	83.54
ผู้ป่วย B24**	415	402	96.87
ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (N18-19,N30,N030-039,N110-111,180,N188-189)**	1,029	792	76.97
ผู้สัมผัสย้อนหลัง 2 ปี (ปี 66-67)**	162	128	79.01

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
ไม่ระบุกลุ่มเป้าหมาย	-	72	-
โรคที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน (SLE) **	49	41	83.67
โรคเบาหวาน (65ปีขึ้นไป)**	1,037	772	74.45
โรคเบาหวานที่คุมไม่ได้ (HbA1C ≥ mg%)**	1,913	1597	83.48
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) (65ปีขึ้นไป)**	186	154	82.8
สุรา ยาเสพติด**	120	77	64.17
รวม	**8,293**	**6590**	**79.46**

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยการ CXR ประชากรกลุ่มเสี่ยง



การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ตามค่าคาดการณ์ 157:100,000 ประชากร พบว่าเป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอำเภอเกาะคา คิดเป็น 90 ราย ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 55 ราย เปลี่ยนการวินิจฉัย 1 ราย คงเหลือ 54 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 จากการคัดกรองจำนวน 13 ราย จากผู้ป่วย walk-in จำนวน 42 ราย เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอด เสมหะบวกจำนวน 38 ราย เสมหะลบ จำนวน 10 ราย วัณโรคนอกปอด จำนวน 7 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษา จำนวน 10 ราย ดังตารางที่ 2

ประเภท	จำนวน	รักษาหาย+ รักษาครบ	กำลังรักษา	ตาย	โอนออก	ขาดนัด	เปลี่ยนวินิจฉัย
M+	38	7	31	8	4	0	0
M-	11	0	11	0	0	0	0
EP	6	1	4	2	0	0	1
รวม	55	8	33	10	4	0	1

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา(ข้อมูล 31 ส.ค.2568)

สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค

ลำดับ	เพศ	อายุ	TB	โรคร่วม	ประวัติ CXR ปี 2567	หมายเหตุ
1	หญิง	25	M+	HIV pulmonary TB present with TB Meningitis	ไม่ได้มา CXR	มาจากอ.ฝางเชียงใหม่
2	หญิง	95	M+	Alzheimer status bedridden CRE sepsis	ไม่ได้มา CXR	มาจาก อ.เมืองลำปาง
3	ชาย	91	M+	IHD S/P CAG (Meditatiom) ,Old CVA S/P TT Tube , A baum VAP	ไม่ได้มา CXR	มาจาก อ.เมืองลำปาง
4	ชาย	60	TB Meningitis	HIV 1st Dx. B24 CD455 , CT Brain no ICH ,S/P Lumbar puncture # TB meningencephalitis c venticulitis # suspected Brain Dead	ไม่ได้มา CXR	รายใหม่ยังไม่ได้รับยา ARV
5	ชาย	76	M+	CA tounge	06/3/67 no cavity	รักษามะเร็งที่ รพ.ศรีพัฒน์ เชียงใหม่
6	ชาย	86	TB Pleuritis	RA ,HTN,IFG,Bed ridden Dx.Rt Pleural effusion+R/O Lung malignancy c Lung metastesis	ไม่ได้มา CXR	
7	ชาย	65	M+ Relapse	Diag..Palliative care ,Advance care plan Anemia of chronic disease ,Pseudomonas aeruginosa urinary tract infection ,Right perianeal abscess space ,Uremic encephalopathy ,Acute respiratory failure ,Hypokalemia ,Chronic kidney disease stage4 ,Pulmonary tuberculosis,strongyloides stercoralis gastrointestinal infection ,Acinetobacter baumanii (XDR).Hospital acquire pneumonia	13/11/2567 old lesion bilateral RLL reticular same	
8	ชาย	70	Disseminated TB (Pulmonary + meningitis + Blood)	U/D : L-spondylosis, Hx brain injury S/P Sx ปี 37 bedridden # Disseminated TB (Pulmonary + meningitis + Blood) with acute respiratory failure	ไม่ได้มา CXR	

ลำดับ	เพศ	อายุ	TB	โรคร่วม	ประวัติ CXR ปี 2567	หมายเหตุ
9	ชาย	64	old TB Relapse ,M+	อุบัติเหตุตกต้นไม้ มาadmit 13-15/5/2568 Dx. severe head injury E1V1M2 BP 190/100 mmHg Pupils 5 mm fixed. LW 2 cm at occiput. CT brain with C-spine= Acute SDT left FTP (2.0 cm) midline shift to Rt 1.5 cm	15มค.2567 CXR no new infiltration	
10	หญิง	89	M+	#Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts - Liver cell carcinoma # UTI # palliative Septicemia due to unspecified staphylococcus	14ก.พ.2568 CXR no infiltration	

ตารางที่ 3 แสดงสาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหาอุปสรรค

1. ฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายไม่อัพเดต
2. ผู้ป่วยติดเตียง ไม่สามารถมา CXR ที่รพ. ได้, ไม่สามารถเก็บเสมหะได้ และ บางรายญาติปฏิเสธการเก็บเสมหะ
3. การติดตามกลุ่ม Abnormal CXR ทำได้

แผนการดำเนินงาน

1. ทบทวนข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง ก่อนดำเนินการทุกครั้ง
2. กลุ่มติดเตียงใช้การส่งเสมหะตรวจ Gene xpert โดยพัฒนาผู้เก็บเสมหะ
3. จัดทำทะเบียนกลุ่ม Abnormal CXR นัดติดตาม ทุก 6 เดือน
4. ใช้กลไกทีมสหวิชาชีพร่วมกับNPCU ติดตามกำกับการกินยา

ผู้รับผิดชอบ นางปุญชรัสมิ์ ยุวศิริกุลชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 31 สิงหาคม 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 (✓) Agenda Based ( ) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : NCD (DM, HT)

