



สรุปผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลพรหมพิราม

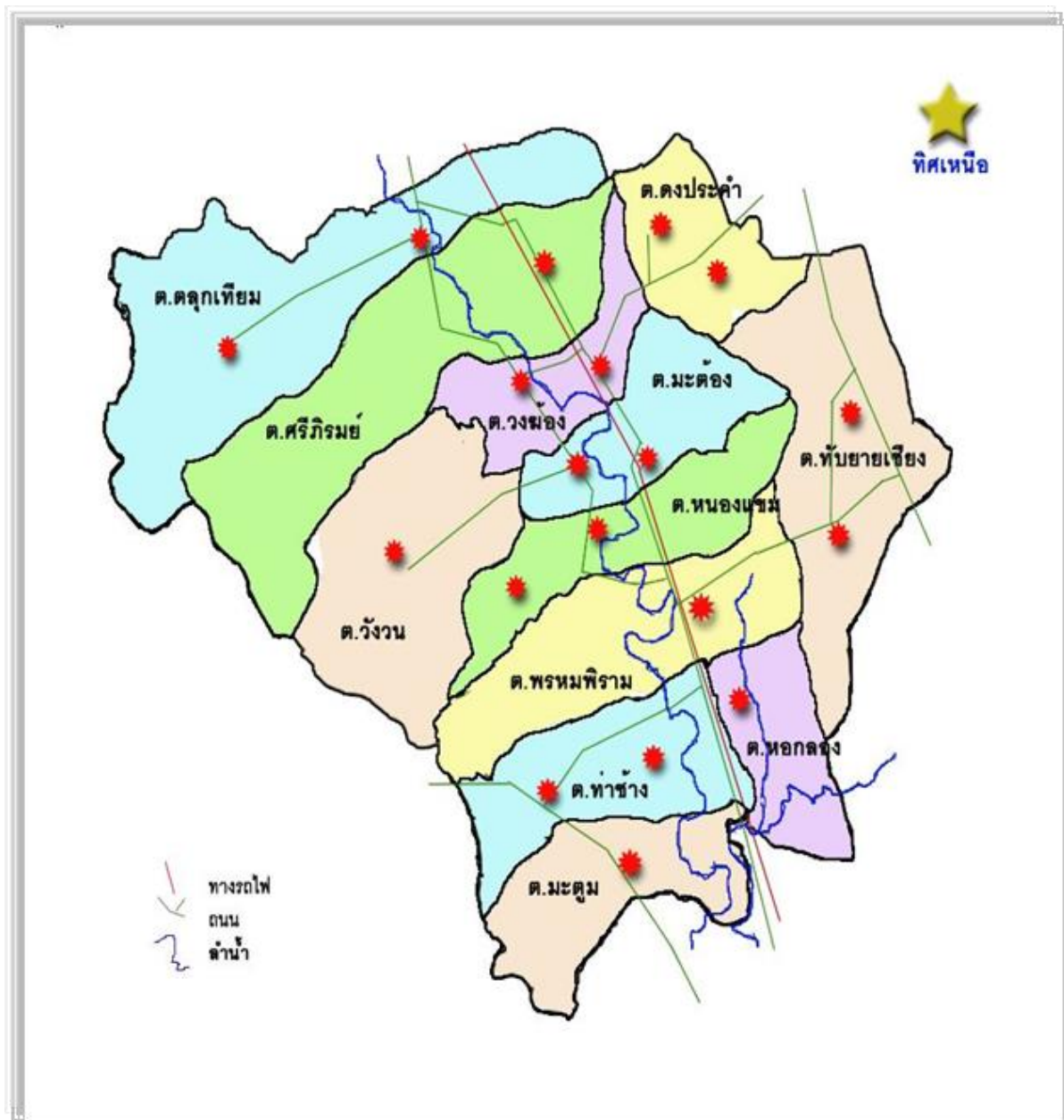
PHROMPHIRAM HOSPITAL



PHROMPHIRAM HOSPITAL

ปีงบประมาณ
2565

ข้อมูลทั่วไป



ประวัติความเป็นมาของอำเภอพรหมพิราม

คำว่า “อำเภอพรหมพิราม” มีความหมายว่า เมืองทั้งดง ซึ่งเป็นที่อยู่ของพระพรหม หรือพระเจ้าผู้สร้างโลก ในอดีตดั้งเดิม อำเภอพรหมพิรามได้ถูกเรียกกันว่า “เมืองพรหมพิราม” โดยศูนย์กลางของเมืองได้ตั้งอยู่ริมแม่น้ำน่าน ตำบลมะตูม ต่อมา ได้ยกฐานะเป็นอำเภอ ชื่อว่า “พรหมพิราม” เมื่อปี พ.ศ. 2438 และได้ย้ายที่ตั้งว่าการอำเภอมาตั้งอยู่ที่ฝั่งขวาของแม่น้ำน่าน ณ บ้านย่านชาดเมื่อประมาณ 50 ปีเศษ ต่อมา เมื่อรัฐบาลในสมัยนั้นได้สร้างเส้นทางรถไฟสายเหนือกรุงเทพฯ – เชียงใหม่ ขึ้น จึงได้ย้ายที่ว่าการอำเภอมาตั้งอยู่ใกล้ทางรถไฟ ณ บ้านกรับพวงกลาง ตำบลพรหมพิราม โดยอยู่ห่างจากสถานีรถไฟเป็นระยะทางประมาณ 500 เมตร อาคารที่ว่าการอำเภอหลังเดิมเป็นเรือนไม้ชั้นเดียวใต้ถุนสูง ในปี พ.ศ. 2503 อาคารที่ว่าการอำเภอ

ได้รับการปรับปรุงเป็นอาคารสองชั้น โดยได้เทพื้นคอนกรีตใต้ถุนอาคารเดิมและตีฝ้าโดยรอบ เพื่อใช้เป็นที่ทำการของส่วนราชการต่างๆ ปัจจุบัน ได้สร้างอาคารที่ว่าการอำเภอหลังใหม่ ณ สถานที่แห่งเดิม โดยได้สร้างเป็นอาคารคอนกรีต 2 ชั้น และเปิดทำการเมื่อปี พ.ศ. 2519

ในปี พ.ศ. 2515 กรมศิลปากร ได้สำรวจพบแนวกำแพงดิน คูเมือง ฐานเจดีย์ก่ออิฐและโบราณวัตถุ คือ เครื่องสังคโลก ศิลปะสมัยสุโขทัย ในบริเวณแนวนนพระร่วงจากสุโขทัย ผ่านบ้านท่างาม บ้านท่าทอง ตำบลศรีภิรมย์ บ้านท้องโพลง หรือท้องพระโรง ตำบลบ้านทับยายเชียง ไปทางทิศตะวันออก ตรงไปอำเภอวัดโบสถ์ อำเภอนครไทย ซึ่งขณะนี้เห็นเป็นแนวอยู่บ้าง สันนิษฐานว่าคงเป็น เส้นทางคมนาคมติดต่อระหว่างกรุงสุโขทัยกับเมืองบางยางในสมัยพ่อขุนบางกลางหาว (พ่อขุนศรีอินทราทิตย์) กับเมืองลพบุรี สมัยพ่อขุนผาเมืองที่ร่วมมือยกกองทัพเข้าตีสุโขทัย อันเป็นเมืองหน้าด่านของขอม ในสมัยโบราณโดยใช้เส้นทางนี้เดินทัพก็เป็นได้ สันนิษฐานครั่งสมเด็จพระบรมไตรโลกนาถทำสงครามกับพระเจ้าติโลกราช พระมหากษัตริย์เชียงใหม่ แห่งอาณาจักรล้านนา คงจะเดินทัพผ่านอำเภอพรหมพิราม ไปยังเมืองพิษณุด้วย

สภาพภูมิศาสตร์

ที่ตั้ง

อำเภอพรหมพิราม เป็นอำเภอชั้นหนึ่งตั้งอยู่ทางทิศเหนือของตัวจังหวัดพิษณุโลกขึ้นไปเป็นระยะทาง 26 กิโลเมตร(โดยรถไฟ) และโดยทางรถยนต์23กิโลเมตร

พื้นที่

อำเภอพรหมพิราม มีพื้นที่ ประมาณ 832.67 ตารางกิโลเมตร

อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอพิษัย	จังหวัดอุตรดิตถ์
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอเมือง	จังหวัดพิษณุโลก
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอวัดโบสถ์	จังหวัดพิษณุโลก
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอกงไกรลาศ	จังหวัดสุโขทัย

สภาพภูมิประเทศ

อำเภอพรหมพิราม มีสภาพภูมิประเทศโดยทั่วไปพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การเพาะปลูก เช่น ทำนา ทำไร่ (ข้าวโพด ถั่ว งา) เป็นต้น บริเวณตะวันออกจะมีภูเขาไม่สูงนักกั้นเขตแดนกับอำเภอวัดโบสถ์ ได้แก่ เขาหินลาด เขาม่วง เขาน้ำสุด ป่าไม้เป็นป่าสูง และป่าดิบในบางตอน ส่วนใหญ่จะเป็นป่าไม้เบญจพรรณ แต่ถูกลักลอบตัดทำลายไปเป็นอันมาก

แม่น้ำ อำเภอพรหมพิรามมีแม่น้ำไหลผ่าน 2 สาย ได้แก่ แม่น้ำน่าน และแม่น้ำแควน้อย

ลำคลอง มีลำคลองที่สำคัญ 2 ลำคลอง ดังนี้ คือ

1.ลำคลองโปรงนก อยู่ทางฝั่งแม่น้ำด้านตะวันออก มีต้นน้ำของลำคลองอยู่ในเขตอำเภอพิษัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ผ่านตำบลศรีภิรมย์ ตำบลงิ้วรอง ตำบลมะตอง ตำบลพรหมพิรามและตำบลหอกลอง แล้วไหลลงสู่ลำน้ำแควน้อยไปลงสู่แม่น้ำน่าน ลำคลองโปรงนกเป็นแหล่งน้ำที่มีปลาชุกชุมมากแห่งหนึ่งของอำเภอพรหมพิราม

2.ลำคลองวังวน อยู่ทางฝั่งแม่น้ำน่านด้านตะวันตก มีต้นน้ำอยู่ในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ไหลผ่านตำบลศรีภิรมย์ ตำบลตลุกเทียม ตำบลวังวน ตำบลหนองแขม และตำบลท่าช้าง แล้วไหลสู่แม่น้ำยม ในเขตท้องที่อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

บึง มีบึงที่สำคัญ มี 2 แห่ง ดังนี้ คือ

1. บึงปลาเนา อยู่ในเขตตำบลศรีภิรมย์ มีเนื้อที่ประมาณ 100 ไร่
2. บึงหล่ม อยู่ในเขตท้องที่ตำบลทับยายเชียงมีเนื้อที่ประมาณ 2,000 ไร่

นอกจากนี้ยังมีหนองน้ำชื่อ “ หนองระหาร “ อยู่ในเขตหมู่ 1 ตำบลพรหมพิรามอันเป็นบริเวณทุ่งสาน เป็นแหล่งที่มีงูเห่าและปลาชุกชุม แต่ปัจจุบันนี้ งูเห่าเริ่มลดจำนวนลงไปมากแล้ว เพราะงูเห่าถูกคนล่าไปประกอบอาหาร

ทรัพยากรธรรมชาติ

อำเภอพรหมพิราม มีทรัพยากรธรรมชาติ คือ ป่าไม้ มีป่าไม้มีค่า เช่น ไม้ยาง ไม้รักฟ้า เป็นต้น ป่าไม้ส่วนใหญ่ถูกตัดทำลายหมดไปหลายปีแล้ว คงเหลือแต่ป่าไม้ในเขตป่าสงวนแห่งชาติเท่านั้น ขณะนี้มีพื้นที่ป่าไม้เหลืออยู่ประมาณ 4.50ตารางกิโลเมตร

การปกครอง

จัดการปกครอง ตามการบริหารราชการแผ่นดินส่วนภูมิภาคมี 12 ตำบล 123 หมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม มีการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีเทศบาล 2 แห่ง คือ เทศบาลพรหมพิราม (ตำบลพรหมพิราม) และเทศบาลวังทอง (ตำบลวังทอง)

การคมนาคมขนส่ง

อำเภอพรหมพิราม การคมนาคมในฤดูแล้งสามารถติดต่อกันได้ทั่วถึงโดยรถยนต์ จักรยานยนต์ แต่ในฤดูฝนไม่สามารถไปได้ทั่วถึงทุกตำบล ทางสัญจรส่วนใหญ่ เป็นถนนดินมีถนนอัดดินลูกรังบางแห่ง และในบางท้องที่ ในฤดูฝนติดต่อลำบากมาก เพราะทางสัญจรเป็นหลุมบ่อ มีน้ำขัง สะพาน และท่อน้ำบางแห่งไม่ได้สร้างขึ้นอย่างถาวร ทำให้ชำรุดทรุดโทรม

การคมนาคมติดต่อกับจังหวัด สามารถติดต่อได้ 3 ทางดังนี้

1. ทางรถไฟสายเหนือ สายพิษณุโลก – เชียงใหม่ มีรถไฟโดยสารผ่านสถานีพรหมพิรามสถานีหนองตม และสถานีบ้านบุง
2. ทางรถยนต์ ระยะทางประมาณ 23 กิโลเมตร มีรถยนต์โดยสารประจำทางวิ่งรับส่งผู้โดยสาร ทุกครั้งชั่วโมง

การศึกษา

โรงเรียนสังกัดพื้นที่เขตการศึกษาที่ 3 จำนวน 51 แห่ง โรงเรียนสังกัดเทศบาล จำนวน 2 แห่ง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 37 แห่ง

จำนวนประชากร

ประชากรอำเภอพรหมพิราม จำนวน 85,048 คน เพศชาย 41,302 คน และ เพศหญิง 43,746 คน
(ที่มา : ข้อมูลประชากรกลางปี 2563 ตามทะเบียนราษฎร์ รายเครือข่ายบริการ จังหวัดพิษณุโลก)

อาสาสมัครสาธารณสุข

อำเภอพรหมพิรามมีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 2,174 คน และมีชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 1 ชมรม

การศาสนา

อำเภอพรหมพิราม ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีวัด/ศาสนสถาน จำนวน 80 แห่ง พระพุทธรูปที่สำคัญซึ่งประชาชนนับถือกันมากมี 4 องค์ ดังนี้ คือ

1. หลวงพ่อพรหมรังษีประดิษฐานในพระอุโบสถ วัดใหม่พรหมพิราม หมู่ 1 ตำบลพรหมพิราม
2. หลวงพ่อบุญมาศากยมุนี และหลวงพ่อบุญมีศรีสรเพ็ชร ประดิษฐาน ณ วิหารใต้ต้นสัก ในเขตตลาดหนองตมหมู่ 1 ต.วังฆ้อง
3. หลวงพ่อขาวไชยสิทธิ์ ประดิษฐานในพระวิหารโบราณที่ วัดสนามไชย ตำบลมะตอง
4. หลวงพ่อทศพล ประดิษฐานในวิหารวัดป่าสัก หมู่ 8 ตำบลมะตอง มีงานสมโภชหลวงพ่อทศพลประจำปีที่ใหญ่ที่สุดในอำเภอพรหมพิราม โดยวันเริ่มงานตรงกับวันแรม 3 ค่ำ เดือน 3 ของทุกปี เป็นเวลา 7 - 10 วัน

สถานที่สำคัญทางประวัติศาสตร์และสถานที่ท่องเที่ยว

อำเภอพรหมพิรามมีโบราณสถานที่สำคัญคือ วัดไผ่ขอน้ำ วัดสนามชัย บ้านท้องโหลง บึงหล่ม และทุ่งสานในเขตพื้นที่ของหมู่บ้านท้องโหลง ดงประคำ เขาปิง บ้านบึงและบ้านอื่น ๆ เคยมีคนพบโบราณวัตถุอยู่เสมอๆ เช่น ฆ้องกระแต ชัน ถาด และกระปุกลายคราม เป็นต้น

บึงหล่ม บึงหล่ม เป็นหนองน้ำที่มีความกว้างใหญ่มาก อยู่ในเขตตำบลดงประคำซึ่งเป็นตำบลที่ตั้งขึ้นใหม่ ของอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก บึงนี้ตั้งอยู่ในเขตหมู่บ้านท้องโหลงซึ่งเชื่อกันว่าเป็นชุมชนโบราณ

บึงหล่มนั้น เคยเป็นพระราชวังมาก่อน (ชาวบ้านบางคนยังเรียกบ้านท้องโหลงนี้ว่าท้องพระโรง) มีเจ้าเมืองปกครองและมีพระมเหสีที่ทรงสิริโฉมงดงามมาก วันหนึ่งเจ้าเมืองไม่อยู่ โอรสเจ้าเมืองเกิดมีจิตวิปริต คิดจะเอาพระมารดาเป็นพระชายา ฟ้าดินจึงลงโทษบันดาลให้เมืองทั้งเมืองถล่ม จมหายลงไปในดิน และเกิดพายุฝนกระหน่ำไม่หยุด น้ำท่วมหนักจนพื้นที่ ที่ตั้งพระราชวังนั้น กลายเป็นบึง ชายบ้านจึงเรียกว่า “บึงหล่ม” มาจนทุกวันนี้

ทุ่งสาน ทุ่งสานเป็นทุ่งนา ที่มีความอุดมสมบูรณ์ดี เหมาะสมกับการทำนามาก เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2514 มีเหตุการณ์จลาจลแย่งที่ทำกินกัน ที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และเหตุการณ์ร้ายแรงถึงขั้นใช้อาวุธประหารกันไม่เว้นแต่ละวัน แต่ปัจจุบันนี้เหตุการณ์เป็นปกติแล้ว “ทุ่งสาน” ทุ่งนี้เดิมมีชื่อว่า “ทุ่งสุสาน” เหตุที่ได้ชื่อนี้ เพราะเป็นทุ่งที่เคยเป็นสมรภูมิรบ ระหว่างกองทัพไทยกับกองทัพพม่าในสมัยโบราณ การรบในครั้งนั้นทหารไทยกับทหารพม่า ต่างล้มตายกันเป็นจำนวนมาก และได้ทำพิธีฝังศพทหารทั้งสองฝ่าย ณ ทุ่งแห่งนี้ ทุ่งนี้จึงได้รับการขนานนามว่า “ทุ่งสุสาน” ต่อมาชาวบ้านเรียกเพี้ยนเป็น “ทุ่งสาน”

วัฒนธรรมประเพณี

คล้ายกับประเพณีของประชาชนในท้องถิ่นอื่น ๆ ของจังหวัดพิษณุโลก ประเพณีที่แตกต่างไปจากที่อื่นคือ ประเพณีส่งบ้านส่งเมือง ส่วนการเล่นพื้นบ้านนั้นที่นิยมกันมาก คือ การเล่นดนตรีม้งคละ และการเล่นกลองยาว

สถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

อำเภอพรหมพิราม มีโรงพยาบาล ขนาด 40 เตียง 1 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน 1 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 19 แห่ง

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลพรหมพิราม

เป็นโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
เพื่อประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข

พันธกิจ

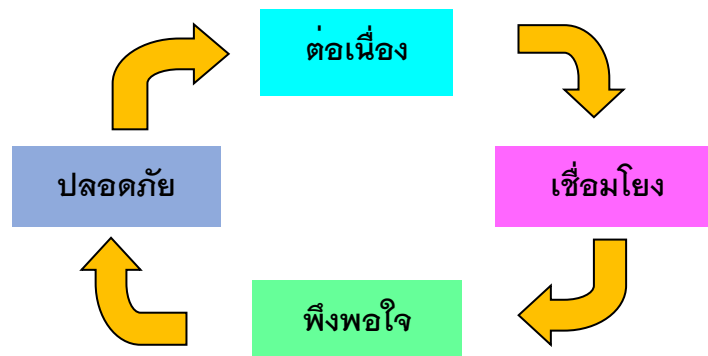
- 1.พัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ แบบองค์รวม โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
- 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสารสนเทศเพื่อเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้
- 3.พัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้สะอาดและปลอดภัย
- 4.สนับสนุนให้ทุกภาคีมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพ

เป้าหมาย(goals)

- 1.ประชาชนในอำเภอพรหมพิรามได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย รวดเร็วและเกิดความพึงพอใจ
2. บุคลากรของโรงพยาบาล เป็นคนเก่ง คนดี และมีความสุขในการทำงาน
เก่ง = สมรรถนะ(ความรู้ ทักษะ)
ดี = พฤติกรรมบริการ (ลูกค้าภายนอก/ภายใน)
สุข = สุขภาพดีและพึงพอใจในการทำงาน
3. เป็นองค์กรที่มีการบริหารจัดการที่โปร่งใส รับผิดชอบต่อสังคม

วัฒนธรรมองค์กร

ปลอดภัย ต่อเนื่อง เชื่อมโยง ฟังพอใจ



- ปลอดภัย = ลูกค้าได้รับบริการที่ปลอดภัย
- ต่อเนื่อง = มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, มีการทำ CQI
- เชื่อมโยง = มีการเชื่อมโยงข้อมูล/ กระบวนการภายในหน่วยงานหรือระหว่างหน่วยงาน
- ฟังพอใจ = ลูกค้ามีความพึงพอใจ

ค่านิยมหลักขององค์กร

MOPH + R

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| M : Mastery | : เป็นนายของตัวเอง |
| O : Originality | : สร้างสิ่งใหม่ |
| P : People Centered Approach | : ใส่ใจประชาชน |
| H : Humility | : ถ่อมตนอ่อนน้อม |
| R : Result based | : เพียบพร้อมผลงาน |

คำขวัญ

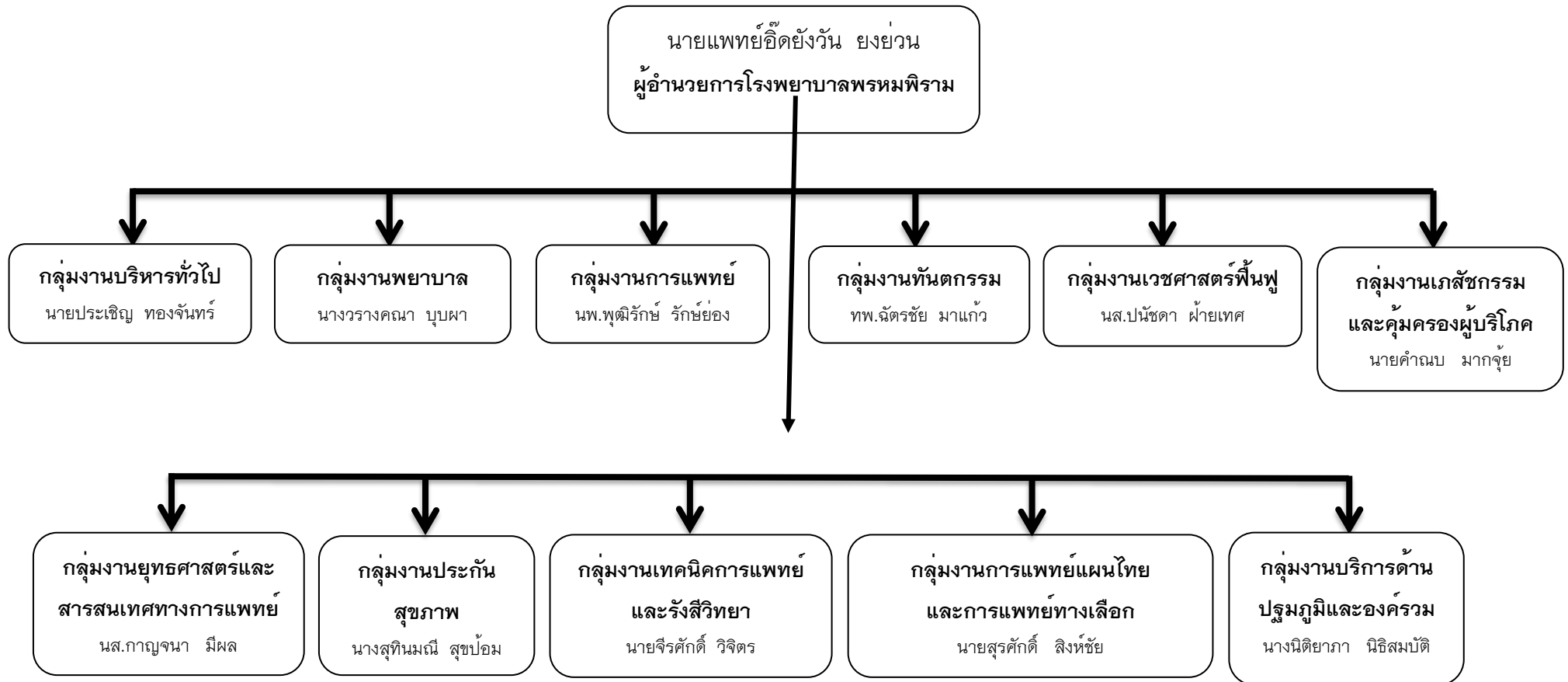
โรงพยาบาลพหลพิราม สะอาดและสวย มีมาตรฐาน บริการด้วยรอยยิ้ม

ประวัติและทำเนียบผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์

เริ่มก่อตั้ง ปี พ.ศ. 2485 เป็นสุขศาลา ชั้น 2 ตั้งอยู่เลขที่ 479 หมู่ 1 ตำบลพหลพลพยุหยาเขตต์ อำเภอพหลพลพยุหยาเขตต์ จังหวัดพิษณุโลก มีเนื้อที่ทั้งหมด 29 ไร่ 1 งาน 38.9 ตารางวา และปี พ.ศ. 2510 พัฒนาเป็นสถานีอนามัยชั้น 1 ต่อมา ปี พ.ศ. 2517 ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลอำเภอพหลพลพยุหยาเขตต์ มีนายแพทย์นิรัช หุ่นดี เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์คนแรก โดยในปีพ.ศ. 2535 ได้ขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง และในปี พ.ศ.2561 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับระดับศักยภาพของโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์เป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	ระยะเวลา
1	นายแพทย์นิรัช หุ่นดี	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2510 - 2513
2	ว่าง	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2514
3	นายแพทย์พงศ์เทพ เทพสมาน	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2515
4	นายแพทย์ธเนศ สุธีรวิทย์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2516
5	นายแพทย์นคร เมธาธรรม	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2517
6	นายแพทย์ไพโรจน์ ธรรมมาพานนท์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2518
7	นายแพทย์สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2519
8	นายแพทย์วิทยา มีสมรรถ	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2520
9	นายแพทย์ปวิณ ดุรงค์เวโรจน์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2521 - 2522
10	นายแพทย์สาวิตร สงวนวงศ์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2523 - 2525
11	นายแพทย์สมบุญ ศรีนิมิตต์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2526
12	นายแพทย์พลเดช ปิ่นประทีป	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2527 - 2533
13	นายแพทย์สุเทพ กลชาญวิทย์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2533 - 2535
14	นายแพทย์อำนาจ สุขชี	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2535 - 2539
15	นายแพทย์สมบุญ พันธวงษ์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2539 - 2540
16	นายแพทย์สุธน ชินวุฒิ	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2540 - 2541
17	นายแพทย์วรวิทย์ รุจิรวนิชเทพ	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2541 - 2542
18	นายแพทย์สุธน ชินวุฒิ	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2542 - 2543
19	แพทย์หญิงศรีสกุล อุ่นพันธ์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2543 - 2544
20	นายแพทย์บุญชัย อีระกาญจน์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2545 - 2547
21	แพทย์หญิงนิภาพร ศรีอุบล	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2548 - 2549
22	นายแพทย์จักริน สมบูรณ์จันทร์	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2549 - 2552
23	นายแพทย์อดิศักดิ์ ยงยวน	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2552 - 2565
24	นายรัฐภูมิ ขามพูนท	ผ.อ.โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์	พ.ศ.2565 - ปัจจุบัน

โครงสร้างการบริหารโรงพยาบาลพรหมพิราม



อัตรากำลังตามเกณฑ์โครงสร้าง รพ.พรหมพิราม

ข้อมูลทั่วไป		โครงสร้าง		จำนวนคนมีจริง					
ลำดับ	วิชาชีพ	กรอบ ชั้น ต่ำ	กรอบ ชั้น สูง	รวม	ขรก.	ลจป.	พนร.	ลจช.	พกส.
1	นายแพทย์	14.0	17	9	9	0	0	0	0
2	ทันตแพทย์	12	15	9	9	0	0	0	0
3	จพ.ทันตสาธารณสุข/นวก.สาธารณสุข (ทันตฯ)	3	3	3	3	0	0	0	0
4	เภสัชกร	6.0	7	6	6	0	0	0	0
5	จพ.เภสัชกรรม	4	5	5	5	0	0	0	0
6	พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค	56	70	58	53	0	0	5	0
7	ผู้ช่วยพยาบาล	0	0	0	0	0	0	0	0
8	นักเทคนิคการแพทย์	4	5	3	3	0	0	0	0
	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			1	1	0	0	0	0
	จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์/พนักงาน วิทยาศาสตร์			2	2	0	0	0	0
9	นักกายภาพบำบัด	5	6	4	3	0	0	0	1
	จพ.เวชกรรมฟื้นฟู			0	0	0	0	0	0
10	นักรังสีการแพทย์	2	2	2	1	0	1	0	0
	นักรังสีการแพทย์ (เวชศาสตร์ นิวเคลียร์)			0	0	0	0	0	0
	นักรังสีการแพทย์ (รังสีรักษา)			0	0	0	0	0	0
	จพ.รังสีการแพทย์			0	0	0	0	0	0
11	นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข	11	13	8	6	0	0	0	2
12	จพ.เวชสถิติ/นวก.สาธารณสุข (เวช สถิติ)	2	2	2	1	0	0	0	1
13	นักสังคมสงเคราะห์	0	0	0	0	0	0	0	0
14	นักวิชาการโสต / จพ.โสต	0	0	1	0	0	0	0	1
15	นักโภชนาการ/โภชนากร	2	2	1	1	0	0	0	0
16	นักกิจกรรมบำบัด	0	0	0	0	0	0	0	0
17	แพทย์แผนไทย/จพ.สาธารณสุข (อายุรเวท)	8	10	9	5	0	0	0	4
18	นักกายอุปกรณ์	0	0	0	0	0	0	0	0

อัตรากำลังตามเกณฑ์โครงสร้าง รพ.พรหมพิราม

ข้อมูลทั่วไป		โครงสร้าง		จำนวนคนมีจริง					
ลำดับ	วิชาชีพ	กรอบ ชั้น ต่ำ	กรอบ ชั้น สูง	รวม	ชรก.	ลจป.	พนร.	ลจช.	พกส.
19	ช่างกายอุปกรณ์	0	0	0	0	0	0	0	0
20	จพ.สาธารณสุข (เวชกิจฯ)/นัก ปฏิบัติการฉุกเฉินฯ /จพ.การแพทย์ ฉุกเฉิน	3	3	2	0	0	0	0	2
21	ช่างภาพการแพทย์	0	0	0	0	0	0	0	0
22	นักจิตวิทยาคลินิก / นักจิตวิทยา	1	1	0	0	0	0	0	0
23	นักจัดการงานทั่วไป	1	1	1	1	0	0	0	0
24	จพ.การเงินและบัญชี/นวก.เงินและ บัญชี	5	6	5	0	0	2	0	3
25	จพ.ธุรการ	3	4	3	3	0	0	0	0
26	จพ.พัสดุ/นวก.พัสดุ	5	6	4	0	0	3	0	1
	นายช่างเทคนิค			1	0	0	0	0	1
27	นวก.คอมพิวเตอร์/จพ.คอมพิวเตอร์	2	2	3	1	0	0	0	2
28	บรรณารักษ์	-	-	0	0	0	0	0	0
29	ผู้ช่วยช่างทั่วไป	-	-	0	0	0	0	0	0
30	ผู้ช่วยทันตแพทย์	-	-	1	0	0	0	0	1
31	ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด	-	-	0	0	0	0	0	0
32	พนักงานเกษตรพื้นฐาน	-	-	0	0	0	0	0	0
33	พนักงานขับรถยนต์	-	-	5	0	1	0	0	4
34	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	-	-	24	0	4	0	0	20
35	พนักงานซักฟอก	-	-	2	0	0	0	0	2
36	พนักงานบริการ	-	-	5	0	0	0	0	5
37	พนักงานบริการ (ขับรถยนต์)	-	-	0	0	0	0	0	0
38	พนักงานประกอบอาหาร	-	-	1	0	0	0	0	1
39	พนักงานประจำตึก	-	-	1	0	0	0	0	1
40	พนักงานประจำห้องทดลอง	-	-	0	0	0	0	0	0
41	พนักงานประจำห้องยา	-	-	0	0	0	0	0	0
42	พนักงานเภสัชกรรม	-	-	0	0	0	0	0	0
43	พนักงานโสตทัศนศึกษา	-	-	0	0	0	0	0	0
44	เจ้าพนักงานสถิติ	-	-	0	0	0	0	0	0
45	ผู้ช่วยพยาบาล	-	-	0	0	0	0	0	0

อัตรากำลังตามเกณฑ์โครงสร้าง รพ.พรหมพิราม

ข้อมูลทั่วไป		โครงสร้าง		จำนวนคนมีจริง					
ลำดับ	วิชาชีพ	กรอบ ชั้น ต่ำ	กรอบ ชั้น สูง	รวม	ชรก.	ลจป.	พนร.	ลจช.	พกส.
46	พนักงานเปล	-	-	5	0	0	0	0	5
47	พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	-	-	0	0	0	0	0	0
48	พนักงานช่วยการพยาบาล	-	-	2	0	0	0	0	2
49	พนักงานบริการเอกสารทั่วไป	-	-	0	0	0	0	0	0
50	พนักงานบัตรรายงานโรค	-	-	0	0	0	0	0	0
51	พนักงานพิมพ์	-	-	0	0	0	0	0	0
52	ช่างไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์	-	-	1	0	1	0	0	0
53	พนักงานเก็บเอกสาร	-	-	0	0	0	0	0	0
54	พนักงานกู้ชีพ	-	-	0	0	0	0	0	0
55	พนักงานพัสดุ	-	-	0	0	0	0	0	0
56	แม่บ้าน	-	-	0	0	0	0	0	0
57	พนักงานบริการ (รปภ)	-	-	0	0	0	0	0	0
58	พนักงานผลิตน้ำประปา	-	-	0	0	0	0	0	0
59	พนักงานวิทยาศาสตร์	-	-	1	0	0	0	0	1
60	ช่างต่อท่อ	-	-	1	0	1	0	0	0
61	นายช่างไฟฟ้า	-	-	1	0	0	0	0	1
62	พนักงานช่วยเหลือคนไข้ (แพทย์แผนไทย)	-	-	1	0	0	0	0	1
63	พนักงานเก็บเงิน	-	-	0	0	0	0	0	0
64	พนักงานธุรการ	-	-	0	0	0	0	0	0
65	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	-	-	0	0	0	0	0	0
รวม				51	0	7	0	0	44
รวมสายวิชาชีพ และสายสนับสนุน				193	113	7	6	5	62

ข้อมูลสถิติของโรงพยาบาล

งานผู้ป่วยนอก

1.ตารางแสดงงานบริการผู้ป่วยนอก จำแนกตามประเภทสิทธิมาตรฐาน ปีงบประมาณ 2563- 2565

ประเภทสิทธิ	หน่วย นับ	ผลงานปีงบประมาณ		
		2563	2564	2565
1 .จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ในปี				
- UC บัตรทอง	คน	23,501	22,349	29,315
- อื่นๆ (สิทธิไม่ชัดเจน, ไม่ใช่สิทธิ, ชำระเงิน)	คน	4,230	3,967	5,771
- ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	คน	3,994	4,014	4,707
- ประกันสังคม	คน	2,212	2,495	2,496
- แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน	คน	19	34	32
- แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ชำระเงินเอง)	คน	12	13	24
- ส่งเสริมสุขภาพ ฝากครรภ์/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว	คน	11,489	19,523	48,056
- อื่นๆ (พรบ., โครงการคัดกรองพิเศษต่างๆ, ชั้นสูตร)	คน	2,997	3,169	5,969
รวมผู้รับบริการ	คน	48,454	55,564	96,370
2.จำนวนผู้รับบริการทั้งหมด				
- UC บัตรทอง	ครั้ง	85,531	80,079	91,096
- อื่นๆ (สิทธิไม่ชัดเจน, ไม่ใช่สิทธิ, ชำระเงิน)	ครั้ง	5,654	5,038	7,366
- ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	ครั้ง	22,569	20,936	22,886
- ประกันสังคม	ครั้ง	6,966	7,304	7,729
- แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน	ครั้ง	69	94	97
- แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ชำระเงินเอง)	ครั้ง	69	37	46
- ส่งเสริมสุขภาพ ฝากครรภ์/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว	ครั้ง	19,874	56,067	89,755
- อื่นๆ (พรบ., โครงการคัดกรองพิเศษต่างๆ, ชั้นสูตร)	ครั้ง	5,948	6,853	9,616
รวมผู้รับบริการ	ครั้ง	146,680	176,480	228,591
3. จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน (1 ปี คิต 286 วันตามมาตรฐานงานสถิติและเวชระเบียน)	ครั้ง	513	617	799

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2565

2.ตารางแสดง จำนวนผู้ป่วยนอกแยกตามแผนกการตรวจรักษา ปีงบประมาณ 2563 – 2565

ประเภท	2563	2564	2565
รวมผู้รับบริการแยกตามแผนกที่ตรวจ (ราย)	146,989	181,219	232,685
อายุรกรรม	81,105	124,468	176,438
ศัลยกรรม	15,929	12,896	12,832
ทันตกรรม	9,861	8,297	10,584
แพทย์แผนไทย	14,397	11,741	10,722
กุมารเวชกรรม	6,036	4,759	6,635
นรีเวชกรรม	3,487	3,739	3,391
จิตเวช-บำบัดยาเสพติด	3,983	2,701	2,157
สูติกรรม	2,103	2,378	3,170
กายภาพบำบัด	3,458	2,825	2,355
ศัลยกรรมกระดูก	994	709	346
จักษุ	626	444	320
โสต คอ นาสึก	222	177	111
ตรวจสุขภาพ	3,018	2,039	1,871
อื่นๆ	1,770	1,458	1,753

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2565

3.ตารางแสดงจำนวนของผู้ป่วยนอกจำแนกตามกลุ่มรหัสโรค(รง.504) ICD-10 ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	กลุ่มรหัสโรค	โรค/สาเหตุ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	A00-B99	โรคติดเชื้อและปรสิต	4,773	3.15
2	C00-D48	เนื้องอก(รวมมะเร็ง)	776	0.51
3	D50-D89	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด และความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกัน	1,955	1.29
4	E00-E90	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	37,161	24.49
5	F00-F99	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	6,615	4.36
6	G00-G99	โรกระบบประสาท	1,883	1.24
7	H00-H59	โรคตาและส่วนประกอบของตา	1,224	0.81
8	H60-H95	โรคหูและปุ่มกกหู	538	0.35
9	I00-I99	โรกระบบไหลเวียนเลือด	31,323	20.65
10	J00-J99	โรกระบบทางเดินหายใจ	6,250	4.12
11	K00-K93	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	17,326	11.42
12	L00-L99	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	2,208	1.46

ลำดับ	กลุ่มรหัสโรค	โรค/สาเหตุ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
13	M00-M99	โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม	12,982	8.56
14	N00-N99	โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมระบบปัสสาวะ	10,027	6.61
15	O00-O99	ภาวะแทรกกระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด แผลหลังคลอด	881	0.58
16	P00-P96	ภาวะผิดปกติของทารกในระยะปริกำเนิด(อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงเจ็ดวันหลังคลอด)	79	0.05
17	Q00-Q99	ความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด และโรคที่เกิดจากพันธุกรรม	60	0.04
18	R00-R99	อาการอื่นๆ ซึ่งไม่สามารถจำแนกเป็นโรคที่แน่ชัดได้	11,024	7.27
19	X40-X49 X60-X69 X85-X90 Y10-Y19	การเป็นพิษ และผลที่ตามมา	29	0.02
20	V01 - V99 Y85	อุบัติเหตุขนส่ง และผลที่ตามมา	961	0.63
21	W00 - Y89	สาเหตุภายนอกอื่น ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	3,641	2.40
จำนวนการวินิจฉัยทั้งหมด			151,716	

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม ณ วันที่ 15 ตุลาคม 2565

4.ตารางแสดง 10 อันดับโรคผู้ป่วยนอก (ไม่รวมกลุ่มโรคส่งเสริมสุขภาพ) ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	รหัสโรคหลัก	โรค/สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2565
			จำนวน(ครั้ง)
1	I10-I15	Hypertension	10,233
2	E10-E14	Diabetes Mellitus	10,222
3	T793	Post-traumatic wound infection	1,891
4	U071-U072	Corona Virus 2019 disease	1,673
5	K30	Functional Dyspepsia	1,477
6	B24	Human Immunodeficiency Virus	1,387
7	J00	Common cold	1,295
8	J44	Chronic obstructive pulmonary disease	1,121
9	K02	Dental carries	1,121
10	K05	Gingivitis	1,113

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2565

6.ตารางแสดง จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอก(โรคหลัก)
จำแนกตาม รหัส ICD-10 ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	รหัสโรคหลัก	โรค/สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2565
			จำนวน (ครั้ง)
1	S0-S9	Physical Injury and trauma	220
2	I64	Stroke	130
3	T793	Post-traumatic wound infection	64
4	A40-A41	Sepsis	49
5	K922	Gastro-intestinal hemorrhage	42
6	R10	Abdominal and pelvic pain	37
7	I50	Heart failure	32
8	R40	Somnolence, stupor and coma	29
9	R56	Convulsion	27
10	H26	Cataract	14

ที่มา : ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2565

งานผู้ป่วยใน

1.ตารางแสดง งานบริการผู้ป่วยใน จำแนกตามประเภทสิทธิ ปีงบประมาณ 2563 – 2565

ประเภทสิทธิ	หน่วยนับ	ผลงาน		
		2563	2564	2565
1.จำนวนผู้รับบริการ (รวมผู้ป่วยตลอด)				
- UC บัตรทอง	ราย	3,294	3,126	2,894
- อื่นๆ (สิทธิไม่ชัดเจน, ไม่ใช่สิทธิ, ชำระเงิน)	ราย	71	46	41
- ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	ราย	702	525	406
- ประกันสังคม	ราย	168	114	123
- แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน	ราย	3	2	4
- แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ชำระเงินเอง)	ราย	-	2	4
- ส่งเสริมสุขภาพ ฝากครรภ์/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว	ราย	-	-	1
- อื่นๆ (พรบ., โครงการคัดกรองพิเศษต่างๆ, ชั้นสูตร)	ราย	32	35	33
รวมผู้รับบริการ (รวมผู้ป่วยตลอด)	คน	4,270	3,850	3,506
2.จำนวนวันนอนของผู้รับบริการ (รวมผู้ป่วยตลอด)				
- UC บัตรทอง	วัน	11,225	13,258	14,062
- อื่นๆ (สิทธิไม่ชัดเจน, ไม่ใช่สิทธิ, ชำระเงิน)	วัน	155	121	101
- ข้าราชการ /รัฐวิสาหกิจ	วัน	1,868	1,619	1,650
- ประกันสังคม	วัน	951	375	436
- แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน	วัน	9	7	11
- แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน (ชำระเงินเอง)	วัน	-	5	10
- ส่งเสริมสุขภาพ ฝากครรภ์/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว	วัน	-	-	3
- อื่นๆ (พรบ., โครงการคัดกรองพิเศษต่างๆ, ชั้นสูตร)	วัน	72	92	103
รวมวันนอนผู้รับบริการ (รวมผู้ป่วยตลอด)	วัน	14,280	15,477	16,376
3. อัตราการครองเตียง (รวมผู้ป่วยตลอด) (1 ปี คิด 365 วัน ตามมาตรฐานงานสถิติและเวชระเบียน)	ร้อยละ	65.20 40 เตียง	70.67 40 เตียง	89.73 50 เตียง

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSXP โรงพยาบาลพรหมพิราม 17 ตุลาคม 2565

3.ตารางแสดง จำนวนของผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มรหัสโรค(รง.504) ICD-10 ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	กลุ่มรหัสโรค	โรค/สาเหตุ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	A00-B99	โรคติดเชื้อและปรสิต	595	8.12
2	C00-D48	เนื้องอก(รวมมะเร็ง)	135	1.84
3	D50-D89	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด และความผิดปกติที่เกี่ยวกับภูมิคุ้มกัน	333	4.54
4	E00-E90	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	1,427	19.47
5	F00-F99	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	167	2.28
6	G00-G99	โรกระบบประสาท	114	1.56
7	H00-H59	โรคตาและส่วนประกอบของตา	13	0.18
8	H60-H95	โรคหูและปุ่มกกหู	11	0.15
9	I00-I99	โรกระบบไหลเวียนเลือด	1,319	18.00
10	J00-J99	โรกระบบทางเดินหายใจ	628	8.57
11	K00-K93	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	344	4.69
12	L00-L99	โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	164	2.24
13	M00-M99	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อยึดเสริม	363	4.95
14	N00-N99	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมระบบปัสสาวะ	620	8.46
15	O00-O99	ภาวะแทรกกระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด แผลหลังคลอด	215	2.93
16	P00-P96	ภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์ปริกำเนิด(อายุครรภ์ 22 สัปดาห์ขึ้นไป จนถึงเจ็ดวันหลังคลอด)	20	0.27
17	Q00-Q99	ความผิดปกติของทารกแต่กำเนิด และโรคที่เกิดจากพันธุกรรม	6	0.08
18	R00-R99	อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและห้องปฏิบัติการ ซึ่งไม่สามารถจำแนกเป็นโรคที่แน่ชัดได้	529	7.22
19	X40-X49 X60-X69 X85-X90 Y10-Y19	การเป็นพิษ และผลที่ตามมา	76	1.04
20	V01 - V99 Y85	อุบัติเหตุขนส่ง และผลที่ตามมา	23	0.31
21	W00 – Y89	สาเหตุภายนอกอื่น ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	226	3.08
จำนวนการวินิจฉัยทั้งหมด			7,328	

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม 18 ตุลาคม 2565

4.ตารางแสดง จำนวนผู้ป่วยใน จำแนกตามรหัสโรค ICD10 (วินิจฉัยหลัก)

ลำดับ	รหัสโรคหลัก	โรค/สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2565
			จำนวน
1	J12-J18	Urinary tract infection	178
2	E10-E14	Diabetes mellitus	133
3	N390	Urinary tract infection	134
4	A09	Gastroenteritis and colitis	91
5	I50	Heart failure	87
6	A40-A41	Sepsis	86
7	K92	Gastrointestinal hemorrhage	74
8	L03	Cellulitis	64
9	R50	Fever	57
10	J44	Chronic obstructive pulmonary disease	44

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม 19 ตุลาคม 2565

6.ตารางแสดงจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยใน จำแนกตามรหัส ICD-10 ปีงบประมาณ 2565

ลำดับ	รหัสโรคหลัก	โรค/สาเหตุ	ปีงบประมาณ 2565
			จำนวน
1	J12-J18	Pneumonia	13
2	K922	Gastrointestinal hemorrhage	7
3	I50	Heart failure	7
4	A40-A41	Sepsis	6
5	J40	Bronchitis	5
6	N390	Urinary tract infection	4
7	I21-I22	Myocardial infarction	4
8	A90-A91	Dengue hemorrhagic fever	4
9	N10	Acute tubulo-interstitial nephritis	2
10	A24	Melioidosis	2

ที่มา: ฐานข้อมูลระบบโปรแกรมบริการ HOSxP โรงพยาบาลพรหมพิราม 20 ตุลาคม 2565



กลุ่มงานบริหารทั่วไป

นายรัฐภูมิ ขามพูนท
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม



นายประเชิญ ทองจันทร์
นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

งานการเงินและบัญชี

นายธัญนันท์ สาดคำ
น.ส.ศิริบุญรัตน์ ดีแท้
น.ส.อรอุมา อินทรพิพัฒน์
น.ส.กมลทิพย์ หนูทอง