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ)
1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	60	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย ในปีงบประมาณควบคุมได้ดี	จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ	65.92
2.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	40	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด	25.64
3. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรก ซ้อน ตา	60	จำนวนผูปวยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ไดรับการตรวจตา ดวย Ophthalmoscope หรือ Fundus Camera	จำนวนผูปวยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด	71.45
4. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เท้า	60	จำนวนผูปวยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ไดรับการตรวจเทา	จำนวนผูปวยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด	69.76
5. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน CVD risk	90	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (110-15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียน และอยู่ในพื้นที่รับ ผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า	จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E10-E14) ความดันโลหิตสูง (110-15) อายุ 35-60 ปี ที่ขึ้นทะเบียนและ อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ	82.86
6.ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ไต	80	นวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง x 100	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไต	75.13

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

3.1 กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง

กลุ่มสีเหลือง ส้ม เร่งด่วนปานกลาง BP 140/90-179/109 mmHg

- ทำ SMBPสัปดาห์ละ1ครั้ง

กลุ่มสีแดงเร่งด่วน BP ≥180/110 mmHg

-ทำ SMBP ส่งCOC ใน Kokha coc select จัดทำindividual care plan

3.2 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

กลุ่มสีเหลือง สีส้ม FBS = 125 – 182 mg/dl , HbA1C = 6.5 – 7.9 %

-ติดตามทำ SMBG ที่รพสต.เดือนละ1ครั้ง

กลุ่มสีแดงเร่งด่วน FBS <70,>183 mg/dl, HbA1C ตั้งแต่ 8 % ขึ้นไป

-FBS ≥183 mg/dl 1 visit ปรับพฤติกรรมรายบุคคล

-FBS ≥183 mg/dl 2 visit

- SMBG ,ส่งCOC ในโปรแกรม Kohkha coc select ตามเกณฑ์ , จัดทำIndividual care plan

ใน ร.พ.

- ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล โดยใช้เทคนิค MI โดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลติดตาม 1 ปี

- ทำโครงการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ

- จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รายใหม่

ในปี 2564 -2568 อัตราป่วยผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร 7,839.65, 8,166.83, 8,377.95, 8,765.15, 9,929.67 ตามลำดับ และมีอัตราป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี 2564-2568 อยู่ที่ 18,760.47, 19,366.67, 19,977.13, 20,299.42 และ 21,030.59 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ในกลุ่มป่วย เบาหวาน ยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย

1. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ปี 2568 (ต.ค.67 - ส.ค.68) ร้อยละ 25.64 ระดับจังหวัด 33.97 ระดับเขต ร้อยละ 31.47 (เป้าหมาย ร้อยละ40) เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ 19.55, 30.95, 30.27 แนวโน้มการควบคุมยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยยังไม่ปรับพฤติกรรมด้าน อาหาร ออกกำลังกาย การใช้ยา ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะ HbA1C 47.6 %.

2. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี 2568 (ต.ค.67 - ส.ค.68) ควบคุมได้ร้อยละ 65.92 ระดับจังหวัด 58.89 ระดับเขต ร้อยละ 55.25 (เป้าหมายร้อยละ 60) เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ 63.02, 63.60, 68.49 ควบคุมได้ตามเป้าหมาย

3. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตา ปี 2568 (ต.ค.67 - ส.ค.68) ร้อยละ 71.45 ระดับจังหวัดร้อยละ 57.23 ระดับเขต ร้อยละ 41.46 (เป้าหมายร้อยละ 60) เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ 68.94, 73.70, 75.27

4. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้าปี 2568 (ต.ค.67 - ส.ค.68) ร้อยละ 69.76 ระดับจังหวัด 59.52 ระดับเขต ร้อยละ 41.70 (เป้าหมายร้อยละ 60) เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ71.04, 73.30, 72.71

5. ร้อยละผู้ป่วย DM,HT ได้รับการคัดกรอง CVD risk ปี 2568 (ต.ค.67-ส.ค.68) ร้อยละ 82.86 ระดับจังหวัด 80.62 ระดับเขต ร้อยละ 63.27 เป้าหมายร้อยละ 90 เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ 80.05 , 82.23, 81.80

6. ร้อยละผู้ป่วย DM,HT ได้รับการคัดกรอง ไต ปี 2568 (ต.ค.67-ส.ค.68) ร้อยละ 75.13 ระดับจังหวัด 70.45 ระดับเขต ร้อยละ 62.82 เป้าหมายร้อยละ 80 เปรียบเทียบปี 2565 – 2567 ร้อยละ 68.81, 74.32,78.33

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานยังควบคุมน้ำตาลไม่ได้ กลุ่มผู้ป่วย uncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก จึงให้บริการตามระดับสี

ปัญหา	แผนการดำเนินงาน
1.ผู้ป่วยเบาหวานยังควบคุมน้ำตาลไม่ได้	เป้าหมาย การดำเนินกิจกรรม กลุ่มสีเหลือง สีส้ม ติดตามทำ SMBG กลุ่มสีแดง ปรับพฤติกรรม Self management support รายบุคคล, SMBG,จัดทำ Individual care plan ,ส่ง COC ใน Kokha coc select ส่ง Homeward -ทำโครงการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ
2.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายแต่ยังมีผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้	-ทำ SMBP ในผู้ป่วย BP ≥ 140/90 mmHg -ติดตามขาดนัดทุกรายภายในวันที่นัด
3.ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้าได้ตามเป้าหมาย การคัดกรองไต CVD risk ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	-ผู้ป่วยรักษา ร.พ. ตรวจเท้าตา ไต ที่ ร.พ. -ผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจเท้าตา ไต ที่ รพ.สต. -ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงคัดกรองไต ประเมิน CVD risk ทุกราย

ผู้รับผิดชอบ น.ส.วารุมาตร์ แก้วคะปวง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : Stroke

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ)
1.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69)	≤7%	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I60-I69) จากหอผู้ป่วยใน	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลเดียวกัน (Stroke: I60-I69)	6.17 (20/324)
1.1อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก(Hemorrhagic stroke) I60-I62	≤25%	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Stroke :I60-I62) จากหอผู้ป่วยใน	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I60-I62)	10.48 (11/105)
1.2อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) I63	≤5%	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Stroke :I63) จากหอผู้ป่วยใน	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหอผู้ป่วยใน ช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke: I63)	1.05 (2/191)
2.อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน stroke unit	≥80%	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาในช่วงเวลาเดียวกัน (ตัดทุกสิ้นเดือน)	75% (243/324)
3.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน(I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (Door to needle time)	≥80%	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการแสดงไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาที	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการแสดงไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับยาละลายลิ่มเลือดในช่วงเวลาเดียวกัน (ตัดทุกสิ้นเดือน)	92.31 (12/13)