งานการเจ้าหน้าที่ + งานธุรการ + งานโสตฯ

น.ส.น้ำอ้อย อินทับทิม
น.ส.ภัคจิรา จันทร์สีทอง
น.ส.นริศรา คล้ายสุวรรณ
น.ส.เศรษฐินี ตรีอินทร์

งานยานพาหนะ

นายสุชีพ พ่วงก้อน
นายชัยณรงค์ คำปลื้ม
นายวัชรินทร์ โท้ทอง
นายรุ่งศักดิ์ ชูขวัญ
นายกรกฤษณ์ ศรีกลิ่น
นายเอกราช บัวทอง
นายชัยวัฒน์ ตุงคะศิริ
นายณฤชัย ภูละมูล

งานพัสดุ

น.ส.มาติกร ครบุรี
น.ส.กฤษณา สดพุด
น.ส.จิรัฐกาล สุภา
นางโสภา รัตนสาคร

งานซ่อมบำรุง

นายบุญมา ทองเฒ
นายลือชัย พ่วงจาด
นายสมหมาย ลิข้า
นายนพรัตน์ ศิรินำ

งานรักษาความปลอดภัย

นายอภิชาติ คชนิล
นายบุญธรรม สว่างแจ้ง
นายกี ราชโครต

พนักงานบริการ

นายจรูณ ม่วงมี

งานซักฟอก

นางประไพ นาคคงคำ
น.ส.ฐิติมา นิยมกิจ
น.ส.กรรณิการ์ เกตุปาน

พนักงานทำความสะอาด

นางอารีรัตน์ ปิ่นทอง
นางลูกชิ้น เกตุหล้า
นางอนงค์ คำปลื้ม
นางสมใจ บุญมาก
นางบุญธรรม สาดคำ
นางสาวสุดใจ หนูนมาลา

งานสนาม

นายเอกชาติ นิ่มอนงค์

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 1.งานการเงินและบัญชี
- 2.งานธุรการ งานการเจ้าหน้าที่ และงานโสตทัศนศึกษา
- 3.งานพัสดุ
- 4.งานซ่อมบำรุง
- 5.งานยานพาหนะ
- 6.งานซักฟอก
- 7.งานรักษาความปลอดภัย
- 8.งานสนาม
- 9.แม่บ้าน / ทำความสะอาด

ผลงานด้านปริมาณงาน

1.งานการเงินและบัญชี

กิจกรรม	ผลงาน		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.บันทึกบัญชีเกณฑ์คงค้าง	12 เดือน	12 เดือน	12 เดือน
2.ส่งรายงานการเงินทางเว็บไซต์ สพค.	12 เดือน	12 เดือน	12 เดือน
3.บันทึกบัญชีเกณฑ์เงินสด	12 เดือน	12 เดือน	12 เดือน
4.จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทน	12 เดือน	12 เดือน	12 เดือน
5.จ่ายเงินค่าใช้สอย วัสดุ	2,284 ชุด	2,056 ชุด	2,112 ชุด
6.จัดทำเช็ค	1,157 ฉบับ	1,121ฉบับ	1,312ฉบับ
7.รับเงินสดและเช็ค	245 ครั้ง	245 ครั้ง	266 ครั้ง
8.ขออนุมัติเบิกจ่าย เงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย ค่าวัสดุ	2,284 ชุด	2,056ชุด	2,056ชุด
9.จัดทำฎีกาเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าการศึกษา บุตร ค่ารักษาพยาบาล	106 ชุด	149 ชุด	160 ชุด
10.จัดทำคำสั่งปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ			
11.ออกใบเสร็จรับเงินทั้งหมด	24,948ใบ	19,796ใบ	23,796ใบ
12.จัดทำหนังสือติดตามทวงหนี้	-	-	-
13.การประเมินคุณภาพ FAI (ด้านบัญชีและงบการเงิน)		-	-
14.ตรวจสอบรายละเอียดการรับเงินจากเจ้าหน้าที่การ	246 ครั้ง	246 ครั้ง	246 ครั้ง
15.ลงข้อมูลบันทึกบัญชีเกณฑ์เงินสด	246 ครั้ง	246 ครั้ง	260 ครั้ง
16.พิมพ์เอกสารการโอนเงินให้หน่วยงานอื่น	64 ครั้ง	69 ครั้ง	70 ครั้ง
17.พิมพ์เอกสารส่งใบเสร็จรับเงินให้หน่วยงานอื่นกรณี	64 ครั้ง	69 ครั้ง	69 ครั้ง
18.พิมพ์ใบกำกับภาษีหัก ณ ที่จ่ายให้กับบริษัทห้างร้าน	615 ครั้ง	556ครั้ง	572ครั้ง
19.พิมพ์ใบกำกับภาษีหัก ณ ที่จ่าย นำส่งให้สรรพากร	615ครั้ง	556 ครั้ง	572 ครั้ง

วิเคราะห์งาน

บัญชีเกณฑ์คงค้างผ่านเกณฑ์ ส่งทันเวลาแต่มีความกระชั้นชิด และการประเมินประสิทธิภาพการเงินการบัญชี ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.บัญชีเจ้าหนี้การค้าในบัญชีเกณฑ์คงค้างไม่ตรงกับทะเบียนคุมเจ้าหนี้
- 2.การได้ข้อมูลจากงานต่างๆเพื่อไปบันทึกในบัญชียังล่าช้ากว่ากำหนด
- 3.เจ้าหน้าที่เกี่ยวกับงานพัสดุจัดส่งเอกสารไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.กำหนดให้เจ้าหน้าที่พัสดุทุกหน่วยงานส่งชุดอนุมัติซื้อ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
- 2.กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานส่งข้อมูล ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

2.งานธุรการ งานการเจ้าหน้าที่ และงานโสตทัศนศึกษา

กิจกรรม	ผลงาน		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
โหลดหนังสือราชการ E-office ครบถ้วน	2,131 ครั้ง	2,034 ครั้ง	1,723 ครั้ง
ลงรับหนังสือราชการในทะเบียนหนังสือรับ	3,394 ครั้ง	4,016 ครั้ง	4,031 ครั้ง
เลขที่หนังสือส่งในทะเบียนหนังสือส่งในหนังสือราชการ	1,789 ครั้ง	1,440 ครั้ง	1,452 ครั้ง
จัดเก็บหนังสือราชการ , เอกสารทุกประเภทในแฟ้มจัดเก็บ	2,854 ครั้ง	3,025 ครั้ง	2,579 ครั้ง
จัดพิมพ์หนังสือราชการทุกประเภท	584 ครั้ง	575 ครั้ง	604 ครั้ง
ผลิตเอกสารแบบฟอร์มสำหรับบันทึกข้อมูลต่างๆ ภายในองค์กร	270 ครั้ง	390 ครั้ง	870 ครั้ง
จัดเตรียมสถานที่ห้องประชุม	255 ครั้ง	281 ครั้ง	228 ครั้ง
จัดส่งเอกสารทางจดหมาย	240 ครั้ง	260 ครั้ง	165 ครั้ง
รับยื่นใบคำขอประวัติและจัดส่ง	61 ครั้ง	77 ครั้ง	74 ครั้ง
ลงทะเบียนวันลา	2,270 ครั้ง	2,411 ครั้ง	2,610 ครั้ง
จัดเรียงใบแลกเปลี่ยนเวรเจ้าหน้าที่	2,769 ครั้ง	2,827 ครั้ง	2,912 ครั้ง
ผลิตสื่อมัลติมีเดีย	196 ครั้ง	212 ครั้ง	262 ครั้ง
ถ่ายภาพกิจกรรม	50 ครั้ง	63 ครั้ง	68 ครั้ง
รับสมัครงาน	3 ครั้ง	10 ครั้ง	9 ครั้ง
ลงประวัติการอบรม ประชุม ของเจ้าหน้าที่	521 ครั้ง	554 ครั้ง	422 ครั้ง
ประเมินผลการปฏิบัติงานของ พกส./ ลูกจ้างชั่วคราว	144 ราย	58 ราย	62 ราย
การขอพระราชทานเครื่องราชอิสริยาภรณ์	5 ราย	11 ราย	11 ราย
จัดทำเอกสารบันทึกทดลองการปฏิบัติราชการ	4 ราย	22 ราย	26 ราย

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.กำหนดให้เจ้าหน้าที่พัสดุทุกหน่วยงานส่งชุดอนุมัติซื้อ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป
- 2.กำหนดให้ผู้เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานส่งข้อมูล ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

วิเคราะห์งาน

เนื่องจากงานธุรการ เป็นงานด้านเอกสาร ทำให้การบริการบางอย่างไม่เพียงพอต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ ทำให้งานล่าช้า

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.ภาระงานค่อนข้างมาก ไม่สามารถติดต่อกันได้ทันทั่วทั้ง
- 2.มีงบประมาณ ในการจัดสรรอุปกรณ์ ไม่เพียงพอต่อการผลิตเอกสาร
- 3.การประสานงานเรื่องหนังสือระหว่างกลุ่มงานยังไม่เป็นระบบ
- 4.การเสนอหนังสือของกลุ่มงานบางกลุ่มงานยังล่าช้า ทำให้ผู้อำนวยการสั่งการในหนังสือล่าช้า

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.เข้ารับการอบรมเพื่อนำความรู้มาเสริมสร้างและพัฒนางานที่ทำอยู่
- 2.มีการศึกษาดูงานนอกสถานที่
- 3.ควรมีการชี้แจงรายละเอียดในหนังสือราชการที่ได้รับ ให้บุคลากรในกลุ่มงานรับทราบด้วย
- 4.ควรมีการอบรมระบบงานสารบรรณให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานธุรการของกลุ่มงาน
- 5.ทุกกลุ่มงานจัดส่งเอกสารภายในวันที่ 25 ของทุกเดือน
- 6.มีการใช้โปรแกรมในการบันทึกประวัติส่วนบุคคล เช่น ประวัติการลา การอบรม การเลื่อนเงินเดือนและค่าจ้าง ฯลฯ

3.งานพัสดุ

กิจกรรม	ผลงาน		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
ดำเนินการจัดทำแผนการจัดซื้อ/จ้าง	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง
ดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ/ครุภัณฑ์ (เงินบำรุง , งบลงทุน)	369 ครั้ง	401 ครั้ง	649 ครั้ง
ดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีสอบราคา พร้อมลง EGP (เงินบำรุง)	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
ดำเนินการจัดซื้อ/จ้างโดยวิธีสอบราคา / E-biddig พร้อมลง EGP (งบลงทุน)	0/6ครั้ง	0/4ครั้ง	0/0ครั้ง
ดำเนินการร่างหนังสือสัญญาซื้อ/สัญญาจ้าง (งบลงทุน)	3 ครั้ง	4 ครั้ง	0 ครั้ง
ดำเนินการจำหน่ายพัสดุ	42 รายการ-	108 รายการ	108รายการ
รายงานค่าเสื่อมราคาครุภัณฑ์ที่มีราคาตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง
รายงานการจัดซื้อ/จ้าง ส่งงานยุทธศาสตร์	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง

ลงทะเบียนคุมหลักฐานขอเบิกเงิน	369 ครั้ง	369 ครั้ง	852 ครั้ง
ดำเนินการจัดซื้อ/จ้าง วัสดุ,ครุภัณฑ์,งานซ่อมบำรุง (เงินบำรุง งบลงทุน)	289 ครั้ง	356 ครั้ง	203 ครั้ง
ดำเนินการตรวจสอบพัสดุสิ้นปีงบประมาณ	1 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง
รายงานการตรวจสอบการรับ – จ่ายวัสดุคงคลัง	12 ครั้ง	12 ครั้ง	12 ครั้ง
ตรวจเช็คทะเบียนรถยนต์และรถจักรยานยนต์และต่อภาษีและทำประกันภัยภาคสมัครใจ (พรบ.)	1 ครั้ง / 15 คัน	1 ครั้ง / 14 คัน	1 ครั้ง / 14 คัน
ควบคุมครุภัณฑ์พร้อมลงหมายเลขครุภัณฑ์	115 ครั้ง 602 รายการ	125 ครั้ง 433 รายการ	160 ครั้ง 460 รายการ
การคืนหลักประกันสัญญา	12 ครั้ง	8 ครั้ง	13 ครั้ง

วิเคราะห์งาน

- การดำเนินการด้านพัสดุ จะต้องปฏิบัติให้เป็นไปตาม พรบ.พัสดุ ระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัด
- การดำเนินงานการจัดซื้อจัดจ้าง ล่าช้า ไม่ทันเวลา
- การดำเนินการพัสดุมีกระบวนการหลายขั้นตอน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานอาจมีการดำเนินการทางเอกสารที่ผิดพลาดได้
- ผู้รับบริการที่ต้องการใช้อุปกรณ์บางอย่าง อย่างกะทันหัน เจ้าหน้าที่พัสดุไม่สามารถจัดหาให้ทันเวลา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.วัสดุบางชนิดไม่สามารถจัดหาได้ในพื้นที่
- 2.เจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เจ้าหน้าที่พัสดุมีหลายคน ทำให้แผนการจัดซื้อจัดจ้างมีการคลาดเคลื่อน

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ควรมีวัสดุ อุปกรณ์บางชนิด สำรองไว้สำหรับการซ่อมแซม เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขซ่อมแซม ให้อุปกรณ์ใช้งานได้ตามปกติโดยเร็ว
- 2.ควรดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี

4.งานซ่อมบำรุง

กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)		
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.งานซ่อมแซมระบบไฟฟ้า	234	262	271
2.งานซ่อมแซมเครื่องมือทางการแพทย์	126	105	116
3.งานซ่อมระบบเครื่องปรับอากาศ	165	99	87
4.งานซ่อมทั่วไป	334	232	196
5.งานซ่อมเครื่องมือและอุปกรณ์ของ รพสต. ในเครือข่าย	56	54	35
6.งานซ่อมยานพาหนะ	35	23	42
7.งานซ่อมระบบประปา	129	175	103
8.งานซ่อมระบบบำบัดน้ำเสีย	35	14	94

วิเคราะห์งาน

- อุปกรณ์ เครื่องใช้ในโรงพยาบาลมีเป็นจำนวนมาก เจ้าหน้าที่มาสามารถดูแล ซ่อมบำรุงได้อย่างครบถ้วนทุกรายการ
- การดำเนินการซ่อมอุปกรณ์บางชนิดต้องให้ผู้มีความรู้ความชำนาญในการดำเนินการซ่อม
- การซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทางการแพทย์บางครั้งยังล่าช้าเนื่องจากเป็นด้านเทคนิคที่ยุ่งยากซับซ้อน
- บางรายการของงานซ่อมต้องจ้างบุคคลภายนอกทำให้การดำเนินงานล่าช้า

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

การซ่อมบำรุงครุภัณฑ์ทางการแพทย์ล่าช้า เนื่องจากอุปกรณ์ที่ชำรุดหลายอย่างไม่สามารถจัดหาได้เอง ต้องสั่งซื้อจากบริษัทผู้จำหน่ายครุภัณฑ์ดังกล่าว ทำให้ต้องใช้เวลาในการรออุปกรณ์ อะไหล่ดังกล่าว

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ดัดแปลงอุปกรณ์ให้ใช้งานได้ชั่วคราวระหว่างรออุปกรณ์(อะไหล่)ของจริง
- 2.เร่งรัดให้บริษัทที่จำหน่ายอุปกรณ์ที่ชำรุดจัดส่งของให้เร็วที่สุด
- 3.ในการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ให้มีการกำหนดให้ผู้ขาย มีเครื่องสำรองให้ใช้งานในขณะที่ส่งซ่อม
- 4.ในการจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ให้มีการกำหนดให้ผู้ขาย มีบำรุงรักษาให้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปี

5.งานยานพาหนะ

กิจกรรม	ผลงาน		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
Refer ผู้ป่วย	1467	1783	1823
EMS	413	397	411
เยี่ยมบ้าน	20	35	15
ส่ง Lab	366	365	380
ส่งเอกสาร สสจ./ ส่วนราชการ	274	356	320
รับ – ส่ง เจ้าหน้าที่ ไปประชุม / อบรม	118	101	59
ส่ง PCU	264	255	253
รับผู้ป่วยมา รพ.- ส่งผู้ป่วยกลับบ้าน	73	122	103
ส่งศพ	1	0	3
ติดต่อร้านค้า	56	30	45
ชั้นสูตร	46	49	49
เบิกยา	37	42	46
หน่วยเคลื่อนที่	121	112	86
ธนาคาร / จ่ายค่าน้ำ – ค่าไฟ และ อื่นๆ	97	32	38

วิเคราะห์งาน

- งานบริการของงานยานพาหนะมีความหลากหลายในการให้บริการ
- งานรับส่งต่อผู้ป่วยมีมาตรฐานมากขึ้น ดังนั้นงานยานพาหนะจำเป็นต้องมีเครื่องมือที่ทันสมัยมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

มีการขอใช้ยานพาหนะซ้อนกันในหน่วยงานต่างๆ ทำให้ไม่สามารถจัดรถยนต์ได้ครบตามความต้องการ มีการใช้รถยนต์ผิดประเภทการใช้งาน เนื่องจากมีขีดจำกัดเรื่องจำนวนรถยนต์ในแต่ละประเภทการใช้งาน

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ให้มีการบูรณาการกันระหว่างหน่วยงานในการใช้รถยนต์
- 2.เพิ่มประสิทธิภาพรถยนต์ให้มีศักยภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อตอบสนองการใช้งานที่มีมาตรฐาน

6. งานซักฟอก

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	ผ้าปู (ผืน)	20,865	21,049	19,282
2	ปลอกหมอน (ผืน)	15,150	14,498	14,690
3	เสื้อผู้ใหญ่ (ตัว)	32,160	27,81	32,587
4	เสื้อเด็ก (ตัว)	2,013	1,914	1,745
5	กางเกงผู้ใหญ่ (ตัว)	20,553	19,54	22,297
6	กางเกงเด็ก (ตัว)	2,192	3,192	1,341
7	ผ้าถู (ผืน)	12,550	10,002	10,958
8	ผ้าห่ม (ผืน)	6,930	5,888	6,002
9	ผ้ายาง (ผืน)	2,150	2,018	2,089
10	ผ้าขาว (ผืน)	25,518	304,447	27,980
11	ผ้าเช็ดมือ (ผืน)	34,416	332,880	289,020
12	เสื้อคลุม (ตัว)	18,534	25,921	40,406
13	ผ้าสั้เหลี่ยม LR, ER, หันตะ (ผืน)	46,527	36,854	39,663
14	ผ้าเช็ดเท้า (ผืน)	890	564	360
15	ผ้าขี้ริ้ว (ผืน)	2,907	2,908	2,385
16	หมวก, แมส (ผืน)	994	970	119
17	ผ้ามัน (ผืน)	171	166	79
18	ผ้าเช็ดตัว (ผืน)	5,903	6,923	7,876
19	ปลอกถุงมือ (ผืน)	3,415	1,103	1,190
20	ถุงผ้า (ใบ)	7,592	6,161	5,591
21	ผ้ายกกันเปื้อน (ผืน)	366	366	84
22	ผ้าคลุมเครื่อง (ผืน)	94	70	56
23	ผ้าห่อ SET (ผืน)	27,661	22,814	21,236
24	ผ้าห่อSyringe (ผืน)	3,224	1924	1,887
25	ปลอกขา (ผืน)	252	308	276
26	เสื้อกาวน์ (ตัว)	131	623	1,402
27	ผ้าปูโต๊ะห้องประชุม (ผืน)	116	90	59
28	ผ้าsyring	0	0	1,887
29	Elastic, ที่ตามคอ, ผ้าปิดตา (ชิ้น)	177	168	101
30	ผ้ามัดแขน (ชิ้น)	135	151	109
	รวม (ชิ้น)	592,736	575,622	530,442

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	งานซักทำความสะอาด ผ้าทั้งหมด (กก.)	66,513 เฉลี่ย 5,543 กก./เดือน 183/วัน	67,513 เฉลี่ย 5,626 กก./เดือน 188/วัน	76,897 กก. เฉลี่ย 6409/กก. เดือน เฉลี่ย 211/วัน
2	งานซักทำความสะอาด ผ้าทั่วไป (กก.)	63,403 เฉลี่ย 5,284 กก./เดือน	63,844 เฉลี่ย 5,320 กก./เดือน	73,039 กก. เฉลี่ย 6,087กก./ เดือน เฉลี่ย 203กก./วัน
3	งานซักทำความสะอาด ผ้าติดเชื้อ (กก.)	2,928 เฉลี่ย 244 กก./เดือน	3,697 เฉลี่ย 307 กก./ เดือน	3,858 กก. เฉลี่ย 322 กก./ เดือน เฉลี่ย 11 กก./วัน
4	ปริมาณการซักผ้า (รอบ)	3,553 เฉลี่ย 297 รอบ/ เดือน	3,468 เฉลี่ย 289 รอบ/ เดือน	3,160 รอบ เฉลี่ย 264 รอบ/ เดือน เฉลี่ย 9 รอบ/วัน
5	ปริมาณการรอบผ้า (รอบ)	6,154 เฉลี่ย 513 รอบ/ เดือน	5,784 เฉลี่ย 482 รอบ/ เดือน	6,131 รอบ เฉลี่ย 511 รอบ/ เดือน เฉลี่ย 18 รอบ/วัน
6	จำนวนผ้าชำรุด(ชิ้น)	378	407	393
7	จำนวนซักผ้าซ้ำ (ชิ้น)	1,987 เฉลี่ย 152 กก./เดือน	4,245 เฉลี่ย 354 กก./ เดือน	5,541 เฉลี่ย 462ชิ้น./เดือน เฉลี่ย 16ชิ้น/วัน
8	จำนวนผ้าที่ซัก (ชิ้น)	606,486 เฉลี่ย 50,540 กก./เดือน	575,622 เฉลี่ย 47,969 กก./เดือน	530,442 ชิ้น เฉลี่ย 44,204ชิ้น/ เดือน เฉลี่ย 1,474 ชิ้น/วัน
9	ของติดมากับผ้า ของ อื่นๆ (ชิ้น) (ไม่รวม Autoclave, ทรานสปอร์ , กระดาษขาว)	61	80	6
10	ของมีคม (ชิ้น)	9	8	144
	รวมของติดมากับผ้า ของ มีคม และอื่นๆ(ชิ้น)	70	88	150

ผลงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1.ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านวัสดุทั่วไป	ลดลง >5%	4.43
2.ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภค	ลดลง >5%	เพิ่มขึ้น 5.57%
3.จำนวนบุคลากรที่ไม่ปฏิบัติตามวัฒนธรรมความปลอดภัย (สวมหมวกกันน็อคขณะขับขีรถมอเตอร์ไซด์)	0 คน	0 คน
4.CUP ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์	แม่ข่าย95 คะแนน	แม่ข่าย100คะแนน
5.การประเมินคุณภาพ EIA (ด้านบัญชีและงบการเงิน)	90%	84.00%
6.ความครอบคลุมของ CUP ที่มีการบริหารจัดการงบลงทุน (UC) ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด	100%	100%
7.ร้อยละของCUP มีการจัดทำแผน/ออกตรวจสอบภายใน และจัดทำแผนควบคุมค่าใช้จ่ายตามแผนเขตสุขภาพ/ จังหวัด (FAI) ตามมาตรฐานระบบการควบคุมภายใน	100%	100%
8.การดำเนินงานตามมาตรฐาน ITA	92%	100%
9.ความครอบคลุมของ CUP ผ่านเกณฑ์ การตรวจสอบภายใน ตามมาตรฐานที่กำหนด(เฉพาะหน่วยบริการในสังกัด)	100%	100%
10.สถานบริการมีการปรับสภาพแวดล้อม มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้คนพิการ / ผู้สูงอายุเข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
11.จำนวนครั้งของการเกิดอัคคีภัย	0 ครั้ง	0 ครั้ง
12.ร้อยละบุคลากรที่เข้าร่วมซ้อมแผนอัคคีภัย	90%	30% ซ้อมบนโต๊ะ
13.ร้อยละบุคลากรและผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมซ้อมรับสถานการณ์อุทกภัย	90%	ไม่ได้ดำเนินการ ติดสถานการณ์ covid 19
14.จำนวนอุบัติเหตุการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้(อุปกรณ์Safe life) หน่วยงาน	0 ครั้ง	0 ครั้ง
15.จำนวนอุบัติเหตุการณ์การเกิดการลักขโมยในโรงพยาบาล	0 ครั้ง	0 ครั้ง

วิเคราะห์งาน

ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคเพิ่มสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนอาคารมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.จนท.บางส่วนไม่ตระหนักถึงความประหยัดในการใช้สาธารณูปโภคด้านต่างๆ
- 2.เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการควบคุมภายในระดับหน่วยงานย่อย
- 3.เจ้าหน้าที่ยังไม่เข้าใจในการดำเนินการงานมาตรฐาน ITA

แนวทาง/แผนพัฒนา

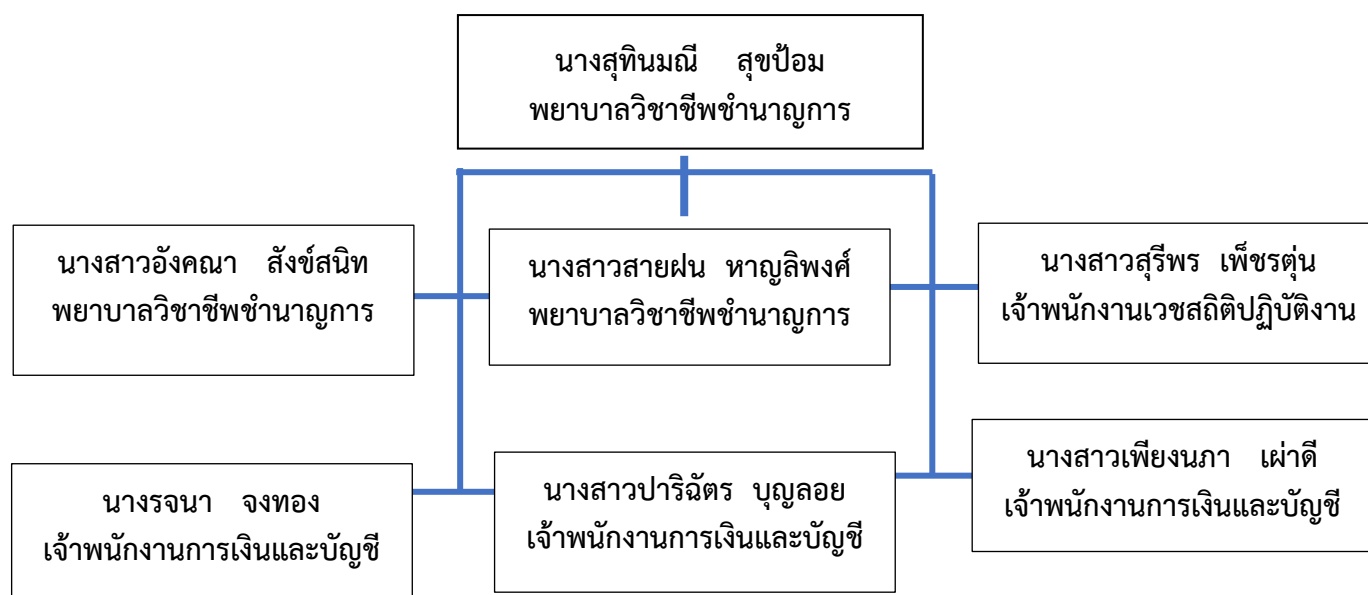
- 1.จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการด้านการควบคุมภายในระดับหน่วยงานย่อย/การดำเนินการงานมาตรฐาน ITA
- 2.จัดซื้อวัสดุทั่วไปคราวละมากๆ (ประมาณใช้ 6 เดือน) เพื่อต่อรองราคาให้ถูกลง หรือเท่าเดิม หรือไม่ให้สูงขึ้นมากเกินไป
- 3.ควบคุมการขอเบิก การจ่าย ให้ถูกต้อง รัดกุม เช่น การขอเบิกวัสดุหลายๆอย่าง ต้องใช้การแลกเปลี่ยนกับภาระงานที่คุ้มค่าแล้ว
- 4.ณรงค์เรื่องการประหยัดพลังงานและสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น การเปิด-ปิดเครื่องปรับอากาศตามเวลา , การใช้น้ำอย่างประหยัด

ผลงานตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.อัตราความผิดพลาดการบันทึกบัญชี	ร้อยละ 1	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0	ร้อยละ 0
2.อัตราความทันเวลา	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
3.อัตราความพึงพอใจของผู้ใช้ข้อมูล	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
4.อัตราการบันทึกบัญชีประจำวันเป็นปัจจุบัน	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
5.จ่ายเงินเดือน ค่าจ้าง ค่าตอบแทนถูกต้อง เจ้าหน้าที่ได้รับเงินเดือนค่าจ้างก่อนวันทำการสุดท้ายของเดือน 3 วันทำการ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
6.จ่ายเงินค่าใช้สอย วัสดุ ถูกต้อง ไม่มี การแก้ไข	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
7.ดำเนินการตรวจสอบหลักฐาน ขออนุมัติเบิกจ่ายจัดทำเช็คเสนอเสร็จภายใน 3 วันการ	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100

8.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ ในการรับเงิน ที่ได้รับเงินภายใน ระยะเวลา 5 วันทำการหลังจากได้รับ หลักฐานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	≥ ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
9.ควบคุมการรับจ่ายเงิน การรายงาน สถานะการเงินถูกต้องตรงตาม หลักฐาน ตรวจสอบได้	≥ ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
10.ร้อยละของมาตรฐานการรับเงิน ครบถ้วนถูกต้อง	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
11.ร้อยละการตรวจสอบการนำส่งเงิน สดและเช็คฝากธนาคาร	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
12.เขียนเช็คจ่ายเงิน ถูกต้องทันเวลา	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
13.จัดทำฎีกาเบิกเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่ารักษาพยาบาล ค่า การศึกษาบุตร ทันเวลา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
14.จัดทำคำสั่งปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการทันเวลา	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
15.จำนวนครั้งที่รับหนังสือราชการจาก ภายนอกและเสนอให้ผู้บริหารล่าช้า กว่า 1 วัน ทำการ นับจากวันที่รับ	ไม่เกิน 3 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
16.จำนวนครั้งหนังสือราชการสูญหาย	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
17.คะแนนการส่งบการเงินทางเว็บ ไซด์ สพค.	100 คะแนน	100 คะแนน	100 คะแนน	100 คะแนน

กลุ่มงานประกันสุขภาพ



หน้าที่

1. งานบริการประชาชนด้านหลักประกันสุขภาพ
2. งานบริหารจัดการและการวิเคราะห์สถานการณ์การเงิน
3. งานเรียกเก็บ ตรวจสอบ ตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทุกสิทธิ
4. ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
5. ร่วมตรวจสอบความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

1.งานหลักประกันสุขภาพ

1.1 ให้บริการตรวจสอบและลงทะเบียนสิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สวัสดิการข้าราชการ สวัสดิการพนักงานส่วนท้องถิ่น ประกันสังคม สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า แรงงานต่างด้าว ประกันภัยเกี่ยวกับพรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ และผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ แก่ผู้มารับบริการ

1.2 ดำเนินการ ประชาสัมพันธ์สิทธิประโยชน์จากสิทธิบัตรทุกประเภท

1.3 ดำเนินการส่งข้อมูลเรียกเก็บเงินค่าบริการทางการแพทย์ตามแนวทางปฏิบัติในแต่ละสิทธิให้ครบถ้วน และถูกต้อง

1.4 จัดทำทะเบียนคุมบัญชีเจ้าหน้าที่ – ลูกหนี้ สิทธิประกันสุขภาพ

2. งานตรวจสอบเวชระเบียน

1. ร่วมตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยนอก ให้ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นไปตามมาตรฐานการให้รหัสโรคโดยมีแนวทางการปฏิบัติตรงตามหลักการมาตรฐานที่กำหนด (Standard Guideline)

2. ร่วมตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยใน ให้ถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นไปตามมาตรฐานการให้รหัสโรคโดยมีแนวทางการปฏิบัติตรงตามหลักการมาตรฐานที่กำหนด (Standard Guideline)

3.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

งานหลักประกันสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
		ปีงบฯ 2563	ปีงบฯ 2564	ปีงบฯ 2565
1.ร้อยละผู้รับบริการที่ได้รับคำแนะนำและ ประสานการแก้ไขเมื่อมีปัญหาเรื่องการใช้สิทธิ การรักษา	100%	100 %	100 %	100 %
2.ร้อยละผู้รับบริการได้รับการตรวจสอบสิทธิ และทราบผลภายใน 3 นาที	100%	100 %	100 %	100 %
3. ร้อยละผู้รับบริการได้รับหนังสือรับรองสิทธิ หลังจากขึ้นทะเบียนภายใน 5 นาที(รายใหม่/ แก้ไขบัตร)	100%	100 %	100 %	ยกเลิกออก หนังสือ
4.จำนวนต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประกัน สุขภาพและส่งข้อมูลส่วนกลาง	ครบทุกราย	ครบ ทุกราย	ครบ ทุกราย	ครบ ทุกราย
5.อัตราความครอบคลุมการมีหลักประกัน สุขภาพของประชาชน	≥ 99.50%	99.97%	99.99%	99.92%
6.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บ ค่าบริการทางการแพทย์สิทธิประกันสุขภาพ(ส่ง เรียกเก็บ สปสช.)	100%	99.98%	99.99%	99.99%
7.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บ ค่าบริการทางการแพทย์สิทธิประกันสุขภาพ(ส่ง เรียกเก็บ สปสช.)	100%	100 %	100 %	95 %
8.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บ ค่าบริการทางการแพทย์สิทธิประกันสุขภาพ (ส่งเรียกเก็บในจังหวัด)	100%	100 %	100 %	100 %
9.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บ ค่าบริการทางการแพทย์สิทธิประกันสุขภาพ (ส่งเรียกเก็บในจังหวัด)	100%	100 %	100 %	100 %
10.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเบิกค่า รักษาจากกองทุนรัฐวิสาหกิจ/เบิกจ่ายตรง กทม.	100%	100 %	100 %	61.88%
11.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเบิกค่า รักษาจากกองทุนรัฐวิสาหกิจ/เบิกจ่ายตรง กทม.	100%	100 %	100 %	100 %
12.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บ ค่าบริการทางการแพทย์สิทธิเบิกจ่ายตรง อปท.	100%	100 %	100 %	100 %

13.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สิทธิเบิกจ่ายตรง อปท.	100%	100 %	100 %	100 %
14.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	100%	99.98%	99.99%	99.99%
15.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	100%	100 %	100 %	100 %
16.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนประกันสังคม รพ.พุทธชินราช	100%	100 %	100 %	99.97%
17.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนประกันสังคมรพ.พุทธชินราช	100%	100 %	100 %	81.76
18.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนประกันสังคม รพ.อื่น ๆ	100%	100 %	100 %	98.97%
19.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนประกันสังคมรพ.อื่น ๆ	100%	100 %	100 %	80%
20.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนผู้ประกันตน คนต่างด้าว	100%	100 %	100 %	100 %
21.ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนผู้ประกันตน คนต่างด้าว	100%	100 %	100 %	100 %
22.ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนผู้ประสภภัยจากรถ/ประกัน รร.	100%	100 %	100 %	100 %
24.3ร้อยละความทันเวลาของข้อมูลที่ส่งเบิกค่ารักษาจากกองทุนผู้ประสภภัยจากรถ/ประกัน รร.	≥90%	100 %	100 %	100 %
24.ร้อยละจำนวนราย/มูลค่าที่เป็นหนี้สูญจากกองทุนผู้ประสภภัยจากรถ	< 10%	16.54%	15.55%	15.69%

ปริมาณงาน

4.1 งานตรวจสอบเวชระเบียน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสดังกล่าวผู้ป่วยนอก	1,665	1873	2584
2	ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสดังกล่าวผู้ป่วยใน	4,270	4024	3584
3	พัฒนาคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน	1	1	1

4.2 งานบริการประชาชนด้านหลักประกันสุขภาพ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้รับบริการได้รับการตรวจสอบสิทธิ,ให้คำแนะนำเรื่องการใช้สิทธิการรักษา	16,010	17,254	246,433
2	ผู้รับบริการได้รับการตรวจสอบสิทธิและทราบผลภายใน 3 นาที	7,487	8,256	9,405
3	ผู้รับบริการการได้รับคำแนะนำ ,ประสานเมื่อมีปัญหาการใช้สิทธิ	45	57	76
4	ขึ้นทะเบียนผู้มีปัญหาสถานะและสิทธิ	0	32	27
5	ต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประกันสุขภาพและส่งข้อมูลส่วนกลาง	40	43	108

4.3 งานเรียกเก็บ ตรวจสอบ ตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	เรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สิทธิประกันสุขภาพ,ประกันสังคม,ผู้ประสบภัยจากรถ,ประกันโรงเรียน,ต่างด้าว,ตรวจสอบสุขภาพประจำปี,สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	36,726	37,659	96,791
2	- ตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้หน่วยบริการอื่นในจังหวัด กรณีส่งต่อ รอยต่อ นักเรียน อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน - ตามจ่ายกรณีต่างด้าวผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน	21,751 0	22,425 0	36,633 0
3	ตรวจสอบและจัดทำบัญชีลูกหนี้-เจ้าหนี้ รายวัน-รายเดือน	143,417	176,598	133,801

สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลพรหมพิราม

เดือน	Current Ratio > 1.5	Quick Ratio > 1	Cash Ratio >0.8	Risk Scoring
กันยายน 2560	1.36	0.89	0.63	3
กันยายน 2561	1.68	1.04	0.63	1
กันยายน 2562	1.57	1.07	0.59	3
กันยายน 2563	1.75	1.11	0.84	0
กันยายน 2564	2.92	2.41	0.85	0
กันยายน 2565	5.64	5.12	2.47	0

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจ

- 1.บันทึกการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์ได้ทันเวลา
- 2.ผ่านการประเมินตัวชี้วัดประสิทธิภาพระดับเขต
- 3.ด้านความทันเวลาการเรียกเก็บ 100 %
- 4.สามารถทำให้หน่วยงานได้รับเงินรางวัล on top และ Bonus สำหรับหน่วยงานที่ได้

คะแนนเต็ม

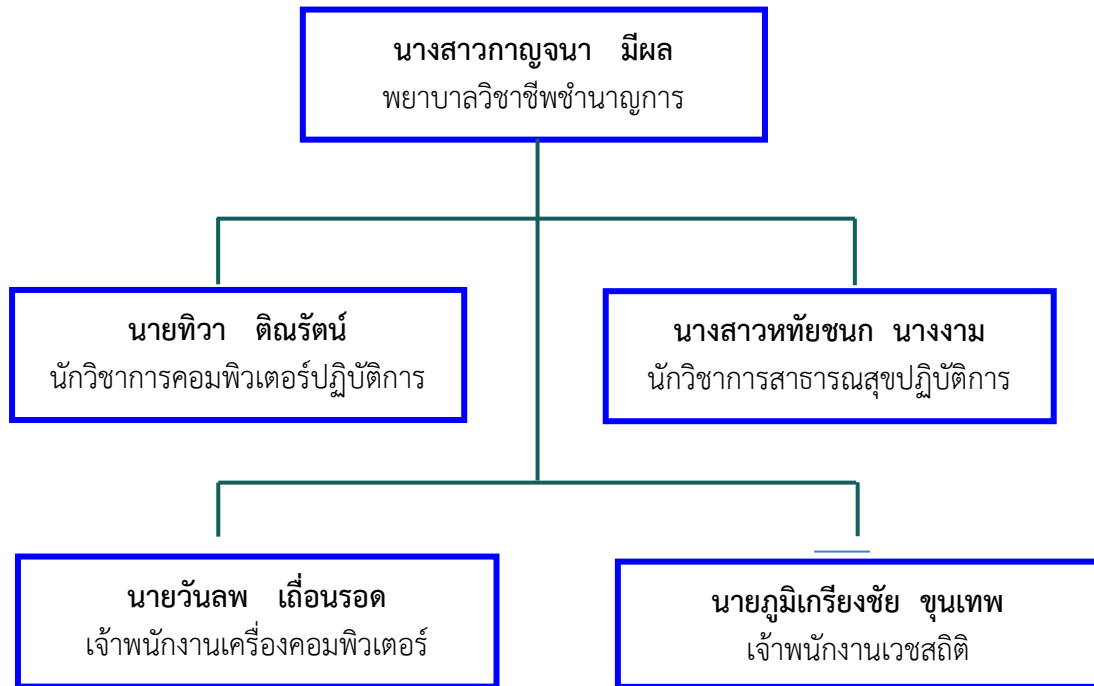
จุดเน้นการพัฒนางาน ปีงบประมาณ 2566

- 1.ดำเนินการจัดเก็บให้ครอบคลุมทุกสิทธิ์การรักษา
- 2.ดำเนินการจัดทำเอกสาร FAI ให้ครบถ้วนตามเป้าหมาย

แผนงาน/โครงการที่คาดว่าจะดำเนินการในปีงบประมาณ 2566

1. พัฒนาระบบการจัดเก็บ และบัญชีลูกหนี้ให้ครบถ้วน
- 2.ปรับเปลี่ยนการลงทะเบียนเป็นระบบ Smart Card

กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีของโรงพยาบาลและติดตามผลการดำเนินงานตามแผน
2. จัดทำแผนเงินบำรุงโรงพยาบาล/ตรวจสอบ/ติดตามการใช้งบประมาณตามแผน
3. จัดทำแผนงบประมาณ/งบค่าเสื่อม และติดตามการดำเนินงาน
4. ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์ คปสอ.พรหมพิรามและตรวจสอบ/ติดตามแผนงานโครงการตามแผน
5. ดูแลและตรวจสอบระบบฐานข้อมูลของโรงพยาบาล
6. จัดทำรายงานตอบสนองความต้องการของหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล
7. ออกแบบรายงานตอบสนองความต้องการของหน่วยงานภายใน
8. บริหารจัดการระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายและอินเทอร์เน็ตภายในโรงพยาบาล
9. ดูแล/บำรุงรักษาครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง
10. ตรวจสอบคุณภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการผู้ป่วยนอก
11. ช่วยงานคลินิก NCD (ช่วงเช้า วันจันทร์,อังคารและศุกร์) ** งดช่วงโควิด
12. ช่วยงานหน่วยบริการฉีดวัคซีนโควิด - 19

สรุปผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565

ผลงานด้านปริมาณงาน

1.งานยุทธศาสตร์และแผนงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	ร่วมวางแผนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีของโรงพยาบาล เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีการจัดทำแผนงานประจำปี ให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงฯ / สสจ-พล. และบริบทโรงพยาบาล	3
2	ร่วมวางแผนจัดทำแผนยุทธศาสตร์ประจำปีของ คปสอ. เพื่อให้โรงพยาบาลและเครือข่ายมีการจัดทำแผนงานประจำปีให้สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงฯ / สสจ-พล. และบริบทของอำเภอพรหมพิราม	3
3	ตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ของแผนงาน/โครงการระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายก่อนเสนอ ขออนุมัติจากผู้บริหาร	29
4	ติดตามการดำเนินงานแผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลของหน่วยงานต่างๆ และ เครือข่าย	6
5	ตรวจสอบการเสนอขอใช้งบประมาณตามแผนเงินบำรุงของกลุ่มงานต่างๆ ก่อนเสนอผู้บริหาร	21
6	ติดตามและรายงานผลการใช้งบประมาณตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงประจำปี	12
7	ติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ของกระทรวง รายไตรมาส	12
8	สรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ประจำปีเสนอต่อ กกบ. และคปสอ. พรหมพิราม	4
9	รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงานให้เลขาธิการทีมบริหารความเสี่ยง (ทุกเดือน)	6
10	จัดทำข้อมูลรายงาน และสารสนเทศ สำหรับหน่วยงานภายนอก	5
11	จัดทำสรุปผลงานประจำปีของโรงพยาบาล	1
	งานอื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย	
12	- เป็นเลขานุการทีมบริหารความเสี่ยง	4
13	- กรรมการทีมนำ	5

2.งานระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ แม่ข่าย โปรแกรมบริการและฐานข้อมูล ทะเบียนครุภัณฑ์
คอมพิวเตอร์และอื่นๆ ของโรงพยาบาล

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	ออกแบบ ดูแล ตรวจสอบ ปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และการกำหนด คุณลักษณะของอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ที่ใช้งาน ให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ	285
2	ออกแบบ ดูแล ตรวจสอบ ปรับปรุง เครื่องแม่ข่ายให้สามารถใช้งานได้อย่าง ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ	36
3	ดูแล บริหารจัดการ ออกแบบ โปรแกรมระบบงานบริการและฐานข้อมูลของ โรงพยาบาลให้ปลอดภัยและใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง	24
4	ออกแบบและ บริหารจัดการระบบอินเทอร์เน็ตให้สอดคล้องกับมาตรฐาน เพื่อ การใช้งานที่มีประสิทธิภาพ	8
5	ให้คำปรึกษาเครือข่ายระดับอำเภอด้านการใช้โปรแกรมระบบงานบริการและ ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์	25
6	เชื่อมต่อโปรแกรมบริการเพิ่มเติมเช่นระบบหมอพร้อมและอื่นๆ จากส่วนกลาง เข้าสู่ระบบงาน และจัดอบรมการใช้งาน	4
7	วางแผน การพัฒนาและปรับปรุง ระบบงานบริการ และโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง	20
8	อัปเดตทะเบียนครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ เครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่ายและอุปกรณ์ เครือข่าย	12
9	กำหนดนโยบาย และเอกสารคุณภาพด้านสารสนเทศเพื่อให้ระบบสารสนเทศมี ความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ	5
10	งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย	
10.1	- แก้ไขปัญหาระบบคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง	84
10.2	- เป็นเลขานุการทีมพัฒนาสารสนเทศและเวชระเบียน	2
10.3	- เป็นกรรมการทีม ENV	1

3.งานประสานงานและให้คำปรึกษาเครือข่ายระดับอำเภอด้านการใช้โปรแกรมระบบงานบริการ และระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	ดูแลและตรวจสอบการทำงานของระบบเครื่องแม่ข่ายให้สามารถใช้งานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ	52
2	ตรวจสอบ/บำรุงรักษา Hardware และฐานข้อมูลเครื่องแม่ข่าย พร้อมทั้งอุปกรณ์ต่อพ่วงระบบเครือข่ายทุกประเภท	10
3	ตรวจสอบความพร้อมใช้ของฐานข้อมูล ตรวจสอบความผิดปกติของตารางข้อมูล ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของโปรแกรม HOSxP CPU Workload และพื้นที่คงเหลือของเครื่องแม่ข่าย ทุกวันทำการ	127
4	ติดตามตรวจสอบเป้าประชากรของอำเภอพรหมพิรามในโปรแกรม HDC (Person)	9
5	สร้างรายงานให้หน่วยงานภายในโรงพยาบาล (Query Report) / รพ.สต.เครือข่าย	39
6	ประสานงานและให้คำปรึกษาเครือข่ายระดับอำเภอด้านการใช้โปรแกรมระบบงานบริการและระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์	51
7	ตรวจสอบการทำงานของระบบศูนย์ข้อมูลเครื่องแม่ข่าย ระบบเครือข่าย เครื่องสำรองไฟ การสำรองข้อมูล และโปรแกรมบริการเครือข่ายระดับอำเภอ	125
8	ดูแลหน้าเว็บไซต์โรงพยาบาล เช่น อพเททข่าวต่างๆ ปรับปรุงสีสันทันของเว็บ เป็นต้น	89
9	งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย	15
10	- ร่วมแก้ไขปัญหาระบบคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง	106
11	- ตรวจสอบความพร้อมใช้เครื่องคอมพิวเตอร์/อุปกรณ์ต่อพ่วง และตู้ Kios ที่จุดบริการในวันทำการ	23