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

การดำเนินการการป้องการควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) ของอำเภอเกาะคา ภายใต้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) นั้น มีการจัดทำ “โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Stroke & MI อำเภอเกาะคา” โดยได้วางเป้าหมายการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการได้แก่

1) สร้างความตระหนักและรู้เท่าทันต่อโรค (Health Literacy)

2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access)

3) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ (Action)

จากข้อมูล ปี 2567 พบอัตราตายผู้ป่วย Stroke (I60-69) ร้อยละ 3.21 ปี 2568 ร้อยละ 6.17 อัตราตายผู้ป่วยโรคเลือดสมองได้เพิ่มสูงขึ้นในราย Hemorrhagic Stroke พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร่วมกับมีโรคประจำตัว DM,HT,DLP, On set ไม่ชัดเจน,ไม่มีผู้นำ ส่งโรงพยาบาล ตำแหน่งที่พบเป็นตำแหน่งที่สำคัญ เช่น Brain stem ,Thalamus, Basal ganglia อัตราการเข้าถึงบริการทันเวลาภายใน 4.5 ชั่วโมงผู้ป่วย Stroke มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 66 ร้อยละ 46.7 ,ปี2567 ร้อยละ 50.25 ปี 2568 ร้อยละ 50.25 (ต.ค67-ส.ค 68) มีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก 1. ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบอาการสำคัญ อาการเตือนเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมอง 2. On set ไม่ชัดเจน 3. ไม่มีผู้นำส่ง รพ. ต้องพึ่งพาบุตรหลานพามาโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ รพ. เกาะคา ได้ดำเนินการเปิดบริการStroke unit จำนวน 4 เตียงและเริ่มให้ยา rt-PA รักษาผู้ป่วย Stroke Fast Track รองรับผู้ป่วย Stroke ในเขตอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายใกล้เคียง 3 อำเภอ ได้แก่แม่ทะ ห้างฉัตร และเสริมงาม (เริ่ม เดือนสิงหาคม 2566) ได้มีการใช้ CPG Ischemic/Hemorrhagic stroke/Care map, Stranding order for rt-PA/Hemorrhagic strokeและมีระบบConsult อายุรแพทย์, ศัลยแพทย์, ศัลยกรรมประสาทและรังสีแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว พบว่า (ต.ค 67-ส.ค 68) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน60 นาที (Door to needle time) ร้อยละ 92.31

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหา	แนวทางพัฒนา
ประชาชนใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS/ 1669 เพิ่มมากขึ้น แต่ยังไม่ทราบอาการเตือนของโรค ทำให้ On set to ER ยังต่ำกว่าเป้าหมาย	1.ส่งเสริมประชาชนตระหนัก Stroke alert/Stroke awareness *จัดนิทรรศการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง *การให้ความรู้ประชาชนที่มารับการคัดกรอง HT DM ที รพ.สต.โดยทีมปฐมภูมิ *ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทีมสุขศึกษาของปฐมภูมิ *กระตุ้นให้ประชาชนคนรุ่นใหม่ห่วงใยสุขภาพ โดยการจัดอบรมและการให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม Stroke day (เดือนตุลาคม) *ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับอาการสำคัญ อาการเตือน รวมถึงแนวทางการเข้าถึงระบบบริการ Stroke Fast track ผ่านการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารต่าง เช่น Line OA , Facebook ,Webpage, สื่อวีดิโอ *มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับคลินิก NCD อย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น เพื่อนำข้อมูลมาขึ้นทะเบียนและมาทำ Mapping กลุ่มเสี่ยงรายใหม่

ผู้รับผิดชอบ นางแสงเดือน ไชยทอง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 5 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : STEMI

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน (ร้อยละ)
1.อัตราการเข้าถึงบริการโดยระบบ 1669	ร้อยละ 20	8.82
2.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยSTEMI ในโรงพยาบาล	น้อยกว่า ร้อยละ 9	2.94
3.อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) หรือได้รับการทำ Primary PCI ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ 70	88.24

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

จากข้อมูลปี 2568 (11 เดือน) มีผู้ป่วยรับบริการ จำนวน STEMI 34 ราย พบอัตราการเข้าถึงบริการ 1669 ร้อยละ 8.82 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ปี 2567 ร้อยละ 7.69) พบอัตราการเสียชีวิตในรพ. 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 2.94 ไม่เกินค่าเป้าหมาย) ผลจากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในรูปแบบ Service Plan จังหวัดลำปางอย่างต่อเนื่อง และการเพิ่มแนวทางการคัดกรองและเข้าถึง EKG ผู้ป่วยกลุ่มสงสัย STEMI ที่มารับบริการในรพ.เกาะคา ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พบผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.94 จากการทบทวนพบเป็น Case สูงอายุ มารับบริการด้วยอาการเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน คัดแยกส่งตรวจ OPD ทั่วไป และส่งมารับการฉีดยาห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีภาวะ Cardiac arrest และเสียชีวิต จึงมีการเฝ้าระวัง ณ จุดคัดกรอง โดยเพิ่มซักประวัติเพิ่มเติมในกลุ่มผู้สูงอายุ เพิ่มการจับชีพจร manual ในการวัดสัญญาณชีพ กลุ่มผู้ป่วยล้อเข็น/เปลนอนทุกราย พบผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อด้วยระบบ Fast Pass จำนวน 32 ราย ได้รับการทำ PCI จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.24 (ไม่เข้าเกณฑ์2รายเนื่องจากมีภาวะ Cardiac arrest 1 ราย และมี Spontaneous referfusion 1 ราย) พบอัตราการเข้าถึงบริการ 1669 ร้อยละ 8.82 (เพิ่มขึ้น ปี 2566 ร้อยละ 7.69)

กิจกรรมได้จัดทำในปี 2568 มีดังต่อไปนี้

1. การประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรค ส่งเสริมการตระหนักและรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health literacy) และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) แก่ประชาชนกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง รวมถึงเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ของ NCD clinic ทั้งในรพ.และรพสต.ทุกแห่ง
2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ในกลุ่มผู้ป่วยที่ มี CVD risk สูงอันตราย
3. สื่อสาร และคืนข้อมูลผู้ป่วยกับ รพสต. ผ่าน Line group “ปักหมุดอุดโรคเสี่ยง”เพื่อการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาด และวางแผนพัฒนาต่อยอด
4. การส่งเสริม / กระตุ้นการขยายบริการ 1669 ของอปท. รวมถึงการประสานความร่วมมือการออกบริการนอกเขตพื้นที่ทดแทนกรณีจำเป็น
5. ร่วมประชุมพัฒนาระบบบริการตาม Service plan โรคหัวใจจังหวัดลำปาง
6. จัดอบรมระบบ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและระบบ 1669
   6.1 เจ้าหน้าที่อปพร./ อาสาสมัครกู้ภัย จำนวน 90 คน
   6.2 อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง (ACLS) แก่บุคลากรพยาบาล รพ.เกาะคา จำนวน 140 คน
   6.3 อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) แก่บุคลากรสาธารณสุขแก่บุคลากรสนับสนุนในโรงพยาบาล และจนท.รพสต. จำนวน 280คน

6.4 อบรมครูและนักเรียนในสถานศึกษา อ. เกาะคา จำนวน 186 คน วันที่ 6 และ10 มิถุนายน 2568

7. จัดทำป้ายไวนีล ประชาสัมพันธ์ Awearness signs และระบบบริการ 1669 เพื่อติดที่ตลาดสด/ รพสต. และบริเวณที่เป็นจุดรวมของประชาชนในชุมชนทุกตำบล

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
1.การเข้าถึงบริการ 1669 น้อย	-- เพิ่มการการประชาสัมพันธ์ความรู้ กระตุ้น / ส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคและการรับรู้สัญญาณเตือนของโรค และการใช้บริการ 1669 แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ประชาชนทั่วไป ในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งในอำเภอ และผ่านช่องทางที่หลากหลาย เช่นระบบเสียงตามสายในชุมชน ป้ายประชาสัมพันธ์และสื่อบุคคล -ประชาสัมพันธ์ / ช่องทางการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย - กระตุ้นและส่งเสริม สนับสนุน การขยายบริการของเครือข่ายบริการในชุมชน (อปท) และจัดแบ่งพื้นที่บริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุม

ผู้รับผิดชอบ นางเพ็ญศรี เล็กวิลาศ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : Sepsis

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน (%)
1.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community acquired	≤ 24%	13.61
2. อัตราการได้รับAntibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจาก เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	>90%	100
3. อัตราการเจาะ H/C ก่อน ให้ Antibiotic	>90%	100
4. อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	>90%	98
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลใน ICU ภายใน 3 ชั่วโมง	>50%	100

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired (ไม่รวม A 40.0 – A41.9) ในปีงบประมาณ 2568 (11 เดือน) เสียชีวิต 20 ราย ไม่สมัครอยู่ 5 ราย คิดเป็น 13.61 % ผ่านเกณฑ์จากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด 147 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม (ปี 67 อัตราเสียชีวิต 7.61% จากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด 98 ราย) สาเหตุการเสียชีวิต เนื่องจาก การให้ความรู้ในระดับชุมชนและเข้าถึง sepsis ได้ล่าช้า ทำให้เกิด**การ**ติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired มีอาการทรุดลง ร่วมกับเกิดจากความรุนแรงของโรค และเป็นกลุ่มเสี่ยงมีโรคประจำตัว สูงอายุ, ทำการฟอกไตแบบต่อเนื่อง 24 ชม. (CRRT) เริ่ม กค. 67 ที่มีไตวายเฉียบได้มากขึ้นโดยไม่ refer รพ.ลำปาง (Refer out ลดลง 65%), การประเมิน News2 score OPD/IPD ยังไม่ถูกต้องและไม่ครบถ้วน จากเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานใหม่ ทั้งแพทย์และพยาบาล ส่งผลให้การให้การรักษาล่าช้าตามมา เกิด sepsis ทรุดลงและกลับมา shock ซ้ำ แพทย์เจ้าของไข้บางครั้งติดเคสผ่าตัด ทำให้ประเมินล่าช้า Manage sepsis bundle ไม่ครบ เช่น Fluid resuscitation ได้ไม่ถึงเป้าหมาย หรือการได้ Inotrope drug ช้า ไม่ได้มีการ Alert หรือ Notify RRT team ในบาง ward การประเมิน NEWS2 ไม่ต่อเนื่อง ทำให้ไม่เกิดการ early detection การสรุปเวชระเบียนสาเหตุการเสียชีวิตด้วย อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired (ไม่รวม A 40.0 – A41.9) ไม่ครบถ้วน ขาดการลงวินิจฉัย R 572, R651 และpalliative care กรณี against advice ทำให้ผลลัพธ์การเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลไม่ตรงตามฐานข้อมูลใน HDC จากการค้นหาปัญหาที่แท้จริง ซึ่งต้องปรับการลงรายงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วย Septic shock ในฐานข้อมูล HDC ต่อไป

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

1. เพิ่มศักยภาพของ รพ.สต. ในการ Early detection โดยให้ประชาชนทั่วไป และ care giver ในกลุ่มผู้ป่วย Bed ridden ที่มีสาย Device ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีโรคเรื้อรัง ให้มีความรู้การดูแลตนเองและสามารถมาถึงโรงพยาบาลเมื่อมีอาการแสดงของการติดเชื้อให้ความรู้กับประชาชนและ Care giver

2. ร่วมกับชุมชนเพิ่มเครือข่าย EMS ให้ครอบคลุมพื้นที่ (BLS, อปท.) และการ Consult ผ่านไลน์หรือ Telemedicine ที่มีประสิทธิภาพ