4.งานจัดส่ง 43 แพ้ม ดูแลเว็บไซต์โรงพยาบาล และจัดทำรายงานด้วยคำสั่ง SQL

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	จัดส่ง 43 แพ้มทุกเดือน เดือนละ 3 ครั้ง โดยส่ง สปสช 1 ครั้ง, สสจ. 2 ครั้ง	36
2	จัดส่ง 43 แพ้มเพิ่มเติม กรณีที่หน่วยงานต่างๆมีการแก้ไขข้อมูล และต้องการอัพเดทข้อมูล	42
3	จัดเก็บสถิติการ error 43 แพ้มแยกตามหน่วยงาน เพื่อแจ้งให้หน่วยงานที่รับผิดชอบทำการแก้ไข	24

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
4	4. จัดทำรายงานด้วยคำสั่ง SQL ตามที่แผนกต่างๆต้องการ	97
5	5.ดูแลหน้าเว็บไซต์โรงพยาบาล เช่น อัปเดตข่าวต่างๆปรับปรุงสีสันทันของเว็บ เป็นต้น	71
6	6. เป็นที่ปรึกษาเรื่องรายงาน และข้อมูลต่างๆให้ รพสต. เครือข่าย	32
7	7. ช่วยดูแล แก้ไขปัญหา ฮาร์ดแวร์และซอฟต์แวร์คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล	186
8	8. แก้ไขรหัสโรค ICD10 ผู้ป่วยนอก	435

5.งานซ่อมบำรุงคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วง

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	ซ่อมบำรุงเปลี่ยนอุปกรณ์ภายในเครื่องคอมพิวเตอร์/เครื่องพิมพ์เอกสารและอุปกรณ์ต่อพ่วงทุกชนิด	83
2	แก้ไขปัญหาคอมพิวเตอร์เก็บข้อมูล EXTERNAL HDD	5
3	แก้ไข โปรแกรมป้องกันไวรัส และ อุปกรณ์เครือข่ายทุกชนิด	17
4	แก้ไขติดตั้งระบบปฏิบัติการ Window	15
5	ทำความสะอาดภายใน/ภายนอกเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงทุกชนิดทุกแผนกประจำปี	65
6	งานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย - ร่วมแก้ไขปัญหาด้านการใช้โปรแกรมระบบงานบริการ Hos xp , HosPCU ,Thai refer - ร่วมแก้ไขปัญหาระบบเครือข่ายและอินเทอร์เน็ต - เป็นกรรมการทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย (ENV) - ให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหาระบบคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตส่วนบุคคล แฟลชไดร์ส่วนตัวที่ ติดไวรัส	30

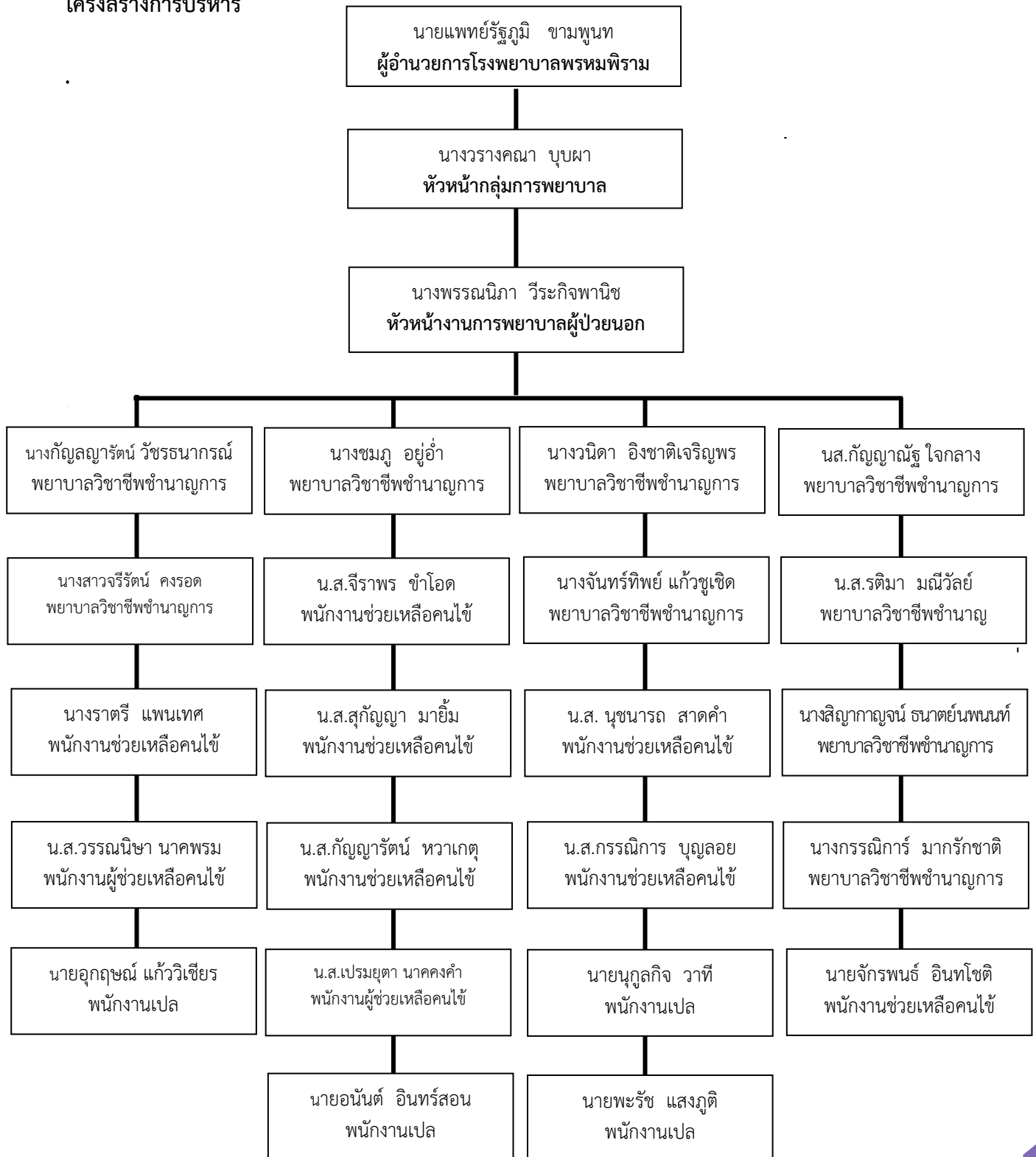
ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
1	ร้อยละการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ยุทธศาสตร์กระทรวงฯ (อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง)	อย่างน้อย ร้อยละ 80	100
2	ร้อยละการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานตามแผนการใช้ เงินบำรุงของหน่วยงาน (รายเดือน)	อย่างน้อย ร้อยละ 80	100
3	ร้อยละการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม ของแผนงาน/ โครงการระดับโรงพยาบาลและเครือข่ายก่อนเสนอ ขออนุมัติจาก ผู้บริหาร	100%	100
4	ร้อยละการติดตามการลงข้อมูล Data setในระบบNRSL (ภายใน วันที่ 25 ของทุกเดือน)	100 %	91.66
5	จำนวนการติดตามและ/หรือรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ HRMS , ความเสี่ยงเชิงรุก และ trigger tool (ทุกวันทำการ)	อย่างน้อย ร้อยละ 80	60
6	อุบัติการณ์ระบบแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใน 30 นาที (ไม่รวมการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อซ่อมบำรุง)	0 ครั้ง	0
7	อุบัติการณ์ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใน 1 ชั่วโมง (ไม่รวมการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อซ่อมบำรุงและปัจจัยภายนอก)	0 ครั้ง	0
8	จำนวนครั้งของการดูแลและแก้ไขให้โปรแกรมบริการสามารถ ทำงานได้ ภายใน 30 นาทีได้รับการแก้ไข ให้สามารถใช้งานได้ ร้อย ละ 100	100%	100%
9	อุบัติการณ์ระบบเครือข่ายภายในขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใน 1 ชั่วโมง	0 ครั้ง	1 ครั้ง
10	การแก้ไขปัญหาเครื่องคอมพิวเตอร์+อุปกรณ์ต่อพ่วงและโปรแกรม บริการ (HosXp) ขัดข้องนอกเวลาราชการ ได้รับการแก้ไข ให้สามารถใช้งานได้ ร้อยละ 100	100%	100%(3ครั้ง)
11	อุบัติการณ์ระบบอินเทอร์เน็ตขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใน 1 ชั่วโมง (ไม่รวมการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อซ่อมบำรุง)	0 ครั้ง	0
12	อุบัติการณ์ระบบแม่ข่ายคอมพิวเตอร์ขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ ภายใน 30 นาที (ไม่รวมการตัดกระแสไฟฟ้าเพื่อซ่อมบำรุง)	0 ครั้ง	0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน(ครั้ง) ปีงบประมาณ 2565
13	อุบัติการณ์ฐานข้อมูลโปรแกรมบริการแม่ข่ายรพ.สต.ขัดข้อง ไม่สามารถแก้ไขได้ภายใน 24 ชม.	0 ครั้ง	0
14	จำนวนการจัดส่งข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม ทันเวลา (สปสข.1ครั้ง/HDC 2)	3 ครั้ง/เดือน	36
15	ร้อยละของข้อมูล 43 แฟ้มที่จัดส่ง ครบถ้วนและถูกต้อง ตามมาตรฐาน สปสข.	≥ ร้อยละ 99	ร้อยละ 99.8
16	ร้อยละการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูล รายงาน ให้หน่วยงานภายในโรงพยาบาล ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา	≥ ร้อยละ 90	93%
17	ร้อยละของเครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงทุกประเภท ได้รับการตรวจเช็ค และบำรุงรักษา (1 ครั้ง/ปี/เครื่อง) จำนวน 110 เครื่อง	ร้อยละ 100	71.50%
18	อุบัติการณ์โปรแกรมบริการขัดข้องไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ ภายใน 20 นาที (ไม่เกี่ยวข้องกับระบบไฟฟ้าขัดข้อง)	ไม่เกิน 3 ครั้ง	1
19	อุบัติการณ์ระบบคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ต่อพ่วงขัดข้องไม่สามารถแก้ไขได้สำเร็จ ภายใน 20 นาที (ไม่เกี่ยวข้องกับระบบไฟฟ้าขัดข้อง)	ไม่เกิน 3 ครั้ง	1

กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

โครงสร้างการบริหาร



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD)
2. งานตรวจสอบสุขภาพ
3. งานโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นและโรคหืด)
4. งานโรคเอดส์
5. งานวัณโรค

1. งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD)

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

1.1 ตารางแสดงสถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอก (OPD)

ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.Essential(primary) hypertension	1.Essential(primary) hypertension	1.Essential(primary) hypertension
2.Hyperlipidemia, unspecified	2.Diabetes mellitus	2.Diabetes mellitus
3.Dyspepsia	3.Dyspepsia	3.Dyspepsia
4.Acute nasopharyngitis	4.Dizziness and giddiness	4.Acute nasopharyngitis
5.Dizziness and giddiness	5.Acute nasopharyngitis	5.Dizziness and giddiness

1.2 ตารางแสดงสถิติอันดับส่งรักษาต่อ (OPD)

ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.Cataract	1.Cataract	1.Cataract
2.Dyspepsia	2.Dyspepsia	2.Essential(primary) hypertension
3.Pterygium	3.Abdominal pain	3.Abdominal pain
4.Gastrointestinal hemorrhage	4.Pterygium	4.Diabetes mellitus
5.Swelling , Mass	5.Swelling , Mass	5.Gastrointestinal hemorrhage

1.3 ตารางแสดงกิจกรรมบริการผู้ป่วยนอก (OPD)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ซักประวัติ คัดกรอง วัด สัญญาณชีพ	153,736	146,989	181,219	216,962
	อายุรกรรม	88,905	81,105	124,468	170,104
	ศัลยกรรม	17,771	15,929	12,896	5,542
	ทันตกรรม	10,878	9,861	8,297	9,132

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	แพทย์แผนไทย	14,394	14,397	11,741	8,279
	กุมารเวช	6,630	6,036	4,759	5,757
	นรีเวชกรรม	3,681	3,487	3,739	3,411
	จิตเวช-บำบัดยาเสพติด	3,325	3,983	5,289	4,255
	สูติกรรม	2,142	2,103	2,378	2,670
	กายภาพบำบัด	3,514	3,458	2,825	3,148
	ศัลยกรรมกระดูก	632	994	709	546
	จักษุ	523	626	444	643
	โสต ศอ นาสิก	181	222	177	201
	ตรวจสุขภาพ	899	3,018	2,039	1,922
	อื่นๆ	261	1,770	1,458	1,352
2.	การคัดกรองแยกประเภทความรุนแรง/เสี่ยงวิกฤต				
	-stroke < 72 hr	55	60	83	68
	- BP $\geq$ 180/110 mmgh	167	219	294	249
	- BP < 90/60 mmgh	84	64	88	86
	- เจ็บอก & เจ็บแน่นใต้ลิ้นปี่ , MI	125 / 19	134 / 12	232 / 10	355 / 9
	-Hyperglycemia	91	57	157	173
	-Hypoglycemia	11	18	26	26
	- Dyspnea	198	247	230	261
	-HR > 120 / HR < 50	97 / 40	97 / 26	102 / 31	166 / 46
	-UGIH อาเจียนเป็นเลือด	N/A	N/A	21	10
	-SOS score $\geq$ 4	94	81	45	43
	- ประเมิน Pain / ส่ง ER	18 / 5	30 / 8	3,198 / 61	2,716 / 63
	-SpO2 < 95 % / COPD < 92 %	39	38	25	45

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	- Syncope , Alteration of consciousness	9 / 9	15 / 6	9 / 7	8 / 12
	-การคัดกรองตามระบบ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ รวม	697	886	1,094	20,669
	-คัดกรอง TB / วินิจฉัย TB	592 /31	682 /37	882 /32	542 / 44
	-คัดกรองโรคติดเชื้ออื่นๆ แยก ไข้ อีสุกอีใส หัด ตาแดง	105	204	212	115
	-ผู้ป่วย TB ระยะเข้มข้นเข้า มารอตรวจรวมกับผู้ป่วยทั่วไป	3	3	2	0
	-ARI	N/A	1,068	1,949	2,006
	แยกไข้	N/A	N/A	N/A	849
	แยกพื้นที่เสี่ยง	N/A	N/A	N/A	239
	-Swab / ผล positive	N/A	N/A	1,714/342	16,884/1,356
	ประเมินคนไข้ Covid Positive	N/A	N/A	N/A	34
	ประเมินคนไข้ Covid Positive/Admit	N/A	N/A	N/A	9
	ประเมินคนไข้ Covid Positive /ER	N/A	N/A	N/A	7
3.	การบริการตรวจพิเศษ				
	-ultrasound	251	263	327	384
	-ตรวจภายใน	228	279	213	290
	-I&D	4	6	5	5
	-tourniquet test	768	600	376	141
	-EKG	1,080	1,064	1,031	960
	วัดค่าออกซิเจนปลายนิ้ว	3,700	5,700	7,900	7,545

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	-วัดสายตา / ตาบอดสี	472	584	428	301
	-PR	180	132	235	120
	-PAP Smear	55	37	26	37
	-การส่งตรวจชิ้นเนื้อ	2	3	11	19
	-จี๊ด	2	3	5	4
	-ช่วยแพทย์ในการส่งตรวจเยื่อ บุโพรงมดลูก&ส่งชิ้นเนื้อ / off ห่วง	N/A	N/A	21 / 2	25 / 1
4.	การให้คำปรึกษา				
	-ปรึกษารายบุคคล (ราย)	72	102	160	237
5.	การรับส่งต่อผู้ป่วย				
	-ส่งแผนกฉุกเฉิน	966	1,087	1,206	1,024
	-ส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพศ. , รพ.ทั่วไป	1,534	2,146	2,478	2,746

วิเคราะห์งาน

จากตาราง 1.1 พบว่า สถิติ 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกของปี 2565 ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ตามลำดับ เนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เฉลี่ยคนละ 4-5 ครั้ง/ปี ทำให้มีสถิติจำนวนการมาใช้บริการที่สูงกว่าโรคอื่นๆ รองลงมาคือโรกระบบทางเดินอาหารและโรกระบบทางเดินหายใจสอดคล้องกับสถิติในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาเช่นกัน

จากตาราง 1.2 พบว่าการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์ สถิติสูงสุดทุกปีได้แก่โรคต่อกระຈก อยู่ในลำดับที่ 1 มาตลอดทั้ง 3 ปีทำให้ทราบว่าประชากรในอำเภอพรหมพิรามมีปัญหาเกี่ยวกับโรคตาเป็นจำนวนมากและใน 2565 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ได้รับการส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศูนย์เป็นลำดับที่ 2 และ 4 ซึ่งน่าจะสื่อให้เห็นว่ามีภาวะการดำเนินโรคแย่งลงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์เฉพาะทาง

จากตาราง 1.3 พบว่าการให้บริการผู้ป่วยนอกของปี 2565 ผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมมีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุด รองลงมาแผนกศัลยกรรม สำหรับกิจกรรมการคัดกรองแยกประเภท/ความรุนแรงมีแนวโน้มคัดกรองส่งต่อเข้าห้องฉุกเฉินตามแนวทางได้ถูกต้องมากขึ้น และในปีนี้มีสูตินรีแพทย์มาประจำอยู่ที่โรงพยาบาล 1 ท่าน ทำให้มีการทำหัตถการทางสูตินรีเวชวันละหลายเคส ซึ่งมีแนวโน้มการให้บริการเฉพาะทางสูตินรีเวชเพิ่มขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ด้านบุคลากรพบว่า อัตรากำลังบุคลากรยังไม่เพียงพอ เนื่องจากในช่วง 3 ปี ที่ผ่านมา มีบุคลากรลาออก ย้าย และปลดเกษียณ ทำให้ต้องดึงอัตรากำลังเสริมจากแผนกอื่นมาช่วยในกรณีทดแทนบุคลากรลาหรือประชุม ส่งผลต่อประสิทธิภาพของงาน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1.ด้านบริหาร มีการวางแผนจัดอัตรากำลังบุคลากร รายเดือน รายสัปดาห์ และรายวัน ให้เพียงพอ โดยกระจายอำนาจการบริหารจัดการโดยหัวหน้าทีมและมอบหมายความรับผิดชอบให้สอดคล้องเหมาะสมเป็นรายบุคคล พัฒนาระบบการนิเทศงานให้มีคุณภาพ

2.ด้านบริการ พัฒนาบริการให้ได้มาตรฐานตามแนวทางQA ผ่านระดับ3 และได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ต่อเนื่อง

3.พัฒนาสมรรถนะบุคลากร ให้สามารถปฏิบัติงานแทนกันได้ในแต่ละจุดบริการ และส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรพัฒนาด้านวิชาการ สร้างสิ่งแวดล้อมบรรยากาศในการทำงานร่วมกัน

4.พัฒนาระบบการนิเทศงาน สอนงานโดยผู้ชำนาญกว่า หรือหัวหน้างาน

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย	< 80 นาที	83.35	77.82	57.38	80.18
2.อุบัติการณ์การการคัดแยกประเภทความรุนแรง/เสี่ยงวิกฤตถูกต้อง - MI -Stroke < 72 ชั่วโมง	ร้อยละ 95	100 98.19	100 97.96	100 97.6	100 97.06
3.อุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วย TB ระยะเข้มข้นมารอซักประวัติรวมกับผู้ป่วยทั่วไป	0	3	3	2	0
4.อุบัติการณ์ ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ	0	0	0	0	0
5.อุบัติการณ์ระบุตัวบุคคลผิดพลาด ระดับ E ขึ้นไป	0	0	0	0	0
6.ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่าLab วิกฤตที่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	≥ ร้อยละ 85	91.95 (149ครั้ง)	91.58 (190ครั้ง)	91.92 (198ครั้ง)	91.11 (236ครั้ง)
7.จำนวนอุบัติการณ์ ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อเพื่อไปดูแลที่ห้องฉุกเฉิน	-	167	219	294	249

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
- BP>180/110mmHg - BP<90/60mmHg	-	84	64	88	86
8.อุบัติการณ์ความเสี่ยงผู้มา รับบริการพบอาการทรุดลง ขณะรอตรวจ	0	1 (เป็นลม)	2 (เป็นลม)	2 (ชัก1/เป็นลม 1)	1 (ชัก)
9.ร้อยละของแผนงาน/ โครงการที่บรรลุเป้าหมาย	ร้อยละ 100	100	100	100	100
10.อัตราความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ	>ร้อยละ 85	83.37	85.8	93.65	87.13
11.จำนวนข้อร้องเรียนด้าน พฤติกรรมบริการ/รอนาน	0	2	1	0	3
12.มีการประเมิน,พัฒนา สมรรถนะเจ้าหน้าที่ใน หน่วยงานอย่างน้อย1ครั้ง/ปี	ร้อยละ 100	100	100	100	100
13.ร้อยละของเจ้าหน้าที่ได้รับ การตรวจสอบสุขภาพ	ร้อยละ 100	100	100	100	100

วิเคราะห์งาน

เพื่อให้บรรลุความต้องการและคาดหวังของผู้รับบริการ งานผู้ป่วยนอกมีการปรับระบบบริการ เป็นระยะๆ ตั้งแต่ปี 2562 มีการปรับระบบการให้บริการ เป็น smart OPD , smart Q ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการว่า รอนาน ปี 2562-564 ผลการดำเนินงานคุณภาพการให้บริการผ่านตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ในปี 2565 ผลการดำเนินงานไม่ผ่านตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ งานผู้ป่วยนอกได้มีการนำข้อมูลความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่รวบรวม จาก website โรงพยาบาลพรหมพิราม , facebook โรงพยาบาลพรหมพิราม ตูรับความคิดเห็นและช่องทางอื่นๆมาวิเคราะห์ พบว่ามีปัญหารอนาน เนื่องจากมีผู้รับบริการจาก PCU พรหมพิราม , NCD พรหมพิราม ส่งมาพบแพทย์ที่งานผู้ป่วยนอกในวันที่ไม่มีแพทย์ไปตรวจ เมื่อรวมกับผู้รับบริการที่รอพบแพทย์ของงานผู้ป่วยนอก จึงทำให้มีผู้รับบริการรอพบแพทย์เป็นจำนวนมาก บางวันมีผู้รับบริการที่ตรวจในช่วงเช้าไม่หมด ต้องรอพบแพทย์ในช่วงบ่าย มีจำนวนมากสุดถึง 60 ราย และผู้รับบริการที่ได้รับการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีระยะเวลาบริการเฉลี่ย นานถึง 120.67 นาที ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยที่แผนกผู้ป่วยนอก เท่ากับ 80.18 นาที ซึ่งทางหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องจะต้องร่วมกันพัฒนาระบบบริการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปี 2565 มีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมากโดยเฉลี่ยวันละ 100-120 คน ผู้รับบริการบางรายมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายรายการ ต้องรอนานหลายชั่วโมงและในบางวันอัตรากำลังแพทย์ไม่เพียงพอในการให้บริการ (ประชุม,ออกหน่วย,ลา) ทำให้ผู้รับบริการต้องรอนาน ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยนานตามไปด้วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

: ปีงบประมาณ 2565 พัฒนาระบบบริการของงานผู้ป่วยนอก ร่วมกับทีม PCT ทบทวนปัญหากับผู้เกี่ยวข้อง โดยขอความร่วมมือจากองค์กรแพทย์ ให้มีแพทย์ออกตรวจ OPD อย่างน้อย 3 คน และจัดแพทย์ออกตรวจที่ PCU พรหมพิราม (กรณีไม่มีแพทย์ออกตรวจ จะส่งผู้รับบริการมาพบแพทย์ที่ OPD) เพื่อลดความแออัดและระยะเวลารอคอยของ OPD และประสานกับ จนท.ชั้นสูตร เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการลดระยะเวลาการรอเฝ้าสังเกต ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ระยะเวลารอคอย OPD นานขึ้น

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.พัฒนาเรื่องการลดระยะเวลารอคอยอย่างต่อเนื่อง
 - 2.พัฒนาการนิเทศทางการแพทย์ มีการติดตามนิเทศการปฏิบัติงานและความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน
 - 3.พัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน
 - การทบทวน Risk Profile เพื่อเพิ่มมาตรการในการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค /
- ทั่วไป
- ทบทวนปัญหา/ข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือน
- 4.ติดตามตัวชี้วัดและทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายทุกเดือน

วิเคราะห์งาน : จำนวนอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ

ในปี 2565 พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ 1 ครั้ง (ชักเกร็ง) จากการที่ผู้รับบริการไม่ได้มารับยาตามนัด ทำให้มีอาการชักเกร็งขณะรอตรวจ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ผู้รับบริการ : ไม่มีอาการผิดปกติก่อนการชักเกร็ง

แนวทางการพัฒนา

- 1.ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับอาการที่ต้องได้รับการเร่งด่วน ทุก 30-60 นาที
- 2.กำหนดกลุ่มบริการให้ผู้ป่วยที่มารับยากันชักทุกรายได้รับการช่องทางด่วน
- 3.ติดป้าย / เขียนสัญลักษณ์ ผู้ป่วยเร่งด่วน ติดที่ OPD Card
- 4.จัดโซนผู้ป่วยที่ต้องสังเกตอาการให้อยู่ใกล้บริเวณจุดซักประวัติ
- 5.บุคลากรในหน่วยงานสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม
- 6.กำหนดให้บุคลากรในหน่วยงานได้รับการอบรม CPR ปีละ 1 ครั้ง

วิเคราะห์งาน : จำนวนอุบัติการณ์การระบุดัวผิดพลาด

ในปี 2565 พบจำนวนอุบัติการณ์การระบุดัวผิดพลาด 14 ครั้ง โดยมีสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาด ได้แก่ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่มีอยู่ ความประมาทหรือเชื่อมั่นในตัวเองมากเกินไปทำให้ไม่มีการตรวจเช็คซ้ำขาดความละเอียดรอบคอบ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ แต่ไม่พบอุบัติการณ์การระบุดัวผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติงานที่มีอยู่
- 2.ผู้รับบริการไม่มีญาติ ไม่มีหลักฐานยืนยันตัวตน และจากภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อาจทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้

แนวทางการพัฒนา

1.กำหนดให้บุคลากรทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยยึด 2 อย่าง เป็นอย่างน้อย ได้แก่ ชื่อนามสกุล วันเดือนปีเกิด กรณีชื่อ-สกุลซ้ำกัน ตรวจสอบด้วย ชื่อบิดา มารดา / เลขบัตรประชาชน

2.กรณีผู้รับบริการไม่มีญาติ ไม่มีหลักฐานยืนยันตัวตน และจากภาวะการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ อาจทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ กำหนดให้เจ้าหน้าที่ห้องบัตร ต้องไปพบผู้รับบริการด้วยตนเอง เพื่อเก็บข้อมูลให้ได้มากที่สุด ป้องกันการระบุตัวผิดพลาด

3.ประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการนำบัตรประชาชนมาทุกครั้งที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาล

2. งานตรวจสอบคุณภาพ

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	รายการ	ปี2563		ปี2564		ปี2565	
		จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
		คน/ครั้ง	เงิน	คน/ครั้ง	เงิน	คน/ครั้ง	เงิน
1	ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ข้าราชการและพนักงาน รัฐวิสาหกิจ	817	655,850	580	482,112	768	645,780
2	ตรวจสอบสุขภาพประจำปี ข้าราชการบำนาญและ ประชาชนทั่วไป						
3	ตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว	60	196,600	78	251,550	119	320,960
4	ตรวจสอบสุขภาพผู้ประกอบการ จำหน่ายอาหารในโรงเรียน	52	22,740	36	18,720	21	10,710
5	พนักงานสิทธิประกันสังคม	250	152,140	263	189,040	182	116,990
6	นัดมารับบริการต่อเนื่องวัน อังคาร(เริ่มพค.63.)	660/ 660	112,916	1,267/ 1,267	316,929	832/ 832	214,870
7	รวมทั้งสิ้น	1,839 /3,018	1,140,246	2,224 /3,181	1,258,351	1,922 /1,922	1,309,310

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.ความสำเร็จในการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2.ความถูกต้องในการรายงานผลตรวจสอบสุขภาพ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
3.ความพึงพอใจในการรับบริการในคลินิกตรวจสอบสุขภาพประจำปี	มากกว่าร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 96	ร้อยละ 99.89
4.ความเรียบร้อยและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ	≥ 4 คะแนน	5 คะแนน	4.6 คะแนน	คะแนน 5
5.การให้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปีดำเนินการเสร็จตามเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ 95	ร้อยละ 90.90	ร้อยละ 93	ร้อยละ 98
6.การเพิ่มรายรับจากปีก่อน	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	-	ร้อยละ 10.67	ร้อยละ 10.4

วิเคราะห์งาน

ในปี 2565 คลินิกตรวจสอบสุขภาพประจำปี ได้ดำเนินการประชาสัมพันธ์ เชิญชวนการตรวจสอบสุขภาพประจำปี โดยทำหนังสือราชการเวียนถึงหน่วยงานราชการในเขตอำเภอพรหมพิราม รูปแบบบริการและการติดตามเป็น”แบบเชิงรุก” ผลการตอบรับการตรวจสอบสุขภาพประจำปีเมื่อเปรียบเทียบกับ ปี 2564-2565 ในเชิงปริมาณ พบว่ามีจำนวนยอดรายรับ ปี2565 คิดเป็นเงิน 1,309,310 บาท (หนึ่งล้านสามแสนเก้าพันสามร้อยสิบบาทถ้วน) เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 10.40 ดังข้อมูลจากตารางที่สรุปข้างต้น แม้ว่าสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 จะเป็นอุปสรรค แต่ในไตรมาสที่3,4สามารถให้บริการเชิงรุกแก่หน่วยงานราชการต่างๆได้ตามปกติ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้การเข้าถึงหน่วยงานราชการต่างๆได้ยากขึ้น โดยเฉพาะโรงเรียน ทั้งระดับประถมและมัธยมศึกษาประกาศหยุดเรียนเป็นระยะๆ หรือ มีการเรียนออนไลน์

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.การวางแผนที่ดี จัดลำดับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี แก่ข้าราชการทุกกลุ่มวิชาชีพ โดยเฉพาะหน่วยงานราชการที่ขาดโอกาสในการตรวจสอบสุขภาพในปี2565 ควรจัดให้บริการก่อนหน่วยงานที่ได้รับการตรวจ
- 2.การจัดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก หลากๆช่องทาง ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้สนใจได้เข้าถึง และใช้บริการตรวจสอบสุขภาพประจำปี กับโรงพยาบาลของรัฐ
- 3.การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้มากยิ่งขึ้น เช่นประชาชนทั่วไปที่สนใจ พนักงานจ้างของบริษัท ผู้ประกอบการ/จำหน่ายอาหารในโรงเรียน ในตลาด และในทุกชุมชน

1.3. งานโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน หลอดเลือดสมอง ไตวายเรื้อรังโรคปอดอุดกั้นและโรคหืด)

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 5ปี)

ข้อมูล	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	86,728	86,003	86,626	87,869	85,048
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งอำเภอ (คน)	5,472	5,722	5,811	6,210	6,680
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกเบาหวาน (คน)	1,002	1,170	1,201	1,258	1,267
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1C > 9 กลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ ถูกส่งต่อจาก รพสต. เครือข่ายเข้ารับบริการในคลินิก รพ.แม่ข่าย (คน)	NA	NA	NA	41	32
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ส่งกลับ รพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง (คน)	31	193	11	38	151
จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (ไม่ใช่ผู้ป่วย) (คน)	30,341	29,945	30,300	29,568	29,380
ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (ไม่ใช่ผู้ป่วย) ที่ได้รับการคัดกรอง DM (คน)	29,135	29,945	28,940	28,638	27,929
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ (คน)	569	535	595	617	591
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมา (คน)	105	83	97	94	123
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการต่อเนื่อง คลินิก รพ. (ครั้ง)	4,842	4,939	4,939	3,769	4,678
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามและรักษาที่เหมาะสม (คน) ภาพอำเภอ	5,487	5,720	5,945	6,210	6,679
จำนวนครั้งของผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเบาหวานหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (ครั้ง)	NA	232	240	167	110
โรคเบาหวาน					
การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า					
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา ด้วยกล้อง Fundus Came (คน)	2,690	2,994	3,163	3,517	3,271
no retinopathy	1,440	1,799	1,219	3,428	2,875
mild NPDR (nonproliferative DR)	28	86	32	22	24
moderate NPDR	873	587	935	7	276
severe NPDR	2	2	2	10	15
PDR (proliferative DR)	38	16	46	7	10

ข้อมูล	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
DR ที่ไม่ระบุระดับความรุนแรง	0	45	724	21	71
แปลผลไม่ได้/ภาพไม่ชัดเจน/รอผลการตรวจ	309	395	205	22	235
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเท้าด้วยตรวจเท้าอย่างละเอียดประจำปี (ครบ3 รายการ ได้แก่ Monofilament , Pulse, Wound (คน))	2,012	5,366	3,198	3,517	3,265
Low Risk	1740	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	3,011
Moderate	192	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	195
Hight Risk	44	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	34
Very Risk	36	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	ไม่ได้เก็บ	25
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต (คน)	1,897	2,269	9,433	8,617	2,578 (เฉพาะเบาหวาน)
การประเมินคุณภาพการดูแลและติดตาม					
จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลซ้ำ (คน)	4,669	3,617	3,531	3,293	4,395
จำนวนการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (คน)	NA	NA	NA	NA	456
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ภาพอำเภอ	3,322	5,460	4,323	4,520	5,178
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1c ≤ 7	1,770	2,386	1,959	2,084	2,786
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีผล HbA1c ≥ 7	1,552	3,074	2,364	2,436	3,894
โรคความดันโลหิตสูง					
จำนวนประชากรกลางปี (คน)	86,583	86,728	86,003	86,626	85,218
จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด (คน)	7,794	13,669	12,808	13,624	14,881
จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในคลินิก รพ. (คน)	1,067	1,471	1,459	1,569	1,498
จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ (คน)	925	1,364	898	1,119	915
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาบริการต่อเนื่อง (ครั้ง)	5,199	4,842	9,035	9,240	5,578

ข้อมูล	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีBP >180/110mmHg (ครั้ง)	520	325	113	124	159
โรคหลอดเลือดสมอง					
จำนวนประชากรกลางปี (คน)		86,728	86,003	86,626	85,218
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (คน)		197	79	124	225
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้ Admit ใน รพ	37	42	76	55	78
จำนวนวันนอนเฉลี่ย/ราย	4	4	4	4	4
ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ป่วยในการรักษา/ราย	8,336	8,086	8,139	8,847	9,412
โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease)					
โรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง	2,243	2,931	3,371	2,464	1,866
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ทั้งหมด	2,243	2,931	3,371	2,475	1,880
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 1	563	910	954	618	351
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2	813	1,089	1,253	825	546
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3	646	686	892	768	685
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4	141	160	175	175	207
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5	80	86	97	89	91
จำนวนผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีล้างไตทางหน้าทางชนิดต่อเนื่อง(CAPD)	18	23	25	14	3
จำนวนผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีฟอกเลือด (HD)	19	20	15	1	1
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานในคลินิกไตเรื้อรัง	8	6	3	14	9
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกไตเรื้อรัง	271	188	161	215	238
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกไตเรื้อรัง	202	289	261	258	289
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกไตเรื้อรัง	0	0	9	11	14
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B-5 ในดูแลคลินิกไตเรื้อรังทั้งหมด	481	483	434	498	550
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3B	172	253	249	310	304
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4	223	159	149	150	176
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 5	86	71	36	38	70

ข้อมูล	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565
จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3B-4 ชะลอไตเสื่อมได้ ระยะ 3A และจำหน่ายออกจากคลินิกในการดูแลไตเรื้อรัง	NA	NA	28	55	11

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/ประจำกลุ่มงาน)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	> 90 %	96.59	95.97	96.45	96.74	96.76
2	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (Pre-DM)	≤ 1.75 %	2.21	2.20	2.65	2.76	2.71
3	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ 67 %	NA	NA	NA	NA	90.30
4	อัตราการเกิด DM รายใหม่ต่อแสนประชากร	< 149	735.56	661.60	617.60	720.11	693.52
5	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (70-130 mg%) ภาวะคลินิก	> 60 %	47.67	42.17	33.06	37.65	36.68
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C<7) ภาวะคลินิก	> 40 %	NA	NA	NA	NA	38.20
6	อัตราการเกิด Hypoglycemia	< 3 %	2.19	1.65	1.94	2.65	2.35
7	อัตราการเกิด Hyperglycemia	< 3 %	2.44	3.07	2.33	1.78	3.51
8	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี BP< 140/90 mmHg ภาวะคลินิก	> 80 %	79.65	77.91	85.93	81.00	82.14

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี BP< 140/90 mmHg ภาพอำเภอ	> 50 %	46.13	56.29	57.79	69.62	68.49
9	อัตราผู้ป่วย HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน CVA รายใหม่	< 5 %	0.49	1.21	2.70	0.79 (10 เดือน)	82.14
10	อัตราผู้ป่วย HT ที่รับไว้ในรพ.	< 5 %	0.23	0.39	2.94	0.02	68.49
11	อัตราผู้ป่วย HT ที่ส่งต่อด้วยกรณีฉุกเฉินที่ ER	< 5 %	0	0.06	7.74	2.27	1.44
12	อัตราผู้ป่วย HT มารับการรักษาต่อเนื่อง	> 80%	92.15	91.94	80.95	92.84	0.59
13	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.72 m2/yr	> 66%	65.21	65.09	59.17	73.43	64.21

โรคเบาหวาน

1	ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป (ไม่ใช่ผู้ป่วย) ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน (ภาพอำเภอ)	90 %	77.00	90.10	96.49	94.49	95.06
2	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ (ภาพอำเภอ)	≥ 90 %	96.59	95.97	96.45	96.74	96.76
3	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (70 – 130 mg% X 2 visit) ***ภาพรวมอำเภอ ***ภาพคลินิก รพ.	≥ 40 %	53.28 53.30	43.70 47.67	35.95 42.17	เก็บ HbA1C 33.06	เก็บ HbA1C 36.68
4	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการต่อเนื่อง **ภาพคลินิก รพ.	> 80 %	90.02	92.10	96.72	97.57	92.36

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
5	อัตราการเกิด Hypoglycemia	< 3 %	3.85	2.19	1.65	1.94	2.35
6	อัตราการเกิด Hyperglycemia	< 3 %	3.56	2.44	3.07	2.33	3.51
7	ร้อยละการเข้านอนรักษาใน รพ. ด้วยภาวะแทรกซ้อน (Hypoglycemia, hyperglycemia, ผลที่เท้า)	< 2 %	0.19	2.45	1.40	1.83	2.06
8	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ได้รับการตรวจจอ ประสาทตา ด้วยกล้อง Fundus camera	> 60%	66.00	52.69	57.97	61.97	48.97
9	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการ ตรวจเท้าด้วยตรวจเท้าอย่าง ละเอียดประจำปี (ครบ 3 รายการ ได้แก่ Monofilament , Pulse, Wound)	> 60%	49.36	56.21	58.44	63.28	48.88
10	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ ได้รับการตรวจ microalbuminuria ประจำปี	> 90%	46.54	51.47	74.02	72.22	71.72
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ได้รับการตรวจ HbA1c ภาพอำเภา ภาพคลินิก	100%	80.93 NA	77.34 NA	78.78 NA	79.29 NA	77.51 99.92
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ มีผล HbA1c ≤ 7 ภาพอำเภา ภาพคลินิก	> 40%	53.28 NA	43.70 NA	35.95 NA	36.42 NA	41.71 38.20
13	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ได้รับการคัดกรองโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือด (CVD Risk)	> 90 %	84.89	91.89	96.12	97.19	85.56

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
14	ระบบบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป	75 – 100 คะแนน	79.8 (ดี)	84.0 (ดีมาก)	82.0 (ดีมาก)	89.0 (ดีเด่น)	84.92 (ดีมาก)
โรคความดันโลหิตสูง							
15	ร้อยละการเกิดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่		1,054.80	1,742.67	1,070.89	1301.00	1,073.72
16	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี BP ≤ 140/90 mmHg (ภาพอำเภอ)	≥ 50%	33.08	46.13	56.29	57.52	68.49
	ร้อยละ HT ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี BP ≤ 140/90 mmHg. ใน รพ. (เก็บรายเดือน)	≥ 50%	84.02	79.65	77.91	85.93	82.14
17	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมารับบริการต่อเนื่อง	> 80%	92.15	91.94	80.95	92.84	95.14
18	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มี BP > 180/110mmHg	< 10%	6.67	6.42	7.77	1.74	1.33
19	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน CVA รายใหม่(คิดจากยอด HT)	< 5%	1.23	0.49	1.21	2.70	1.44
20	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	> 90%	84.89	91.89	96.12	97.19	85.60
โรคหลอดเลือดสมอง							
21	ร้อยละการเกิดโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่	< 180 คนต่อแสน ปชก.	192.88	227.15	91.85	107.99	264.02
22	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke:I60-I69)	< 7%	NA	NA	NA	NA	17.00

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
23	3.2) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก Hemorrhagic Stroke:I60-I62)	< 25%	NA	NA	NA	NA	39.13
24	3.3) ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด Ischemic Stroke:I63	< 5 %	NA	NA	NA	NA	7.6
25	3.4) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน ระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงได้รับการรักษา ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที (door to needle time)	≥ 60%	NA	NA	NA	NA	3.2
โรคไตเรื้อรัง CKD							
26	ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD	> 80 %	61.10	74.02	77.57	70.75	71.72
27	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.72 m2/yr	> 66%	65.21	65.09	59.17	73.19	64.21
28	คลินิก CKD คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	ร้อยละ 80	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	NA
29	ระบบบริการผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป	75 – 100 คะแนน	79.8 (ดี)	84.0 (ดีมาก)	82.0 (ดีมาก)	89.0 (ดีเด่น)	84.92 (ดีมาก)
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง							
30	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ไม่เกิน130 ครั้งต่อแสนประชากรอายุ 15ปีขึ้นไป	956.8	944.69	509.84	73.59	372.18

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน				
			ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
31	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	110 ครั้งต่อ 100ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ40ปีขึ้นไป)	159.33	177.51	93.44	71.43	70.18
32	อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ภาพรวม)ลดลง 10 %ของปีก่อนหน้า	110 ครั้งต่อ 100ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	NA	183 11%	236 14%	157 7.4%	82.8 5.2%
33	อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ในคลินิก)	≤10% ของปีก่อนหน้า	NA	190 11%	242 14%	167 8%	81.9 4.9%
34	Total control COPD	> 70 %	NA	72	77	76	97.7
35	อัตราการ Admit COPD	< 10 %	NA	12	10	10.5	7.6
36	อัตราการ Re visit 48 ชม COPD	<10%	NA	1.7	1.2	0.7	0.67
37	อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน COPD	< 10 %	NA	10.23	12.58	6.5	7.6
38	อัตราขาดนัด	< 5 %	NA	6.9	5.4	4.5	0.4
39	อัตราการเข้ายาลูกต้อนCOPD	> 80 %	NA	90.89	84.86	95.28	90.70
โรคหอบหืด Asthma							
40	อัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด(Acute asthmatic Attack)	≤10% ของปีก่อนหน้า	156 14%	162 12%	144 10%	17.5 1.35%	3.75
41	Total control Asthma	> 70 %	81	81	94	98	88.3
42	อัตราการ Admit Asthma	< 10 %	8	7.5	9.7	0.57	1.6
43	อัตราการ Re visit 48 ชม Asthma	< 10 %	0.7	0.7	0.7	0.4	0.02
44	อัตราขาดนัด Asthma	< 5 %	16.7	10	7.2	3.76	0.4
45	อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน Asthma	< 10 %	NA	10.23	12.58	6.5	14.2
46	อัตราการเข้ายาลูกต้อน Asthma	> 80 %	90.89	84.86	95.28	94.48	98.3
47	อัตราการได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ Asthma	> 80 %	75	72	98	77	55

วิเคราะห์: ร้อยละของผู้ป่วย DM,HTที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

การคัดกรองไตเรื้อรังในผู้ป่วย DM,HT ทำได้ไม่ถึงเป้าหมายเนื่องจาก มีความคลาดเคลื่อนของฐานข้อมูลผู้ป่วย DM,HT ไม่ตรงตามจริง เช่น วินิจฉัยผิดไม่ได้ป่วยจริง เป็นผลให้มีจำนวนผู้ป่วย DM,HT เพิ่มขึ้นมากกว่าความเป็นจริง และผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย DM,HT รายใหม่ที่สถานบริการอื่นไม่เชื่อมโยงข้อมูล 43 แพ้ม เนื่องจากประกอบอาชีพนอกพื้นที่แล้วไม่ได้รับการคัดกรองไตเรื้อรัง ได้มีการแก้ไขเรื่องการวินิจฉัยผู้ป่วยแล้วในปี 2562 ในปี 2563 ฐานข้อมูลเดิมที่ผิดพลาดยังกลับมาอีก และการคัดกรองไตเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วย DM,HT ไม่ได้ตามแนวทางการคัดกรอง เช่น ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะเลือดคัดกรอง แต่ไม่ได้รับการส่งตรวจปัสสาวะหาโปรตีน ทางทีมงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอดำเนินการแก้ไขทำให้ไม่ครอบคลุมผู้ป่วย DM,HT ในปี 2564-2565 มีการระบาดโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความกลัวติดเชื้อโควิด-19 ไม่กล้าออกจากบ้าน ไม่มารับบริการตามนัด ทีมการดูแลผู้ป่วย DM,HT ในโรงพยาบาลพรหมพิราม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยปฐมภูมิ ได้ส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองไตเรื้อรังไม่ครอบคลุมจึงไม่ถึงเป้าหมายตัวชี้วัด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. มีความคลาดเคลื่อนของฐานข้อมูลผู้ป่วยDM,HT ไม่ตรงตามจริง
2. มีการระบาดโรคโควิด-19 ผู้ป่วยมีความกลัวติดเชื้อโควิด-19 ไม่กล้าออกจากบ้าน ไม่มารับบริการตามนัด

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โรงพยาบาลพรหมพิราม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยปฐมภูมิ ได้ส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์
2. ทีมงานผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอดำเนินการแก้ไขข้อมูลผู้ป่วย ให้เชื่อมโยงข้อมูล 43 แพ้ม
3. การเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยไม่มาตามนัด
2. ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ให้ความรู้เรื่องการชะลอไตเสื่อม และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องอาหารเพื่อชะลอไตเสื่อมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักโภชนาการ โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ต้องทราบถึงการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม
2. กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรายเก่าไม่ต่อเนื่องตามนัดที่มารับยาโรคประจำตัวเช่น DM,HT เป็นต้น
3. ติดตามผู้ป่วยขาดนัดทางโทรศัพท์ กรณีมาไม่ได้ ให้ญาติมารับยาแทน
4. ติดตามการเสื่อมของไตเป็นระยะตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเป็นโอกาสการพัฒนาต่อไป

วิเคราะห์: อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ป่วยโรคหืด

ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาคุมอาการเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เมื่อไม่มีอาการหอบผู้ป่วยมักไม่พ่นยาคุมอาการ จนทำให้มีอาการกำเริบ
2. เมื่อไม่มีอาการหอบจึงไม่เห็นความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง

แนวทาง/แผนพัฒนา

1.ให้คำแนะนำในการรักษาที่สม่ำเสมอ ทำความเข้าใจการใช้ยาคุมอาการเนื่องจากเมื่อไม่มีอาการ หอบผู้ป่วยมักไม่พ่นยาคุมอาการทำให้มีอาการกำเริบ