3. ระบบ Consult อายุรแพทย์ของรพช.ลูกข่าย ที่จะต้อง Resuscitation ผู้ป่วย Septic shock รพช. เครือข่ายก่อน Refer เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ

4. พัฒนาความรวดเร็ว ขั้นตอนการให้บริการ OPD/ER ลดความซ้ำซ้อน ภายใน 3 ชม.จากการใช้ CPG เดิม Early detected ได้ช้า ปรับปรุงโดยแนวทางคัดกรองการดูแลผู้ป่วย sepsis ใหม่จากเดิม Activate sepsis fast track ถ้าคะแนน News ≥ 4 เพิ่มเติมใหม่ถ้าเข้าช่องคะแนน 3 หรือแถบสีแดง ให้เข้าเกณฑ์การรักษา Activate sepsis fast track ทันที

5. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ sepsis และ CPG แก่แพทย์/พยาบาล และที่มาปฏิบัติงานใหม่ทุกครั้ง

6. การสรุปเวชระเบียนไม่ถูกต้อง ทบทวนและพัฒนาโดยการจัดตั้งคณะกรรมการ ทบทวนการลงข้อมูลสรุปเวชระเบียนและ approve chart โดยแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาก่อนส่ง

7. ให้ความรู้ในการสรุป chart sepsis ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ อายุรแพทย์จัดอบรมให้ความรู้การสรุปเวชระเบียน Sepsis ในที่ประชุมองค์กรแพทย์ให้ถูกต้องตามการวินิจฉัยได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง การลงวินิจฉัย palliative care โดยเฉพาะเคสที่against advice การ Audit chart ผล Blood lactate > 2 และต้องมีผล culture ที่มีการ Identification ทุก chart เพื่อความถูกต้องก่อนส่งเวชระเบียนโดยแพทย์ทุกสาขา ทำให้ผลลัพธ์ตามฐานข้อมูลใน HDC ถูกต้อง และมีแผนดำเนินการนำ Snomed-ct ของโรงพยาบาลลำปางหรือจากแหล่งอื่นมาใช้ในการตรวจสอบ

8. ใช้Technology ช่วยกรอกข้อมูล และช่วยประมวลผล (IPD paperless ประมาณมีนาคม 68)

9. โรงพยาบาลเกาะคาขยายระบบบริการ หอผู้ป่วยใน 4 หอ (อายุรกรรม 2 หอ ศัลยกรรมกระดูก 1 หอ พิเศษ 1 หอ) จึงต้องปรับ sepsis nurse ในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

ผู้รับผิดชอบ นภัสภรณ์ ดวงแก้ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 5 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : CKD

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	อัตราการเสื่อมของไตลดลงน้อยกว่า 5 ซีซี ต่อ ปี	มากกว่า 66 %	65.60
	ร้อยละผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองค้นหา CKD	มากกว่า 80 %	75.17 %
	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 5 รายใหม่ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้านี้	น้อยกว่า 10%	19.32%
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	อัตราการเสื่อมของไตลดลงน้อยกว่า 5 ซีซี ต่อ ปี	มากกว่า 66 %	65.60 %
	ร้อยละผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองค้นหา CKD	มากกว่า 80 %	75.17 %
	ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะ 5 รายใหม่ที่ลดลงจากปีงบประมาณ ก่อนหน้านี้	น้อยกว่า 10%	19.32%

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

ภาพรวมของผลงานการชะลอการเสื่อมของไตถือว่าต่ำกว่าเป้าหมาย โดยผลงานปีงบ 68 ได้ 59.49 % ซึ่งเป็นผลงานในรอบ 6 เดือนแรก แต่การจัดบริการเฉพาะด้านคือมีคลินิก CKD ที่ขับเคลื่อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมงานลงสู่ รพสต และชุมชนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการบริการครอบคลุมเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย CKD ยังคงดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองค้นหา CKD ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วย ซึ่งนับเป็นเป้าหมายในการคัดกรองไม่ได้รับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ แต่เป็น Type area 1,3 ของเขตพื้นที่ทำให้อาจไม่ได้รับการคัดกรอง และไม่ได้นำมาลงทะเบียนในแฟ้ม Chronic และ/หรือ ได้รับการคัดกรองแล้วในโรงพยาบาลของรัฐแต่เขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไม่ได้นำผลการคัดกรองมาลงในโปรแกรม J จึงไม่นับผลงานขึ้นใน HDC

แผนการดำเนินการปี 2569

1. เพิ่มการคัดกรองตามแนวทาง
2. กระตุ้น จนท. ให้เกิดความตระหนักในการคัดกรองค้นหา CKD
3. ติดตามคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองทั้งกลุ่มที่รับบริการโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน
4. คืนข้อมูลผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองให้ รพ.สต.
5. ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของเครือข่ายทุก 3-6 เดือน

ผู้รับผิดชอบ นางอุบลวรรณ กัญจนพรเจริญ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 5 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : Trauma

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน (ร้อยละ)
1.อัตราการเข้าถึงบริการโดยระบบ 1669	ร้อยละ 20	11.25
2.อัตราตายของผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน อ.เกาะคา	น้อยกว่าร้อยละ 19.52 ต่อแสน ปชก.	14.21
3.ร้อยละบุคลากรเครือข่ายบริการแพทย์ฉุกเฉินอำเภอเกาะคาผ่านการอบรม Pre-hospital Care	มากกว่าร้อยละ 80	89.42

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

จากข้อมูลปี 2568 (11 เดือน) มีผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกชนิด จำนวน 6,389 ราย อุบัติเหตุจราจร จำนวน 1,297 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.30 มีผู้บาดเจ็บรุนแรงและเสียชีวิต จำนวน 8 ราย คิดเป็น 14.21ต่อแสนประชากร (ปชก. กลางปี= 56,306) โดยพบเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 2) เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน รพ.เกาะคา จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 (ปี 2567 เสียชีวิตจำนวน 15 ราย คิดเป็น 25.99 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ จำนวน 9. ราย คิดเป็นร้อยละ 60 เสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน รพ.เกาะคา จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.67 และเสียชีวิตที่รพ.ลำปาง จำนวน 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.33) จากการสอบสวนพบสาเหตุการบาดเจ็บด้วยกลไกที่รุนแรง ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการได้แก่ 1) ขาดความตระหนักในการการปฏิบัติตามกฎจราจร 2) ไม่ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน และ 3) การใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดำเนินกิจกรรม โครงการพัฒนาระบบบริการสาขา Trauma 2568