4. งานเอดส์

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย/ครั้ง)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการ (คน/ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
2	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส	317 คน	338 คน	367 คน
3	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการติดตาม การกินยา (Adherence) (คน /ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
4	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คน/ ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
5	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับความรู้ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและการใช้ถุงยาง อนามัย (คน/ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
6	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัด กรองวัณโรค (คน/ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
7	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัด กรองการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (คน/ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
8	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการคัด กรองการใช้สารเสพติด (คน/ครั้ง)	317 คน/ 1348 ครั้ง	338คน/ 1395 ครั้ง	367 คน/ 1438ครั้ง
9	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ VL	321 คน/ 324ครั้ง	338 คน/ 352ครั้ง	343 คน/ 348ครั้ง
10	จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจ CD4	345 คน/ 405 ครั้ง	338 คน/ 428 ครั้ง	352 คน/ 403 ครั้ง
11	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการตรวจ Blood chem	296 คน/ 453 ครั้ง	338 คน/ 533 ครั้ง	350 คน/ 597 ครั้ง
12	จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสได้รับการตรวจ DR	12 คน/ 12 ครั้ง	11 คน/ 11 ครั้ง	10 คน/ 10 ครั้ง
13	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ที่มา รับ บริการ	24 คน	18 คน	15 คน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย/ครั้ง)		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
14	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการตรวจ Lab Base Line	24 ครั้ง	18 ครั้ง	15 ครั้ง
15	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคและแนวทางการรักษา	24 ครั้ง	18 ครั้ง	15 ครั้ง
16	จำนวนผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการกินยาต้านไวรัส	24 ครั้ง	18 ครั้ง	15 ครั้ง
17	จำนวนผู้ที่ไม่มาตรงตามนัดมากกว่า 90 วัน (สะสม)	37 คน	34 คน	37 คน
18	การบันทึกข้อมูลการติดตามการรักษา NAP Program	1422 ครั้ง	1395 ครั้ง	1422 ครั้ง
19	การบันทึกการตรวจ VL	324 ครั้ง	352 ครั้ง	348 ครั้ง
20	การบันทึกการตรวจ CD4	405 ครั้ง	428 ครั้ง	403 ครั้ง
21	การบันทึกการตรวจ Blood chem	453 ครั้ง	533 ครั้ง	597 ครั้ง
22	การบันทึกการตรวจ DR	12 ครั้ง	11 ครั้ง	10 ครั้ง
23	การบันทึกการตรวจ HIV	1112 ครั้ง	1294 ครั้ง	1112 ครั้ง
24	การบันทึกการติดตามการรักษา(เบิกยาด้านไวรัส)	1422 ครั้ง	1468 ครั้ง	1422 ครั้ง
25	การบันทึกการให้คำปรึกษาเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	1112 ครั้ง	1294 ครั้ง	1112 ครั้ง

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัส	ร้อยละ 90	89.36
2	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดปริมาณไวรัสได้ < 1,000 copies	ร้อยละ 90	97.86
3	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีระดับ CD4 ครั้งแรก < 200 cell	น้อยกว่าร้อยละ 40	30.76
4	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดการรักษา มากกว่า 90 วัน	น้อยกว่าร้อยละ 10	10.63
5	ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต	น้อยกว่าร้อยละ 5	0.75

วิเคราะห์งาน : ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัส

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงยาต้านไวรัสได้ต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการขาดการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัวยายที่ทำงานทำให้

ยากในการติดตามให้มารับการรักษา ผลการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส สามารถกดปริมาณไวรัสได้ < 1,000 copies ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีการทำงานของจิตอาสาสามารถร่วมให้บริการ เยี่ยมบ้านและจัดกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดการรักษามากกว่า 90 วัน ร้อยละ 10.63 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มที่ขาดการรักษากลับมาเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ทำให้ยากในการติดตาม

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. วางแผนพัฒนาระบบบริการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ร่วมกับคลินิกบำบัดสารเสพติดในการกำกับ ติดตามการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

2. วางแผนพัฒนาระบบบริการในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยการมีบัดดี้ในการรักษาและ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในกรณีเปิดเผยผลเลือด ถ้าไม่เปิดเผยผลเลือด วางแผนการให้บริการเป็น รายกรณีตามความเหมาะสมกับบุคคล

วิเคราะห์งาน : ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีระดับ CD4 ครั้งแรก <200 cell

ผลการดำเนินงาน ปี 2565 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่มีระดับ CD4 ครั้งแรก <200 cell ผ่านเกณฑ์ เป้าหมาย เนื่องจากมีการดำเนินงานค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เชิงรุกในประชากรกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย) เยาวชนและผู้ใช้สารเสพติด แต่ยังพบปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดการรักษามากกว่า 90 วัน ร้อยละ 10.63 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มที่ขาดการรักษากลับมาเป็นกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ทำให้ยากในการติดตาม การเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ลดลง เนื่องจากมีการเข้ารับการรักษารวดเร็วขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ขาดการรักษามากกว่า 90 วัน ร้อยละ 10.63 จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ากลุ่มที่ขาดการรักษากลับมาเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะไม่เปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ทำให้ยากในการติดตาม

5. งานวัณโรค

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2563 ผลงาน (คน/ครั้ง)	ปี 2564 ผลงาน (คน/ครั้ง)	ปี 2565 ผลงาน (คน/ครั้ง)
1	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่มารับบริการ(คน/ครั้ง)	88 คน/ 559 ครั้ง	74 คน / 370 ครั้ง	75คน/ 262ครั้ง
2	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องการรักษา	88 คน	74 คน	75 คน
3	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการให้คำปรึกษาเรื่องการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ	88 คน	74 คน	75 คน
4	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการติดตามการตรวจเสมหะ(คน/ครั้ง)	88 คน / 264 ครั้ง	74 คน /222 ครั้ง	75คน/ 162ครั้ง

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2563 ผลงาน (คน/ครั้ง)	ปี 2564 ผลงาน (คน/ครั้ง)	ปี 2565 ผลงาน (คน/ครั้ง)
5	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการติดตามการ Chest X - ray(คน/ครั้ง)	88 คน	74 คน/ 148 ครั้ง	75คน/ 122ครั้ง
6	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า	88 คน	74 คน	75 คน
7	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการประเมินการดื่ม เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	88 คน	74 คน	75 คน
8	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการประเมินการสูบบุหรี่	88 คน	74 คน	75 คน
9	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการเฝ้าระวังภาวะดื้อ อีกเสบจากยาวัณโรค	88 คน	74 คน	75 คน
10	จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวาน	88 คน	74 คน	75 คน
14	จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (โดย เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค) (คน /ครั้ง)	8คน/ 16 ครั้ง	4 คน / 5 ครั้ง	4 คน / 5 ครั้ง
15	จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการ CXR	2,964 คน	3,683 คน	3,583 คน

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ /ประจำกลุ่มงาน)

ยุทธศาสตร์ที่ 1: Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	67.23

วิเคราะห์งาน

ผลการดำเนินงาน Success Rate ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่สำเร็จเพียงร้อยละ 67.23 สาเหตุจาก อัตราการขาดยาและอัตราตายรวมกันร้อยละ 26.66 ตายจากมีโรคร่วม HIV ,CKD, DM, CA เป็นผู้สูงอายุ > 65 ปี มีภาวะทุพโภชนาการ และ ผู้ป่วยมารักษาในระยะรุนแรงทำให้เสียชีวิต จึงทำให้ผลสำเร็จการรักษาไม่ได้ตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม ทำให้ตรวจพบผู้ป่วยล่าช้า
2. ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม มักจะพบภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาวัณโรคและชีวิตในที่สุด

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ทำแนวทางการคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคให้เร็วขึ้น
2. ติดตามประเมินแนวทางในการ Admit ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และผู้ป่วยวัณโรคที่มีภาวะแทรกซ้อน
3. conference case ในกรณีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อหาแนวทางในการป้องกัน

ตัวชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล/ประจำกลุ่มงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85 ขึ้นไป	82.19	81.61	67.23
2	อัตราการขาดยาและเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค รวมกัน	น้อยกว่าร้อยละ 10	16.44	17.24	26.66

วิเคราะห์งาน

อัตราการขาดยาและเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคยังสูงกว่าเป้าหมาย เนื่องจากการเข้ารับการรักษาล่าช้า พบผู้ป่วยเมื่อมีอาการรุนแรง ปอดถูกทำลายมากและมีโรคร่วม HIV , CKD, มีภาวะทุพโภชนาการ และเสียชีวิตระยะเข้มข้นของการรักษา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

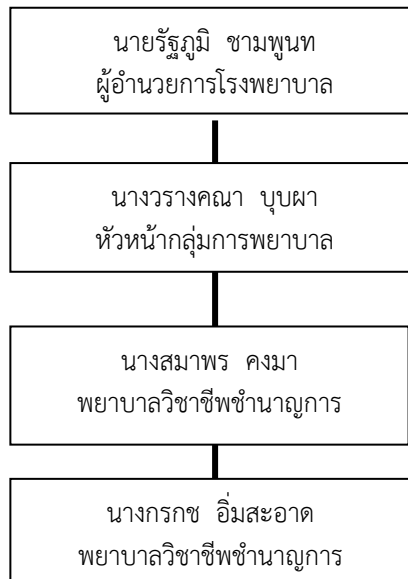
1. ขาดการติดตามเยี่ยมจาก รพ.สต. การ DOT ที่มีคุณภาพ
2. ผู้ป่วยยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเรื่องบุหรี่ยาสูบ
3. การคัดกรองเชิงรุก ยังไม่ครบทุก รพ.สต. จากสถานการณ์โควิดระบาด ทำให้กลุ่มเป้าหมายปฏิเสธมาคัดกรอง
4. ขาดการนิเทศงานวัณโรคของ รพ.สต. บุคลากรขาดความรู้การดูแลผู้ป่วย ทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่อง ไม่มีประสิทธิภาพ

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. นิเทศติดตามงานวัณโรคที่ รพ.สต. ให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
2. อบรมพี่เลี้ยงการให้ยาที่บ้าน (DOTคุณภาพ)
3. พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านของ รพ.สต.

กลุ่มงานการพยาบาล งานสุขภาพจิตและยาเสพติด

โครงสร้างการบริหารงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิตและกรมการแพทย์ ให้บริการผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้ง 8 โรค ตามบริบทของโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพในเครือข่ายบริการสุขภาพ และจิตแพทย์จาก รพ.พุทธชินราช โดยจัดบริการแบบกึ่ง One Stop Service
2. บริการบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภทแบบผู้ป่วยนอก ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัด
3. ดำเนินงานด้านป้องกัน การแก้ปัญหายาเสพติดในชุมชน ได้แก่อบรม ให้ความรู้ จัดกิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ จัดทำค่ายและร่วมเป็นวิทยากรค่ายบำบัดยาเสพติด
4. ให้ความร่วมมือด้านงานวิจัยกับหน่วยงานอื่น
5. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกรณีที่มีปัญหาซับซ้อนหรือประสานงานหน่วยงานในชุมชน เตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วย
6. จัดบริการจิตเวชฉุกเฉิน ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม พรบ.สุขภาพจิต
7. ประสานการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง ในโรงพยาบาลระดับที่สูงขึ้นไปคือ โรงพยาบาลพุทธชินราช และโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช
8. ให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดกับบุคลากรในโรงพยาบาลพรหมพิรามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบอำเภอพรหมพิราม และหน่วยงานอื่นๆ ทั้งการให้การปรึกษาทั่วไป และการให้คำปรึกษาในเชิงลึก และจิตบำบัด โดยนักจิตวิทยาคลินิก
9. ดำเนินกิจกรรม การพัฒนาคุณภาพ การติดตามอาการผู้ป่วยจิตเวชและรับยาต่อเนื่องที่ หน่วยบริการปฐมภูมิ
10. การให้บริการผู้ป่วยปกปิดข้อมูลตามมาตรฐานการรักษาความลับของผู้ป่วย
11. กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) การกระทำรุนแรงต่อเด็กและสตรี(รวมถึงผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาส) 2) การกระทำรุนแรงทางเพศ(คุณแม่วัยใส) 3) การใช้แรงงานเด็ก 4) การค้ามนุษย์

12. ขอบเขตการปฏิบัติงาน ให้บริการตรวจรักษาพยาบาล 4 มิติ คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุม ทั้งด้านกฎหมายและบริการสังคม โดยการติดต่อประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่สำนักงานคุมประพฤติ บ้านพักเด็กและสตรี จังหวัดพิษณุโลก หมายเลขโทรศัพท์ 1330 พัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานด้าน การศึกษา
13. การบันทึก/โปรแกรมต่างๆของโรงพยาบาลและโปรแกรมทางอินเทอร์เน็ต

1.งานสุขภาพจิต

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

กิจกรรม	ผลงาน(ราย/ครั้ง)		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
สถิติผู้รับบริการของผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยนอก			
1. โรคจิต (F20 - F29)	295/1360	304/1,287	318/1314
2. โรคซึมเศร้า (F32 - F39)	437/1727	418/1,567	439/1559
3. วิตกังวล (F40 - F48)	178/484	167/499	156/469
4. ปัญญาอ่อน (F70 - F79)	20/33	13/24	7/13
5. พฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (X60 - X84)		30	58
- พยายามฆ่าตัวตาย (ราย)	21	19	48
- ฆ่าตัวตายสำเร็จ (ราย)	11	11	10
6. ลมชัก (G40 - G41)	135/387	163/526	156/429
7.โรคจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด (F10 - F19)	441/2750	473/3097	396/2441
8. สมองเสื่อม (F00 - F04)	4/8	25/67	26/60
9. ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ			
- ความผิดปกติทางจิตจากโรคทางกาย : Delirium(F05-F09)	54/145	36/107	28/68
- อารมณ์สองขั้ว (F30 - F31)	1/2	1/1	1/3
- การนอนหลับผิดปกติ (F51.0 -F51.5)		75/169	0
10. OSCC			14
● อายุ < 18 ปี	12	7	0
● อายุ ≥ 18 ปี	3	3	
11. บริการ MCATT (ราย)	5/10	220/220	45/45
12. บริการผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน	7/7	6/6	5/5
13. ประเมินพฤติกรรมผิดปกติในเด็ก : ทดสอบทางจิตวิทยา			
โรคสมาธิสั้น (F900 - F909)	55/55	31/33	16/16
โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (F810 - F819)	51/51	18/35	8/8
โรคบกพร่องทางสติปัญญา (F700 - F799)	14/14	5/5	3/3

กิจกรรม	ผลงาน(ราย/ครั้ง)		
	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
โรคออทิสติก (F840 - F849)	3/3	3/4	5/5
รวม	1,757/7,093	1,953/7,717	1681/6568

วิเคราะห์งานด้านปริมาณงาน

สถิติการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวช กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่เข้ารับบริการจำนวนมาก (High Volume) 5 กลุ่มแรก ได้แก่ โรคซึมเศร้า, โรคจิต, วิตกกังวล, โรคจิตจากสุรา และพฤติกรรมการทำร้ายตัวเอง ปีงบประมาณ 2565 ดำเนินกิจกรรมเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย โดยจัดบริการ Extended OPD จิตเวช ร่วมกับกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลพุทธชินราช บริการตรวจรักษา ทบพวนการดูแลผู้ป่วยโดยจิตแพทย์ มีช่องทางการปรึกษาข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการซับซ้อนตามแนวทางการปรึกษาจิตแพทย์ และการส่งต่อ ทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก และเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานได้มากขึ้น แพทย์ประจำคลินิกจิตเวชมีการปรึกษาจิตแพทย์ทางโทรศัพท์ ทางไลน์และส่งต่อในรายที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลประจำคลินิกมีการติดตามอาการทางโทรศัพท์เพื่อประเมินอาการและส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ตามนโยบายของโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับยาอย่างต่อเนื่อง

บริการวิกฤตสุขภาพ(MCATT) ปี 2565 โดยเน้นให้ทำแบบประเมินสุขภาพจิต Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต และติดตามต่อเนื่องตามผลการทำแบบประเมินกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยประเมินในผู้ที่ ด้านการจัดการช่วยเหลือเยียวยาด้านจิตใจผู้ได้รับผลกระทบต่อการระบาดของ COVID-19 แบ่งกลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบต่อการระบาดของ COVID – 19 คือ

กลุ่ม A ได้แก่ ผู้ป่วย/ผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าป่วย ควรได้รับการประเมินภายใน 1 สัปดาห์

กลุ่ม B ได้แก่ ครอบครัวที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักจากเหตุการณ์ ควรได้รับการประเมินภายใน 1 สัปดาห์

กลุ่ม C ได้แก่ ครอบครัวและญาติของผู้ป่วย/ผู้ที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าป่วย ควรได้รับการประเมินภายใน 2 สัปดาห์

กลุ่ม D ได้แก่ เจ้าหน้าที่รัฐ/กลุ่มคนที่มีความเกี่ยวข้องกับการระบาดของ COVID-19 ควรได้รับการประเมินภายใน 2 สัปดาห์

กลุ่ม E ได้แก่ ชุมชนที่มีผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน พบว่าสามารถให้บริการกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายได้ครอบคลุม ทั้งในมิติการเฝ้าระวังคัดกรอง การรักษาและการติดตาม พันฟูกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ด้านบริการ : ยังพบปัญหา ผู้ป่วยโรคจิตเภทรักษาไม่สม่ำเสมอ มีอาการกำเริบซ้ำรุนแรง สาเหตุมาจากการดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่ครอบคลุม เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ รวมทั้งการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ด้านสถานที่ : ไม่มีปัญหาเพราะเป็นการให้บริการแบบติดตามทางโทรศัพท์เป็นส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลในกรณีเจาะเลือด และอาการที่ต้องพบแพทย์เท่านั้น

ด้านบุคลากร : พยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ใหญ่มิได้อยู่ประจำคลินิกทุกวันทำการ ทำให้การดำเนินงานติดตาม ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับชุมชนยังไม่ได้ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนที่ต้องมีการดูแลแบบรายกรณี หรือต้องเยี่ยมบ้าน ไม่ได้รับการวางแผนดูแลต่อเนื่องร่วมกับชุมชน ทำให้มีอาการกำเริบ ตลอดจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการ เพื่อเชื่อมโยงฐานข้อมูลให้ รพ.สต. ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ให้เป็นปัจจุบัน
- 2.ด้านบุคลากร:เสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อขอให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เรียนจบเฉพาะทางมาประจำที่คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติดทุกวันในเวลาทำการเพื่อให้ทำงานสุขภาพจิตผู้ใหญ่
- 3.จัดทำแผน คปสอ.ในการเข้าถึงการบริการ และพัฒนาทีมงานสุขภาพจิต

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/ประจำกลุ่มงาน)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	11.70
2	ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี	≥ 85 %	100%
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ 68 %	100%

ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท (ประเมินการป่วย 614 ราย)	เป้าหมายในปี	80.33	83.61 (510ราย)	100%
			80 %	82%	82%
2	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (2562 ประเมินการป่วย 1,766 ราย)	เป้าหมายในปี	84.28	100 (1,876 ราย)	100%
			68 %	71%	74%
3	อัตราการพยายามทำร้ายตัวเอง	≤ 40 : แส่น ปชก.	18.80	22.12	56.15

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
4	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 : แส่น ปชก.	12.91	12.80 (11 ราย)	11.70
5	ร้อยละผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองไม่กลับไป ทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี	≥ ร้อยละ 85	87.50	100	100
6	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตได้รับการรักษาต่อเนื่อง	≥ 80 %	88.62	95.72	88.26
7	อัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต	≤ 5 %	2.83	1.97 (6ราย)	2.2
8	อุบัติการณ์ผู้ป่วย SMI-V ก่อความรุนแรง ในชุมชน (ผู้ป่วยโปรแกรมCare transition) ***ผู้ป่วยที่มีประวัติ SMIV	0 ครั้ง	1	1	2
9	การพัฒนามาตรฐานคุณภาพการบริการ พยาบาลด้านการปรึกษาสุขภาพ(QA)	ระดับ 3	3	3	3
10	การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพจิตและ จิตเวช ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับ 1	8 ข้อมาตรฐาน	8	8	8
11	การจัดบริการ Extended OPD จิตเวช	≥ 6 ครั้ง/ปี	6	5	10
12	ผู้ป่วย MCATT เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ได้รับการติดตาม ต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้ง	≥ 80 %	100	100	100
13	ผู้ใช้บริการศูนย์พึ่งได้(OSCC) ได้รับการ ประเมินปัญหาด้านจิตใจ	≥ 90 %	100	100	100

วิเคราะห์งานด้านคุณภาพ

สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินค่าเป้าหมาย พบว่ามีหลายกลุ่ม เช่นติดสุรา ยาเสพติด เครียด ปัญหาครอบครัว ปัญหาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล ร้อยละ 88.6 ส่วนอีกร้อยละ 10.4 มีภาวะซึมเศร้า เข้ารับการรักษาอยู่ที่โรงพยาบาล 1 ราย แต่กินยาไม่ต่อเนื่อง ร่วมกับติดสุรา และได้มีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสนอแนวทางในการประเมินคัดกรองเชิงรุกด้านสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงการดูแลผู้ที่มีภาวะติดสารเสพติด เพื่อให้ทราบสัญญาณเริ่มต้นของการฆ่าตัวตาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.ประสิทธิภาพในการประเมินสุขภาพจิตในเชิงรุกยังไม่ครอบคลุม
- 2.ปัญหาการฆ่าตัวตายมีหลายปัจจัย เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาครอบครัว ปัญหาหนี้สิน ปัญหาสารเสพติด ปัญหาด้านพัฒนาการในเด็ก วัยเรียน และวัยรุ่น ซึ่งในการแก้ปัญหาต้องประสานความร่วมมือในทุกภาคส่วน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. พัฒนาจุดเน้นระบบคัดกรอง : เพิ่มความถี่การคัดกรองในผู้ป่วยเรื้อรังที่ภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางรุนแรง เช่น มีปัญหาการเคลื่อนไหว ,Chronic Pain ,Case Schizophrenia : Paranoid delusion symptoms,ผู้มีประวัติ ทำร้ายตัวเอง
2. พัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิ : ป้องกัน ฝ้าระวังสัญญาณเตือนก่อนทำร้ายตัวเองในชุมชน ด้วยนวัตกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม การคัดกรองและบันทึกผ่านโปรแกรมMental Check in เพื่อนำข้อมูลมาดำเนินงานติดตามดูแลต่อเนื่อง
3. พัฒนาทักษะบุคลากร : การพัฒนาบุคลากรด้านความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ทั้งของโรงพยาบาลและรพสต. เพื่อการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลได้รวดเร็วและต่อเนื่อง

2. งานยาเสพติด

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	สถิติผู้รับบริการของผู้ที่เข้ารับการบำบัด (คน) - ยาบ้า - สุรา - บุหรี่ - กัญชา - ไอซ์	277/2113 122/284 165/202 8/68 5/80	238/2824 102/244 188/250 4/64 3/48	245/1786 109/210 180/220 3/32 2/22
2.	กิจกรรมรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก/วันต่อต้านยาเสพติดโลก (วัน/ครั้ง)	2/2	2/2	2/2
3.	ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่าย	2ค่าย	1ค่าย	0
4.	ดำเนินงานหมู่บ้านควบคุมบุหรี่และแอลกอฮอล์ (แห่ง)/ในโรงเรียน	1	2	2
5.	กิจกรรมเล่นล้อมรัก (ศูนย์เด็กเล็ก/ครอบครัว)	ติดตามต่อเนื่อง	1/50	5

วิเคราะห์งาน

1.ในการดำเนินงานในคลินิกมีปริมาณเพิ่มขึ้นมีการบูรณาการในการบำบัดบุหรี่ยาเสพติด ร่วมกับคลินิกบริการต่างๆทั้งแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคเรื้อรัง และตึกผู้ป่วยใน รวมถึงเครือข่ายรพสต.ในการส่งต่อผู้ป่วย และข้อมูลเข้าสู่กระบวนการบำบัด และการติดตามต่อเนื่อง มีการซักประวัติ 3A และบันทึกในโปรแกรม HosXpทุกรายที่มาใช้บริการและจัดคลินิกบริการแบบกึ่ง one stop service เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ จัดบริการคลินิกสุรา/บุหรี่ แยกออกจากคลินิกจิตเวช จัดกิจกรรมกลุ่มSelf Help Group เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ที่กำลังตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แล้ว ค่าปรึกษาต่อเนื่อง เน้นการติดตามโดยติดตามและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และประสานเครือข่ายรพสต.ในการติดตามอย่างต่อเนื่องจนครบ1ปี

2.ในการบำบัดกลุ่มสารเสพติด(ยาบ้า สารระเหย กัญชา เฮโรอีน มีการจัดระบบในการบำบัดอย่างมีระบบ โดยนัดพบครอบครัวก่อนการบำบัด จัดเวลาให้บริการอย่างชัดเจน มีการสร้างแรงจูงใจเชิงบวกและเชิงลบให้กับผู้ป่วย ทำให้ผลการบำบัดอยู่ในระดับที่ดี มีการประสานงานส่งต่อระหว่างหน่วยงานอย่างเป็นระบบมากขึ้น ทั้งการเข้าถึง และการส่งต่อ

3.ในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน หลังจากสถานการณ์โควิด สามารถเข้าไปดำเนินงานในชุมชนและโรงเรียนได้เพิ่มขึ้น โดยการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก (EF)ได้บูรณาการกับเครือข่ายโรงเรียนร่วมกับงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นหลังจากมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารในปีก่อนๆที่ผ่านมา พบว่าเด็กที่ผ่านการทำกิจกรรมนี้ร่วมกับผู้ปกครองมีพัฒนาทางด้านการเรียนรู้และพฤติกรรมดีขึ้นทำให้ศูนย์เด็กเล็กเห็นความสำคัญและดำเนินการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม และเชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์ไปเป็นวิทยากร

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1.การเข้าถึงบริการบุหรี่ยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น แต่ขาดแพทย์ประจำคลินิก ซึ่งแพทย์โรงพยาบาลชุมชนหมุนเวียนเปลี่ยนมาทุกปี ทำให้แพทย์ขาดความชำนาญในการตรวจรักษาผู้ป่วย

2.การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยทีมบำบัดในระดับปฐมภูมิยังไม่มีระบบชัดเจน และขาดการประสานงาน และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

แนวทาง/แผนพัฒนา

1..นำปัญหาอุปสรรคจากการขาดแพทย์ประจำคลินิกยาเสพติดที่เกิดขึ้นทบทวนในทีมพัฒนาระบบบริการเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา

2. สร้างทีม และพัฒนาศักยภาพของทีมนักบำบัดในระดับปฐมภูมิ

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ / ประจำหน่วยงาน)

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (กระทรวง /เขต)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล(Retention Rate)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 66.58

วิเคราะห์งาน

ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแล (Retention Rate) ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย คือ ได้ร้อยละ 66.58 เนื่องจากมีการติดตามต่อเนื่องหลังบำบัดครบ โดยผู้ป่วยบำบัดแบบสมัครใจจะมีการติดตามต่อเนื่องที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาเขตต์ หากผู้ป่วยไม่มาบำบัดหรือรับการติดตามตามนัดจะติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หากติดตามไม่ได้จะประสานไปที่รพสต.เพื่อติดตามต่อเนื่องต่อไป

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1.การติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อาจได้รับข้อมูลเป็นเท็จ

2.การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยทีมบำบัดในระดับปฐมภูมิยังไม่มีระบบชัดเจน และขาดการประสานงาน และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

3.ขาดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. พัฒนากิจกรรมการบำบัดในการสร้างแรงจูงใจในการบำบัด กิจกรรมเสริมแรงจูงใจ และการสร้างพลังอำนาจในตัวเองแก่ผู้เข้ารับการบำบัด

2. สร้างทีม และพัฒนาศักยภาพของทีม เน้นในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองประจำตำบล ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และผลักดันให้มีการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ในทุกพื้นที่ชุมชน เพื่อให้มีการดูแลอย่างเป็นระบบในชุมชน ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข และลด ละ เลิกเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง

ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนด - บุหรี่ - สุรา - ยาบ้า - อื่นๆ	85%	90.50% 89% 65.10% 100%	92% 90% 82% 100%	88% 79% 67% 100%
2. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจที่จำหน่ายแบบครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตาม ตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี (รวมทุกประเภท)	75%	90.2%	92	78
3. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจที่ได้รับการบำบัดรักษาไม่กลับไปเสพยาซ้ำภายใน ๑๒ เดือน - บุหรี่ - สุรา - ยาบ้า - อื่นๆ (กัญชา/สารระเหย)	65 %	20% 63.96% 95% 100%	18.8% 61.12% 68.29% 100%	12% 62% 66% 90%
4. ร้อยละผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจที่ได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ด้านอาชีพ แหล่งทุน การศึกษา สุขภาพ ฯลฯ (รวมทุกประเภท)	75 %	100%	100%	100%

วิเคราะห์งาน

1. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจ (รวมทุกประเภท) ได้รับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์ที่กำหนดลดลงเฉลี่ยร้อยละ 83.5 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้

2. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจที่จำหน่ายแบบครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตาม ตามระยะเวลาที่กำหนด อย่างน้อย 4 ครั้งต่อปี (รวมทุกประเภท) ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

3. ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจที่ได้รับการบำบัดรักษาไม่กลับไปเสพซ้ำภายใน ๑๒ เดือน ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดโดยผลงานเฉลี่ยร้อยละ 57.5 โดยทั้ง 3 ตัวชี้วัดเบื้องต้นเนื่องจากเจ้าหน้าที่มีเพียง 2 คน รวมหัวหน้าซึ่งในการให้บริการทำให้การบริการเน้นแค่การจัดคลินิกบริการ ในแต่ละคลินิกให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยแต่ละคลินิกได้ ขาดการดูแลรายกรณี และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดต่อเนื่อง ไม่ได้มีการประสานงาน และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยทีมบำบัดในระดับปฐมภูมิ หรือมีการส่งต่อแต่ไม่ได้มีการติดตามผลการประสานงานที่ที่เคยประสานไว้ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องส่งผลต่อผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดข้างต้น

4. ร้อยละผู้ผ่านการบำบัดระบบสมัครใจได้รับการติดตามดูแล ช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ด้านอาชีพ แหล่งทุน การศึกษา สุขภาพ ฯลฯ (รวมทุกประเภท) ผู้ป่วยทุกรายจะมีการสำรวจและร่วมกันวางแผนในเรื่อง อาชีพ การศึกษาของผู้ป่วยทุกราย โดยประสานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องในกรณีผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ เช่น พัฒนาชุมชน, ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน, ปปส. อำเภอสืบสานทุนอาชีพ และในผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพจากการคัดกรองก่อนและขณะเข้ารับการบำบัด จะมีการส่งต่อเพื่อการรักษาและติดตามอย่างต่อเนื่อง ที่พบคือผู้ติดเชื้อวัณโรค ติดเชื้อ HIV โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อาการทางจิตเวช ซึมเศร้า

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานยาเสพติดทำหน้าที่หัวหน้าด้วย จึงมีภารกิจในการประชุม รับนโยบาย และงานในทีมหัวหน้า ส่งผลให้มีเวลาในการติดตาม และดูแลผู้ป่วยยาเสพติดน้อยลง

2. มีจำนวนเจ้าหน้าที่รวมหัวหน้าเพียง 2 คนและมีภาระงานทั้งงานจิตเวชผู้ใหญ่ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น งานยาเสพติด รวมถึงงานเชิงรุกในชุมชน โดยเน้นในการจัดคลินิกบริการ ในแต่ละคลินิกให้สามารถดำเนินการดูแลผู้ป่วยแต่ละคลินิกได้ แต่ประสิทธิภาพในการการดูแลรายกรณี และติดตามผู้ป่วยยาเสพติดต่อเนื่องลดลง

3. การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องโดยทีมบำบัดในระดับปฐมภูมิยังไม่มีระบบชัดเจน และขาดการประสานงาน และการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

4. ถึงแม้ว่าการจัดบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดจะเป็นระบบชัดเจน แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับ การบำบัดคนเดิมถูกจับมาเข้ารับการบำบัดซ้ำๆ และผู้ที่เข้ารับการบำบัดขาดบำบัดเป็นจำนวนมากซึ่ง ส่วนใหญ่ที่ยังอยู่ในระบบบำบัดเป็นการอยู่ในระบบแบบติดตามให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้ตัวชี้วัดผ่าน แต่ไม่ได้มา บำบัด มารับการติดตามที่แท้จริง

5. ขาดทีมบุคลากรในการดูแลผู้ช่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น ขาดบำบัด เสพซ้ำ ถูกจับซ้ำ ซึ่งตาม มาตรฐานควรมีการดูแลรายกรณี และมีกิจกรรมในการช่วยเหลือดูแลเพิ่มขึ้นจากการบำบัดตามปกติ เช่น เยี่ยม บ้าน ให้คำปรึกษาโดยวิธีปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) ครอบครัวบำบัด รวมถึงการบำบัดฟื้นฟูผู้เสพ ติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx) ซึ่งในการที่จะดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ที่จะประสาน และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พรส. และชุมชนในการดำเนินงานในช่วงแรก และมีการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องต่อไป

แนวทาง/แผนพัฒนา

1.เสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อขอให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เรียนจบเฉพาะทางมาร่วมทีมบำบัด ทุกวันในเวลาทำการเพื่อให้ทีมสามารถดำเนินงานทดแทนกันได้ในวันที่หัวหน้าซึ่งรับผิดชอบงานยาเสพติดติดภารกิจ

2.พัฒนาศักยภาพทีมงานสุขภาพจิตและยาเสพติดให้สามารถดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทดแทนกันได้

3.สร้างทีม และพัฒนาศักยภาพของทีม เน้นในการดำเนินงานศูนย์คัดกรองประจำตำบล ตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และผลักดันให้มีการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นฐาน (CBTx)ในทุกพื้นที่ชุมชน เพื่อให้มีการดูแลอย่างเป็นระบบในชุมชน ส่งผลให้ผู้ติดยาเสพติดสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข และลด ละ เลิกเสพยาได้อย่างต่อเนื่อง

4.จัดบุคลากรในการเป็นพี่เลี้ยงในการประสานงาน ติดตาม และดำเนินงานศูนย์คัดกรองตำบล จนกว่าศูนย์คัดกรองตำบลจะดำเนินงานได้เองในพื้นที่ และเป็นที่ปรึกษาให้กับศูนย์คัดกรองตำบล

5.ทำวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

6.นำปัญหาอุปสรรคจากการขาดแพทย์ประจำคลินิกยาเสพติดที่เกิดขึ้นทบทวนในทีมพัฒนาระบบบริการเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหา

3. งานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

ผลงานด้านปริมาณงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความพิการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4-I)	3	10	6
2.	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Autistic	3	3	5
3.	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย ADHD	55	31	16
4.	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย ID	14	5	3
5.	อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย LD	51	18	8

วิเคราะห์งาน

งานสุขภาพจิตเด็กในปี2565 มีการเข้าถึงลดลงเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการเพียง2คนรวมหัวหน้า และส่วนใหญ่หัวหน้าติดภารกิจทำให้พยาบาลจิตเวชเด็กอยู่คนเดียว และต้องให้บริการผู้ป่วยทั้งจิตเวชผู้ใหญ่ จิตเวชเด็ก OSCC และยาเสพติด ทำให้ไม่สามารถนัดผู้ป่วยเด็กเข้ามารับบริการได้ ซึ่งในการให้บริการผู้ป่วยเด็กในแต่ละรายจะใช้เวลานานและต้องต่อเนื่อง จะนัดได้เฉพาะวันที่ไม่มีคลินิกบริการและเจ้าหน้าที่อยู่ครบเท่านั้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การประเมินคัดกรองเด็กในแต่ละช่วงวัยทั้งด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา และด้านอารมณ์และสังคม ยังไม่ครอบคลุมและตรวจพบได้ช้า พบว่าเด็กที่ถูกส่งต่อเข้ามาโรงพยาบาลเพื่อกระตุ้นพัฒนาการเมื่อเด็กมีปัญหามานานแล้ว แต่ไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง หรือได้รับการประเมินแต่ผู้ปกครองไม่ได้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรือไม่ยอมรับถึงความผิดปกติของเด็ก ทำให้ไม่ได้รับการส่งต่อ หรือกระตุ้น และดูแลรักษาอย่างทันท่วงที

2. โรงพยาบาลจิตเวชเด็กที่ไม่สามารถนัดเด็กมารับบริการได้ จะนัดได้เฉพาะวันที่ไม่มีคลินิกบริการและเจ้าหน้าที่อยู่ครบเท่านั้น

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. สะท้อนกลับข้อมูลในคลินิกสุขภาพจิตเด็กในคปสอ. เพื่อบูรณาการร่วมกันกับห้องคลอด คลินิกเด็กดีของแต่ละรพ.สต. และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการโดยการประชาสัมพันธ์กับโรงเรียนและ รพ.สต. และมีการประสานจองคิวในระบบนัด Line group

2. เป็นวิทยากรให้ความรู้กับคุณครูและผู้ปกครองร่วมกับรพ.สต. ในแต่ละพื้นที่ในการสังเกตพฤติกรรมของเด็ก โดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรมอายุ 6-12 ปี เพื่อใช้คัดกรองเด็กในการเข้าถึงบริการ

3. เสนอหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลเพื่อขอให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เรียนจบเฉพาะทางมาประจำที่คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติดทุกวันในเวลาทำการเพื่อให้ทำงานสุขภาพจิตผู้ใหญ่ เพื่อพยาบาลจิตเวชเด็กได้ให้บริการเด็กได้

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		2563	2564	2565
ร้อยละผู้ป่วยเด็กที่สงสัย ADHD ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ รพ.พุทธชินราช	ร้อยละ 80	94.55	97.77	100
ร้อยละเด็กวัยเรียนที่มีปัญหา ID ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ รพ.พุทธชินราช	ร้อยละ 80	85.71	100	100
ร้อยละของเด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ดีขึ้น	ร้อยละ 60	80	100	100

วิเคราะห์งาน

ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสมาธิสั้น (ADHD) ที่ได้รับการประเมินและส่งต่อ 36 ราย ไปรักษาต่อที่ รพ.พุทธชินราช 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเรื่องบกพร่องทางสติปัญญา (ID) ที่ได้รับการประเมินและส่งต่อ 3 ราย ไปรักษาต่อที่ รพ.พุทธชินราช 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เด็กและวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ 8 ราย ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้ดีขึ้น ร้อยละ 100

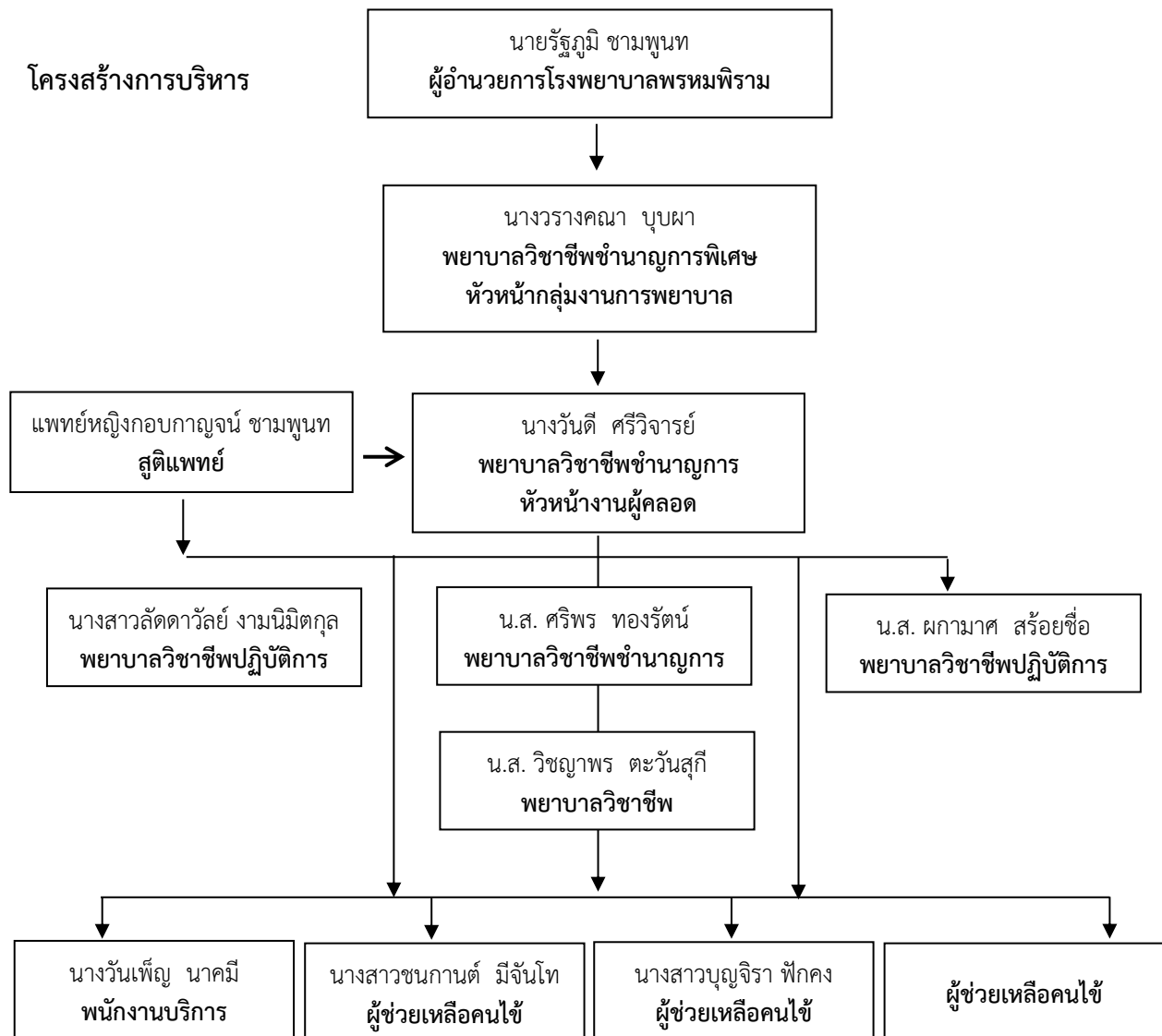
ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ระยะเวลารอไปรับการรักษานาน ทำให้ลืมนัด ให้ติดต่อเพื่อไปตรวจใหม่ก็ปฏิเสธ
2. ไม่ยอมรับและปฏิเสธการรักษา
3. ปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจทำให้ไม่ประสงค์ไปรักษาต่อ เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาในแต่ละครั้ง ทำให้ต้องหยุดงาน ไม่มีรายได้เพียงพอ
4. ผู้ปกครองยังขาดการตระหนักถึงปัญหาพัฒนาการช้าในด้านภาษา ทั้งการพูดและการเข้าใจภาษา ทำให้ไม่ร่วมมือและไม่พามาตรวจที่ รพ. ต้องประสานงานและติดตามหลายครั้ง

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ประสานเพื่อของบประมาณสนับสนุนจากทางโรงเรียนของเด็ก ที่มีเด็กพิเศษโปรแกรม IEP เพื่อช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือคุณครูดูแลพาไปตรวจรักษาต่อ
2. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน พม. เพื่อเข้ามาช่วยเหลือในกลุ่มเด็กที่มีปัญหายากจน แต่ต้องได้รับการส่งต่อไปรักษาที่ รพ. พุทธชินราช
3. แจ้งปัญหาเรื่องระยะเวลาการตรวจนานให้ทาง รพ. พุทธชินราช ได้รับทราบในวันประชุมเครือข่าย งานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นทั้ง 9 อำเภอ และได้กำหนดแนวทางและคิวการส่งต่อใหม่

กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้คลอด



หน้าที่ความรับผิดชอบ

งานห้องคลอด

1. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ขณะรอคลอด ทำคลอด (ในรายที่คลอดปกติ) ดูแลมารดา-ทารกหลังคลอด จนครบ 48 ชม.
2. ช่วยแพทย์ทำคลอดในกรณีที่ต้องช่วยคลอดโดยใช้สูติศาสตร์หัตถการ
3. ดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม อายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป เช่น Preterm Labour, Pre – eclampsia, ตกเลือดก่อนคลอด, ลูกดิ้นน้อย เป็นต้น

4. ส่งต่อมารดา - ทารก ที่มีภาวะแทรกซ้อนในการคลอด เช่น คลอดยาก, PPH, Birth Asphyxia ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงไปรักษาต่อ รพศ.พุทธชินราช เช่น Severe Pre-eclampsia, Preterm Labour, Meconium Amniotic fluid เป็นต้น
5. ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ช่วยเหลือแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด
6. ตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดเจาะเลือดตรวจ TSH คัดกรองโรคเอื้อ และ ให้วัคซีนตัวอักเสบปี และ BCG ในทารกแรกเกิด
7. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนคลอด, ให้ข้อมูล ความรู้ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน
8. ส่งต่อข้อมูลของมารดา-ทารกหลังคลอด และ หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่คลอด ไปสถานบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน และป้องกันภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
9. ส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลมารดาและทารกก่อนคลอด หลังคลอด
10. ติดตามเยี่ยมหลังคลอด
11. ฝังยาคุมกำเนิด และ ถอดยาฝังคุมกำเนิด
12. ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่คลินิก ANC ส่งมา เช่น ทำ NST, PV, Membrane stripping และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด, ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์, มีน้ำเดินทางก่อนคลอด, ลูกดิ้นน้อย เป็นต้น

งานรับฝากครรภ์

1. รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาล ให้บริการรับฝากครรภ์ทุกวันพฤหัสบดี โดยรับส่งต่อการดูแลครรภ์ต่อเนื่องจาก รพ.สต. ที่ต้องมาพบแพทย์ที่คลินิกฝากครรภ์ รพ.พรหมพิราม ตามเกณฑ์ที่กำหนด เช่น พบแพทย์ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ เมื่อใกล้ครบกำหนดคลอด GA 39-40 สัปดาห์
2. รับ Refer หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน จาก รพ.สต.
3. ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงไปยัง รพ.พุทธชินราช
4. ประสานกับเครือข่ายทั้งในระดับจังหวัด และระดับ รพ.สต. ในการส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์ และข้อมูลการดูแลหญิงตั้งครรภ์

1. งานห้องคลอด

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	1. คลอดทั้งหมด	116	129	120
2	- คลอดปกติ	112	124	119
3	- BBA	4	2	3
4	- V/E	0	2	3
5	- คลอดท่าก้น	0	1	1
6	2. ตัดและเย็บฝีเย็บ	68	101	98
7	3. ผู้คลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี	19	27	19
8	4. ไม่ฝากครรภ์ No ANC	4	6	3
9	5. Pre-Post test CSG	4	6	3
	ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม			
10	- Post term	0	0	0
11	- Premature Delivery	2	5	4
12	- APH	1	1	0
13	- PIH	4	3	3
14	- PROM	1	1	3
15	- Breech presentation	0	2	1
16	- OPP	0	0	0
17	- CPD	1	5	0
19	- Prolong Labour (1 st)	8	1	0
20	- Prolong Labour (2 nd)	7	2	1
21	- Fetal distress	3	3	0
22	- Decrease fetal movement	3	1	0
23	- meconium stain amniotic fluid	22	5	4
24	- Dead fetus in utero	0	1	1
25	- Eldery gravidarum	0	12	6
26	Preterm labour	0	9	1
27	-Precipitate labour	2	1	0
28	-Uterine inertia	0	0	0
29	- ตกเลือดหลังคลอด	4	3	1
30	- รกค้าง	0	4	0
31	- แผลฝีเย็บ Haematoma	0	0	0
32	- Size < Date	0	0	0

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
	ภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม			
33	- DM (GDMA1)	4	8	4
34	- UTI	3	1	0
35	- Hypertension	2	2	1
36	- Thyroid	0	0	1
37	- Dyspepsia	0	0	0
38	- Gastroenteritis	0	1	0
39	- Epilepsy	0	0	0
40	- Asthma	0	0	0
41	- Anemia HCT < 33 %	6	11	17
42	- HbsAg Positive	0	3	0
43	ดูแลการได้รับยา AZT	1	1	2
	ภาวะแทรกซ้อนทางนรีเวชกรรม			
44	- Thetend abortion	1	0	0
45	- Innivable abortion	0	0	0
46	- Criminal abortion	0	0	0
47	- Incomplete abortion	0	0	0
48	- Complete abortion	1	1	0
49	- Tricomanas	0	0	0
50	- Condyloma	0	1	0
	ภาวะแทรกซ้อนทางศัลยกรรม			
51	- MCA	0	0	0
	การดูแลอื่นๆ			
52	- ทำหมันหลังคลอด	0	0	0
53	- ดูแลมารดาหลังคลอด	100	125	120
54	- ช่วยแพทย์ซูดมดลูก	0	0	0
55	- ช่วยแพทย์ล้วงรก	0	3	0
56	- เฝ้าระวังการได้รับยาระงับการคลอด	0	0	1
57	- Induction by oxytocin/Cytotec	17/7	19/4	45/6
58	Fail induction	4	3	2
59	- FLP	30	15	1
60	- Re – Admit (โรคเดิม)	0	0	0
61	- ให้เลือด	0	2	0
62	- Chorioamnionitis	0	0	0

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
63	- มารดาติดเชื้อ (UTI Cystitis ซิฟิลิส)	6	8	4
64	- แผลแยก	0	2	1
65	- เต้านมอักเสบ	0	0	0
66	-Mass	0	0	0
67	Refer มารดา (Admit)	51	32	29
68	Refer มารดา (ไม่ Admit)	38	35	13
69	ผู้รับบริการทั้งหมด มารดา / ทารก (ราย)	179/101	190/140	205/130
70	Admit	280	327	335
71	วันนอน	738	777	729
72	ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์			59
	ภาวะแทรกซ้อนในทารกแรกเกิด			
72	Birth Asphyxia	3	0	0
73	ทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม	3	3	11
74	Preterm	1	3	3
75	SGA	2	2	8
76	Neonatal jaundice	14	15	7

วิเคราะห์งาน

- ผู้คลอดมีภาวะซีด Hct <33% จำนวน 17 ราย คิดเป็น 14.16%
- ผู้คลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวน 19 ราย คิดเป็น 15.83% ของมารดาคลอดทั้งหมด
- มารดาติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 4 ราย คิดเป็น 3.33% ของการคลอด
- มารดาติดเชื้อ HIV จำนวน 2 ราย คิดเป็น 1.66% ของการคลอด
- ทารกน้ำหนัก < 2,500 กรัม จำนวน 11 ราย คิดเป็น 9.16% ของการคลอด
- มีหญิงตั้งครรภ์ที่คลอด BBA, No ANC ซึ่งบางรายไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ แต่บางรายรู้ว่าตั้งครรภ์แต่ไม่ได้ฝากครรภ์เนื่องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด และบางรายปกปิด
- ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์ที่พบขณะรอคลอด และขณะคลอด 5 อันดับปี 2565 คือ
 1. Anemia
 2. Eldery gravidarum
 3. Premature Labour
 4. Syphylis,DM
 5. Meconium stain
- 5 อันดับการส่งต่อ รพ.พุทธชินราช
 1. Severe Pre-eclampsia, Meconium stain
 - 2., Previos C/S, Arrest of dilate
 3. CPD, TR

4. PROM, PPRM
5. Premature Labour, Fail Induction

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.เรื่องอัตราค่าจ้าง งานรับฝากครรภ์(ANC) ของโรงพยาบาล ได้ให้แผนกห้องคลอดรับผิดชอบ โดยไม่ได้เพิ่มอัตราค่าจ้างให้ จึงมีพยาบาลไม่เพียงพอสำหรับงานฝากครรภ์ ได้ให้พยาบาลที่ขึ้นเวรเวรผลัด เข้า บ่าย ดึกของห้องคลอด มาขึ้นเวรเช้าทุกวันพลั้สบดี โดยตั้งเป็น OT จึงต้องจัดตารางเวรเป็น ด/บ, ข/บ เพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานทั้ง ANC และ LR
- 2.ปี 2564-65 มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 มาคลอด ต้องเรียกอัตราค่าจ้างเสริมจากเจ้าหน้าที่ห้อง คลอดมาช่วยจึงต้องมีการปฏิบัติงานติดต่อกัน 16 ชม. เพื่อให้เพียงพอต่อการให้บริการ
- 3.แผนกห้องคลอดมีพยาบาลมาใหม่ ยังมีทักษะ ความชำนาญไม่เพียงพอ
- 4.ไม่มีห้องแยกทำคลอด Case โควิด

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ขออัตราค่าจ้างพยาบาลเพิ่ม 1 คนเพื่อรับผิดชอบงาน ANC
- 2.ปรับแนวทางเรียกอัตราค่าจ้างเสริมกรณีมี Case คลอดที่ติดเชื้อโควิด-19
3. สอนงาน ฝึกปฏิบัติ ทักษะความชำนาญแก่บุคลากร ที่มาปฏิบัติงานใหม่
- 4.จัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในหญิงที่อายุน้อย ในวัยรุ่น วัยเรียน
- 5.คัดกรองและติดตาม หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่งต่อ ตามเกณฑ์กรณีที่มีภาวะเสี่ยงสูง

2. งานฝากครรภ์

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ รับบริการ ทั้งหมด (ครั้ง)		1024	1191	1498
2.	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด /ราย ใหม่/รายเก่า		305 /227 /78	320 265/55	334 266/68
3.	Refer หญิงตั้งครรภ์ (ราย)		86	40	60
4.	ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	> 60%	141	66.34%(134)	66.19(141)
	หญิงตั้งครรภ์อายุ 10-14 ปี		2	5	5
	หญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี		49	37	50
5.	โรคโลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก		59	20	63
6.	ตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย (ราย)		227	265	266
7.	ส่งตรวจเลือดคู่สามี-ภรรยา เพื่อคัด กรองคู่เสี่ยง Hb typing / PCR		17	30	19

	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
8.	คู่มือธาลัสซีเมีย รุนแรง		0	1	3
9.	คัดกรอง GDM (ราย)		38	78	216
10	GDM (ราย)		5	28	40

วิเคราะห์งาน

1.ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ไม่ได้ตามเกณฑ์ เป้าหมาย 75% ผลงาน ปี 2565 ได้ 66.19%

2.หญิงตั้งครรภ์ อายุ < 20 ปี เพิ่มขึ้น คิดเป็น 16.46% ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในปี 2565 และตั้งครรภ์อายุ น้อยที่สุด คือ 11 ปี

3.หญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีด Hct < 33% เพิ่มขึ้น คิดเป็น 18.86%

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1.เรื่องอัตรากำลัง คลินิก ANC ไม่มีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรง พยาบาลผู้รับผิดชอบเป็นพยาบาลจากเวรผลัด เช้า บ่าย ดึก ที่ปฏิบัติงานของห้องคลอด มาทำคลินิก ANC เฉพาะเวรเช้าวันพฤหัสบดี แล้วกลับไปขึ้นเวรห้องคลอดต่อ

2.สถานที่ให้หญิงตั้งครรภ์นั่งรอรับบริการไม่มี ต้องให้นั่งรอบริเวณทางเดินซึ่งทางแคบ บริเวณหน้าห้องฝากท้อง ห้องกายภาพ และห้องคลอด ทำให้การเข้าออกผ่านทางไม่สะดวก เช่น รถเข็นผู้ป่วยมาทำกายภาพ รถขนของจากซักฟอก จากซักฟลาย เป็นต้น

แนวทาง/แผนพัฒนา

1.ขออัตรากำลังงาน ANC

2.ขออนุมัติจัดทำสถานที่รอรับบริการ

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/ประจำกลุ่มงาน)

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (ผลงานเปรียบเทียบ 3 ปี 2563-2565)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราส่วนการตายมารดา	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	0	0	0
2	อัตราตายทารกแรกเกิด	< ร้อยละ 3.7 ต่อพันทารกแรกเกิดมีชีพ	0	0	0

วิเคราะห์งาน

1.ไม่มีมารดา และทารกเสียชีวิตจากการคลอด แต่มีทารกเสียชีวิตในครรภ์ DFIU 1 ราย ซึ่งมารดาติดเชื้อ COVID-19 ในขณะตั้งครรภ์มาก่อนมี และ มีภาวะซีด

2.ในปี 2565 พบมารดามีความเสี่ยง คือภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เช่น GDM, HT, ซีด, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ติดเชื้อ COVID-19 เป็นต้น ซึ่งต้องเฝ้าระวัง เพราะอาจส่งผลทำให้มารดา-ทารกเสียชีวิตได้

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ยังขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เช่น การช่วยฟื้นคืนชีพ

มารดา – ทารก

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ฝึกทักษะและอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราการตายทารก		0	0	0
2	อัตราการขาดออกซิเจนของทารกขณะคลอด	ไม่เกิน 25:1000 การเกิดมีชีพ	8.62	0	0
3	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมในหญิงตั้งครรภ์ที่ ANC ใน ร.พ. พรหมพิราม	< ร้อยละ 7	2.58	3.87	9.16
4	ทารกบาดเจ็บจากการคลอด 4.1 Caput Succidaneum 4.2 Erb paralysis / Fracture clavicle 4.3 Cephalhematoma due to birth injury	เป็น 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
5	. ทารกติดเชื้อ ร้อยละ 0 6.1 ตาอักเสบ 6.2 สะดืออักเสบ 6.3 UTI 6.4 Sepsis 6.5 Pneumonia	เป็น 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0
6	มารดาติดเชื้อหลังคลอด 7.1 UTI 7.2 แผลฝีเย็บ เย็บแยก	เป็น 0	0 0	0 0	0 1
7	อัตราการตายมารดา	เป็น 0	0	0	0

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
8	อัตราการตายอายุ 15-19 ปี คลอดบุตร	ไม่เกิน 34:1,000 หญิงอายุ 15-19 ปี	17.24	15.10	10.63
9	อัตราการตายคลอดหลังคลอด	< 2%	3.44	2.32	0.83
10	อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ	> 85 %	87.21	92.11	92.82

วิเคราะห์งาน

ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงานมีทั้งหมด 10 ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ 1 ตัว ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 ตัว คือ อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำนวน 11 ราย คิดเป็น 9.16% (เป้าหมายไม่เกิน 7%) สาเหตุ

1. มารดามีภาวะแทรกซ้อน ชีด, เคยคลอดก่อนกำหนด, HIV, GDM, HT คิดเป็น 36.36%
2. ภาวะโภชนาการ มารดาน้ำหนักขึ้นน้อยกว่าเกณฑ์ ทารกในครรภ์จึงมีน้ำหนักไม่ถึง 2,500 กรัม คิดเป็น 81.81%
3. คลอดก่อนกำหนด 27.27%

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การดำเนินงานตามแผน การให้ความรู้เรื่องอนามัยวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น วัยเรียน ในปี 2564-2565 ไม่ได้ทำกิจกรรมตามแผน เนื่องจากมีระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19
2. กิจกรรมการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่แก่หญิงตั้งครรภ์ และสามี ไม่ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด ในปี 2565 เนื่องจาก มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำได้เพียง 29.94%

แนวทาง/แผนพัฒนา

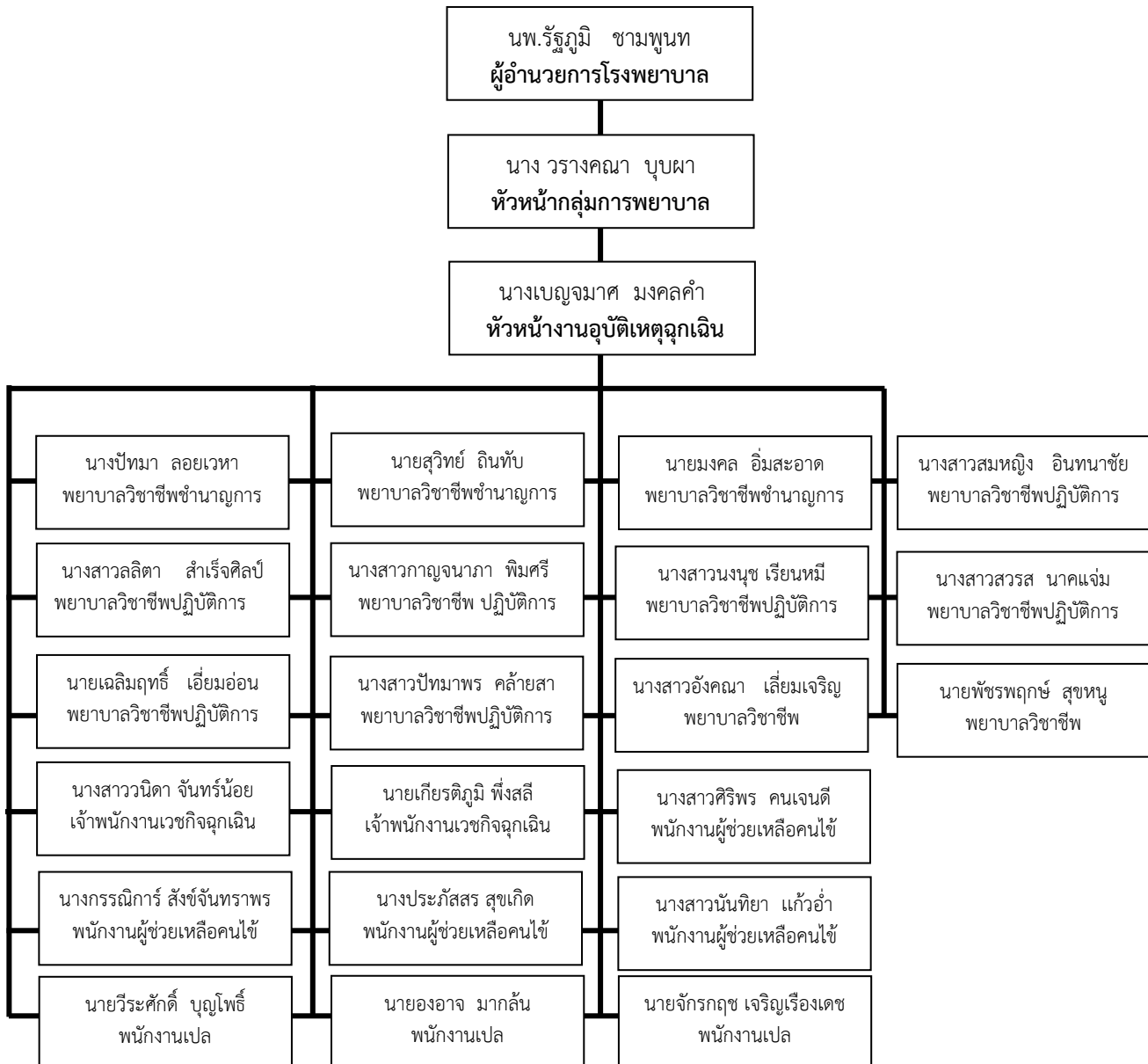
1. พัฒนาในปีงบประมาณ 2566 จัดทำแผนงานออกให้ความรู้แก่นักเรียน
2. วางแผนจัดกิจกรรมให้ความรู้ หญิงตั้งครรภ์ และ สามี

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2565

1. อบรมให้ความรู้อนามัยวัยเจริญพันธุ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัยเรียน
2. อบรมให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์และสามี หญิงหลังคลอดและครอบครัว ในโครงการ โรงเรียนพ่อแม่
3. อบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการ CPR ทารกแรกเกิด และ CPR หญิงตั้งครรภ์

กลุ่มงานการพยาบาล งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

โครงสร้างหน่วยงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

- 1.ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ. จุดเกิดเหตุ
- 2.ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ
- 3.ให้บริการทำหัตถการต่างๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี ฯลฯ
- 4.ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ
- 5.ให้บริการส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า
- 6.ให้บริการผู้ป่วยคดี และนิติเวช โดยร่วมชันสูตร กับเจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งใน และนอกสถานที่

ผลงานด้านปริมาณงาน

1.ผลงานการให้บริการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ. จุดเกิดเหตุ

1.1 งาน EMS ออกให้บริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

ผลงาน	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
จำนวนผู้ป่วยที่ออก ให้บริการ	354	376	350	393	380
Resuscitation / Emergency	306 86.44%	344 91.48%	278 93.28%	341 86.77%	379 99.74%
Urgent	3 0.8%	32 4.52%	30 10.38	49 12.47%	1 0.26 %
Non Urgent	18 5.08%	15 3.98%	9 0.311	5 1.28	0 0.00%

1.2 5 อันดับโรคที่ออกรับด้วยบริการ EMS

ลำดับ	ผลงาน (ราย)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Alteration of conscious	52	Hypoglycemia	38	Trauma	71
2	กลุ่มอาการหายใจ เหนื่อยหอบ	50	Sepsis	36	Depnea	57
3	Hypoglycemia	28	Dyspnea	27	Alteration of conscious	54

ลำดับ	ผลงาน (ราย)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
4	Hypotension	27	Alteration of conscious	22	Hypoglycemia	38
5	stroke	25	Seizure	19	stroke	32

1.3 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	>24 %	41.48	51.56	49.06	54.20	55.51

วิเคราะห์ : อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในอำเภอพรหมพิรามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2561 – 2565 = 41.48 ,51.56, 49.06 ,54.2 และ55.51 เนื่องจากการพัฒนาการประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดย การเป็นวิทยากรการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติเบื้องต้น การประชาสัมพันธ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลและรพ.สต.ทุกแห่ง ติดsticker 1669 ที่สมุดประจำตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง และบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการเป็นวิทยากรสอน CPR เบื้องต้นให้กับโครงการหมอบุ้บ้าน , โครงการอบรม อสม.รุ่นใหม่ , อบรม Care giver ในโครงการ Long term care ส่งผลให้ตัวชี้วัดสามารถบรรลุเป้าหมาย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

1.4 ผู้ป่วยในระบบ fast tract ที่มาด้วย EMS

ลำดับ	โรค	ปี2563			ปี2564			ปี2565		
		จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วย ที่มา ด้วย EMS	%	จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วย ที่มา ด้วย EMS	%	จำนวน ผู้ป่วย ทั้งหมด	จำนวน ผู้ป่วย ที่มา ด้วย EMS	%
1.	Trauma	216	31	14.35	146	56	38.35	138	71	55.51
2.	stroke	227	25	11.01	172	27	15.69	170	24	13.79
3.	MI	16	0	0	32	4	12.5	37	2	5.40
4.	sepsis	164	21	12.80	186	43	23.11	187	27	14.51

วิเคราะห์งาน

จำนวนผู้ป่วยที่ออกให้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วยประเภท Emergency และ Urgency จากการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเชื่อมโยงไปถึงชุมชน และมีระบบเครือข่ายช่วยออกรับเหตุ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ในเรื่องอัตรากำลังทั้งเจ้าหน้าที่ออกให้บริการและพพร. ไม่ได้แยกออกเป็นเฉพาะ ทำให้บางครั้งไม่สามารถออกให้บริการได้ทุกราย

2. ในการทำงานทั้งระบบ Pre-hospital (EMS) In Hospital Referral system ใช้อัตรากำลังทำงานปกติทำให้บางครั้งไม่สามารถออกให้บริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. กรณีฉุกเฉินเรียกเจ้าหน้าที่ห้องคลอดหรืองานผู้ป่วยในมาช่วย
2. พัฒนาเครือข่ายให้มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ

1.5. จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยแยกตามสาเหตุ

ชนิดอุบัติเหตุ	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับ อุบัติเหตุจากการจราจร	1,060	968	3,862	3,523	3,070
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ อุบัติเหตุอื่นๆ	4,455	4,160	758	735	836
จำนวนผู้ป่วยที่ได้ อุบัติเหตุทุกชนิด	5,515	5,128	4,620	4,258	3,906

วิเคราะห์งาน

ปี 2565 จำนวนผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุทุกชนิด และอุบัติเหตุจราจรลดลง จากการมีความร่วมมือกับเครือข่ายในการรณรงค์การใช้มาตรการความปลอดภัยในการใช้รถ และการตั้งด่านตรวจของเจ้าหน้าที่ตำรวจ และด่านชุมชน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดเป็นรถจักรยานยนต์ และพฤติกรรมเสี่ยงของอุบัติเหตุจราจรคือ ขับรถเร็ว , เมาสุรา และ ไม่สวมหมวกนิรภัย

แนวทาง/แผนพัฒนา

เก็บข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร หมู่บ้านใดที่เกิดอุบัติเหตุบ่อยรวบรวมข้อมูลส่งให้ อบต. ในพื้นที่ได้รับทราบเพื่อหาวิธีป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุทางการจราจร

2. ผลงานการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

2.1 ผลงานปริมาณผู้ป่วยแยกตามประเภทผู้ป่วย

ลำดับ	ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	Resuscitate	637	637	644	571	568
2.	Emergency	1,822	2,396	2,277	2,029	2,070
3.	urgency	3,029	3,207	6,691	2,482	2,653
4.	Semi urgent	7,198	9,372	5,562	4,184	5,962
5	Non Urgent	17,645	17,401	15,911	13,844	18,985
รวม		33,483	33,250	31,085	23,110	30,494

2.2 ผลงานปริมาณผู้ป่วยแยกตามประเภทผู้ป่วย

ลำดับ	ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	อายุรกรรม	12,516	11,630	11,957	12,327	14,675
2.	ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก	15,541	17,269	15,427	11,470	13,679
3.	ผู้ป่วยเด็ก	4,520	3,647	3,081	2,532	2,561
4.	สูติ- นรีเวช	312	215	143	128	98
5	ผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	213	141	156	148	119
6	จิตเวช	97	101	115	158	143
รวม		33,483	33,250	31,085	23,110	30,475

วิเคราะห์งาน

ปริมาณผู้ป่วยที่เข้ารับบริการปี 2565 มีแนวโน้มเท่ากับปีงบประมาณ 2563 ซึ่งในปี 2564 แนวโน้มลดลงในกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูก ,แต่กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เพิ่มขึ้น ปี 2565 มีแนวโน้มกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม ,ผู้ป่วยเด็ก เพิ่มขึ้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ COVID

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1.จากข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมส่วนใหญ่ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ซึ่งมารับบริการในเวรนอกเวลาช่วงเวรบ่าย และเป็นกลุ่มผู้ป่วย ประเภท Emergency

2.มีผู้ป่วยNon-Urgent มารับบริการในเวรนอกเวลาช่วงเวรบ่ายหลัง 20.30น.ได้แก่โรคระบบทางเดินหายใจและอาการผื่นผิวหนัง

แนวทาง/แผนพัฒนา

เพิ่มการประชาสัมพันธ์ลักษณะการให้บริการผู้ป่วยภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการกินยาและการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วยเพื่อลดการกลับมารักษาซ้ำโดยไม่จำเป็น

2.3 ผลงาน 5 อันดับโรคผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่มารับบริการ

ลำดับ	ผลงาน (ครึ่ง)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Trauma	503	Hypertension	463	Hypertension	383
2	Hypertension	418	Trauma	223	Trauma	138
3	stroke	227	stroke	192	stroke	170
4	COPD c AE	181	Sepsis	177	Sepsis	150
5	DM c Hypoglycemia	59	DM	106	DM	147
	จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งหมด	2,921		1,161		2,600

วิเคราะห์งาน

5 อันดับโรคผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่มารับบริการ ปี 2565 ส่วนใหญ่เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นอันดับที่หนึ่ง ,กลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งชนิดทั่วไปและอุบัติเหตุจราจร เป็นอันดับที่ 2 และผู้ป่วย Stroke เป็นอันดับที่ 3 ผู้ป่วย sepsis เป็นอันดับที่ 4 และผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน เป็นอันดับที่ 5

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล กับ NCD Clinic และรพ.สต.พื้นที่

แนวทาง/แผนพัฒนา

ส่งข้อมูลคืนให้ผู้รับผิดชอบในคลินิกโรคเรื้อรัง HT,DM, และรพ.สต.เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อลดการเสียชีวิตขณะนำส่ง

2.4 ผู้ป่วยที่ช่วย CPR

ลำดับ	ข้อมูล	ผลงาน(ราย)				
		ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนผู้ป่วย ที่ CPR	47	45	62	58	54
2	หลัง CPR แล้วเสียชีวิต	31	24	45	45	31

ลำดับ	ข้อมูล	ผลงาน(ราย)				
		ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
3	หลัง CPR แล้วส่งต่อ รพ.ศูนย์	16	21	17	13	15
4	จำนวนผู้ป่วย ที่ Arrest ก่อนถึง ER	47	36	53	45	40
5	อัตราการรอด ชีวิตทั้งหมด	34.04	46.66	27.41	22.41	27.77

วิเคราะห์งาน

ผู้ป่วยที่ต้องช่วย CPR ปี 2565 มีแนวโน้มลดลง และมีอัตราการรอดชีวิตหลังช่วยชีวิตเพิ่มขึ้น คือ สามารถส่งต่อได้ทั้งหมด 15 ราย คิดเป็น = 27.77%, ซึ่งเป็นผู้ป่วย Arrest ก่อนถึง ER แล้ว 40 ราย คิดเป็น ร้อยละ 74.07

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ผู้ป่วยที่ Arrest ก่อนถึง ER พบว่าเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วย COPD , DM , HT , โรคหัวใจ เมื่อเกิดอาการเล็กน้อยยังไม่แจ้งญาติพามาพบแพทย์ มีอาการรุนแรงจนไม่สามารถช่วยชีวิตได้ทันเวลาและส่วนใหญ่ญาติยังพาผู้ป่วยมาเอง ไม่ใช่บริการ 1669 รอไม่ได้

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ประสานกับทีมคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะ Cardiac arrest ว่าถ้ามีอาการให้รีบมา ร.พ โดยแจกแผ่นพับประชาสัมพันธ์ให้เรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669
- 2.พัฒนาหน่วยกู้ชีพพื้นฐาน (FR) ทุกหน่วยในเครือข่ายเขตอำเภอพรหมพิราม ให้สามารถช่วยบริการประชาชนในตำบลของตนเองได้มากขึ้น
- 3.ออกร่วมทีม PCT ในการให้ความรู้และฝึกทักษะการ CPR ให้กับเจ้าหน้าที่ รพสต. เครือข่าย

2.5 ผลงาน 5 อันดับโรคผู้ป่วยมาปรึกษาภายใน 48 ชั่วโมง

ลำดับ	ผลงาน (ครึ่ง)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Acute upper respiratory infection	66	Acute upper respiratory infection	67	Dyspepsia	48
2	Dyspepsia	23	Dyspepsia	27	Acute upper respiratory infection	26
3	Dizziness	21	Dizziness	23	Dizziness	23
4	COPD c AE	14	COPD c AE	18	COPD c AE	18
5	Bacterial intestinal infection	14	Bacterial intestinal infection	15	Fever	10
		77/ 1.32		65/1.23		125/ 1.32

วิเคราะห์

ผู้ป่วยกลับมาปรึกษาภายใน 48 ชั่วโมง ปี 2565 มีแนวโน้มเท่าๆเดิม ประมาณ 10 ราย/เดือน และส่วนใหญ่เป็นโรคระบบทางเดินอาหาร หายใจและระบบทางเดินหายใจ และมีผู้ป่วยที่กลับมาปรึกษาเนื่องจาก การไม่ดูแลสุขภาพและทรุดลงซึ่งต้อง Admit 35 ราย .Refer 16 ราย .เสียชีวิต 1 ราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ผู้ป่วยที่กลับมาปรึกษาซ้ำเนื่องจากการไม่ดูแลสุขภาพและทรุดลงและบางรายต้องนัดมาปรึกษาเพื่อ Investigateเพิ่มในวันรุ่งขึ้น

แนวทาง/แผนพัฒนา

นำเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมาปรึกษาซ้ำที่ต้อง Admit และ Refer ให้กับทีม PCT หาพฤติกรรม (AE) ในขั้นตอนการรักษา เพื่อวางระบบ แนวทางในการรักษาผู้ป่วย

3.ผลงานการให้บริการส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า

3.1 ผลงาน 5 อันดับโรคผู้ป่วย Refer

ลำดับ	ผลงาน (ราย)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	กระดูกหักจากอุบัติเหตุต่างๆ	289	กระดูกหักจากอุบัติเหตุต่างๆ	232	กระดูกหักจากอุบัติเหตุต่างๆ	212
2	Head injury	206	Stroke	183	Sepsis	187
3	Stroke	227	Head injury	175	Stroke	174
4	Sepsis	164	Sepsis	92	Head injury	68
5	Abdominal. pain	109	Abdominal. pain	89	Abdominal. pain	40
จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อทั้งหมด		1,514		1,289		1,282

วิเคราะห์งาน

จำนวนการ Refer ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันดับ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุต่างๆเป็นผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุต่างๆทั้งหมด212ราย กลุ่มผู้ป่วย Sepsis =187ราย กลุ่มผู้ป่วย Stroke =174ราย , ผู้ป่วย Head injury 68 ราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะนำส่งผู้ป่วย
- 2.ระบบการติดตามผู้ป่วยการส่งต่อที่ ร.พ. ศูนย์ หลังการรักษาติดตาม Case ข้อมูลตอบกลับยังล่าช้า เนื่องจากระบบโปรแกรมการส่งต่อ (Thai Refer) การลงข้อมูลยังไม่เชื่อมโยงกัน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลสำคัญในการดูแล ก่อนส่งต่อ- ขณะส่งต่อ และข้อมูลการประเมินขณะรับผู้ป่วยที่รพพท เพื่อประเมินผลการดูแล
- 2.การประสานข้อมูลกับทีมผู้รับผิดชอบ รพ. ศูนย์ และเข้าร่วมประชุมกับทีมส่งต่อของจังหวัดเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเกิดขึ้น
- 3.พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมใช้ของยานพาหนะ (การตรวจสภาพรถ อัตรากำลัง)
- 4.เสนอเครือข่ายด้านการพัฒนาระบบThai refer ให้เชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับรพ. ศูนย์

4.ผลงานให้บริการผู้ป่วยคดี และนิติเวช โดยร่วมชั้นสูตร กับเจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งใน และนอกสถานที่

4.1 เสียชีวิตที่ ER

ลำดับ	ผลงาน (ราย)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	cardiac arrest	21 ราย	Cardiac Arrest	40ราย	Cardiac Arrest	31
2	MI	19 ราย	Trauma จราจร	3 ราย	UGIH	3ราย
	จราจร	5 ราย	CHF	1 ราย	Severe Head injury Trauma จราจร	2
3	Hanging	1 ราย	STEMI	1 ราย	MI	1
4	Severe Head injury	1 ราย	Respiratory failure	1 ราย	Secretion Obstruct	1
5	CA	2ราย	Sepsis	1 ราย	Drowning	1
6	UGIH	1 ราย	Gunshot wound	1 ราย	Hanging	2
7	Asphyxia	1 ราย		43 ราย		
8	Cardiac Arrest	7 ราย	CHF	1 ราย		
9	Hemoptysis	1 ราย	STEMI	1 ราย		
10	Hepatoma	1 ราย	Respiratory failure	1 ราย		
11	UGIH	1 ราย	Sepsis	1 ราย		
12	Bedsore	1 ราย	Gunshot wound	1 ราย		
13	electric shock	1 ราย				
14	COPD	1 ราย				
รวม		47 ราย		43 ราย		54 ราย

วิเคราะห์งาน

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER เพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วยSudden Cardiac arrest เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการคล้ายโรคในกลุ่ม Acute coronary syndrome และเสียชีวิตระหว่างทางนำส่งโดยญาติ 3 ราย ผู้ป่วย Respiratory failure , Asphyxia ,CHF,Sepsis ราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการวิกฤติที่ต้องรีบพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลโดยใช้บริการ 1669ทำให้การช่วยเหลือภาวะวิกฤติเบื้องต้นได้ล่าช้า

แนวทาง/แผนพัฒนา

การประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 1669เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการวิกฤติที่ต้องรีบพามาโรงพยาบาล

4.2 ผู้ป่วยมีอาการภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึง ER

ลำดับ	ผลงาน (ราย)					
	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 256	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Cardiac Arrest	27ราย	Head injury (จราจร)	20	Cardiac Arrest	31
2	CA	2 ราย	Unspecified cause	14	Hanging	1
3	Secretion Obstruct	1 ราย	cardiac arrest	12	Trauma จราจร	1
4	Hanging	1 ราย	Hanging	9	Respiratory failure	2 ราย
5	MCA-->r/o base of skull fx	1 ราย	Drawing	7ราย		
	Drowning	1 ราย	CA	3 ราย		
	Respiratory failure	1 ราย	GSW	1 ราย		
	CHF	1 ราย	Asphyxia	1 ราย		
	CA liver	1 ราย	sepsis	1 ราย		
		48		72 ราย		33 ราย

วิเคราะห์งาน

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะนำส่ง รพ. ก่อนถึง ER อันดับหนึ่งเป็นผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden Cardiac arrest) ซึ่งเป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรังซึ่งมีอาการในระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

จากข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วยก่อนถึง รพ. ปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยมา ร.พ.ล่าช้า และการใช้บริการ 1669

แนวทาง/แผนพัฒนา

การประชาสัมพันธ์การให้บริการฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินให้เรียกใช้บริการ 1669 และการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องมา ร.พ. ได้แก่อาการเจ็บแน่นหน้าอก

ผลงานด้านคุณภาพงาน (ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์/คุณภาพ/ ประจำหน่วยงาน)

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล (กระทรวง /เขต)

ยุทธศาสตร์ที่ 2 : Service Excellence (บริการเป็นเลิศ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1 K38	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ 5	4.57
2 K40	40.1อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<8%	8.45
3	40.2 ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	> 50%	0%
4	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ 100	100%
5	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> 24 ต่อ แสนประชากร	55.51

ตัวชี้วัดคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2563	2564	2565
1	อุบัติการณ์การเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	0 ราย	2	3	0
2	อัตราการตายผู้ป่วย Sepsis HAS - admit	< 5 %	1.62	7.09	12.19
3	อัตราผู้ป่วย ACSได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที	> 80 %	62.5	88.23	72.75
4	อัตราผู้ป่วย ACSได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	> 80 %	6.25	23.52	45.45
5	อัตราผู้ป่วย Head injury ที่ Admit แล้วมีอาการทางสมองเลวลงภายใน 24 ชั่วโมง	0	0	0	0
6	อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน* (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ ระดับ E ขึ้นไป*	0	10 / 1	7/1	4/1

วิเคราะห์ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย

: อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที

อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจ EKG ปี 2564-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2560-2563 แต่ ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงบริการด้วยอาการผู้ป่วยไม่ได้มาด้วยการเจ็บแน่นหน้าอกหรือมารับ การรักษาด้วยอาการที่ไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยด้วย STEMI เช่น มาด้วยอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด จุกแน่น ใต้ลิ้นปี่ เหนื่อยหอบ จึงมีการพัฒนาที่สำคัญคือการปรับเกณฑ์การตรวจ EKG ทันทีแล้วส่งให้แพทย์ประเมิน EKG ในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงที่อาจมีภาวะ STEMI เช่นผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง ที่มาตรวจช่วงหลังเที่ยงคืน ผู้ป่วยแน่นหน้าอกหรือจุกลิ้นปี่ ในผู้ป่วยเบาหวานอายุน้อยกว่า 40 ปี จึงพัฒนาการให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรค เรื้อรังคือ คลินิก DM, HT, Warfarin และ COPD ให้ทราบอาการสัญญาณอันตรายของโรคหัวใจขาดเลือด เฝ้ายาที่ควรรับประทานและบริการ และช่องทางการรับบริการด้วย EMS (1669) เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน

: อัตราผู้ป่วย ACS ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที

อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการ Refer แนวโน้มเพิ่มขึ้น จากมีการทบทวนและปรับปรุงระบบการดูแล รักษา ร่วมกับทีมแพทย์ผู้ชำนาญกว่าที่รพ.ศูนย์ ที่มาเยี่ยมเสริมพลังช่วยปรับแนวทางการ consult แพทย์ที่รพ. พุทธให้รวดเร็วขึ้น เมื่อแพทย์พบว่าสงสัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ STEMI จะ consult แพทย์ที่รพ.พุทธชินราช ทาง Line ไป ถ้าแพทย์ที่รพ.พุทธ ยังไม่ตอบหรือตอบกลับช้าให้โทรประสานงานได้ทันที เพื่อให้การรักษาได้ รวดเร็ว ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

: **ปฏิบัติการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อน*** (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*

การคัดแยก (triage) คลาตเคลื่อนที่ห้องฉุกเฉิน แนวโน้มลดลงทั้งจำนวนและระดับความรุนแรง เนื่องจากการกำหนดเป้าหมายการคัดแยกให้ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว. ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มี ศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสมจึงกำหนดเกณฑ์การพิจารณาส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าตรวจรักษาที่ห้อง ฉุกเฉินใช้หลักการของ Emergency Severity index I แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับ ซึ่งใช้เกณฑ์นี้ทั้งที่ จุดคัดกรอง OPD PCU และที่ห้องฉุกเฉิน โดยกำหนดให้มีการประเมิน ชักประวัติอาการและ อาการแสดง โดยพยาบาลวิชาชีพทุกราย โดยใช้แบบฟอร์มคัดกรอง รวมทั้งการซักประวัติอาการ อาการแสดงจัดทำเป็น แบบฟอร์มการคัดกรอง จาก 10 ข้อ และมีการปรับปรุงเพิ่มเป็น 14 ข้อ จากการทบทวนปฏิบัติการ 2560-2565 มี การคัดกรองผู้ป่วยที่มีคะแนน SOS > 4 และผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ทำให้จำนวน ปฏิบัติการคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาตเคลื่อนลดลงและ อัตราการประเมินผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis = 100 %

ตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน

ประเด็น	เครื่องชี้วัดคุณภาพ	เป้าหมาย	2563	2564	2565
รวดเร็ว	1. อัตราผู้ป่วยวิกฤตได้รับการช่วยเหลือ ภายใน 4 นาที	100 %	100	100	100
	2. อัตราออกให้บริการ EMS ภายหลังรับ แจ้งเหตุภายใน 5 นาที	100 %	<u>87.61</u>	<u>89.82</u>	<u>80.37</u>
	3. อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าระบบ Fast tract ส่งต่อทันเวลา	> 30 %	65.19	71.03	58.03

ประเด็น	เครื่องชี้วัดคุณภาพ	เป้าหมาย	2563	2564	2565
ถูกต้อง	4. อัตราผู้ป่วยที่รับ ณ จุดเกิดเหตุได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องก่อนเคลื่อนย้าย	100 %	100	100	100
	5. อัตราความถูกต้องและครบถ้วนจากการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใบแพทย์	> 90 %	98.75	99.88	99.88
	6. อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. ที่ ER	< 5%	1.32	1.23	1.32
	7 .จำนวนผู้ป่วยรักษาพยาบาลผิดคน	0 ราย	0	1	3
	8 .จำนวนความผิดพลาดในการบริหารยา (Drug Administration Error)	0 ราย	0	0	1
ปลอดภัย	9.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	0 ราย	2	3	0
	10.จำนวนข้อบกพร่องในการส่งต่อผู้ป่วย (ภายใน , ภายนอก)	0 ราย	0	2	0
	11. อัตราความพร้อมของเครื่อง อุปกรณ์ ในการช่วยCPR	100%	100	100	100
	12. จำนวนความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์/ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ ยานบรรเทา Refer	0 ครั้ง	0	0 ครั้ง	2 ครั้ง
	13. อัตราการติดเชื้อของแผลเย็บ - Clean wound - Contaminate wound - Dirty wound	0 % < 3% < 5%	1.66 0 0		
พึงพอใจ	14. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติจากคะแนนการสอบถาม	> 80 %	82.7	84.5	85.7
	15. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์	0 ครั้ง	3 ครั้ง	3	3
	16. อัตราผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษา	< 1 %	0.36	0.32	0.36

วิเคราะห์งาน ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย

ตัวชี้วัด : อัตราออกให้บริการ EMS ภายหลังรับแจ้งเหตุภายใน 5 นาที = 80.37%

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

สาเหตุจากพร.ไป Refer ผู้ป่วยที่ รพ. ศูนย์ ซ้อนกันและมีภารกิจในการจัดรถออกหน่วยบริการหลายจุดบริการ ทำให้ไม่สามารถออกให้บริการทันเวลาเนื่องจากพนักงานขับรถติดงานพร้อมกันและมีการจัดรถในการรับcase ผู้ป่วย COVID ทำให้ต้องและการใส่ชุด PPE และแยกแยะกักตมในการดูแลความสะอาดใช้เวลามากกว่าปกติ

แนวทาง/แผนพัฒนา

จัดเวรเสริมพพร. Second call 1 คนในช่วงเวรบ่าย-ดึก และระบบเรียกอัตรากำลังสำรองจากหน่วยงานข้างในช่วงเวลาราชการ

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าระบบ Fast tract ส่งต่อทันเวลา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองแล้วหลังตื่นนอนทำให้ต้องนับเวลาที่ปกติก่อนเข้านอน ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์เข้าระบบ Fast tract ทำให้ขาดโอกาสในการพิจารณาในการให้ยา เพิ่ม Perfusion ได้ทันเวลา

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ให้ความรู้ในการให้ความสำคัญในการมารับการรักษาให้ช่วงเวลาที่มีโอกาสได้รับการพิจารณาในการให้ยา เพิ่ม Perfusion ได้และประชาสัมพันธ์การใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและในสถานพยาบาล ประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

2. ส่งข้อมูลให้กับทีมดูแลผู้ป่วยโรค HT เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิด Stroke เพิ่มขึ้น

3. ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำแบบสำรวจการรับรู้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอาการการเกิดภาวะ Stroke ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ร.พ. , รพสต. เครือข่าย และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

4. ให้คำแนะนำกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง DM , HT อาการที่เกิด Stroke ต้องรีบมารพ ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการและ

ตัวชี้วัด : จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์พยาบาล

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล การใช้คำพูด การสื่อสารของทีมแพทย์และพยาบาล

แนวทาง/แผนพัฒนา

-จัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในรูปของกลุ่มการพยาบาล ในการนำนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรมจริยธรรมให้บริการ

-สำรวจและประเมินตนเองการบริการด้วยจริยธรรม คุณธรรม ของบุคลากรในกลุ่มการพยาบาล

-พัฒนาการสื่อสารกับผู้ป่วยบริการอย่างมีจริยธรรม 6 ด้านในการให้บริการทุกจุดบริการ

-ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลด้วยจริยธรรม คุณธรรม กรณีมีข้อร้องเรียนสอบถามเหตุการณ์ บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ และร่วมวางแผนในการประชุมของหน่วยงานและในกลุ่มการพยาบาลในการปรับพฤติกรรมและระบบบริการ

แผนงานพัฒนางาน ปีงบประมาณ 2566

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Acute coronary syndrom เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ , การวินิจฉัย,รักษาที่รวดเร็วส่งต่อทันเวลา

Pre-hospital

1. พัฒนาการเข้าถึงบริการด้วยระบบEMS ผ่านสายด่วน 1669 โดยการขยายผลการวิจัยโปรแกรมการบริหารการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปสู่ภาคประชาชนในรพ.สต.เครือข่าย ที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลพรหมพิรามเพิ่มอีก 1 แห่ง

2.พัฒนาเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่อำเภอพรหมพิราม ให้ช่วยประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการฉุกเฉินโดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669

In-hospital

1.ทบทวนการประเมินและการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ตามแบบแผนการวินิจฉัย Chest Pain ซึ่งกำหนด Criteria For EKG เพื่อคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มที่ไม่ได้มาด้วยอาการ Chest Pain

2.พัฒนาบุคลากรให้เข้ารับการอบรมหน่วยงานภายนอกเรื่องการแปลผล EKG เบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ 2015 และนำความรู้มาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงาน

3.พัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย ACS โดยเฉพาะการให้ยา Streptokinase แก่พยาบาลวิชาชีพใหม่ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.ปรับปรุงแนวทางเกณฑ์การส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกจุดและสื่อสารแนวทางให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.ใช้เป็นแนวทางคัดกรองระดับความรุนแรงเพื่อช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล

2. พัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึง ร.พ ได้รวดเร็วมากขึ้นถ้าเกิดเหตุฉุกเฉิน

กิจกรรมพัฒนา

-สำรวจความพร้อมทีมกู้ชีพพื้นฐานทุก อบต. เพื่อทำแผนติดตามการทำงานและการให้ความรู้กับทีมกู้ชีพ

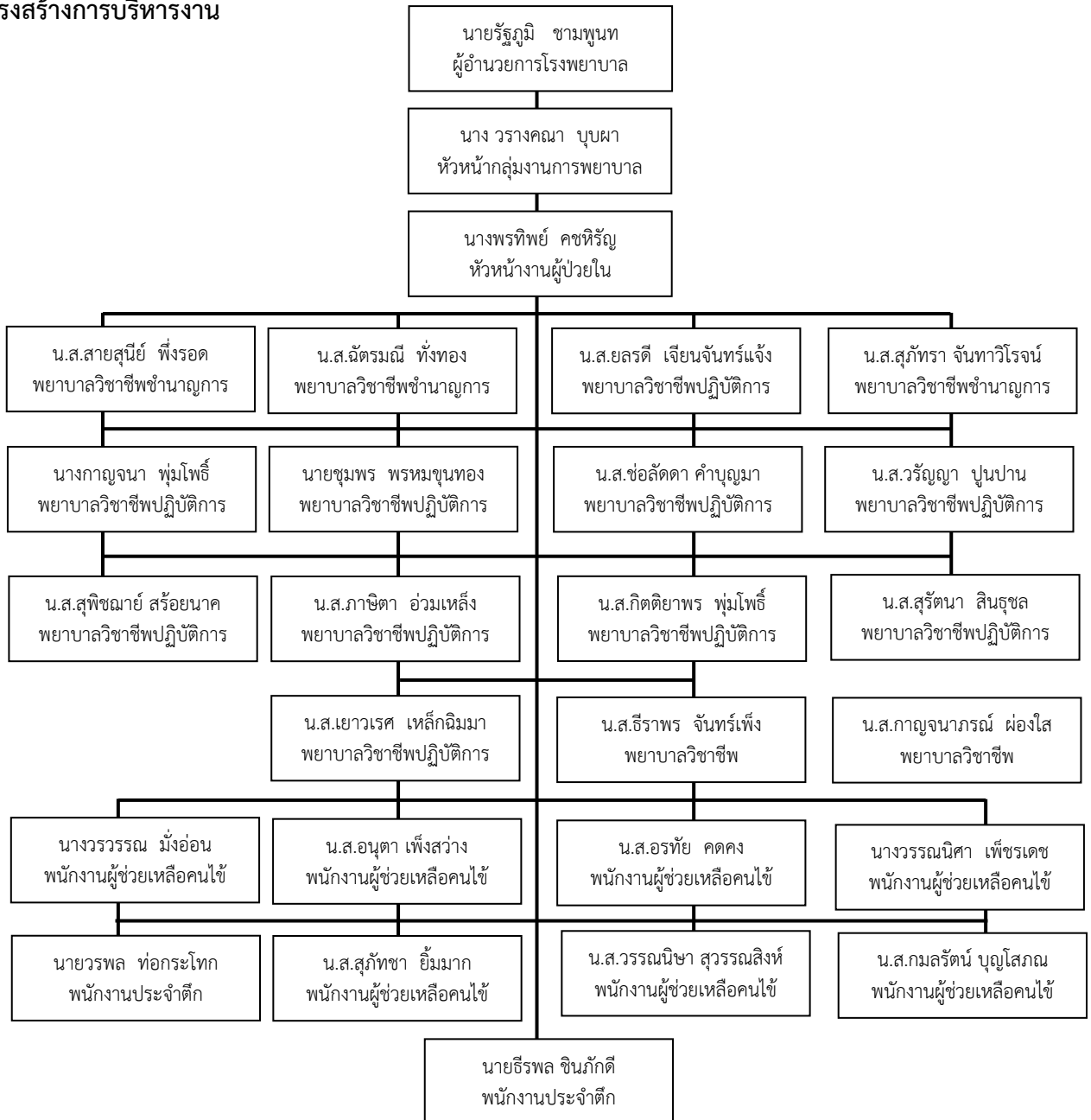
- จัดประชุมชี้แจงเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลกับผู้บริหารของ อบต.