ลำดับ	กิจกรรม	กำหนดการ
1	อบรม Pre-hospital care แก่อปพร./อาสาสมัครกู้ภัย ในพื้นที่อำเภอเกาะคา	28 กพ.68
2	ประชุมชี้แจงแผน การเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่แก่บุคลากรใน รพ.	21มี.ค.68
3	ประชุมชี้แจงแผนการเตรียมรับอุบัติเหตุหมู่แก่หน่วยงานภายนอก (รพสคต., อปท./อบต., อำเภอ, และตำรวจ)	25 มี.ค.68
4	มอบป้ายประชาสัมพันธ์ระบบบริการ 1669 ตำบล/ รพสต.	25 มี.ค.68
5	กิจกรรมซ้อมแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่	28 มี.ค.68
6	อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพชั้นพื้นฐาน (BLS) แก่บุคลากรสนับสนุนในรพ.เกาะคา	7,14มี.ค.68 4,25 เม.ย.68
7	อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพชั้นพื้นฐาน (BLS) แก่บุคลากร รพสต.	2 พ.ค.68
8	อบรมเชิงปฏิบัติการ การช่วยฟื้นคืนชีพชั้นสูง (ACLS) แก่บุคลากรพยาบาลในรพ.เกาะคา	9,16,23 พ.ค.68
9	อบรมให้ความรู้ เรื่องความปลอดภัยทางถนน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และบริการ1669 แก่ครู/นักเรียนในสถานศึกษา อำเภอเกาะคา	4,6,10 มิ.ย.68
10	อบรมการคัดแยกผู้ป่วย (triage) แก่พยาบาล OPD/ER ใน รพ.	20,27 มิ.ย.68
11	ส่งพยาบาลแบรมเฉพาะทางระยะสั้น4 เดือน (Emergency Nurse Practitioner)	ส.ค.- ธ.ค.68

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
1.การเข้าถึงบริการ 1669 น้อย	- การประชาสัมพันธ์ความรู้ กระตุ้น / ส่งเสริมให้ประชาชนใช้รถใช้ถนนอย่างปลอดภัย - เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ และการรับรู้ต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย - ส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรม / โครงการ ของเครือข่ายปฐมภูมิ - พัฒนาระบบการดูแลรักษาและระบบส่งต่อผู้ป่วย Trauma ในโรงพยาบาลและเครือข่ายจังหวัดลำปางตาม Service plan - พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความรู้และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ใน ER และระหว่างส่งต่อ - คืนข้อมูลปัญหา สู่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมออกแบบ วางแผนแก้ไขปัญหา ในเวทีของศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.)

ผู้รับผิดชอบ นางเพ็ญศรี เล็กวิลาศ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based (✓) Area Based ( ) Functional Based

1. ประเด็น : CA

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ)
1.หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV)	ร้อยละ 80	1,240	2,094	ร้อยละ 59.22
2.หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจเต้านม	ร้อยละ 80	11,502	13,471	ร้อยละ 85.38
3.ประชากรอายุ > 40ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยการ US	ร้อยละ 80	180	180	ร้อยละ 100 ผิดปกติ 53ราย ปกติ 127 ราย
4.ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี (HBV และ HCV)	ร้อยละ 80	2,801 2,802	3,070 3,070	HBV ร้อยละ 91.24 HCV ร้อยละ 91.27
5.ประชากรอายุ 50-70ปี ได้รับการตรวจ หาเลือด ในอุจจาระโดยการทำ Fit Test	ร้อยละ100	2,420	2,500	ร้อยละ 96.8
6.FitTest พบ Positive ได้ทำ Colonoscope	ร้อยละ100	81	128	ร้อยละ 63.28 ประกันสังคม รพศ 8 ปฏิเสธ 39
7.ประชาการกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองแล้วพบผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา	ร้อยละ 100	305	305	ร้อยละ100

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

3.1.หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV) ร้อยละ 59.22 ต่ำกว่าเป้าหมาย ผิดปกติ จำนวน 95 ราย

3.2 หญิงวัยเจริญพันธ์อายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจเต้านม ร้อยละ 85.38 มากกว่าเป้าหมาย ผิดปกติจำนวน 16 ราย

3.3 ประชากรอายุ > 40 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยการ US จำนวน 180 ราย ได้ร้อยละ 100 ตรงตามเป้าหมาย และไม่พบมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบผิดปกติ 53 รายพบ Fatty liver มากที่สุด 20 ราย รองลงมาคือ พบ Gall Stone 8 ราย

3.4 ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ.2535 ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี (HBV และ HCV) เกินเป้าหมาย ได้ร้อยละ 91.24 HBV พบ Positive 67 ราย ร้อยละ 2.39 HCV พบ Positive 33 ราย ร้อยละ 1.18 ผู้ป่วยทั้งหมดเข้าสู่กระบวนการรักษาตามแนวทาง US ไม่พบความผิดปกติ

3.5 การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าในปีงบประมาณ 2568 ทำผลงานได้ร้อยละ 96.8 พบPositive 128 ราย ร้อยละ 63.28 ทำ Colonoscope 81 ราย ปฏิเสธทำ colonoscopy 39 ราย ส่งรพ.ลำปาง 8 ราย พบปกติ 40 ราย Hemorrhoid 2 ราย Diverticolum 13 ราย polyp 23 ราย Mass 2 ราย อื่นๆ 1 ราย