- อบรมฟื้นฟูให้ความรู้กับทีมกู้ชีพ(FR)ของอบต.เครือข่ายและกู้ชีพเอกชนเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

-ออกนิเทศติดตามหน่วยทีมกู้ชีพในเครือข่าย

กลุ่มงานการพยาบาล งานผู้ป่วยใน

โครงสร้างการบริหารงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

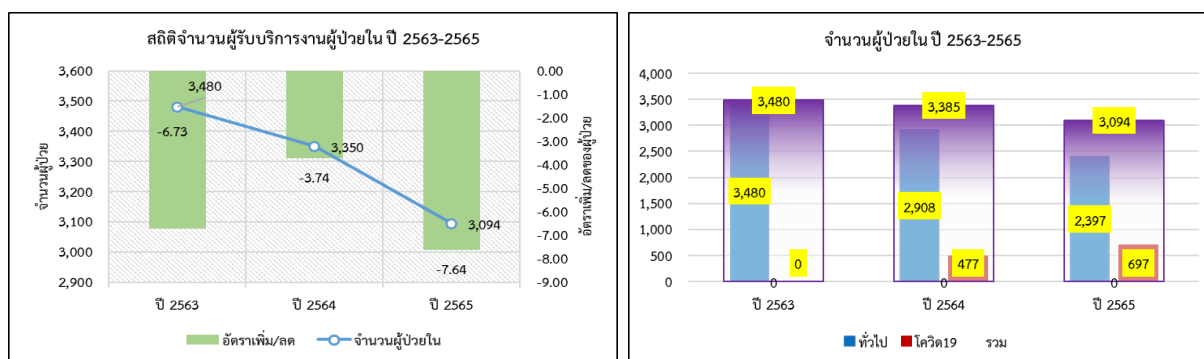
ให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอด 24 ชั่วโมง ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ต่อเนื่อง พึงพอใจ

ผลงานด้านปริมาณงาน

1. งานให้บริการดูแลรักษาพยาบาล

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนผู้ป่วยใน	3,480	3,350	3,094
2	จำนวนวันนอน	12,051	14,781	16,067
3	อัตราการครองเตียง (40เตียง)	82.54	101.24	110.05
4	วันนอนเฉลี่ย	3.46	4.41	5.19
5	Active Bed	33.01	41	44
6	อัตราผู้ป่วยสภาพจำหน่าย : with approve	86.24	76.51	85.33
7	อัตราผู้ป่วยส่งต่อ	8.02	16.42	8.37
8	อัตราการเสียชีวิต	3.45	4.51	4.07
9	รายรับจาก IP visit (คำนวณจากฐานข้อมูลใน HosXP)	16,900,165	18,054,095	
10	รายรับจากบริการห้องพิเศษ (คำนวณจากฐานข้อมูลใน HosXP)	1,634,400	844,400	

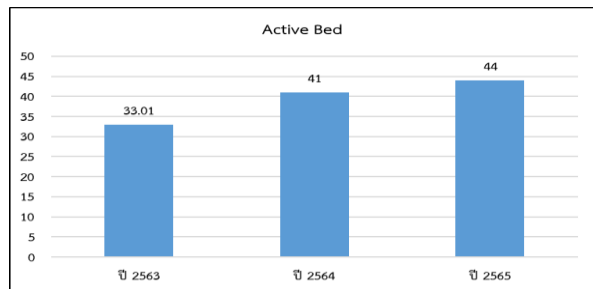
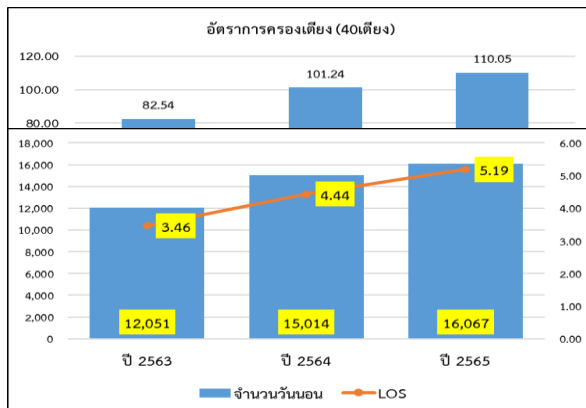
วิเคราะห์งาน



จำนวนผู้รับบริการที่หน่วยงานผู้ป่วยใน ปี 2563-2565 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ COVID-19 ในระยะที่มีการระบาดมีการปรับแนวทางในการรับผู้ป่วยวันนอน ลดการ Admit ผู้ป่วยทั่วไป และมุ่งเน้นในการจัดบริการเพื่อรับผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจเข้ารับการรักษา โดยใช้มาตรการที่ต่อเนื่องมาจาก ปี 2564 มีเตียงรับผู้ป่วยได้แก่ ห้องพิเศษเดี่ยวทั้ง 2 ชั้น จำนวน 12 ห้อง รับได้ 19 เตียง และปรับห้องประชุมอาคารแพทย์แผนไทยเป็น Cohort ward รับผู้ป่วยได้ 40 เตียง สอดคล้องกับระยะวันนอน วันนอนเฉลี่ยที่เพิ่มมากขึ้น จากการดูแลตามมาตรฐานของกรมการแพทย์ ทั้งระยะการรักษาและการกักตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคโควิด-19 ข้อจำกัดในการจัดบริการคือห้องประชุมอาคารแพทย์แผนไทยเป็น Cohort ward ไม่มีระบบออกซิเจนไปป้ไลน์ ยังพบปัญหาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสีเหลือง

สีแดง ในบางช่วงเวลาที่มียานยนต์เพิ่มขึ้น และมีระยะการจำหน่ายที่เร็วขึ้นในผู้ป่วยที่อาการดีหรือกลุ่มสีเขียว เนื่องจากระบบ HI ในชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น การปรับตามสถานการณ์ เพื่อบริหารเตียงผู้ป่วยให้เพียงพอ ใช้การประสานงานเพื่อส่งตัวผู้ป่วยโรคโควิด-19 ไปรับบริการที่ รพ.พุทธชินราช รพ.สนาม หรือ ระบบ HI ของชุมชน

การดูแลผู้ป่วยทั่วไป รับไว้ดูแลที่วอร์ด 1 เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 40 เตียง ใช้พื้นที่วอร์ด 2 เป็นส่วนการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 เนื่องจากไม่มีทางเชื่อมอาคารชั้น 2 นอกจากการใช้ลิฟต์ที่อาคารแผนไทย ทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยสามัญในวอร์ด 2 ได้ ส่งผลให้บางช่วงเวลาที่มียานยนต์ผู้ป่วยสามัญมากกว่าจำนวนเตียงที่ให้บริการในวอร์ด 1 ต้องใช้รถเข็นนอน มีความแออัด และมีการนอนรวมโดยไม่แยกผู้ป่วยชาย-หญิง รวมทั้งไม่มีห้องแยก



เพียงพอสำหรับรับผู้ป่วยติดเตียงทางเดินหายใจ การจัดการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อยังไม่สามารถ

ดำเนินการได้ตามมาตรฐาน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งมีการใช้ระเบียบหน้าอาคารเป็นเตียงเสริมหรือปรับห้องพิเศษรวมเพื่อรับผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในเดือนกรกฎาคม 2565 สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ลดลง มีการจัดบริการผู้ป่วยทั่วไป 2 วอร์ด คือ วอร์ด 1 ผู้ป่วยชาย และ วอร์ด 2 ผู้ป่วยหญิง ส่วนการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ใช้ห้องพิเศษเป็นห้องแยกดูแลผู้ป่วย เน้นการแบ่งโซนเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

ในด้านผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล พบว่า สถิติการจำหน่ายด้วย with approve เพิ่มขึ้น และอัตราการส่งต่อลดลง จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตมีจำนวนลดลง โดยในปี 2563 มีจำนวน 120 ราย ,ปี 2564 มีจำนวน 151 ราย และ ปี 2565 มีจำนวน 125 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้ป่วย Palliative care เป็นผู้ป่วยที่รับดูแลต่อเนื่องจากรพ.พุทธชินราชในกลุ่มโรค CA ,Sepsis ในผู้ป่วย Bed ridden และผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่เป็นผู้ป่วย Palliative care

ด้านผลลัพธ์ตามแผนธุรกิจ เพิ่มรายรับจาก IP visit เพิ่มขึ้นจากปี 2564 สอดคล้องกับจำนวนวันนอนอัตราครองเตียง และวันนอนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้น ส่วนรายได้จากค่าห้องพิเศษลดลง เนื่องจากการปรับห้องพิเศษเป็นห้อง Isolate room สำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

จากการพัฒนาและการปรับด้านสถานที่สภาพแวดล้อม ส่งผลดีในการจัดบริการที่ได้มาตรฐานมากขึ้น เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ แต่ในด้านอัตราค่าห้องของบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อภาระงานที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการรับดูแลในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เช่น ผู้ป่วย Palliative care ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในระยะสุดท้าย การรับ refer ผู้ป่วยที่ on oxygen high flow การดูแลผู้ป่วย IMC การจัดบริการ Cohort ward เป็นต้น

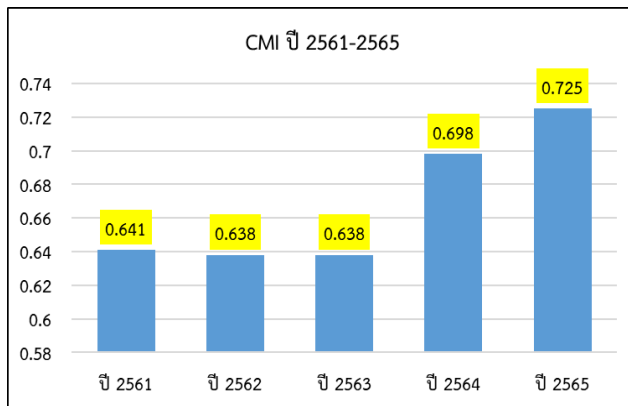
แนวทาง/แผนพัฒนา

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมเพียงพอโดยใช้ productivity ในการกำหนดอัตราค่าจ้างรายเวร มีตารางเวร On call เพื่อสนับสนุนบริการให้ได้ตามมาตรฐาน เพิ่มอัตราค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 โดยมีเวรพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่นมาปฏิบัติงาน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสนับสนุนให้ทีมสหสาขามาส่งแผนและดูแลผู้ป่วยร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น ผู้ป่วย Palliative care , Intermediate care ผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น

2.งานการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ : ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	CMI	0.638	0.698	0.725
	การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
2	DM	677	631	575
3	HT	1,204	1,157	1,086
4	COPD	153	131	75
5	Asthma	26	23	30
6	CKD	257	297	247
	การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคติดต่อ			
7	DHF	113	42	91
8	TB	105	81	70
9	HIV	13	21	26
	การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ			
10	IMC	68	46	28
11	Palliative care	200	209	204
12	COVID-19	0	468 ราย 3,785 วันนอน	697 ราย 6,985 วันนอน

วิเคราะห์งาน



งานผู้ป่วยในให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับไว้นอนตามศักยภาพของ รพช.ระดับ F2 จากผลงานปี 2561-2565 พบว่าแนวโน้มของการดูแลรักษาผู้ป่วยจะมีความซับซ้อนมากขึ้น สอดคล้องกับค่า CMI ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการเพิ่มศักยภาพการดูแล เช่น มีเครื่องมือสำคัญเพิ่มขึ้น ได้แก่ Ventilator , เครื่อง Oxygen high flow , Central monitor เป็นต้น ประกอบกับการมีแพทย์เฉพาะทางทำให้การส่งต่อในบางกลุ่มโรคลดลง ทีมมีการ

พัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อให้มีสมรรถนะการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ COPD ต้องมีการดูแลในระหว่างการรับไว้นอน เพื่อลดอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนและการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองต่อเนื่องได้

การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อมีแนวโน้มลดลง เป็นผลจากการควบคุมการระบาดของโรคดีขึ้น การจัดบริการในรูปแบบของผู้ป่วยนอกในคลินิกเฉพาะโรคมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีเกณฑ์การรับไว้ดูแลที่ชัดเจนขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต และได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วย Intermediate care และ ผู้ป่วย Palliative care มีแนวโน้มลดลง เป็นจากการกำหนดเกณฑ์ในการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยที่ชัดเจน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการได้มากขึ้น การดูแลมีการพัฒนาระบบการดูแลที่มีมาตรฐานมากขึ้นโดยความร่วมมือของทีมสหสาขา

ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 มีการปรับปรุงความพร้อมทุกด้านเพื่อการดูแลผู้ป่วยและบุคลากร ได้แก่ กำหนดมาตรฐานการดูแล การพัฒนาศักยภาพและเพิ่มอัตรากำลังบุคลากร การพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมอาคารสถานที่ต่าง ๆ เพื่อให้จัดบริการที่มีคุณภาพ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

การจัดบริการเพื่อการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีเป็นจำนวนมาก ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลรักษาป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ จากผลงานที่ผ่านมามีการปฏิบัติหรือแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รับไว้นอนทั้งกลุ่มโรคหลักและโรคร่วม รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลรักษา โดยได้รับความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ การใช้ระบบ Line ในการประสานงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแล วางแผนจำหน่าย ได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่สามารถทำได้ดีในทุกกลุ่มโรค

การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อ ในกลุ่มโรค DHF, DF และ TB ต้องมีการดูแลให้ได้ตามมาตรฐาน ป้องกันการแพร่กระจายของโรค การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยในระหว่างรับไว้นอน มีข้อจำกัดเนื่องจากจำนวนเตียงมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะห้องแยกผู้ป่วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายการดูแลในแต่ละโรค มีการกำหนดมาตรฐานหรือแนวทางการดูแลและรับไว้บนโดยทีมสหวิชาชีพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งกำหนดให้มีการประเมินผลการดูแลผู้ป่วยเพื่อติดตามผลการพัฒนา รวมทั้งการพัฒนางาน Home healthcare

ผลงานด้านคุณภาพงาน (เปรียบเทียบ 3 ปี 2563-2565)

ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

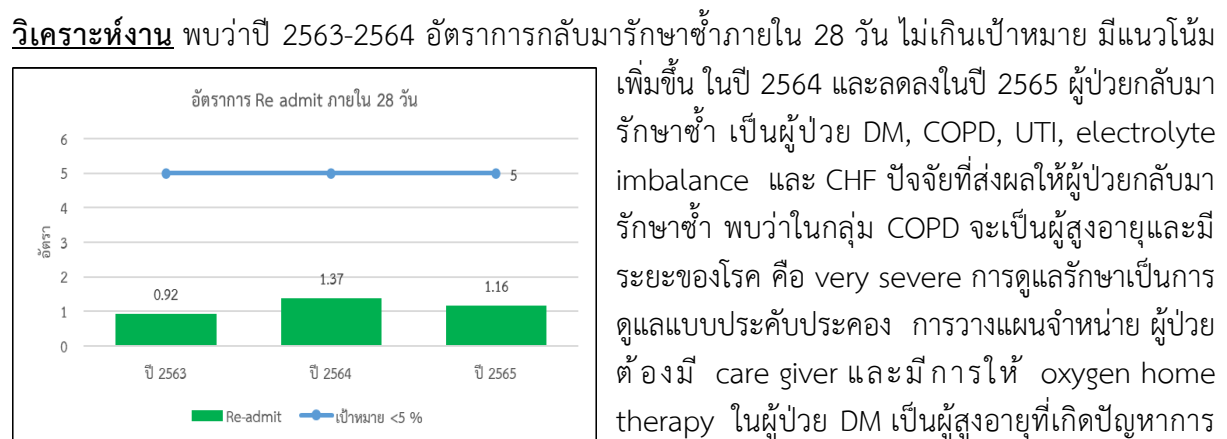
ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	อัตราผู้ป่วยรับใหม่ได้รับการประเมินภายใน 5 นาที	> 80 %	100	100	100
2	อัตราผู้ป่วยวิกฤติได้รับการดูแลภายใน 4 นาที	100 %	100	100	100
3	อัตราผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลตามแนวทางการดูแลรายโรควิกฤติ	> 80 %	91.63	84.76	84.16
	- Sepsis	> 80 %	94.85	94.94	84.16
	- Stroke	> 80 %	NA	74.58	NA
	- Head Injury	> 80 %	88.40	NA	NA
4	อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	> 80 %	90.34	85.80	84.04
	- COPD	> 80 %	84.33	86.10	85.59
	- Asthma	> 80 %	84.90	86.72	83.96
	- CKD	> 80 %	90.60	96.31	95.66
	- DM	> 80 %	92.34	85.92	86.97
	- HT	> 80 %	NA	84.30	84.47
	- Stroke พิ้นฟู	> 80 %	NA	74.58	69.05
	-CHF	> 80 %	NA	NA	86.36
	-UTI	> 80 %	NA	NA	85.56
	- Alcohol withdrawal	> 80 %	99.55	86.69	78.80
5	อัตราผู้ป่วยโรคติดต่อ/โรคระบาดในชุมชน ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ	> 80 %	75.43	91.72	87.49
	- DHF	> 80 %	90.29	91.85	93.41
	- TB	> 80 %	81.11	86.92	84.91

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	- Pneumonia	> 80 %	62.25	NA	81.70
	-Acute diarrhea	> 80 %	NA	96.39	89.92
6	อัตราผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมในการวางแผนจำหน่าย	> 80 %	100	100	100
7	อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	< 5%	0.92	1.37	1.16
8	อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิด	0	2	2	3
9	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	< 1 : 1000 วัน นอน	0	0.14	0
10	อัตราการเกิดแผลกดทับ	0	0.04	0.72	1.06
11	อุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้ม	0	3	3	0
12	อุบัติการณ์บาดเจ็บจากการผูกมัด	0	2	8	2
13	อัตราการเกิดการติดเชื้อทางหลอดเลือดดำจากการให้สารน้ำ	< 0.5 : 1000 วัน นอน	0.17 (1 ราย)	0.20	0.20 (2 ราย)
14	อัตราการเกิด MDR	0	0	0	0
15	อัตราการติดเชื้อ UTI	0/1,000 วันนอน	0.14 (1 ราย)	0	0
16	อัตราการติดเชื้อ HAP	0/1,000 วันนอน	0	0	0
17	อัตราการติดเชื้อ Diarrhea	0/1,000 วันนอน	0.14 (1 ราย)	0	0
18	MRSA incidence	0/1,000 วันนอน	0	0	0
19	เชื้อมดื้อยา Incident	0/1,000 วันนอน	0	0	0
20	ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา/Thai CoC)	> 80 %	79.86	NA	27.73
21	จำนวนอุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้ (อุปกรณ์ Safe life)	0	0	0	0
22	ความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยใน	≥ 80%	85.08	70.93	79.33
23	อัตราความสมบูรณ์ของ Nursing Record	≥ 80 %	40.22	27.40	69.58

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
24	อัตราบุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ Functional Competency เฉพาะงานผู้ป่วยใน	100 %	100	100	100
25	ร้อยละบุคลากรได้รับความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ/หัตถการสำคัญ	100%	100	100	100
26	อัตราบุคลากรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ	100 %	100	100	100
	จำนวนบุคลากร		18	24	24
27	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกาย ปกติ	> 80 %	61.11	66.67	79.17
28	อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 85	89.97	84.00	87.68
29	อุบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อจากการทำงาน	0	0	1	19

วิเคราะห์งาน

1. อัตราการ Re Admit ภายใน 28 วัน



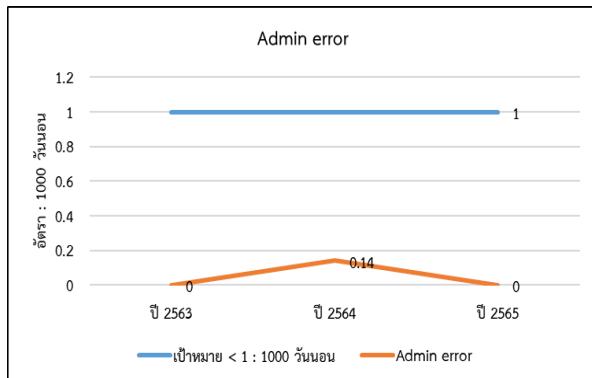
รับประทานยากับการรับประทานอาหารที่ไม่สอดคล้องกัน และเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องมีผู้ดูแล กลุ่ม CHF เป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลรักษาภาวะน้ำเกิน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ทั้งด้านการรับประทานยา/อาหาร การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และการสนับสนุนอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยที่บ้าน มีไม่เพียงพอ

แนวทาง/แผนพัฒนา ปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่าย การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และการบริหารจัดการสนับสนุนเครื่องมือโดยชุมชน

2. ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน

วิเคราะห์งาน อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงเป็นผลมาจาก งานผู้ป่วยในร่วมกับทีม PTC มีการทบทวน



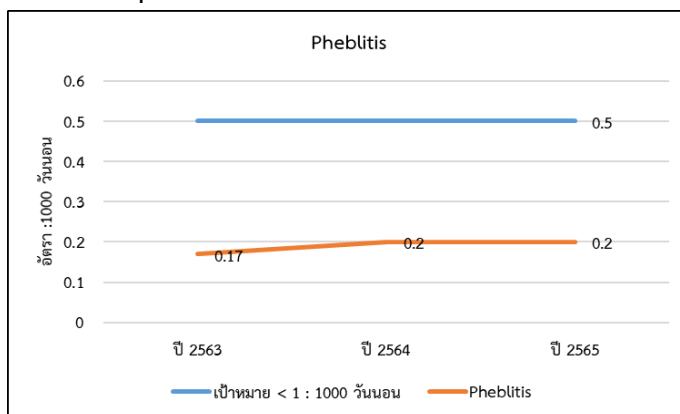
ปัจจัยที่ส่งผล ได้แก่ การไม่ใช้ใบ MAR ในการจัดยา และการแจกยา การลืมหักยาก่อนอาหาร การพบอุบัติการณ์แต่ไม่รายงานเนื่องจากเป็นอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ A-C เท่านั้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เกิดจากการไม่ได้ทำตามขั้นตอนคุณภาพที่กำหนดไว้ ภาระงานที่มากในบางเวร บางช่วงเวลา เช่น กรณีผู้ป่วยมาก หรือมีพยาบาลวิชาชีพไป Referผู้ป่วย ทำให้การได้รับยาของ

ผู้ป่วยมาตรงเวลา มียาเหลือกลับไปห้องยา หรือไม่ได้แจกยา และการรายงานความเสี่ยงในโปรแกรมมีความยุ่งยาก ทำให้ไม่มีการรายงานความเสี่ยงเรื่องยาในระบบ

แนวทาง/แผนพัฒนา ได้มีการทำ medication reconciliation ในผู้ป่วยทุกรายที่ admit ,พยาบาลมีการ cross check ข้อมูลในใบ MARเทียบกับคำสั่งแพทย์ก่อนนำมาใช้,มีการกำหนดตารางเวลาการให้ยาผู้ป่วยระหว่างห้องยากับหอผู้ป่วย ,มีการปรับเปลี่ยนวิธีการตรวจสอบก่อนส่งมอบยาให้หอผู้ป่วยเป็นแบบ Independent double check และพยาบาลcase managerตรวจสอบยาของผู้ป่วยจากห้องยาอีกครั้ง ซึ่งยาที่ได้รับในแต่ละวันที่หลากหลายจะระบุวิธีบริหารยาไว้อย่างชัดเจนทำให้สามารถบริหารยาตามเวลามาตรฐานกำหนดได้ นอกจากนี้ทางห้องยายังมีการทวนสอบการบริหารยาด้วยการตรวจสอบ locker ยาในรถยาของผู้ป่วยแต่ละรายก่อนจะจัดยาประจำวัน และมีการตรวจสอบของพยาบาลระหว่างเวรโดยใช้ใบ MAR และปรับวิธีการการรายงานอุบัติการณ์ระดับ A-B ที่ง่าย และการรายงานระดับ D ในระบบ NRLS การติดตั้งสัญญาณเตือนถึงเวลาจ่ายยา การใช้ใบ MARS ในการจัดและแจกยาทุกครั้งเพื่อทวนสอบ

3. การเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ



วิเคราะห์งาน จาก ปี 2565 มีการทบทวนเพื่อหา RCA ใน Case Phlebitis ทุกราย เพื่อวิเคราะห์ปัญหา พบว่าเกิดในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ร่วมกับการประเมินซ้ำของพยาบาลวิชาชีพไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน พบการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยโรคโควิด19 ในบางรายเนื่องจากข้อจำกัดในการประเมินซ้ำ ใช้วิธีการ

สื่อสารทางโทรศัพท์ และการให้คำแนะนำกับผู้ป่วย แต่ก็ไม่พบอุบัติการณ์

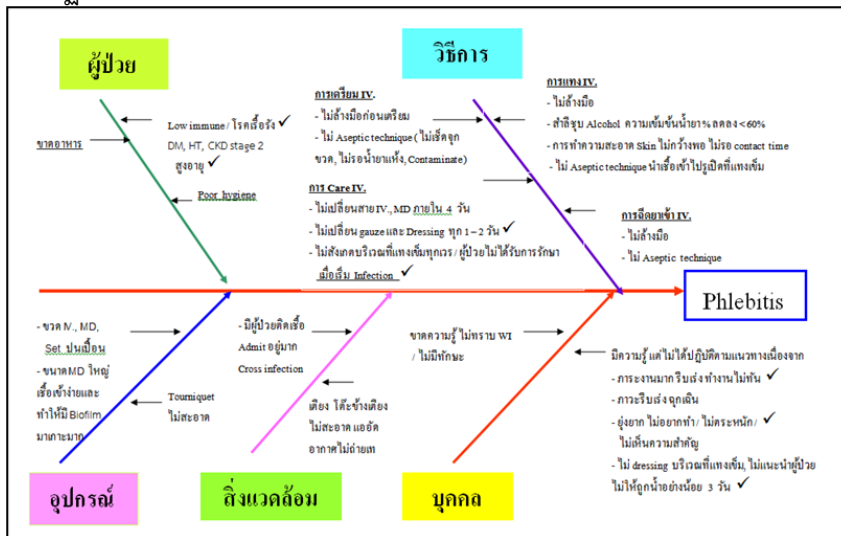
แนวทาง/แผนพัฒนา กำหนดแนวทางการพัฒนา ตามปี 2565 ดังนี้

1. พยาบาลที่ปฏิบัติหน้างานปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดพยาบาลที่ให้สารถนำปฏิบัติตามแนวทางการให้สารถนำ 6 STEP (ล้างมือก่อนให้สารถนำผู้ป่วย อุปกรณ์สะอาดพร้อมใช้ คือ บนรถหัดถการต้องเตรียม

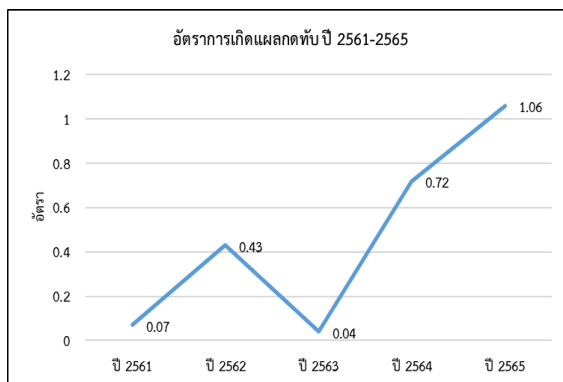
อุปกรณ์ให้พร้อม รดสะอาด มีถาดรองอุปกรณ์ที่สะอาด ทักะเลือกเส้น ตำแหน่ง การเตรียมยา เช่น ไม่เลือกให้สารน้ำบริเวณที่เป็นข้อพับและแขนขาข้างที่อ่อนแรง การเตรียมยาคือถ้ายาที่มีความเข้มข้นสูงควรจะมีการผสมยาให้เจือจาง แนะนำผู้ป่วยระหว่างให้สารน้ำ แนะนำไม่ให้บริเวณที่ให้สารน้ำเปียกน้ำถ้ามีให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที มี Stand Round ตรวจสอบตำแหน่งการแทงเข็มอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ การ Off Dressing แนะนำ คือ หลังจาก off IV หรือ plug เจ้าหน้าที่จะต้องทำแผลบริเวณนั้นด้วยการ Dressing ด้วย NSS ปิดด้วยแผ่น gauze Sterile และแนะนำห้ามไม่ให้บริเวณนั้นถูกน้ำอย่างน้อย 3 วัน

2. มีการส่งต่อเวรเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ การลงบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงและการเฝ้าระวังใน Nurse Note

3. หัวหน้างานและ ICWN มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มีการสุ่มประเมินการปฏิบัติตามแนวทาง



4. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ



วิเคราะห์งาน: พบอัตราการเกิดแผลกดทับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2563 ร้อยละ 0.04 ในปี 2564 อัตราการเกิด = 0.72 และในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็น 1.06

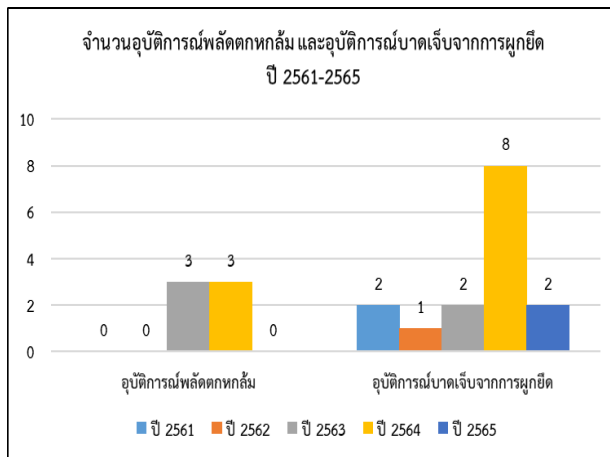
ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน มีการทบทวน วิเคราะห์สาเหตุจากระบบการดูแล และการไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ

แนวทาง/แผนพัฒนา ได้แก่ 1) มีการจัดทำแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบ

ประเมินของ Braden Scale ปรับในแบบฟอร์มบันทึกในใบประเมินสมรรถนะแรกรับ ประเมินผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่แรกรับและเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง 2) จัดทำแนวทางในการปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และ โดยมอบหมายให้พยาบาลเจ้าของไข้ และ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้การพยาบาลพลิกตะแคงตัวคนไข้ตามเข็มนาฬิกาการพลิกตะแคงตัว 3) ดำเนินงานการป้องกันแผลกดทับตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยใช้หลักการ “ยก จัด ดึง ดู” 4) ให้มีการส่งเวรในทีมผู้ดูแล ระบุผู้ป่วยในรายที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่มีแผล

กตัญญู การ ติดตามเรื่องการใช้ที่นอนลม การพลิกตัว พบว่าอัตราการเกิดลดลง ในปี 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการผูกมัดในผู้ป่วย alcohol withdrawal และผู้ป่วย Palliative care ระยะท้าย

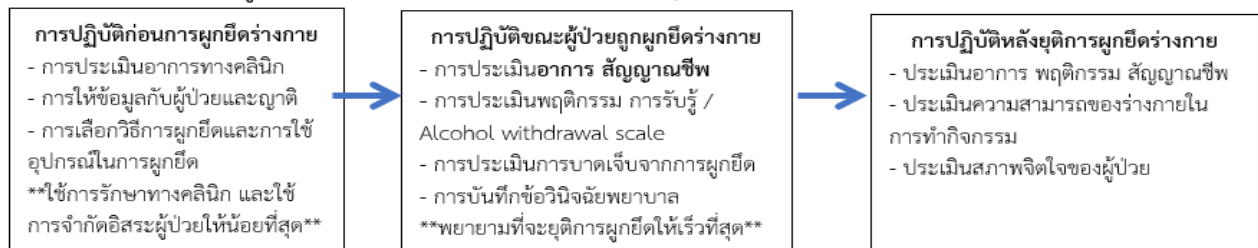
5. จำนวนอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและการป้องกันการบาดเจ็บจากการผูกมัด



วิเคราะห์งาน : อุบัติการณ์บาดเจ็บจากการผูกมัด พบมากในผู้ป่วย Alcohol withdrawal

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะที่จำเป็นต้องผูกมัด การดูแลรักษาทางคลินิกร่วมด้วยเพื่อให้สงบ ปัญหาที่พบคือ การได้รับยาควบคุมอาการไม่เป็นไปตามเกณฑ์ และอุปกรณ์ในการผูกมัดที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการประเมินการบาดเจ็บในระหว่างเวร

แนวคิดในการพัฒนาการผูกมัดปลอดภัย Patient & Personnel safety



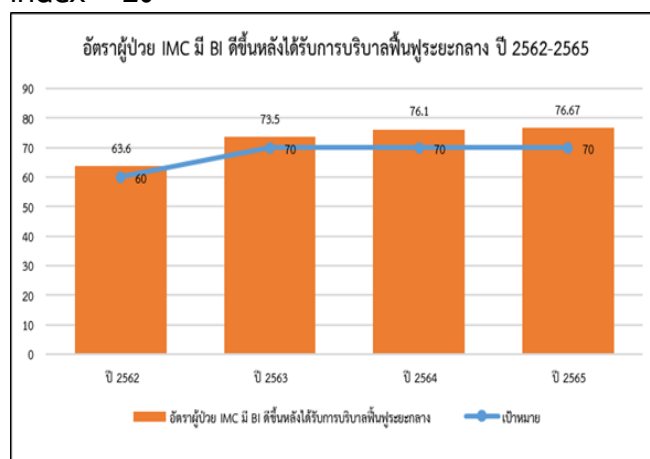
แนวทาง/แผนพัฒนา มีการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัดที่เข้ามารับการรักษาตัวในผู้ป่วยในร่วมกับองค์กรแพทย์ กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องผูกมัด แนวทางการประเมินและการรักษาทางคลินิก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Alcohol withdrawal ,ผู้ป่วยมีภาวะDelirium/Dementiaและผู้ป่วยมีปัญหาในการรับรู้เหตุผล

ความจำเป็นของการรักษาพยาบาล และปฏิบัติไม่ถูกต้องจนอาจเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย จัดให้มีแบบฟอร์มในทางปฏิบัติในการประเมินและการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผูกมัด ประชุมชี้แจงบุคลากร มีนวัตกรรมอุปกรณ์ผูกมัด และติดตามประเมินผล ทบทวนอุบัติการณ์

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน ปี 2563	ผลงาน ปี 2564	ผลงาน ปี 2565
1	อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	> 70%	73.50	76.10	76.67
2	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (HDC)	> 40%	34.81	36.87	34.03
3	ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบ ประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัว	> 50 %	11.62	10.31	65.48

1. อัตราผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20

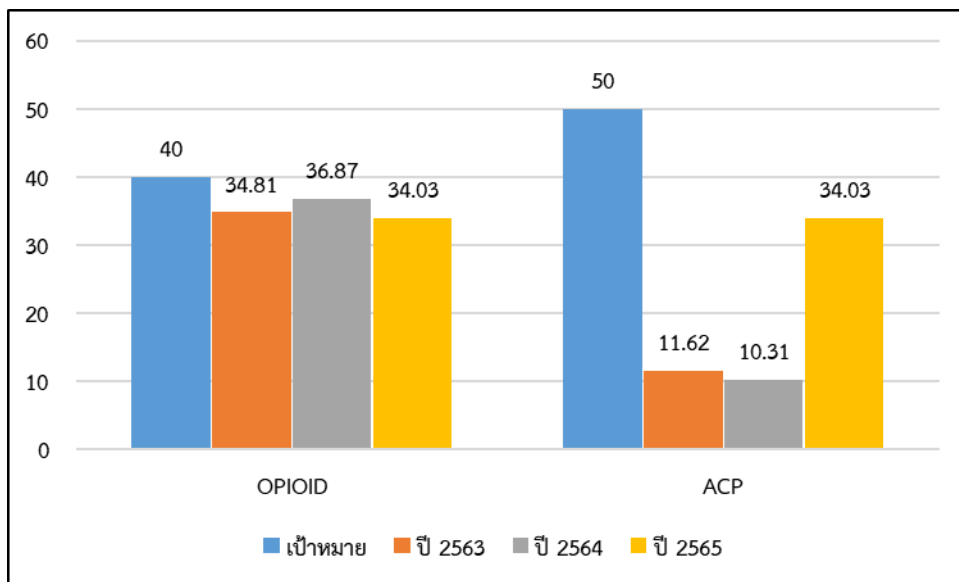


วิเคราะห์ : อัตราการผู้ป่วย IMC มีค่าคะแนน Barthel index ดีขึ้นได้รับการฟื้นฟูสภาพจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 พบว่าในปี 2563-2565 มีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากระบบการดูแลมีนักกายภาพบำบัดเป็นผู้ติดตามและประเมินคะแนน Barthel index โดยรายงานภาพรวมตัวชี้วัดให้กับส่วนกลาง และในปี 2563 ได้มีการประสานงานระหว่างทีมแพทย์พยาบาล นักกายภาพบำบัด โดยมีการคัดกรองผู้ป่วยที่มานอน admit และประสานข้อมูลกรณี

ผู้ป่วยไม่ได้มารับการรักษาในช่วงวันเวลาราชการ มีการส่งต่อรายชื่อผู้ป่วยที่มีรักษากรณีเป็น OPD case และได้มีการวางแผนการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์และการส่งรายชื่อให้ทีมสหวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน ในปี 2564 ออกแบบบันทึกการประเมินและติดตามดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาเพิ่มขึ้น เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการดูแลรักษาผู้ป่วย ในปี 2565 จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 พบปัญหาที่สำคัญในการติดตามลงเยี่ยมบ้าน จากทีม HHC ได้ติดตาม monitor จากเครือข่ายได้ดีขึ้น ในส่วนของรพ.สต.เครือข่ายให้ความร่วมมือในการติดตามประเมินความก้าวหน้าผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว ทำให้ค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น แต่มีผู้ป่วยจำนวน 28 รายที่นับมาเป็น OPD Visit แทนการออกเยี่ยมบ้านในช่วง Covid 19 ประสานรพ.สต. เครือข่ายและทีมโรงพยาบาลติดตามเยี่ยมในส่วนที่ไม่มีผู้ดูแลและผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

3. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



วิเคราะห์งาน

การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง งานผู้ป่วยในได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีกลุ่มผู้ป่วย Palliative ร้อยละ 82 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ส่งมาเพื่อให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งจากผลการพัฒนาที่สำคัญ ได้แก่ การมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยการส่งอบรม ปีละ 2-3 คน มีการตั้งกองทุนมูลนิธิในการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการรักษาที่บ้าน ได้แก่ เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ ที่นอนลม เป็นต้น มีเครือข่ายจากชุมชน ได้แก่ พระภิกษุพื้นที่ตำบลพรหมพิราม ที่มาร่วมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามหลักวิถีพุทธ และสิ่งที่สำคัญคือการลดอาการรบกวนที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน คือการได้รับยาแก้ปวดตามสภาวะความเจ็บปวดของผู้ป่วย พบว่าการได้รับยาในโรงพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยรับไว้จนจะสามารถบริหารยาได้ ตรงตามกับอาการปวดของผู้ป่วย ในปี 2563-2565 จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่า มีผู้ป่วยระยะท้ายที่ใกล้เสียชีวิตจริง จะได้รับยากลุ่ม strong opioids แต่ก็มีผู้ป่วยอีกหลายราย ที่มีอาการปวดไม่มาก สามารถทานยา กลุ่ม N SAID แล้ว ควบคุมอาการได้ ทำให้ไม่จำเป็นต้องใช้ ยา กลุ่ม strong opioids จึงทำให้ ไม่ได้รับยาตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ในกรณีกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่จำหน่ายกลับบ้านและต้องการเสียชีวิตที่บ้านในระยะสุดท้ายจะพบปัญหาเมื่อ Pain score ระดับ 7-10 และรับประทานยา morphine ทางปากไม่ได้ จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการให้ morphine ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีบริการให้ morphine ที่บ้านได้ โดยใช้ Syringe driver โดยต้องมีการประสานงานการดูแลร่วมกับ รพ.สต.เครือข่าย

แนวทาง/แผนพัฒนา

ทบทวนกับทีม PTC เพื่อกำหนดแนวทางในการบริหารยามอร์ฟิน รวมทั้งการทบทวนกับทีมนำทางคลินิกและทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งรพ.สต. ในการกำหนดแนวทางการประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทั้งในระดับหน่วยงานในโรงพยาบาลและ รพ.สต.เครือข่าย มีการพัฒนาระบบ

การดูแลตาม Service plan ปี 2563-2564 คือ การทำ Advance Care Planning (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัว การใช้ Strong opioid ให้ครอบคลุมทั้งใน รพ.และที่บ้านสำหรับผู้ป่วย End of life การบริหารจัดการคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ การพัฒนาเครือข่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. การดูแลผู้ป่วย Palliative care ตามนโยบาย Service plan

เหตุผล เพื่อตอบสนองนโยบาย Service plan ปี 2565 ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

- มีการทำ Advance Care Planning (ACP) ผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วย และการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือ การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมานบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น

- ดำเนินการแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ร่วมกับ อาสาสมัครในชุมชน 1 แผนงาน/โครงการ เน้นด้านการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและพระภิกษุชุมชนในผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อของเขตสุขภาพที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงการได้รับดูแลแบบประคับประคอง

- บริหารจัดการคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้เพียงพอ

2.ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้นอน :การเกิดแผลกดทับ การพลัดตกหกล้ม การติดเชื้อทางหลอดเลือดดำ

เหตุผล อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับไว้นอน เป็นความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญที่ต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น จากระยะเวลาที่ดำเนินงานมาพบว่ามีความเสี่ยงการพัฒนา มี CQI เกิดขึ้น แต่ผลลัพธ์ยังไม่ผ่านเป้าหมาย จึงเป็นความท้าทายที่ต้องพัฒนาคุณภาพต่อ

3.ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในด้านการดูแลผู้ป่วย : ด้านระบบยา ด้านการดูแลผู้ป่วย และ ระบบการส่งต่อที่ปลอดภัย

เหตุผล เป็นอุบัติการณ์ที่ไม่ควรเกิด ความเสี่ยงระดับ E-I ไม่ควรเกิดขึ้น มีการวางระบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันความเสี่ยงทุกด้าน การปฏิบัติงานตามแนวทางการบริหารยา การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีมให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะต่าง ๆ ในการประเมิน วางแผนการดูแลผู้ป่วย การประเมิน&การประเมินซ้ำ การให้การดูแลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการดูแลความพร้อมเครื่องมือ และระบบยานพาหนะร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

4. เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

เหตุผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 85 % ซึ่งการพัฒนาด้านต่าง ๆ ทั้งด้านสถานที่ สภาพแวดล้อม ประสิทธิภาพ การดูแลรักษา ระบบในการให้บริการ รวมทั้งพฤติกรรมบริการของบุคลากร เป็นความท้าทายที่จะพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย

5. เพิ่มความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนและบันทึกทางการแพทย์

เหตุผล เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย 85 % ซึ่งการพัฒนาต้องใช้รูปแบบของทีมสหสาขา การใช้ทักษะ ความรู้ และเจตคติที่ดีในการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์เป็นความท้าทายที่จะพัฒนาให้บรรลุเป้าหมาย

6. การพัฒนาระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจ ผู้ป่วยทั่วไป และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย

6.1 การตรวจสอบและปรับปรุงระบบระบายอากาศที่ห้องผู้ป่วยทั่วไป

6.2 ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ห้อง Isolate room และห้องแยกโรคผู้ป่วยวัณโรค

6.3 การปรับปรุงสภาพแวดล้อม ทาสีภายนอกภายในอาคาร ปรับปรุงห้องพิเศษ

7. การพัฒนาระบบเยี่ยมบ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญร่วมกับทีมสหสาขา

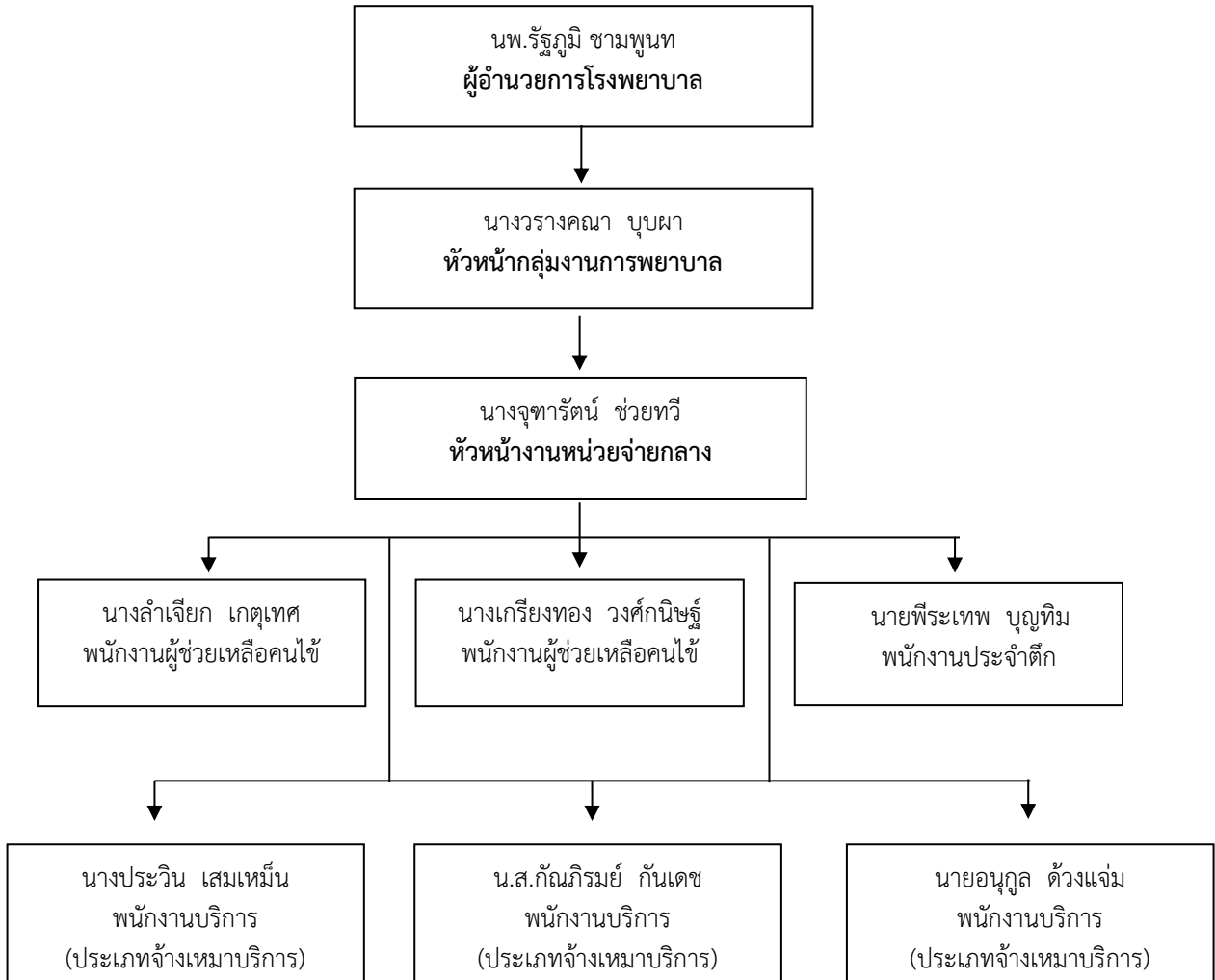
เหตุผล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยมีเป้าหมายการดูแลตนเองได้ ลดอัตราการ Re admit

8. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา

เหตุผล เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่าย โดยมีเป้าหมายการเลิกสุรา

กลุ่มงานการพยาบาล งานหน่วยจ่ายกลาง

โครงสร้างการบริหารงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ให้บริการเก็บเครื่องมือที่ใช้แล้วจากทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล เพื่อล้างทำความสะอาด อบให้แห้งและหีบห่อ
2. อบฆ่าเชื้อเครื่องมือและทำให้เครื่องมือสะอาดปราศจากเชื้อส่งให้หน่วยงานได้ใช้อย่างเพียงพอ พร้อมใช้งาน ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ
1. งาน: เก็บเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์
2. งาน: การล้างเครื่องมือ
3. งาน: การหีบห่อ
4. งาน: การนึ่งฆ่าเชื้อ (Set) การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการนึ่งด้วยไอน้ำแรงดันสูงสุญญากาศ การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการอบแก๊ส (EO)

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย, ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการ นึ่งไอน้ำ (ครั้ง)	365 (เฉลี่ย 30.42 ต่อเดือน)	365 (เฉลี่ย 30.4 ต่อเดือน)	365 (เฉลี่ย 30.42 ต่อเดือน)
2	การทำให้ปราศจากเชื้อโดยการ อบแก๊ส (EO) (ครั้ง)	106 (เฉลี่ย 8.83 ต่อเดือน)	90 (เฉลี่ย 7.5 ต่อเดือน)	80 (เฉลี่ย 6.6 ต่อเดือน)
3	จำนวนอุปกรณ์รวมทั้งหมดที่ นำมาทำให้ปราศจากเชื้อ (ชิ้น)	82,450 (เฉลี่ย 6,870 ชิ้น/เดือน)	76,162 (เฉลี่ย 6,346 ชิ้น/เดือน)	79,104 (เฉลี่ย 6,592 ชิ้น/เดือน)
4	การเก็บเครื่องมือ (ชิ้น)	220,509 (เฉลี่ย 18,375 ชิ้น/เดือน)	217,536 (เฉลี่ย 18,128 ชิ้น/เดือน)	227,311 (เฉลี่ย 18,924 ชิ้น/เดือน)
5	การล้างเครื่องมือ (ชิ้น)	202,159 (เฉลี่ย 16,846 ชิ้น/เดือน)	194,270 (เฉลี่ย 16,189 ชิ้น/เดือน)	225,631 (เฉลี่ย 18,802 ชิ้น/เดือน)
6	การหีบห่อ (Set)	79,518 (เฉลี่ย 6,626 set/เดือน)	68,806 (เฉลี่ย 5,733 set/เดือน)	76,171 (เฉลี่ย 6,347 set/เดือน)
7	การนึ่งฆ่าเชื้อ (Set)	78,750 (เฉลี่ย 6,562 set/เดือน)	71,432 (เฉลี่ย 5,952 set/เดือน)	78,420 (เฉลี่ย 6,535 set/เดือน)
8	อบแก๊ส (Set)	4,820 (เฉลี่ย 401 set/เดือน)	4,771 (เฉลี่ย 397 set/เดือน)	4,242 (เฉลี่ย 353 set/เดือน)

วิเคราะห์งาน

จากตารางผลงานด้านปริมาณงาน พบว่า ปริมาณเครื่องมือที่ส่งมาทำความสะอาด ทำให้ปราศจากเชื้อมีแนวโน้มลดลง ในปี 2563 - 2564 เนื่องจากมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม 2562 โรงพยาบาลมีนโยบายลดผู้ป่วยที่จะมารับบริการในโรงพยาบาล โดยการส่งยาไปให้ที่ รพ.สต.หรือที่บ้านและลดการ Admit นอนในโรงพยาบาล รับผู้ป่วยเท่าที่จำเป็นจริงๆ เพื่อลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรค COVID 19 ปริมาณเครื่องมือจึงมีแนวโน้มลดลงไปด้วย แต่ในปี 2564 - 2565 ปริมาณเครื่องมือมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID 19 มีแนวโน้มลดลงและ

กระทรวงสาธารณสุขมีการปรับมาตรการโรค COVID 19 ให้เป็นโรคเฝ้าระวัง จึงทำให้มีผู้ป่วยมารับบริการและนอนโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ปริมาณเครื่องมือภาพรวมเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. มีสายยางที่ต้องล้างเป็นจำนวนมากเช่น สาย O2 Cannular, สายต่อ O2, สาย Suction ซึ่งขั้นตอนการล้าง เป่าเอาน้ำที่ค้างในสายออก การอบแห้งค่อนข้างยุ่งยากและใช้เวลานาน จึงทำให้การปฏิบัติงานล่าช้าขึ้น จากการอบรมเพื่อฟื้นฟูความรู้และ Update ความรู้ของหัวหน้างานจ่ายกลางและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ ได้แก่ นายพิระเทพ บุญทิม ในปี 2562 พบว่า ปัจจุบันตามมาตรฐานจะไม่ให้นำเครื่องมืออย่างที่บริษัทกำหนดว่าให้ใช้ครั้งเดียวทิ้ง (Single Use) นำกลับมา Re-sterile โดยการอบแก๊สฆ่า เพราะคุณสมบัติของอุปกรณ์มีคุณภาพลดลง เนื่องจากบริษัทผลิตมาเพื่อใช้ครั้งเดียวแล้วให้ทิ้ง และการ Re-sterile เครื่องมือบางชนิด เช่น สาย O2 Cannular ผู้ใหญ่ราคาจะสูงกว่าการซื้อใหม่ และขั้นตอนการทำความสะอาด การทำลายเชื้อมีความยุ่งยากและจะมีสารพิษของแก๊ส EO ตกค้างอยู่ในสาย แต่เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องงบประมาณมีจำกัด ไม่เพียงพอต้องช่วยกันประหยัด งานจ่ายกลางจึงยัง Re-sterile กลุ่มเครื่องมือ Single Use อยู่ แต่ปัจจุบันยกเลิกการ Re-sterile ถุงมือแล้ว มีอุปกรณ์พลาสติกของหน่วยงานผู้ป่วยในเช่น อุปกรณ์ต่อกับเครื่องไฮโฟร มีจำนวนน้อยและขั้นตอนการล้างทำความสะอาด+อบแห้งค่อนข้างยุ่งยาก เครื่องสายเป็นรอยหยักกอบให้แห้งยาก จึงทำให้การอบแก๊สล่าช้า ทำให้อุปกรณ์ไม่ค่อยเพียงพอใช้

2. เครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์บางอย่างมีไม่เพียงพอในการหมุนเวียนเพื่อจ่ายให้หน่วยงานต่างๆ เช่น Ambu bag, กระจกออกซิเจน (ขวดให้ความชื้นแบบฟیلเตอร์โลหะ) ในปี 2565 ได้ทำแผนจัดซื้อเครื่องมือเพิ่มทำให้ลดปัญหาเครื่องมือไม่เพียงพอลงได้บ้าง และในปี 2566 งานพัสดุได้จัดซื้อกระจก O2แบบใช้แล้วทิ้งให้หน่วยงานผู้ป่วยในและห้องฉุกเฉินใช้ ทำให้ลดปัญหากระจกออกซิเจนไม่เพียงพอใช้ลงได้แต่ก็ยังต้องมีกระจกออกซิเจนป้องกันปัญหาหน่วยงานไม่มีของใช้

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. จัดทำแผนขอซื้ออุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอเพิ่มในปีงบประมาณ 2566
2. ปรับแนวทางปฏิบัติในเรื่องการใช้สาย O2 Cannular โดยกำหนดให้ใช้ 1 เส้นต่อผู้ป่วย 1 ราย ให้เปลี่ยนเมื่อเปลี่ยนกรณีนอนนานหรือผู้ป่วยจำหน่าย
3. เครื่องมือชนิด Single Use ที่จะนำกลับมา Re-sterile ใหม่ เลือกเฉพาะที่มีสภาพดีเท่านั้น
4. บุคลากรทุกคนในหน่วยจ่ายกลางช่วยกันปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ

ผลงานด้านคุณภาพงาน (เปรียบเทียบ 3 ปี)

ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1	การทำความสะอาด จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องเครื่องมือไม่สะอาด	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
	การหีบห่อเครื่องมือ	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	1 ครั้ง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
2	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่อง Set เครื่องมือไม่ได้ตามมาตรฐาน (มีสิ่งแปลกปลอมติดไป, ไม่ใส่ Comply ใน Set Critical Item, ติดป้ายหน้า Set ผิด)				
3	การปราศจากเชื้อ อัตราการตรวจสอบประสิทธิภาพทางเชิงกล	100%	100%	100%	100%
4	อัตราการตรวจสอบคุณภาพเครื่องนี้ด้วยไอน้ำ Spore test ให้ผลลบ	100%	100%	100%	100%
5	อัตราการตรวจสอบคุณภาพเครื่องอบแก๊ส Spore test ให้ผลลบ	100%	100%	100%	100%
6	จำนวนการรับแจ้งว่าแผ่น Comply test ใน set ไม่สมบูรณ์	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
7	จำนวนครั้งการตรวจพบ Autoclave tape ไม่เปลี่ยนสี	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
8	จำนวนครั้งการแจ้งว่า Set หรือห่ออุปกรณ์ เปียกชื้น / ไม่สมบูรณ์	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
9	ความพร้อมใช้ จำนวนครั้งการส่งเครื่องมือให้หน่วยงานไม่ทันเวลา	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
10	จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องเครื่องมือไม่พร้อมใช้	0 ครั้ง	2 ครั้ง	2 ครั้ง	1 ครั้ง
11	จำนวน Set เครื่องมือ Sterile ที่พบหมดอายุในตู้เก็บเครื่องมืองานจ่ายกลาง	0 ชิ้น/Set	0 ชิ้น/Set	0 ชิ้น/Set	0 ชิ้น/Set
12	ความเพียงพอ จำนวนครั้งการค้างเครื่องมือหรืออุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการเบิก	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	1 ครั้ง
13	ความประหยัด จำนวน Set ของเครื่องมือในการ Re-sterile	ไม่เกินเดือนละ 10 ชิ้น	320 (เฉลี่ย 26.67)	191 (เฉลี่ย 15.92 ชิ้น/เดือน)	375 (เฉลี่ย 31.25 ชิ้น/เดือน)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
	ชุดเครื่องมือและอุปกรณ์	(จำนวน ชิ้น+Set ทั้งหมดที่ ทำ Sterile)	ชิ้น/เดือน (82,450)	(47,305)	(79,104)
14	ความปลอดภัยของบุคลากร จำนวนการเกิดอุบัติเหตุทั่วไปเจ็บป่วย จากการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหน่วย จ่ายกลาง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
15	จำนวนการเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำ หรือสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง	0 ครั้ง
16	เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ ประจำปี	>80%	80%	100%	100%
17	เจ้าหน้าที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพ เฉพาะงาน (ปอด, ตา, หู)	>80%	80%	100%	NA
18	อัตราความพึงพอใจ	> 80%	90.26%	85.12%	88.19%

วิเคราะห์งาน

จากตารางตัวชี้วัดของหน่วยงาน พบว่า ตัวชี้วัดในปี 2565 ผ่านค่าเป้าหมายจำนวน 14 ตัว ไม่ผ่าน 4 ตัว ได้แก่

- 1.จำนวนข้อร้องเรียนเรื่อง Set เครื่องมือไม่ได้ตามมาตรฐาน (ติดป้ายหน้า Set ผิด)
พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ค่าเป้าหมาย 0 ครั้ง
 - 2.จำนวนข้อร้องเรียนเรื่องเครื่องมือไม่พร้อมใช้ พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ค่าเป้าหมาย 0 ครั้ง
 - 3.จำนวนครั้งอุปกรณ์ไม่เพียงพอต่อการเบิก พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ค่าเป้าหมาย 0 ครั้ง
- จากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าผู้ปฏิบัติงานเร่งรีบในการทำงาน เนื่องจากมีเครื่องมือที่ต้องหีบห่อจำนวนมาก จึงทำให้ติดป้าย set เครื่องมือผิดและไม่ได้มีการตรวจสอบซ้ำ ส่วน Ambu bag เจ้าหน้าที่แจ้งว่าได้มีการตรวจสอบก่อนบรรจุในซองซีลแล้วทุกครั้ง แต่ยังพบว่ามีอุบัติการณ์อีก การแก้ไขเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่หีบห่อเครื่องมือ ต้องใช้ความระมัดระวังและมีการตรวจสอบความถูกต้องก่อนหีบห่อเสร็จทุกครั้ง (Double check ความถูกต้องด้วยตนเอง)
- 4.อัตราการ Re-sterile ชุดเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ สูงกว่าค่าเป้าหมาย เฉลี่ย 31.25 ชิ้น/เดือน เป้าหมายไม่เกินเดือนละ 10 ชิ้น จากการวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่าหน่วยงานที่มีเครื่องมือหมดอายุและส่งมา Re-sterile คือ IPD, LR, ER จึงแจ้งให้หน่วยงานทราบเพื่อปรับปรุงระบบงาน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ในการทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ เช่น เครื่องล้างเครื่องมือหม้อนึ่งระบบสุญญากาศ เครื่องอบแก๊ส มีอายุการใช้งานมานาน ต้องใช้งานทุกวัน เมื่อพบปัญหาเครื่องมือเสียชำรุด ขั้นตอนการซ่อมใช้เวลาานาน ทำให้การทำงานล่าช้า มีความเสี่ยงที่จะปฏิบัติงานไม่ทันที่จะแจกจ่ายให้หน่วยงานต่างๆ
2. หน่วยงานที่ทำให้ผลกระทบมาก เช่น IPD, ER, LR มีการ Stock เครื่องมือจำนวนมาก เครื่องมือบางอย่างจำเป็นต้องมี แต่อาจนานๆ ใช้ จึงยังมีเครื่องมือต้อง Re-sterile แต่ IPD, ER, LR ต้องมีการทบทวนเพื่อลดปริมาณการ Re-sterile ให้เหลือน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่มีเครื่องมือ sterile Stock อยู่ด้วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

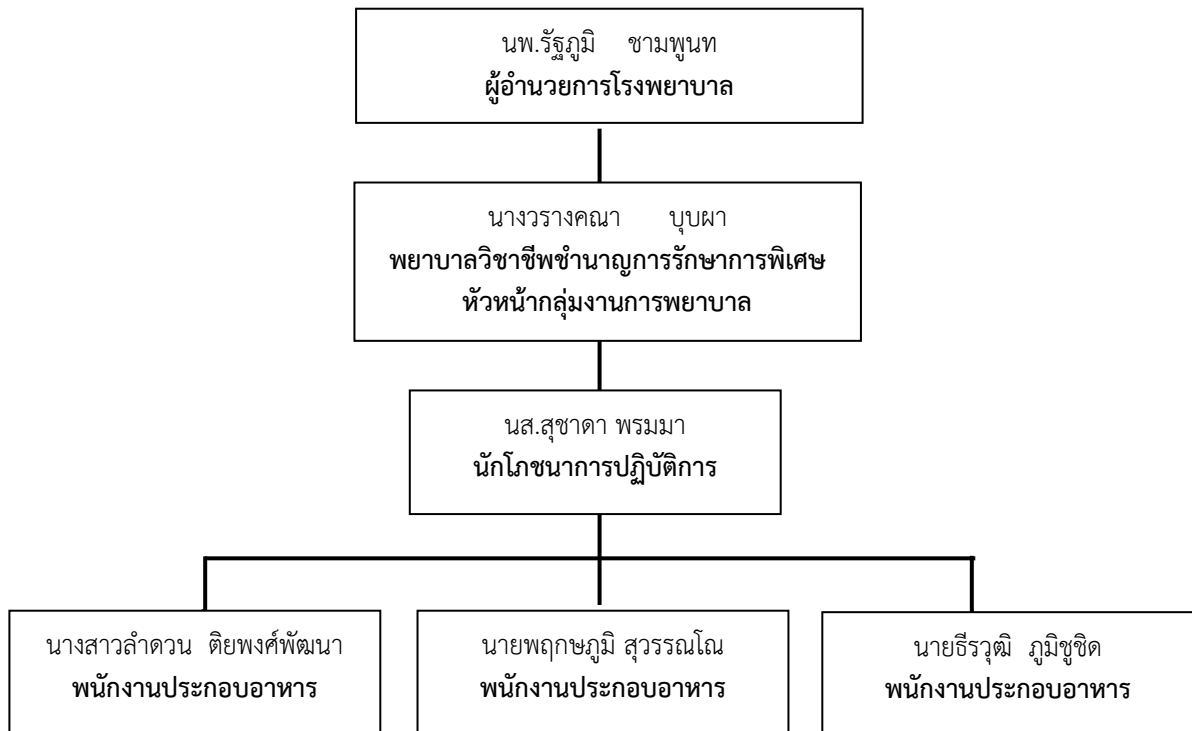
1. ดูแลอุปกรณ์เครื่องมือเชิงป้องกันโดยบุคลากรในหน่วยงานและช่างซ่อมบำรุงของโรงพยาบาล เมื่ออุปกรณ์เสียต้องซ่อม ดำเนินการเขียนใบส่งซ่อมตามขั้นตอน และทำแผนตั้งงบประมาณให้ช่างของบริษัทมาดูแลเชิงป้องกันหม้อนึ่งสุญญากาศที่มีโอกาสเสียบ่อย
2. นำข้อมูลหน่วยงานที่ส่งเครื่องมือกลับมา Re – sterile มาวิเคราะห์และให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อให้แต่ละหน่วยงานนำไปปรับปรุงการ Stock เครื่องมือบนหน่วยงานไม่ให้มากเกินไป เพื่อลดอัตราการ Re – sterile ลดภาระงานและลดค่าใช้จ่าย
3. หน่วยงานจ่ายกลางได้มีการปรับลดการ Re – sterile ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ด้วย โดยได้ประสานแจ้งให้ทุก รพ.สต. คอยตรวจสอบวันหมดอายุของเครื่องมือประเภทพลาสติกที่ต้องอบแก๊สที่โรงพยาบาลพรหมพิราม ก่อนหมดอายุ 1 เดือน ให้นำมาแลกที่ ER โดยที่ทุกแห่งต้องจัดเก็บเครื่องมือให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อลดการ Re – sterile และลดค่าใช้จ่ายลง

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. จัดทำแผนการจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือที่มีความจำเป็นต้องใช้ในงานจ่ายกลาง รวมถึงอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ขอบจัดซื้ออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ รายการที่ยังไม่เพียงพอใช้
เหตุผล: เพื่อให้การปฏิบัติงานในการทำ ความสะอาด การทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อใน อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ มีความเพียงพอและพร้อมใช้ ได้มาตรฐานตามเป้าหมาย ของงานจ่ายกลาง
2. การลดอัตราการ Re – sterile ในอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ในหน่วยงานด้านคลินิก
เหตุผล: เพื่อลดภาระงานและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล
3. เพิ่มคุณภาพการลดแก๊สตกค้างในเครื่องมือพลาสติก โดยการตรวจสอบคุณภาพหลังอบแก๊สเสร็จจะมีการสุ่มตรวจค่าแก๊สตกค้างทั้งในห่ออุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ประเภทพลาสติก, ในตู้เก็บเครื่องมือและห้องทำงาน ของเจ้าหน้าที่
เหตุผล: เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสแก๊สพิษและความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่เองและผู้รับบริการที่ต้องใช้เครื่องมือที่ผ่านการอบแก๊ส

กลุ่มงานการพยาบาล งานโภชนศาสตร์

โครงสร้างการบริหาร



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. งานบริหารทรัพยากร งานนโยบายและแผน
2. งานควบคุม ผลิต และให้บริการอาหารทั่วไป อาหารเฉพาะโรค และอาหารทางสายยาง แก่ผู้ป่วยที่รับไว้ในรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยคลอด แพทย์แผนไทย และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
3. ให้บริการโภชนบำบัด และโภชนศึกษาแก่ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและญาติ โดยเน้นกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ DM HT CKD DLP TB และในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอื่นๆ
4. งานโภชนคลินิก
5. งานโภชนาการชุมชน วิทยากรให้ความรู้ด้านโภชนาการโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ
6. งานติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในกลุ่มโรคสำคัญ และมีปัญหาทางภาวะโภชนาการ
7. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

ผลงานด้านปริมาณงาน (เปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

กิจกรรม	ผลงาน			
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1. งานโภชนบริการ				
การรับใบสั่งอาหาร (ครั้ง)	365	365	365	365
การจัดซื้อวัตถุดิบ (ครั้ง)	365	365	365	365
การผลิตอาหาร (ครั้ง)	1095	1095	1095	1095
การนำส่งอาหาร (ครั้ง)	1825	1825	1825	1825
จำนวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยใน สามัญ (ราย)	3168	3021	2998	2723
จำนวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยใน พิเศษ (ราย)	554	464	414	285
จำนวนการให้บริการอาหารห้องคลอด สามัญ (ราย)	264	259	226	310
จำนวนการให้บริการอาหารห้องคลอด พิเศษ (ราย)	28	30	37	13
จำนวนการให้บริการอาหารแพทย์แผน ไทย (ราย)	150	443	310	168
2. งานโภชนบำบัด				
อาหารธรรมดา (ถาด)	9052	8203	8760	7842
อาหารอ่อน (ถาด)	843	703	804	536
อาหารเบาหวาน (ถาด)	1004	853	743	552
อาหารโซเดียมต่ำ (ถาด)	750	542	445	305
อาหารจืด (ถาด)	91	702	142	214
อาหารเหลว (ราย)	94	62	42	53
อาหารเสริมทางปาก (ถุง)	75	56	50	64
อาหารทางสายยาง (ถุง)	1062	1084	1380	2396
2. งานโภชนศึกษา				
การสอนญาติผู้ป่วยทำอาหารสายยาง (คน)	105	116	96	87

กิจกรรม	ผลงาน			
	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
4. งานโภชนาการชุมชน				
เผยแพร่ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการแก่ศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียน (แห่ง)	21	16	0	0
เผยแพร่ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการในชุมชน (ครั้ง)	13	14	6	9
เผยแพร่ความรู้ด้านอาหารและโภชนาการให้แก่พระสงฆ์ (ครั้ง)	2	3	0	0

ตัวชี้วัดประจำหน่วยงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. จำนวนการตรวจพบวัตถุอันตรายคุณภาพ	0 ครั้ง	0	0	0	0
2. ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจในการบริการอาหาร	> ร้อยละ 80	95.43	95.28	87.26	89.53
3. จำนวนที่พบภาชนะอุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียเบื้องต้น	0%	7.5 พบ 3 ตย. (40 ตย.)	5.88 พบ 3 ตย. (51 ตย.)	4.16 พบ 2 ตย. (48 ตย.)	9.52 พบ 4 ตย. (42 ตย.)
4. อัตราการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารสดได้มาตรฐาน	ร้อยละ 100	98.87	100	97.39	98.61
5. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
6. อัตราการปฏิบัติตามข้อกำหนดสุขวิทยาส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่	100%	91.48	90.25	89.21	88.28
7. อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มานอน Admit ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการและได้รับการให้โภชนาบำบัด (DM,HT,CKD)	ร้อยละ 80	70.20	72.35	71.24	73.96
8. ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องอาหารและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องก่อนกลับบ้าน	ร้อยละ 80	73.21	72.65	70.14	81.27

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน			
		ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
9.ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ ความรู้เรื่องอาหาร	> 80 %	100	90.66	82.65	80.02
10.ผ่านเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล อาหารปลอดภัย	ผ่าน	ผ่านระดับ ดีมาก	ผ่านระดับ ดีมาก	ผ่านระดับ ดีมาก	ผ่านระดับ ดีมาก

ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงาน

ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ

บุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เนื่องจากการบริการอาหารในบางช่วงเวลามีผู้ป่วยมากกว่ากำลังคนผู้ปฏิบัติ ถ้าเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน 2 คน/วัน จะปฏิบัติงานได้ไม่ดีพอและเจ้าหน้าที่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านกล้ามเนื้ออยู่บ่อยครั้ง

ด้านผู้ป่วย

งานคลินิก ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกนั้นๆมีจำนวนมากจึงทำให้การจัดการให้ความรู้และการติดตามประเมินพฤติกรรมการบริโภคและการวางแผนโภชนาการบำบัดเป็นรายบุคคล หรือการทำกิจกรรมทำได้ไม่ดีพอ

แนวทาง/แผนพัฒนา

- การจัดการระบบงานโภชนาการเพื่อให้ได้การปฏิบัติงานที่สะดวกและเกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานน้อยที่สุด
- วางแผนจัดทำแนวทางร่วมกับ PM รายโรค และทีมสหวิชาชีพ ในการจัดการผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังในการจัดทำกิจกรรมการเรียนรู้ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยมีความสุขที่ดี
- บริหารการจัดการความเสี่ยงด้านการประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล
- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามหลักอาชีวอนามัยและสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ
- พัฒนาเพิ่มพูนทักษะความรู้ด้านโภชนาการและการสุขาภิบาลอาหารสำหรับผู้ปฏิบัติงาน
- การเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศเพื่อใช้ในการบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยและการพัฒนาคุณภาพงานด้านโภชนาการ
- พัฒนาการจัดศักยภาพข้อมูลการให้โภชนาการบำบัด โภชนศึกษาลงในระบบโปรแกรม HOSxP

กลุ่มงานทันตกรรม

โครงสร้างการบริหารงาน

ประกอบด้วย ทันตแพทย์ 9 คน เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) 1 คน

ผู้ช่วยทันตแพทย์ 6 คน

คุณสมบัติของทันตแพทย์ในกลุ่มงาน แบ่งออกเป็น

- | | |
|---|------|
| - ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมช่องปาก (ป.บัณฑิต) | 2 คน |
| - ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตสาธารณสุข (อนุมัติบัตร) | 1 คน |
| - ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมประดิษฐ์ (ป.บัณฑิต) | 1 คน |
| - ทันตแพทย์ทั่วไป หลักสูตร 4 เดือน (ป.บัณฑิตทันตกรรมทั่วไป) | 1 คน |
| - ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมผู้สูงอายุ หลักสูตร 4 เดือน | 1 คน |
| - ทันตแพทย์ทั่วไป + ภาษาอังกฤษ | 4 คน |

แผนผังบุคลากรกลุ่มงานทันตกรรม

ทพ.ฉัตรชัย มาแก้ว

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม



หน้าที่ความรับผิดชอบ

ให้บริการด้านทันตกรรม ทั้งรักษา ส่งเสริม ฟันฟู และป้องกันโรค ในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ (ระดับทุติยภูมิคือการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง ดังนี้ ศัลยศาสตร์ช่องปาก, รักษาคลองรากฟัน, ทันตกรรมปริทันต์, ทันตกรรมประดิษฐ์ทั้งแบบถอดได้และแบบติดแน่น, ทันตกรรมสำหรับเด็ก) แก่ประชาชนในเขตอำเภอพรหมพิราม รองรับการส่งต่อด้านทันตกรรมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตรับผิดชอบพร้อมทั้งให้การสนับสนุนงานด้านวิชาการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม

ผลงานด้านปริมาณงาน

1. ผลงานด้านบริการทันตกรรม

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย / ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ผู้มารับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	10,702	8,441	10,353
2.	ถอนฟัน (ครั้ง / ซี่)	2,664 / 4,237	2,146 / 3,454	2,448 / 3,815
3.	ถอนฟันโดยวิธีผ่าตัด (ครั้ง / ซี่)	135 / 143	151 / 160	175 / 189
4.	ศัลยกรรมช่องปากและอวัยวะเกี่ยวข้อ (ครั้ง)	166	104	100
5.	อุดฟัน (ครั้ง / ซี่)	2,430 / 3,575	1,761 / 2,492	2,291 / 3,422
6.	ขูดหินน้ำลาย (ครั้ง)	1,253	824	1,171
7.	รักษาคคลองรากฟัน (ครั้ง / ซี่)	74 / 92	77 / 88	62 / 77
8.	ทันตกรรมประดิษฐ์ (ครั้ง / ชิ้น)	257 / 486	298 / 570	360 / 671
9.	เคลือบหลุมร่องฟัน (ครั้ง / ซี่)	1,797 / 9,552	799 / 4,926	555 / 3,838
10.	เคลือบฟลูออไรด์ทั้งปาก (ครั้ง)	1,849	849	930

วิเคราะห์งาน ผลงานการให้บริการทันตกรรมในปี 2565 มีผลงานที่เพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับผลงานในปี 2564

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน -

แนวทาง/แผนพัฒนา -

2. ผลงานด้านงานสร้างเสริมทางทันตสาธารณสุขในแต่ละกลุ่มวัย

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ใน โรงพยาบาล ได้รับการ ตรวจสุขภาพช่องปาก	มากกว่า ร้อยละ 80	96.48	84.15	91.73
2.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ ได้รับการตรวจสุขภาพ ช่องปากได้รับการรักษา ทางทันตกรรม	มากกว่า ร้อยละ 40	65.64	43.77	48.23

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
กลุ่มเด็ก 0-3 ปี					
1.	ร้อยละความชุกโรคฟันผุ ของเด็กอายุ 3 ปี	น้อยกว่า ร้อยละ 50	50.87	งดสำรวจ เนื่องจากโรค Covid-19	50.94
2.	ร้อยละเด็กอายุ 9 เดือน- 3ปีที่มารับวัคซีนได้รับ การตรวจฟันและทา ฟลูออไรด์วานิช	มากกว่า ร้อยละ 75	82.73	70.62	76.19
3.	ร้อยละของศูนย์เด็กเล็ก ในอำเภอพรหมพิรามจัด กิจกรรมแปรงฟันหลัง อาหารกลางวัน	มากกว่า ร้อยละ 90	100	งดกิจกรรม เนื่องจากโรค Covid-19	100
กลุ่มเด็กนักเรียน					
ประถมศึกษา					
1.	ร้อยละความชุกโรคฟันผุ ของเด็กอายุ 12 ปี	น้อยกว่า ร้อยละ 50	25.00	29.20	28.47
2.	ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ไม่มีเหงือกอักเสบ	มากกว่า ร้อยละ 75	91.50	91.50	83.33
3.	ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (DMFT) ของเด็กอายุ 12 ปี	น้อยกว่า 1.5 ซี่ / คน	0.48	0.56	0.59
4.	ร้อยละของโรงเรียน ประถมศึกษาในอำเภอ พรหมพิรามได้รับการ ออกหน่วยทางทันต กรรม	ร้อยละ 100	100	งดกิจกรรม เนื่องจากโรค Covid-19	100

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
5.	ร้อยละการตรวจช่องปากเด็กชั้น ป.1 ในอำเภอพรหมพิราม	มากกว่าร้อยละ 85	96.71	งดกิจกรรมเนื่องจากโรค Covid-19	87.75
6.	ร้อยละการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กชั้น ป.1 ในอำเภอพรหมพิราม	มากกว่าร้อยละ 30	95.45	งดกิจกรรมเนื่องจากโรค Covid-19	26.87
7.	ร้อยละการยึดติดของวัสดุเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ภายหลังการเคลือบไปแล้ว 1 ปี	มากกว่าร้อยละ 80	96.79	งดกิจกรรมเนื่องจากโรค Covid-19	งดกิจกรรมเนื่องจากโรค Covid-19
8.	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีฟันแท้ผุ	มากกว่าร้อยละ 53	92.86	87.32	76.64
กลุ่มผู้สูงอายุ					
1.	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีฟันหลังบดเคี้ยวอาหาร 4 คู่ขึ้นไป	มากกว่าร้อยละ 51	62.05	71.08	64.52
2.	ร้อยละการจัดบริการใส่ฟันเทียมพระราชทานแก่ผู้สูงอายุ	มากกว่าร้อยละ 90 ของเป้าหมาย (เป้าหมาย 90 ราย)	100	100	100
กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน					
1.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	มากกว่าร้อยละ 50	62.75	62.29	55.64

2.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาทางทันตกรรมได้รับบริการทางทันตกรรม	มากกว่าร้อยละ 60	76.24	77.17	65.28
----	---	------------------	-------	-------	-------

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	การเข้าถึงบริการทันตกรรมทุกกลุ่มอายุ ร้อยละการเข้าถึงบริการทันตกรรมของประชาชนในทุกกลุ่มอายุรวมทุกสิทธิ์ของอำเภอฟรอมพิราม	มากกว่าร้อยละ 40	46.33	42.61	42.30

วิเคราะห์งาน ตัดชีวิตในงานสร้างเสริมทันตสุขภาพตามกลุ่มวัยในบางกิจกรรมงดกิจกรรมในการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ในพื้นที่อำเภอฟรอมพิราม ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเป้าหมายคือร้อยละความชุกโรคฟันผุของเด็กอายุ 3 ปี ส่วนตัวชี้วัดอื่นๆ สามารถดำเนินงานได้ผ่านเป้าหมายทุกตัว

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน การแพร่ระบาดของโรค Covid-19 ในพื้นที่อำเภอฟรอมพิราม

แนวทาง/แผนพัฒนา พัฒนาแนวทาง กิจกรรม และการประเมินผล เรื่องการเยี่ยมบ้านและสอนผู้ปกครองแปรงฟันให้กับเด็กที่อายุก่อน 3 ปี ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

ผลงานด้านคุณภาพงานทันตกรรม

ตัวชี้วัดคุณภาพประจำกลุ่มงานทันตกรรม

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1.จำนวนครั้งการติดเชื้อภายหลังการถอนฟัน / ศัลยกรรมช่องปาก	0 ครั้ง / ปี	1 ระดับ E	2 ระดับ E 1 ระดับ F 1	4 ระดับ E 4
2.จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการถอนฟัน / ศัลยกรรมช่องปาก เช่น OAC /	ไม่เกิน 12 ครั้ง / ปี	3 Bleed 2 Dry Socket	1 Bleed 1 Dry Socket	1 Bleed 2 Dry Socket

Dry socket / Bleeding				2 OAC
3.จำนวนครั้งการแพ้ยาสีฟัน	0 ราย / ปี	0	0	0
4.จำนวนครั้งการเกิดการถอนฟันผิซี่ / ผิดคน	0 ครั้ง / ปี	0	0	0
5.จำนวนครั้งของการเกิดภาวะฉุกเฉินทางทันตกรรม / ผู้ป่วยหมดสติบนเก้าอี้ทันตกรรม	0 ครั้ง / ปี	0	0	0
6.จำนวนครั้งของการอุดฟันซ้ำในตำแหน่งเดิมภายหลังจากอุดไปแล้ว 3 เดือน	ไม่เกิน 60 ครั้ง / ปี	0	0	0
7.จำนวนครั้งของความไม่พร้อมใช้ของเก้าอี้ทันตกรรมและเครื่องมือทันตกรรมก่อนการรักษา	0 ครั้ง / ปี	5 ระดับ B	1 ระดับ B	0
8.จำนวนครั้งของการถูกของมีคมทิ่มแทงขณะปฏิบัติงาน	0 ครั้ง / ปี	0	0	0
9.จำนวนครั้งของการสัมผัสสารคัดหลั่ง / เลือด / น้ำลายในขณะปฏิบัติงาน	มากกว่า ร้อยละ 90	93.13	95.42	96.88
10.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการทันตกรรม				

วิเคราะห์งาน ตัวชี้วัดคุณภาพประจำกลุ่มงานเรื่องการติดเชื้อภายหลังการทำศัลยกรรมช่องปากมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นในปี 2565 จำนวน 4 ครั้ง ระดับ E 4 ราย ซึ่งกลุ่มงานทันตกรรมได้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางการป้องกันและแก้ไข ตัวชี้วัดด้านการถูกของมีคมทิ่มแทงขณะปฏิบัติงาน ปี 2565 มีอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ซึ่งได้ดำเนินการทบทวนอุบัติการณ์และหาแนวทางในการแก้ไข ส่วนตัวชี้วัดงานคุณภาพตัวอื่นๆสามารถดำเนินงานได้ตามค่าเป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน -

แนวทาง/แผนพัฒนา ได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของฟันและในขากรรไกร

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปี 2565
1	อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี	น้อยกว่า ร้อยละ 50	50.94
2	อัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 12 ปี	น้อยกว่า ร้อยละ 50	28.47
3	ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีฟันแท้ผุ (Cavity Free)	มากกว่า ร้อยละ 53	76.64

วิเคราะห์งาน ตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเป้าหมายคืออัตราการเกิดโรคฟันผุในเด็กอายุ 3 ปี

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ผู้ปกครองไม่แปรงฟันหรือแปรงฟันให้กับเด็กได้อย่างไม่ถูกต้องและไม่สม่ำเสมอ

แนวทาง/แผนพัฒนา พัฒนาแนวทาง กิจกรรม และการประเมินผล เรื่องการเยี่ยมบ้านและสอนผู้ปกครองแปรงฟันให้กับเด็กที่อายุก่อน 3 ปี ที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ

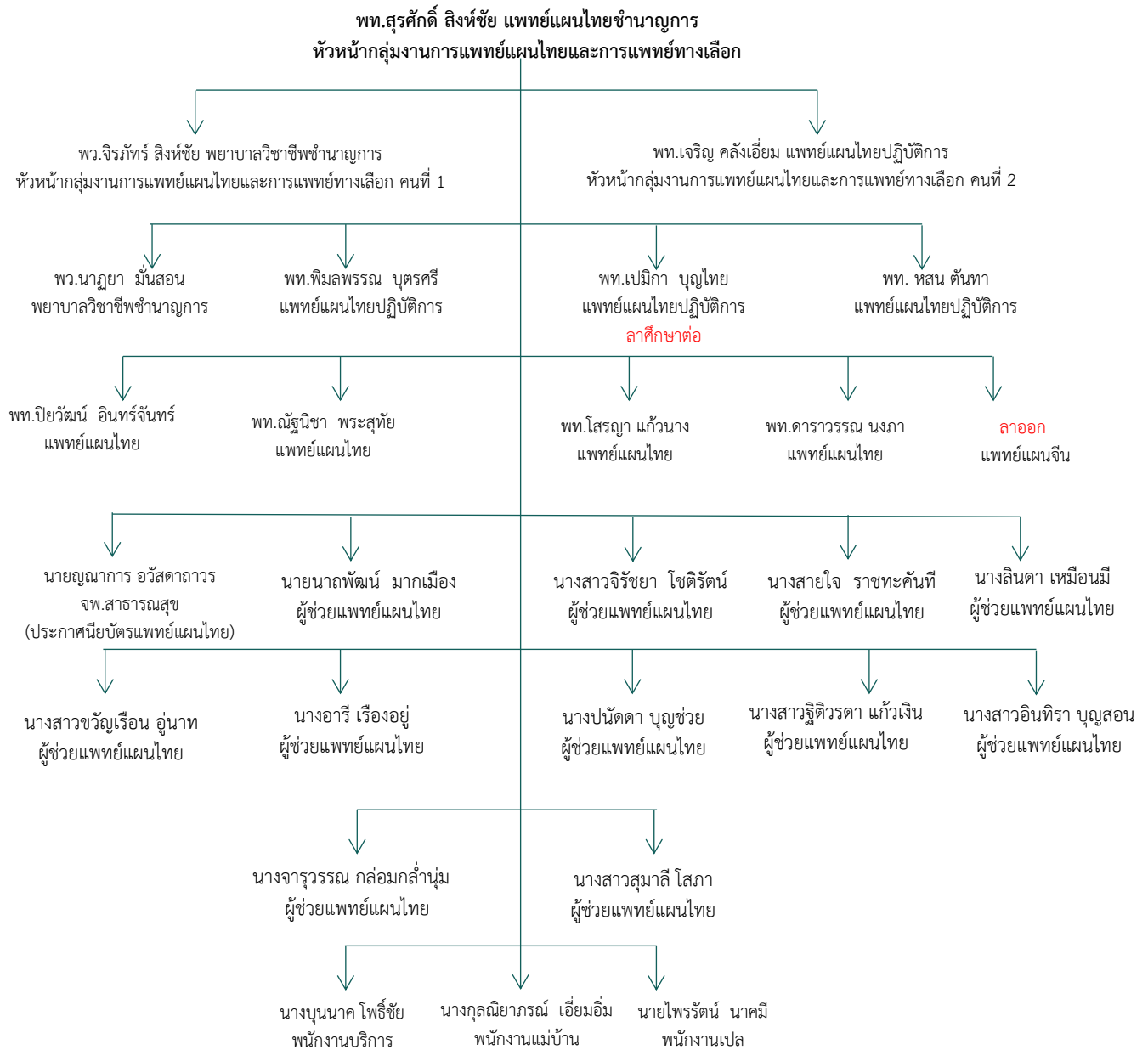
แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. โครงการลูกรักสุขภาพ อำเภอพรหมพิราม (งบกองทุนตำบลแต่ละพื้นที่)
2. โครงการฝึกผู้ปกครองแปรงฟันให้กับลูกหลานที่บ้าน (งบกองทุนตำบลพรหมพิราม)
3. โครงการหญิงตั้งครรภ์ฟันดี อำเภอพรหมพิราม (เงินบำรุง)
4. โครงการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (ไม่ได้ใช้งบประมาณ)
5. โครงการการพัฒนาส่งเสริมป้องกันโรคในเด็กอายุ 3 ปี ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (เงินบำรุง)
6. โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของกลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตอำเภอพรหมพิราม (งานประจำ/ไม่ได้ใช้งบประมาณ)
7. โครงการพัฒนาระบบบริการทันตกรรมสู่ ศูนย์ทันตกรรม อ.พรหมพิราม
8. โครงการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับ Smart hospital อ.พรหมพิราม

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1. โครงสร้างการบริหารงาน

แผนผังบุคลากรกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



2.หน้าที่ความรับผิดชอบ

ให้บริการด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก การแพทย์แผนไทย ผู้ป่วยในการแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนไทยในชุมชน บริการแบบองค์รวม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสุขภาพและการผดุงครรภ์ รวมถึงการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย วางแผน พัฒนาวิชาการและเทคโนโลยีด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร สนับสนุนด้าน วิชาการ คำแนะนำ ฝึกอบรม วิทยาการต่างๆพร้อมทั้งการเป็นแม่ข่ายร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในการนิเทศติดตาม ประเมินผลงานด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรให้กับบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป

3.ผลงานด้านปริมาณงาน (1ปี หรือเปรียบเทียบ ย้อนหลัง 3 ปี)

3.1 ด้านปริมาณงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนครั้งผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทย	42,743	38,857	54,220
2	จำนวนครั้งในการจ่ายยาสมุนไพรผู้ป่วยนอก	35,978	38,945	47,940
3	จำนวนครั้ง ในการนวดแผนไทย ผู้ป่วยนอก	10,059	8,785	7,778
4	จำนวนครั้ง ในการประคบสมุนไพร ผู้ป่วยนอก	9,843	8,453	7,544
5	จำนวนครั้ง ในการอบไอน้ำสมุนไพร ผู้ป่วยนอก	272	215	46
6	จำนวนครั้ง ในการให้บริการพอกยา	738	546	250
7	จำนวนครั้ง ในการให้บริการเผายา	1,543	1,356	1,300
8	จำนวนครั้งในการให้การบริบาลหึงหลังคลอด	193	167	21
9	จำนวนครั้งในการให้บริการแพทย์แผนไทยของ สปสช.	31,818	26,220	41,301
10	จำนวนครั้งการให้บริการผู้ป่วยใน	882	1,024	1,138
11.	จำนวนครั้งการให้บริการในคลินิกกัญชา	0	2	152
12.	จำนวนครั้งการให้บริการกัญชาในผู้ป่วย Palliative care	0	0	6
13.	จำนวนครั้งในการให้บริการฝังเข็ม	213	1,554	1,262
14.	จำนวนครั้งในการให้บริการครอบแก้ว	0	17	39

ที่มา HDC 3 ต.ค.65

วิเคราะห์งาน จากการวิเคราะห์การให้บริการงานแพทย์แผนไทยพบว่า ผลงานการให้บริการต่างๆในปีงบประมาณ2565 จำนวนผู้มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ยกเว้นการให้การบริบาลหญิงหลังคลอด ซึ่งขณะนี้ ทางรพ.มีแพทย์เฉพาะทางด้านสูตินรีเวช มาปฏิบัติงานประจำแผนกห้องคลอด สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ ครบถ้วนดีแล้ว

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน หยุดให้บริการเป็นช่วงๆจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19
แนวทาง/แผนพัฒนา ให้บริการตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขและพัฒนาระบบการให้บริการเชิงรุกในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

3.2 ด้านคุณภาพ (ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยวิธีการทักหม้อเกลือครบ 5 ครั้ง	> 60%	6.72
2	อัตราการรักษาผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินต่อเนื่องตาม CPG มีรอยโรคสงบลงและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น	> 80%	83.34
3	อัตราการรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมต่อเนื่องตาม CPG มีระดับอาการข้อฝืด ตึง ดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ	> 80%	86.87
4	อัตราการรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตมีอาการดีขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับตาม CPG	> 80%	88.64
5	อัตราการรักษาผู้ป่วยโรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจส่วนต้นตาม CPG อาการดีขึ้น อย่างน้อย 1 ระดับ	> 80%	82.3
6	อัตราการรักษาผู้ป่วยโรคข้อไหล่ติดตาม CPG มีระดับอาการดีขึ้น อย่างน้อย 1 ระดับ	> 80%	81.25

HosXp. 3 ต.ค.65

วิเคราะห์งาน การฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด น้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นผลมาจากในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 มีนโยบายให้หยุดให้บริการ และในบางหัตถการ เช่น การอบไอน้ำสมุนไพร ไม่สามารถให้บริการได้ และปัจจุบันนี้ รพ.พรหมพิราม มีแพทย์แผนปัจจุบันเฉพาะทางสูตินรีเวช ให้บริการอย่างเต็มรูปแบบ มารดาหลังคลอดได้รับความรู้ในรูปแบบที่ทันสมัยอย่างมีคุณภาพดีแล้ว

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน หยุดให้บริการเป็นช่วงๆจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19
แนวทาง/แผนพัฒนา ให้บริการตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติตัวหลังการรักษาอย่างถูกต้อง

3.3 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยฯ	ร้อยละ 20.5	28.36
2	พัฒนาศูนย์คลินิกสุขภาพทางการแพทย์	เปิดให้บริการ	100 %

วิเคราะห์งาน จากการวิเคราะห์การให้บริการงานแพทย์แผนไทยพบว่า ร้อยละของผลงานการให้บริการในปีงบประมาณ

2565 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ตามที่กระทรวงกำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ยังพบการแพร่ระบาดของโรค Covid-19 อยู่เป็นช่วงๆ

แนวทาง/แผนพัฒนา ให้บริการตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข เน้นการให้บริการในชุมชน เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยได้มากขึ้นและเกิดความพึงพอใจ

3.4 ผลการดำเนินงานตามแผนธุรกิจ

สรุปแผนธุรกิจการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย			
รายการ	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
แผนธุรกิจ IPD แพคเกจการรักษาโรคเบื้องต้น 3 วัน 2 คืน	3,365,590.00	2,133,217.00	996,694.25
แผนธุรกิจ OPD กิจกรรมนวดเพื่อสุขภาพผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทย	4,287,589.50	2,855,935.40	1,449,095.50