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

ปัญหาและอุปสรรค

1. พื้นที่ไม่สามารถคัดกรองมะเร็งได้ตามเป้าหมายคือ มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ เนื่องจากมีกิจกรรมคัดกรองหลายกิจกรรม เช่น คัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาทำกิจกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมทั้งอำเภอยังไม่ครบถ้วนและไม่ได้รับข้อมูลการตอบกลับจากบางพื้นที่

แผนการดำเนินงานในปีต่อไป

1. กำหนดกิจกรรมให้เหมาะสมตามระยะเวลาที่จำกัดตามลำดับความสำคัญ และควบคุมการจัดกิจกรรมให้ได้ตามแผน

2. จัดกิจกรรมคัดกรองมะเร็งที่พบว่ามีอัตราป่วยตาย เป็นอันดับ 1-3

<u>มะเร็งเต้านม</u>

1. พัฒนาแกนนำอสม.ให้มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง
2. อสม.ที่ผ่านการอบรมสอนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่และติดตามการตรวจเต้านมอย่างต่อเนื่อง
3. รณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตัวเองและการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

<u>มะเร็งปากมดลูก</u>

จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

<u>มะเร็งตับและท่อทางเดินน้ำดี</u>

จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อทางเดินน้ำดี ในกลุ่มเป้าหมายด้วยการตรวจอัลตร้าซาวด์ และในรายที่พบผิดปกติได้รับการรักษาทันท่วงที

<u>มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก</u>

1.จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเป้าหมายด้วย การตรวจอุจจาระและการส่องกล้องในรายที่พบผิดปกติ

2. จัดทำทะเบียนมะเร็งให้เป็นปัจจุบัน

ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยรักษาตามอาการ จาก OPD Card และจากรพสต. ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มารักษาในโรงพยาบาลโดยการเชื่อมต่อข้อมูลคืนให้เครือข่ายทุกเดือนในวันประชุมพุธประสานรพสต.

3. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระยะของการเจ็บป่วย

*ระยะเริ่มแรก ได้รับการรักษาโดยเร็ว และถูกต้อง การดูแลตนเอง การมาตรวจรักษาตามนัด อย่างต่อเนื่อง

*ระยะสุดท้าย การดูแลแบบ Palliative Care การดูแลขณะAdmit ส่งข้อมูล COC ทุกราย HHC Home Ward

*กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน ให้ชัดเจน

4. PM ส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ให้เป็นปัจจุบัน และส่งข้อมูลตอบกลับพื้นที่และติดตามข้อมูลตอบกลับจากพื้นที่ให้ทันเวลาก่อนการประเมินผลประจำปี ในทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว

ผู้รับผิดชอบ นางสุนิตรา ไพบูลย์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based ( ) Area Based (✓) Functional Based

1. ประเด็น : COC

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง	ค่าตัวหาร	ผลงาน (ร้อยละ)
2.1 ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องครอบคลุม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้าน	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	92.96
2.2 มีการตอบกลับข้อมูลผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้านในโปรแกรม COC Select Kokha ครบถ้วน	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม COC Select Kokha	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ส่งต่อได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านและลงข้อมูลผ่านโปรแกรม COC Select Kokha	92.96

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

ปีงบประมาณ 2568 ไตรมาสที่ 1 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2567 – 31 สิงหาคม 2568 ได้มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง จากการส่งต่อรพ.สต. 13 แห่งในอำเภอเกาะคา จำนวนทั้งหมด 213 คน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 198 คน คิดเป็นร้อยละ 92.96 เพิ่มขึ้นจากเดิมที่ผ่านมา ตามตารางที่ 3.1 (ข้อมูลจากโปรแกรม COC Select Kokha) โดยผู้ป่วย 13 กลุ่มโรค เป็นผู้ป่วยสีแดง จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 53.53 และได้ทำ Care Plan จำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 100 สถานะของผู้ป่วยหลังจากได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 198 คน มีอาการดีขึ้น/ทุเลา จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 46.97 อาการคงเดิมจำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 48.99 อาการแย่ลง จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 4.04 ตามตารางที่ 3.2

จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อในแต่ละรพ.สต.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและตอบกลับการเยี่ยมบ้าน ในโปรแกรม COC Select Kokha โดยรพ.สต. ที่ติดตามเยี่ยมบ้านและตอบกลับในโปรแกรมครบร้อยละ 100 ได้แก่ รพ.สต. น้ำล้อม รพ.สต.บ้านจู้ด รพ.สต.สองแควใต้ รพ.สต.จอมปิง รพ.สต.ไหล่หิน รพ.สต.วังพร้าว รพ.สต.ศาลาไชย รพ.สต.นาแส่ง และ รพ.สต. หาดปู่ด้าย ส่วน รพ.สต.ที่มีการติดตามเยี่ยมบ้านและตอบกลับในโปรแกรมน้อยที่สุด ได้แก่ รพ.สต.ศาลาดงลาน ตามตารางแสดงที่ 3.3

3.1 ร้อยละการได้รับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง อำเภอเกาะคา

ลำดับ	ประเภทผู้ป่วย	จำนวน	ได้รับการติดตามเยี่ยม	ร้อยละ	ผู้ป่วย (สีแดง)	ร้อยละ	ทำ Care Plan	ร้อยละ
1	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	72	66	91.67	4	6.06	4	100
2	ผู้สูงอายุติดเตียง/พิการ	9	7	77.78	4	57.14	4	100
3	ผู้ป่วย COPD	2	2	100	2	100	2	100
4	ผู้ป่วยวัณโรค	38	35	92.11	35	100	35	100
5	ผู้ป่วย CKD	2	2	100	2	100	2	100
6	ผู้ป่วย DM Uncontrolled	34	33	97.06	32	96.97	32	100
7	ผู้ป่วย HT Uncontrolled	12	12	100	12	100	12	100
8	ผู้ป่วย Palliative Care	20	20	100	10	50	10	100
9	ผู้ป่วยอายุรกรรม	6	5	83.33	3	60	3	100
10	ผู้ป่วยศัลยกรรม	4	4	100	0	0	0	0
11	ผู้ป่วย Stoke	2	2	100	1	50	1	100
12	ผู้ป่วยสูติกรรม	8	8	100	0	0	0	0
013	จิตเวช	2	1	50	1	100	1	100
14	อื่นๆ	2	1	50	0	0	0	0
	รวม	213	198	92.96	106	53.53	100	100

3.2 สถานะของผู้ป่วยหลังจากได้รับการติดตามเยี่ยม อำเภอเกาะคา

กลุ่มผู้ป่วย	จำนวน	ดีขึ้น/ทุเลา	ร้อยละ	คงเดิม	ร้อยละ	แย่ลง	ร้อยละ
1. หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง	66	19	28.79	45	68.18	2	3.03
2. ผู้สูงอายุติดเตียง/พิการ	7	4	57.14	2	28.57	1	14.29
3. ผู้ป่วย COPD	2	1	50	1	50	0	0
4. ผู้ป่วยวัณโรค	35	21	60	14	40	0	0
5. ผู้ป่วย CKD	2	1	50	1	50	0	0
6. ผู้ป่วย DM Uncontrolled	33	22	66.67	11	33.33	0	0
7. ผู้ป่วย HT Uncontrolled	12	11	91.67	1	8.33	0	0
8. ผู้ป่วย Palliative Care	20	6	30	12	60	2	10
9. ผู้ป่วยอายุรกรรม	5	2	40	2	40	1	20
10. ผู้ป่วยศัลยกรรม	4	2	50	1	25	1	25
11. ผู้ป่วย Stoke	2	0	0	1	50	1	50
12. ผู้ป่วยสูติกรรม	8	4	50	4	50	0	0
13. จิตเวช	1	0	0	1	100	0	0
14. อื่นๆ	1	0	0	1	100	0	0
รวม	198	93	46.97	97	48.99	8	4.04

3.3 การติดตามเยี่ยมและตอบกลับในโปรแกรม COC Select KOKHA แต่ละรพ.สต. อำเภอเกาะคา

รพ.สต.	จำนวนส่ง	จำนวน ตอบกลับ	ร้อยละ
รพ.สต.น้ำล้อม	16	14	87.5
รพ.สต.ลำปางหลวง	22	19	86.36
รพ.สต.บ้านจู้ด	22	22	100
รพ.สต.สองแควใต้	12	12	100
รพ.สต.จอมปิง	11	11	100
ไหล่หิน	14	14	100
วังพร้าว	26	26	100
ศาลาดงลาน	20	16	80
ศาลาไชย	9	9	100
นาแส่ง	17	17	100
ท่าผา	22	18	81.82
ดอนธรรม	17	15	88.24
หาดปู่ด้าย	5	5	100
รวม	213	198	92.96

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

การเยี่ยมและตอบกลับในโปรแกรม COC Select KOKHA ของแต่ละ รพ.สต. เพิ่มจำนวนขึ้นจากครั้งก่อน แต่ยังมีบางแห่ง ไม่ทันเวลา ไม่ครบถ้วนอยู่บ้าง มีการแก้ไขปัญหาโดย การประสานติดตามหลายช่องทาง เช่น ติดตามใน Line group COC เกาะคา ประสานในที่ประชุม คป.สอ.เป็นประจำทุกเดือนเดือน แจ้งแพทย์ FM ประจำโซนรับทราบ รวมทั้งติดตามโดยตรงกับ รพ.สต. เฉพาะบางแห่ง

ข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมให้มีการใช้โปรแกรมเดียวกันทั้งจังหวัดและมีการแจ้งเตือนได้ในกรณีที่ส่งเยี่ยมเคสเร่งด่วน เพื่อให้พื้นที่รับทราบข้อมูลทันที

ผู้รับผิดชอบ นางนฤชา เนตรวิชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
วัน/เดือน/ปี 2 กันยายน 2568

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ( ) Agenda Based ( ) Area Based (✓) Functional Based

1. ประเด็น : Refer

2. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขและจังหวัด)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ค่าตัวตั้ง (A)	ค่าตัวหาร (B)	ผลงาน (ร้อยละ) (ถึง สค.2568)
1. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย /ส่งกลับตามแนวทาง 100%	100 %	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อไม่เหมาะสม	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	96%
2. อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น หมดสติ ชัก ขณะรอ refer หรือผป.รพช.เครือข่ายอาการแย่ลงระหว่างรอ consult	0	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	0
3. จำนวนผู้ป่วยได้รับการรักษาผิดคนจากการระบุตัว ผู้ป่วยผิดคนจากจุดคัดกรอง	0	จำนวนผู้ป่วยที่มีการรักษาผิดคน	จำนวนผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมด	0
4. จำนวนข้อร้องเรียน	< 2%	จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้น	จำนวนข้อร้องเรียนผู้รับบริการ	0
5. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	90%	จำนวนผู้รับบริการ	จำนวนผู้รับบริการ	90%

3. สิ่งที่ดำเนินการ และผลลัพธ์

ศูนย์ REFER มี สิ่งที่ดำเนินการ เช่น การสื่อสารและประสานงานกับผู้ป่วย ญาติ และโรงพยาบาลปลายทาง การเตรียมผู้ป่วยและเอกสาร การจัดรถพยาบาลพร้อมบุคลากรและอุปกรณ์ และการบันทึกข้อมูลการส่งต่อ โดยมี ผลลัพธ์ คือการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือที่ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้ผู้ป่วยได้รับความต่อเนื่องในการดูแลรักษาอย่างปลอดภัย

4. ปัญหาอุปสรรค และแผนการดำเนินงานในปีต่อไป

การใช้ MOPH Refer บุคลากรยังไม่สามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ platform MOPH refer ยังมีขั้นตอนการลงที่ค่อนข้างยุ่งยากสำหรับผู้ใช้

แผนการดำเนินงานในปีต่อไป

เสนอให้มีการจัดอบรมเรื่องการใช้ระบบ MOPH Refer แบบ on site เพื่อให้ผู้ใช้สามารถสอบถามปัญหาการใช้งานและวิธีการแก้ไข

ผู้รับผิดชอบ นางสาวรุ่งอรุณ เม้าพาณิชย์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน งานศูนย์ประสานส่งต่อ
วัน/เดือน/ปี 5 กันยายน 2568