วิเคราะห์งาน จากการวิเคราะห์การให้บริการงานแพทย์แผนไทยพบว่า ผลการให้บริการมีแนวโน้มลดลง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน หยุดให้บริการเป็นช่วงๆจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค Covid-19

แนวทาง/แผนพัฒนา ให้บริการตามแนวทางปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุขและพัฒนาระบบการให้บริการ ปรับปรุงสถานที่ให้บริการทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคาร เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยได้สะดวก รวดเร็วและเกิดความพึงพอใจ

ผลงานเด่นและความภาคภูมิใจ (ปีงบประมาณ 2565)

ได้รับการประเมินมาตรฐานจาก รพ.สส.พท.ประจำปี 2565 ใน ระดับดีเยี่ยม

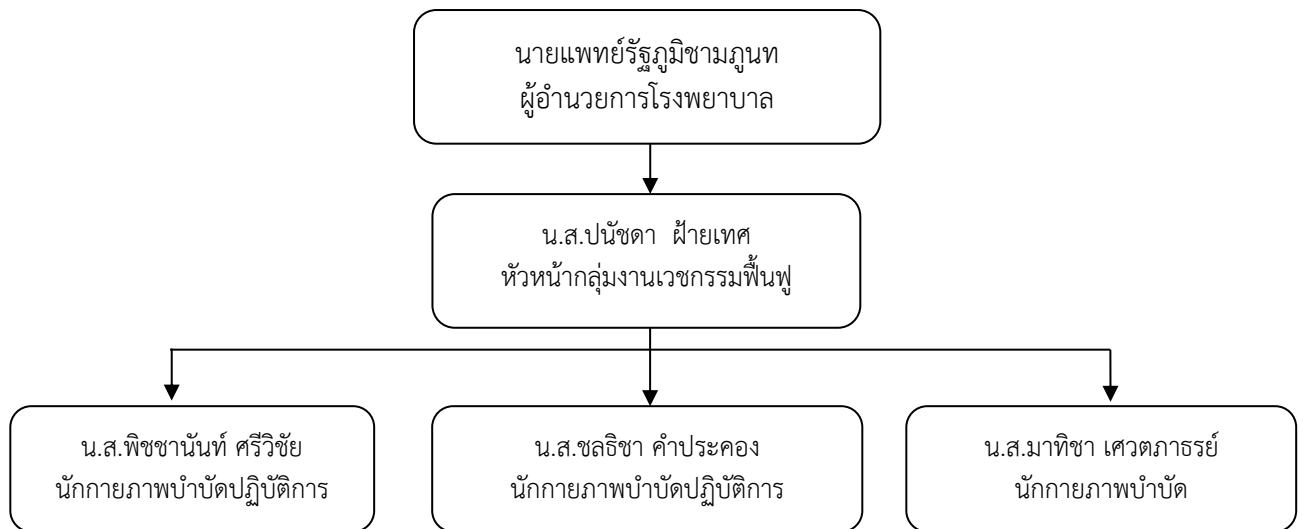
แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. การพัฒนาอาคาร สถานที่ให้บริการ ทั้งภายในอาคารและสิ่งแวดล้อมภายนอกอาคารให้สวย สะอาด ปลอดภัย เพื่อเสริมสร้างความน่าสนใจในการเข้ารับบริการ

2. พัฒนาระบบการเข้าถึงงานบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้เข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ให้ทั่วถึงทั้งเขตความรับผิดชอบในชุมชน และผู้สนใจนอกเขตการให้บริการ โดยเพิ่มจุดให้บริการ ได้แก่ การออกให้บริการใน รพ.สต. การจัดโครงการต่างๆให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรม และขยายจุดให้บริการในศูนย์การค้า Big C

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู งานกายภาพบำบัด

โครงสร้างการบริหารงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. งานด้านการรักษาผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน/5 อันดับโรคสำคัญ
2. งานคลินิกพิเศษ
 - 2.1 งานคลินิกเบาหวาน
 - 2.2 งานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/คลินิก Spirometry
 - 2.3 งานคลินิกโรคไต
3. งานเยี่ยมบ้าน
4. ออกให้บริการหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(PCC)
5. ตัวชี้วัดของหน่วยงานและระบบส่งต่อรพศ.
6. ผลงานอื่นๆ
 - 6.1 ผลงานรายงานค่าชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
 - 6.2 ผลงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ปี 2565



ผลงานด้านปริมาณงาน (เชิงปริมาณ)

2. ผลงานให้บริการผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนผู้ป่วยนอกที่เข้ารับ บริการทางกายภาพบำบัด	3,448	4,233	3,379	3,200
2	จำนวนผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการ ทางกายภาพบำบัด	383	601	861	579
3	จำนวนผู้ป่วยที่มาขอใบรับรอง ความพิการ	425	501	706	459

1.1) หัตถการที่สำคัญของผู้ป่วยนอก

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การประคบร้อน-เย็น	3,709	3,740	4,415	2,358
2	การรักษาด้วยคลื่นเสียง	4,127	4,546	4,651	2,248
3	การดึงคอและดึงหลังด้วยเครื่อง	839	469	308	475
4	การฝึกเดิน	773	76	141	86
5	การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า	2,848	3,867	4,221	2,097
6	การกดจุดและนวด	2,220	3,945	1,636	2,029
7	การสอนญาติและผู้ป่วยก่อน จำหน่าย	2,823	3,458	2,365	2,029

1.2) หัตถการที่สำคัญของผู้ป่วยใน/ผู้ป่วยในแผนไทย (นับรวมเฉพาะปี 2563 ถึง ปี2565)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การประคบร้อน-เย็น	103	204	415	241
2	การเคลื่อนไหวข้อต่อ	90	123	224	113
3	การฝึกการเคลื่อนย้ายตัว/ADL training	122	96	180	62

4	การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง	116	178	171	53
5	การสอนญาติและผู้ป่วย	286	668	861	282
6	การกดจุดและนวด	43	82	79	147

วิเคราะห์งาน พบว่าจำนวนผู้มารับบริการกายภาพบำบัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2563 มีการเปิดคอร์ส 3 วัน 2 คืน ผู้ป่วยในแผนไทยให้บริการกายภาพบำบัดร่วมด้วยและภาระงานที่เพิ่มขึ้นคือการประเมินความพิการแก่ผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก ส่วนหัตถการผู้ป่วยในที่สำคัญ 3 อันดับคือ การสอนญาติและผู้ป่วยข้างเตียงขณะที่นอนหลับ การประคบร้อน-เย็น และการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ป้องกันข้อติด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ส่งผลให้ผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในไม่สามารถเข้ารับบริการได้และการหยุดให้บริการผู้ป่วยในแผนไทยทำให้กลุ่มสิทธิเบิกจ่ายตรงลดลงบางส่วน

แนวทาง/แผนพัฒนา เพิ่มช่องทางให้บริการทั้งนอกเวลาและในเวลาเพื่อเพิ่มจำนวนผู้มารับบริการในกลุ่มข้าราชการในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดหาเครื่องมือกายภาพบำบัดที่มีความทันสมัย เพิ่มทักษะของนักกายภาพบำบัดเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

สรุป 5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัด

อันดับ	ปี 2563		ปี 2564	
	โรค	จำนวน (ครั้ง)	โรค	จำนวน (ครั้ง)
1	Myofacial pain syndrome	740	Muscles strain	1,190
2	LBP	563	LBP	411
3	OA knee	266	L- spondylolisthesis	248
4	Shoulder pain	252	Shoulder pain	244
5	Stroke	88	OA knee	181

5 อันดับโรคที่มารับบริการกายภาพบำบัด ปี 2565

อันดับ	5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกที่มารับบริการกายภาพบำบัด	
	โรค	จำนวน(คน)
1	Myofacial pain syndrome	822
2	LBP	629
3	OA knee	156
4	Shoulder pain	274
5	Stroke	102

วิเคราะห์งาน 5 อันดับโรคสำคัญสามารถขยายบริการผู้ป่วยนอกเพื่อให้เกิดความทั่วถึงได้ ในกลุ่มโรค Myofacial pain หรือกลุ่ม Office syndrome ได้มีการส่งเสริมและการให้ความรู้ทางกายภาพบำบัดจากการออกประเมินตามคลินิกและนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินระดับ Pain score เพื่อประเมินแรกรับและจำหน่ายผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

3. งานคลินิกพิเศษ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	สอนออกกำลังกายคลินิก เบาหวาน	2,448	540	1,089	675
2	สอนออกกำลังกายคลินิกไต	1,868	731	670	535
3	เดิน 6 minute walk ในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	126	1,421	824	122
4	ให้บริการคลินิก Spirometry	NA	14	85	76

2.1 งานคลินิกเบาหวาน

วิเคราะห์งาน ขยายบริการเพื่อให้เกิดความหลากหลายได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้ทางกายภาพบำบัดจากการออกประเมินผู้ป่วยคลินิกเบาหวานและนำมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยและตอบสนองความต้องการของแพทย์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพในเจ้าหน้าที่กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงยังไม่สามารถจัดบริการได้ทั้งนี้ได้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากการทำงานและการลงข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในระบบ Hosxp ยังไม่ครอบคลุม

แนวทาง/แผนพัฒนา การให้คำปรึกษารายกลุ่มจัดทำแผนพัฒนาหรือแนวทางปฏิบัติร่วมกับพยาบาลในคลินิกพิเศษเพื่อขยายบริการในอนาคตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2.2 งานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง/คลินิก Spirometry

วิเคราะห์งาน งานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้บูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพในคลินิก ได้ให้ความรู้เรื่องการบริหารปอดและฝึกการหายใจเพื่อลดการหอบเหนื่อยในทุกวันศุกร์ตั้งแต่ 10.00 น.-12.00 น. และมีการเดิน 6minutes walk Test ในผู้ป่วย COPD ผลการติดตามผู้ป่วยได้ลดลงเนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสCovid-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการในคลินิกได้ตามเป้าหมาย ส่วนผู้ป่วยรายใหม่ที่แพทย์ส่งตรวจ Spirometry เริ่มเปิดให้บริการทางคลินิกในปี 2564-2565 ให้บริการผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 161 ราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสCovid-19 ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ในปี 2565 ทางคลินิก COPD มีแพทย์เฉพาะทางมาช่วยการวินิจฉัยโรคด้วยเครื่อง Spirometry ทำให้มีการส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่สามารถเพิ่มจำนวนวันที่ให้บริการเพิ่มได้

แนวทาง/แผนพัฒนา ประสาน PM Clinic เพื่อติดตามผู้ป่วยกรณีไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกและจัดทำระบบนัดหมายในหน่วยงานเพิ่มขึ้นในการสื่อสารกับสหวิชาชีพ ติดตามผู้ป่วยด้วยการโทรติดตาม เพื่อเช็ควินเข้ารับบริการใหม่

2.3 คลินิกไตเรื้อรัง

วิเคราะห์งาน จำนวนผู้ป่วยในคลินิกไตเรื้อรังระยะ 4 มีจำนวนเพิ่มขึ้น การให้บริการในระยะแรกมุ่งเน้นในกลุ่มไตเรื้อรังระยะ 3 B และระยะที่ 4 ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร โดยเฉพาะปริมาณโซเดียมและโพแทสเซียม การติดตามค่า EGFR เพื่อประเมินการกรองสารพิษของไตระยะต่างๆ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสCovid-19 ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องในบางราย แต่มีการติดตามในกลุ่มผู้ป่วยไตรายใหม่ที่ส่งมาจาก รพสต และการคัดกรองจาก OPD

แนวทาง/แผนพัฒนา มีการประเมินระดับความสามารถผู้ป่วยไต ในระยะ 3 4 และ 5 โดยเน้นในกลุ่ม 3B

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr}$ คิดเป็นร้อยละ 64.21

4. งานเยี่ยมบ้าน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย , ครั้ง)			
		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	57	66	42	8
2	เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง	4	18	28	4
3	เยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน	9	8	4	9

วิเคราะห์งาน งานเยี่ยมบ้านได้บูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพเยี่ยมและติดตามผู้ป่วยทุกวันพฤหัสบดี ช่วงบ่าย โดยได้ติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ Thai coc และการส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างทีมสหวิชาชีพ ทั้งผู้ป่วย IMC ผู้ป่วยติดบ้านและผู้ป่วยติดเตียง ที่ต้องติดตามต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในปี 2565 ผลการติดตามผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านลดลง เนื่องจากการเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ส่งผลให้การออกเยี่ยมบ้านในชุมชนไม่สามารถทำตามเป้าหมาย โดยในปี 2565 มี 9 รพ.สต. ที่ยังไม่ได้ออกติดตามเยี่ยมบ้าน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 ส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่องในบางราย และการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใหม่ การออกเยี่ยมบ้านในชุมชนไม่สามารถทำได้ต่อเนื่อง

แนวทาง/แผนพัฒนา ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามอาการและความก้าวหน้าในการฟื้นฟู ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สะดวกเดินทางเพื่อมารับการฟื้นฟูต่อเนื่องที่โรงพยาบาลได้พัฒนาระบบเยี่ยมบ้านผ่านออนไลน์และนัดเป็น OPD case เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและประเมินความก้าวหน้าในกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่

4. จัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ(PCC)

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2562 (ครั้ง/ราย)	ปี 2563 (ครั้ง/ราย)	ปี 2564 (ครั้ง/ราย)	ปี 2565 (ครั้ง/ราย)
1	ออกให้บริการ PCC มะตุม	2/ 7	3/ 22	5/ 44	8/ 58
2	ออกให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงและติดบ้านร่วมกับงานปฐมภูมิ	12	7	3	1

วิเคราะห์งาน ในปี 2565 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูได้สนับสนุนหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจำนวน 2 แห่งได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบลมะตุม และศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอพรหมพิรามหรือทีมหมอครอบครัวโดยยึดประชากรเป็นหลักในการขยายบริการ เริ่มจากการจัดรูปแบบสนับสนุนนักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่ตำบลพรหมพิรามทุกวันศุกร์ และมีเครือข่ายอสม.ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนบริการที่ รพ.สต.มะตุมได้จัดนักกายภาพบำบัดลงไปให้บริการที่หน่วยบริการ เครื่องดึงหลังดึงคอ เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า หม้อพาราฟิน เตียงปรับระดับ Tilt table โดยมีนักกายภาพบำบัดลงไปเดือนละ 1 ครั้ง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน กิจกรรมออกให้บริการไม่ได้ตามแผนงานที่จัดทำไว้เนื่องจากสถานที่ให้บริการยังไม่เพียงพอ ต้องอาศัยห้องตรวจแพทย์ด้านนอกแทน และจำนวนผู้มารับบริการที่หน่วยบริการยังมีน้อยทำให้เสียอัตราการกำลังสำหรับการขยายบริการให้แก่ผู้ป่วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.จัดทำแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการออกให้บริการแบบเต็มวัน และช่วงบ่ายออกให้บริการเยี่ยมบ้าน
- 2.ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยติดเตียงคนพิการแบบ CBR (Community Base Rehabilitation)

ผลงานด้านคุณภาพงาน

5. ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงาน 2563	ผลงาน 2564	ผลงาน 2565
1	ร้อยละการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในรพ	100%	100%	100%
2	ร้อยละการบรรลุ Home program ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	100%	100%	100%
3	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	88.88%	84.30%	97.78%
4	ร้อยละผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel index เท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้น	94.25%	93.3%	86.21%
5	ร้อยละผู้ป่วยปวดคอมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างน้อย 50%	90%	97.12 %	85.09 %
6	ร้อยละผู้ป่วยปวดหลังมีระดับความเจ็บปวดลดลงอย่างน้อย 50%	84.44%	85.60%	98.50%
7	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่มีการเพิ่มขึ้นของ ROM อาการดีขึ้น	100%	100%	90%
8	ร้อยละการบรรลุ Home program ผู้ป่วยปวดคอ	100%	90%	90%
9	ร้อยละการบรรลุ Home program ผู้ป่วยปวดหลัง	100%	80%	80%
10	ร้อยละผู้ป่วยที่มีปัญหาข้อไหล่มีการเพิ่มขึ้นของ ROM กลุ่ม Frozen shouldersระดับ Functional rang	98.18%	92.5%	90%
11	จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน	2 เรื่อง	4 เรื่อง	6 เรื่อง
12	ร้อยละของเครื่องมือกายภาพบำบัดได้รับการตรวจเช็คสภาพประจำปี	100%	80%	80%
13	ร้อยละของบุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	100%	100%	100%

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ผลงาน 2563	ผลงาน 2564	ผลงาน 2565
14	ร้อยละความพึงพอใจต่อหน่วยงานเวชกรรมฟื้นฟู (ตามกพร)	98.13%	98.67%	98.20%
15	ร้อยละของบุคลากรได้รับการฝึกซ้อม CPR	100%	100%	100%
16	ร้อยละของบุคลากรผ่านการอบรม IC	100%	100%	100%
17	ร้อยละการประเมินมาตรฐาน 5 ส ผ่านการประเมินของ โรงพยาบาล	100%	100%	100%
18	ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการติดตามต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน หรือ BI=20	73.50%	76.10%	76.67%

วิเคราะห์งาน ได้มีการทบทวนและวางแผนงานเพื่อปรับปรุงให้ได้ตามเป้าหมาย บางตัวชี้วัดเป็นของทีมคร่อม
สายงาน ต้องมีการเก็บข้อมูลในแผนกเพื่อใช้วิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่รพ กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน บางตัวชี้วัดยังไม่บรรลุตามเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ จากสถานการณ์การแพร่
ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 จำกัดการให้บริการกลุ่มที่ต้องติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

แนวทาง/แผนพัฒนา มีการวางแผนงานร่วมกับทีม PCT ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเพื่อให้บรรลุตามตัวชี้วัด มี
timeline ในการเก็บข้อมูล

5.1 ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากรพศ.

ระบบส่งต่อผู้ป่วยจากรพศ.(จากใบส่งตัวและทางระบบ Line)

กลุ่มโรคที่ ได้รับส่งต่อ จากพทช	ผลงาน	จำนวนคนที่มารับ บริการ (ครั้ง)	อาการดีขึ้น
Neuro	ใบส่งตัวโรคหลอดเลือดสมอง	20	18
Orthopedic	ใบส่งตัวโรคระบบกระดูกและ กล้ามเนื้อ	4	3
Chest	ใบส่งตัวประเมินสมรรถภาพปอด	2	2
Pediatric	ใบส่งตัวประเมินพัฒนาการเด็ก	1	1

วิเคราะห์งาน เนื่องจากเครือข่ายนักกายภาพบำบัดเขต 2 ได้พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยทำให้สะดวกต่อการ
มารับบริการโดยจะมีใบส่งต่อระหว่างหน่วยงานและรายละเอียดเบื้องต้นในการส่งตัวมารักษาต่อเนื่อง ในกลุ่ม
ผู้ป่วยระบบประสาท จะมีการส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม PRM และตอบกลับผลการรักษาที่รพศ.

วิเคราะห์งาน เนื่องจากเครือข่ายนักกายภาพบำบัดเขต 2 ได้พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยทำให้สะดวกต่อการ
มารับบริการโดยจะมีใบส่งต่อระหว่างหน่วยงานและรายละเอียดเบื้องต้นในการส่งตัวมารักษาต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากการะงานในปัจจุบันต้องสื่อสารทางระบบConsultระบบส่งต่อจึงมีความสำคัญต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาทางกายภาพบำบัด จำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อมีการส่งตัวกลับมาที่รพ.ใกล้บ้าน

แนวทาง/แผนพัฒนา พัฒนาระบบการสื่อสารผ่านออนไลน์ เพื่อลดระยะเวลาและป้องกันเอกสารใบส่งตัวสูญหายและมีระบบลงทะเบียนเอกสารการส่งตัวพร้อมสแกนข้อมูลผู้ป่วยลงในโปรแกรม Hosxpเพื่อสืบค้นได้ง่าย

6.1 ผลงานรายงานค่าชดเชยค่าบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (สิทธิUCและผู้พิการ)

เดือน	ปีงบประมาณ 2562		ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	บริการฟื้นฟู (ครั้ง/ราย)	จำนวนเงิน	บริการฟื้นฟู (ครั้ง/ราย)	จำนวนเงิน	บริการฟื้นฟู (ครั้ง/ราย)	จำนวนเงิน	บริการฟื้นฟู (ครั้ง/ราย)	จำนวนเงิน
ตุลาคม	179	26,850	178	26,700	392	58,800	111	16,650
พฤศจิกายน	169	25,350	273	40,950	381	57,150	81	12,150
ธันวาคม	158	23,700	212	31,800	375	56,250	106	15,900
มกราคม	82	12,300	250	37,500	270	40,500	157	23,550
กุมภาพันธ์	78	11,700	124	18,600	320	48,000	184	27,600
มีนาคม	72	10,800	180	27,000	132	19,800	252	37,800
เมษายน	74	11,100	237	35,550	107	16,050	97	14,550
พฤษภาคม	96	14,400	283	42,450	160	24,000	112	16,800
มิถุนายน	73	10,950	324	48,600	174	26,100	142	21,300
กรกฎาคม	69	10,350	206	30,900	181	27,150	161	24,150
สิงหาคม	121	18,150	181	27,150	106	15,900	96	14,400
กันยายน	182	27,300	361	54,150	151	22,600	140	21,000
รวม	1,353	202,950	2,809	421,350	2,749	373,800	1,639	245,850

วิเคราะห์งาน ในปีงบประมาณ 2565 ได้แบ่งการจ่ายเงินเป็น 2 กองทุนส่วนหนึ่งจากงบกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยคิดเฉลี่ยที่ 75 บาทต่อคน จากการคำนวณที่คนละ 150 บาท โดยจะสิ้นสุดการใช้จ่ายงบประมาณภายในเดือนธันวาคม 2565 และการให้บริการในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพที่รพ. และติดตามเยี่ยมบ้านโดยผ่านโปรแกรมสปสช. ทั้งนี้ค่าชดเชยจะรวมถึงค่าอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ และค่าบริการฟื้นฟูในกลุ่มจิตบำบัดรายละ 300 บาทต่อคนด้วย ทั้งนี้ในปี 2565 ยังมีการใช้จ่ายค่าบริการสำหรับผู้ป่วย IMC /ฝังเข็ม โดยต้องให้บริการจนครบ 20 ครั้งต่อคนหรือจนผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ BI=20

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบงานเปลี่ยนบ่อย การลงข้อมูลขาดความต่อเนื่อง มีการปรับเปลี่ยนโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทุกปี

แนวทาง/แผนพัฒนา การพัฒนาระบบการใช้จ่ายรายบุคคลสำหรับผู้รับผิดชอบงานคนพิการ และการจัดทำโครงการในการเสนอเพื่อขอรับเงินสนับสนุนในระดับจังหวัดต่อไป

6.2 ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์ที่ 4 แผนเพิ่มรายรับกายภาพบำบัด(ขยายบริการในเวลา)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน 2562	ผลงาน 2563	ผลงาน 2564	ผลงาน 2565
1	รายรับกายภาพบำบัดเพิ่มขึ้นภายใน 12 เดือน (หักต้นทุน)	574,600	605,210	560,863	467,116	580,030

วิเคราะห์งาน จากแผนยุทธศาสตร์ที่ 4 ของได้เริ่มจากการทำแผนธุรกิจในเวลาราชการ โดยเพิ่มให้บริการในกลุ่มที่มีสิทธิเบิกได้ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและกลุ่มที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพและมีความประสงค์ขอทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2565 โดยในปี 2565 สามารถทำได้ตามเป้าหมายที่วางไว้

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัส Covid 19 ทำให้ต้องหยุดให้บริการหัตถการบางประเภทที่ฟุ้งกระจาย และการจำกัดผู้มารับบริการที่แผนกชม.ละ ไม่เกิน 4 คน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ปรับกลยุทธ์ในการคัดกรองผู้ป่วยให้มีความครอบคลุมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. จัดคิวสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัด

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2565

1. โครงการศูนย์สาธิตและจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรพ.สต.มะตูม ประจำปีงบประมาณ 2565 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จำนวน 183,600 บาท ใช้เงินไปทั้งสิ้น 172,920 บาท ได้มอบรถจักรยาน 5 คัน รถเข็นนั่ง จำนวน 4 คัน เป็นระบบยืมคืนในส่วนของโรงพยาบาลพรหมพิราม กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเป็นผู้รับผิดชอบ



กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
โครงสร้างการบริหารงาน

นพ. อี้ดยงวัน ยงย่วน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม

ภก. คำณบ มากจ้อย
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค

๑. ภญ.ปฐมาภรณ์ ชัยเพ็ชร ๒. ภก.รณชัย อินทรไพบุลย์ ๓. ภญ.กรรณิการ์ ทับทิม
๔. ภญ.ชนิตา นิยมสุวรรณ ๕. ภญ.อัจฉรารัตน์ แสงสว่าง ๖. ภญ.ปภัสนิธิ์ โรจน์วรวิช

๑. นายสุภาพ พิกเอม ๒. นางปัญญา บุญโพธิ์ ๓. นางอรทัย เวชประสิทธิ์
๔. น.ส.สุดารัตน์ ถมวรรณ ๕. นางสาวคนธ์ กลิ่นหอม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. กลุ่มบริการเภสัชภัณฑ์และเภสัชกรรมชุมชน

- 1.1 งานบริการเภสัชภัณฑ์ : ประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด , จัดซื้อจัดหา , ควบคุมการเบิก-จ่ายยาและเวชภัณฑ์ , สนับสนุนสถานบริการระดับรองด้านยาและเวชภัณฑ์
- 1.2 งานผลิตยา : วางแผนการผลิต , ผลิตยาจำเป็น/ยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย , การแบ่งบรรจุยา
- 1.3 งานเภสัชกรรมชุมชน : งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข , สนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน , ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย

2. กลุ่มบริการเภสัชภัณฑ์และเภสัชกรรมคลินิก

- 2.1 งานบริการเภสัชกรรม : การจ่ายยาผู้ป่วยนอก , การจ่ายยาผู้ป่วยใน , การจ่ายยาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ
- 2.2 งานเภสัชกรรมคลินิก : การให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วย , การติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย , การให้บริการข้อมูลข่าวสารด้านยา , การพัฒนาระบบกระจายยาในโรงพยาบาล
- 2.3 งานวิชาการเภสัชกรรม : การเผยแพร่ความรู้ด้านยา , นิเทศสถานบริการระดับรอง , ศึกษาวิจัยด้านเภสัชกรรม
- 2.4 งานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ : การจ่ายยาผู้ป่วย , งานเยี่ยมบ้านด้านยา , งานพัฒนาระบบยา รพ.สต.

3. งานบริหารทั่วไปภายในฝ่าย

- 3.1 แผนงานและจัดระบบงานเภสัชกรรม
- 3.2 งานประมวลผลและงานสารบรรณ
- 3.3 งานพัฒนาบุคลากร

ผลงานด้านปริมาณงาน
งานบริการเภสัชภัณฑ์

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การประชุมของทีม PTC (ครั้ง)	2 ครั้ง	4 ครั้ง	12 ครั้ง
2	จำนวนรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ / จำนวนรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ (รายการ)	403 / 30 (93.07%)	386 / 26 (93.69%)	415/30 (93.26%)
3	จัดทำเอกสารการส่งชื้อยา (ชุด)	300	325	287
4	ลงทะเบียนรับยา (รายการ)	1,466	1,571	1,813
5	ร้อยละการจัดชื้อยาตามแผนงบประมาณ	100.51%	95.55%	97.80%
6	มูลค่าการจัดชื้อยาทั้งหมด (บาท)	22,111,601.79	22,167,062.93	21,521,953.79
7	การจัดชื้อยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (บาท)	21,570,717.09 (97.55%)	21,530,496.94 (97.13%)	20,721,580.00 (96.28%)
8	การจัดชื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม (บาท)	4,389,145.64 (19.85%)	1,349,481.30 (6.09%)	1,642,027.96 (7.63%)
9	การจัดชื้อยาร่วมระดับจังหวัดและเขต (บาท)	17,584,260.89 (79.53%)	20,523,323.64 (92.58%)	19,573,664.28 (90.95%)
10	มูลค่าการใช้ยาทั้งหมด (บาท)	26,342,213.24	41,935,309.73	46,916,086.66
11	มูลค่าการใช้ยาที่จัดซื้อเอง (บาท)	21,460,452.33	21,871,167.68	21,768,733.07
12	มูลค่าการใช้ยาที่รับสนับสนุน (บาท)	4,881,760.91	20,064,142.05	25,147,353.59
13	คงคลังยา ณ สิ้นปีงบประมาณ (บาท)	5,068,277.32	8,948,242.81	4,765,934.22
14	อัตราคงคลังยาสิ้นปีงบประมาณ (เดือน)	2.31	2.56	2.15
15	จำนวนครั้งยาช่วยชีวิต ขาดคลัง (ครั้ง)	2	5	1
16	จำนวนยาในบัญชียา รพ. ที่ขาดเกินกว่า 24 ชม. (รายการ)	4	0	5
17	จำนวนยาที่ค้างจ่ายแก่ผู้ป่วย (รายการ)	11	12	14
18	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่ห้องจ่ายยา (รายการ)	6	2	2
19	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่คลังใหญ่ (รายการ)	2	0	0
20	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่คลังย่อย (รายการ)	4	0	2

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
21	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่ห้องฉุกเฉิน (รายการ)	1	0	1
22	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่ห้องคลอด (รายการ)	1	0	1
23	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่ตึกผู้ป่วยใน (รายการ)	0	0	1
24	จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ที่แผนไทย (OPD – IPD)	0	0	0

วิเคราะห์งาน

ผลงานของกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภคที่ไม่ผ่านเกณฑ์ มีหลายข้อทั้ง อัตราคงคลังยาสิ้นเดือน มีมากกว่า 2 เดือน , จำนวนครั้งยาช่วยชีวิตขาดคลัง , จำนวนรายการยาในบัญชียา รพ. ขาดเกินกว่า 24 ชม. , จำนวนรายการยาที่ค้างจ่ายแก่ผู้ป่วย , จำนวนยาหมดอายุ เสื่อมสภาพ ณ จุดต่างๆ

ยาช่วยชีวิตขาดคลังเป็นยาที่มีปริมาณการสั่งใช้น้อยครั้ง แต่ใช้คราวละมากๆ รวมทั้งเกิดเหตุการณ์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วยหลายรายในเวลาใกล้เคียงกันจึงทำให้ซื้อยามาสำรองไม่ทัน

ยาที่ขาดเกิน 24 ชั่วโมงหรือที่ค้างจ่ายแก่ผู้ป่วยเป็นยาที่ซื้อใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย หรือเป็นยาที่บริษัทผู้ขายยาจัดส่งยาให้ไม่ทันกำหนด เนื่องจากขาดสารเคมีและผลิตไม่ทัน

ยาที่หมดอายุ มีทั้งเป็นยาที่ใช้สำหรับใช้ช่วยชีวิต หรือยาที่มีปริมาณการสั่งใช้น้อย หรือเป็นรายการยาที่ซื้อใช้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายเมื่อหยุดใช้และไม่มีการสั่งใช้ต่อกับผู้ป่วยรายอื่นจึงมียาเหลือ หรือเป็นยาเดิมของผู้ป่วยที่เหลือเก็บไว้ที่ รพ.

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การระบาดของ Covid-19 ทำให้แพทย์สั่งยาตามจำนวนวันนัดผู้ป่วยที่มากกว่าปกติ (4-6 เดือน) , จำนวนผู้ป่วยไม่แน่นอน , อัตราการใช้ยาไม่คงที่ ทำให้ประมาณการสำรองยาและการประมาณการจัดซื้อผิดพลาด

2. ปัญหาจากการท้องคั่งการเภสัชกรรมและบริษัทที่ขายยา ยกเลิกการผลิตยาหลายรายการหรือผลิตยาไม่ทันและไม่สามารถส่งยาได้ครบถ้วน ทำให้ยาขาดคลัง

3. มีการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ศูนย์หรือโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากลุ่ม Morphine ทำให้จัดหาได้ไม่เพียงพอ รวมถึงผู้ผลิตไม่สามารถผลิตยาได้ทัน

4. การหมุนเวียนของแพทย์ผู้ตรวจทำให้อัตราการสั่งใช้ยาเปลี่ยนแปลงบ่อย จึงไม่สามารถจัดหาได้เพียงพอกับความต้องการ

5. บางครั้งพบว่าการสั่งใช้ยาบางรายการลดจำนวนลงมากหรือไม่มีการสั่งใช้ยาบางรายการเลยทำให้พบยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ

6. สำหรับยาที่ต้องสั่งซื้อเฉพาะราย แต่ไม่ทราบปริมาณยาที่ต้องการใช้จริง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงคำสั่ง จึงมียาเหลือ
7. มีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติงานของบุคลากร
8. ขาดผู้รับผิดชอบงานโดยตรง
9. เจ้าหน้าที่มีจำนวนไม่เพียงพอกับปริมาณงานทำให้มีเวลาไม่เพียงพอในการปฏิบัติงานในคลังยา
10. ผู้ปฏิบัติงานไม่ได้ปฏิบัติตาม WI ในเรื่องการรายงานปริมาณยาคงเหลือ , การเบิกจ่ายยาจากคลัง , การตรวจสอบยาหมดอายุ
11. อุปกรณ์เก็บรักษา ยา ชั้นบรรจุยา มีขนาดเล็กไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาณการใช้ยาที่มากขึ้น ไม่สะดวกในการตรวจสอบตรวจสอบจำนวน วันหมดอายุและความพร้อมของการใช้งาน
12. ไม่มีสถานที่จัดเก็บยานอกบัญชีโรงพยาบาลที่ติดมากับผู้ป่วยและยาเฉพาะราย
13. ระบบบริการเบิกจ่ายยาจากห้องยาไปยังจุดบริการเป็นแบบ one way ไม่สามารถตรวจสอบย้อนกลับได้ เช่น lot no. , expire date
14. ขาดการกำกับ , ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ขอความร่วมมือให้องค์การเภสัชกรรมหรือบริษัทที่ขายยา ผลิตและจัดส่งยาให้ครบถ้วนตามการสั่งซื้อ หรือถ้าองค์กรเภสัชกรรมหรือบริษัทที่ขายยา ผลิตและจัดส่งยาไม่ทันให้แจ้งมาที่โรงพยาบาลเพื่อที่จะได้จัดซื้อจากบริษัทผู้จำหน่ายรายอื่นแทน
2. จัดซื้อยาร่วมระดับเขต , ระดับจังหวัด เพิ่มมากขึ้น
3. ประเมินอัตราการใช้บ่อยๆ เพื่อให้ประมาณการได้ใกล้เคียงความเป็นจริง
4. ดำเนินโครงการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)
5. ทบทวนอุบัติการณ์กับผู้ปฏิบัติ วิเคราะห์ RCA และปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติงานและชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบและปฏิบัติตาม
6. ต้องมีการรายงานจำนวนคงเหลือของยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะรายการยาที่มีอัตราการใช้เปลี่ยนแปลงมากๆ , มีการตรวจสอบยา ณ จุดจ่ายทุกจุดทุก 1 เดือนเพื่อลดจำนวนยาหมดอายุหรือเสื่อมสภาพ
7. จัดทำปฏิทินยาใกล้หมดอายุ และเบิกจ่ายยาที่มีอายุสั้นออกก่อน
8. เพิ่มเวลาในการปฏิบัติงานในคลังยาย่อยตามความเหมาะสม
9. กรณีที่ยาเหลือน้อยให้แบ่งจ่ายแก่ผู้ป่วย ติดตามการจ่ายยา ทำทะเบียนการจ่ายยาผู้ป่วยและโทรศัพท์ตามผู้ป่วยเมื่อมียามา
10. แจ้งยอดผู้ป่วยและปริมาณการใช้ที่มีการเปลี่ยนแปลงให้กับผู้รับผิดชอบงานคลังยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการสำรองยาเพียงพอต่อการจัดยาให้ผู้ป่วย
11. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงาน
12. อบรมฟื้นฟูและเพิ่มเติมความรู้
13. พัฒนา , ออกแบบรูปแบบและวิธีการการส่งมอบและการเก็บรักษา ยาให้เพียงพอ , พร้อมใช้สะดวกในการปฏิบัติงาน
14. มีการกำกับ , ติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

งานผลิตยา

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ความไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้ของยาแบ่งบรรจุ ล่วงหน้า (ครั้ง)	23	26	22
2	ความผิดพลาดของการแบ่งบรรจุ (ครั้ง)	0	9	1
3	การผลิตยาเตรียมสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย Oseltamivir cap Mix to syrup 10 mg/1 ml (ราย)	92	65	18
4	การผลิตยาใช้ภายนอก Special Mouth Wash (คลินิกอดบุหรี) (ขวด 450 มล.)	709	704	465
5	การผลิตยาใช้ภายนอก Alcohol Handrub (ขวด 450 มล.)	1,034	947	700
6	จำนวนรายการยาที่ผลิตเอง ค้างจ่ายแก่ผู้ป่วย (ครั้ง)	0	0	0

วิเคราะห์งาน

การผลิตยาและเตรียมยาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ยังไม่พบข้อผิดพลาดเกิดขึ้น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. มีภาระงานมากทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ
2. สถานที่ผลิตยาและเตรียมยาไม่เป็นสัดส่วน คับแคบ
3. มีการขอเบิกใช้ยาที่ผลิตเพื่อนำไปใช้กับคลินิกบริการ กะทันหัน ไม่ได้เป็นไปตามแผนการผลิตยา
ปกติ
4. ยาแบ่งบรรจุล่วงหน้า มีหลายรายการ แต่มีผู้รับผิดชอบหลักในการแบ่งบรรจุยาล่วงหน้ามี 1 คน
ทำให้การแบ่งบรรจุยาไม่ทันต่อการใช้

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เปลี่ยนการจัดซื้อแบบนับเม็ดเป็นแบบแผง รวมถึงมีการสุ่มตรวจการแบ่งบรรจุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อ
ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้มารับบริการได้
2. มีเจ้าหน้าที่งานคลังช่วยแบ่งบรรจุยา
3. จัดทำตารางงานขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเพื่อแบ่งบรรจุยาให้พร้อมใช้

งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้านขายยารับการตรวจประเมิน	10	11	10
2	สถานพยาบาลเอกชนได้รับการตรวจประเมิน	27	33	17
3	สถานที่ผลิตอาหารได้มาตรฐาน GMP	22	41	38
4	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	-	5	5
5	สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอางค์	-	1	0

วิเคราะห์งาน

การติดตามสถานประกอบการร้านขายยา คลินิก สถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน ดำเนินการได้ร้อยละ 100 ในติดตามประเมินตรวจมาตรฐานได้ดำเนินการตามข้อกำหนด หากได้รับข้อร้องเรียน หรือพบความผิดมาตรฐานด้านการใช้ยา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตามกฎหมายและประสานงานคุ้มครองระดับจังหวัดเฝ้าระวัง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

การตรวจติดตามสถานพยาบาล คลินิก ให้เป็นไปตามมาตรฐานจะมีการประสานล่วงหน้าในการเข้าติดตาม เนื่องจากบางแห่งเปิดนอกเวลาทำการอาจทำให้มีการเตรียมสถานที่ก่อนการเข้าประเมินติดตาม

แนวทาง/แผนพัฒนา

การตรวจประเมินร้านขายยา สถานพยาบาลเอกชน และสถานที่ผลิตอาหาร จะดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในเดือนพฤษภาคมของแต่ละปี และจะติดตามประเมินซ้ำในร้านยาที่ยังไม่ได้มาตรฐาน

งานบริการเภสัชกรรม

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้ป่วยนอก - จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	146,987	146,987	230,990
2	ผู้ป่วยนอก - จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	77,257	77,257	152,011
3	ผู้ป่วยนอก - จำนวนรายการยา (รายการ)	297,942	297,942	438,852
4	Cohort - จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	n/a	n/a	351
5	Cohort - จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	n/a	n/a	1,543
6	Cohort - จำนวนรายการยา (รายการ)	n/a	n/a	5,398
7	ผู้ป่วยใน ชั้น 1 - จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	2,029	2,029	2,049
8	ผู้ป่วยใน ชั้น 1 - จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	9,960	9,960	11,133
9	ผู้ป่วยใน ชั้น 1 - จำนวนรายการยา (รายการ)	75,185	75,185	80,980
10	ผู้ป่วยใน ชั้น 2 - จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	1,451	1,451	694
11	ผู้ป่วยใน ชั้น 2 - จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	6,653	6,653	3,396
12	ผู้ป่วยใน ชั้น 2 - จำนวนรายการยา (รายการ)	45,090	45,090	18,598
13	ผู้ป่วยใน ห้องคลอด - จำนวนผู้รับบริการ (ราย)	347	347	322
14	ผู้ป่วยใน ห้องคลอด - จำนวนใบสั่งยา (ใบ)	1,254	1,254	1,052
15	ผู้ป่วยใน ห้องคลอด - จำนวนรายการยา (รายการ)	1,215	1,215	1,881
16	ระยะเวลาในการรอรับยาเฉลี่ย (exit nurse ถึงรับยา) (<30 นาที)	36.68	36.68	22.29
17	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ($\geq 80\%$)	80.20%	80.20%	86.15%

วิเคราะห์งาน

ระยะเวลาในการรอรับยาเฉลี่ยงานบริการเภสัชกรรมพบมีแนวโน้มลดลง สอดคล้องกับระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยในการรับบริการด้านยาที่เพิ่มขึ้น โดยระยะเวลารอรับยาในช่วงเวลา 10.30 น. ถึง 12.30 น. จะรอนานกว่าช่วงเวลาอื่น เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าวแพทย์ออกตรวจพร้อมกันในหลายคลินิก

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เนื่องจากห้องจ่ายยาเป็นงานบริการที่อยู่ท้ายสุดของขั้นตอนการรักษาพยาบาล ระยะเวลารอรับบริการในแต่ละจุดบริการ อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการบริการด้านยาได้

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. กรณีที่มีผู้ป่วยรอรับการจ่ายยาจำนวนมาก จะเปิดช่องให้บริการในการจ่ายยาเพิ่มขึ้นอีก 1 ช่อง จากเดิม 2 ช่องเป็น 3 ช่อง
2. ในช่วงการระบาดของโรค covid -19 จัดให้มีโครงการส่งยาทางไปรษณีย์หรือรับยาผ่าน รพ.สต
3. แจ้งผลการประเมินความพึงพอใจให้ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยงานรับทราบ เพื่อสร้างความตระหนักและเพื่อการปรับปรุงแก้ไข

งานเรียกเก็บยาคืนจากผู้ป่วย

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	Insulin 70/30 10 ml (ขวด/บาท)	215 ขวด 13,330.00	152 ขวด 9,424.00	104 ขวด 6,448
2	Insulin 70/30 3 ml (ขวด/บาท)	268 ขวด 20,100.00	200 ขวด 15,000.00	122 ขวด 9,150
3	Insulin NPH 10 ml (ขวด/บาท)	9 ขวด 612.00	7 ขวด 476.00	5 ขวด 340
4	ยาเดิมคืนจากผู้ป่วย (ยกเว้น 5.1-5.2-5.3)	166,318.00	141,665.00	36,335
5	Budesonide 200 mcg / puff 200 puff MDI (ขวด/บาท)	19 ขวด 1,382.44	33 ขวด 2,401.08	40 ขวด 2,910
6	Budesonide + Formoterol (160 mcg+4.5 mcg) / puff 60 puff DPI (ขวด/บาท)	17 ขวด 7,567.06	22 ขวด 9,792.64	47 ขวด 20,919
7	Fluticasone Furoate 27.5 mcg / dose in 120 dose Nasal Spray (ขวด/บาท)	-	1 ขวด 228.98	2 ขวด 456
8	Ipratropium Br + Fenoterol HBr (0.50 mg + 1.25 mg / 4 ml) 4 ml Sol for Nebulizer (ขวด/บาท)	26 ขวด 185.47	0 ขวด 0	0 ขวด
9	Ipratropium Br + Fenoterol HBr 20+50 mcg 200 puff MDI (ขวด/บาท)	62 ขวด 7,761.78	74 ขวด 9,264.06	113 ขวด 14,146
10	Salbutamol Sulfate 100 mcg / puff in 200 puff MDI	5 ขวด 181.90	20 ขวด 727.60	7 ขวด 254.66
11	Salmeterol + Fluticasone 25+125 mcg / puff in 120 puff MDI (ขวด/บาท)	130 ขวด 21,282.30	226 ขวด 36,998.46	222 ขวด 36,343.62
12	Tiotropium 18 mcg inhalation powder, hard capsule (กล่อง/บาท)	-	15 กล่อง 7,495.35	29 ขวด 14,491.01

วิเคราะห์งาน

ปริมาณการสั่งจ่ายยาของแพทย์โดยเฉพาะยาโรคเรื้อรัง มีความผิดพลาดกับวันนัดของผู้ป่วย เช่น แพทย์สั่งจ่ายยา 60 วัน แต่นัดผู้ป่วย 56 วัน หรือ มีการสั่งจ่ายยาชนิด Insulin เกินกว่าวันนัด หรือจำนวนการสั่งยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการเกินกว่าวันนัด จึงทำให้มียาเหลือเป็นจำนวนมาก

ปัญหาการไม่อ่านฉลากยาทำให้ใช้ยาไม่ถูกต้องตามที่แพทย์สั่ง เช่นการใช้ยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อควบคุมอาการผู้ป่วยจะหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการหอบ หรือการฉีดยา Insulin ไม่ตรงตามจำนวนที่แพทย์สั่งครั้งสุดท้าย หรือการรับประทานยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง รวมถึงผู้ป่วยอาจลืมฉีดยาหรือรับประทานยาในบางมื้อ จึงทำให้มียาเหลือเป็นจำนวนมาก

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เนื่องจากสถานการณ์โรคโควิด และเพื่อความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานจึงทำให้ไม่มีการเรียกเก็บยาเดิมผู้ป่วยในแต่ละคลินิก แต่ใช้การสอบถามจำนวนยาชนิด Insulin หรือจำนวนยาสำหรับรับประทานที่เหลือแล้วหักลบกับจำนวนยาให้พอวันนัด ทำให้อาจเกิดความล่าช้าในกระบวนการจ่ายยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ปรับการสั่งจ่ายยาให้มีจำนวนใกล้เคียงกับวันนัดทั้งยาชนิด Insulin และยารับประทาน เพื่อจะได้มียาเหลือที่ผู้ป่วยน้อยลง จะได้ลดภาระงานในการเรียกเก็บยาคืนจากผู้ป่วย
2. เกสซ์กรผู้รับผิดชอบคลินิกเบาหวานประเมินการใช้ยาชนิด Insulin ของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องของผู้ป่วย และไม่ตรงตามแพทย์สั่ง เพื่อลดยาเหลือสะสมของผู้ป่วย
3. ให้ผู้ป่วยแจ้งจำนวนยาที่เหลือโดยตรงกับเกสซ์กรขณะรับยา แล้วหักลบจำนวนที่จะต้องจ่ายให้เพียงพอกับวันนัดครั้งถัดไป
4. เกสซ์กรในแต่ละคลินิกประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อแก้ไขปัญหาการใช้ยาไม่ตรงตามแพทย์สั่ง

ตาราง มูลค่าการใช้ยา ปีงบประมาณ 2565

ที่	กลุ่มยา	ปีงบประมาณ 2564 มูลค่าการใช้ (บาท)	ปีงบประมาณ 2565 มูลค่าการใช้ (บาท)
1	14 Immunological products and vaccines	17,013,423.44	15,723,017.66
2	05 Infections	4,761,649.44	10,890,171.23
3	02 Cardiovascular system	10,009,215.43	9,627,855.68
4	06 Endocrine system	2,795,812.74	2,747,980.17
5	04 Central nervous system	2,419,035.42	2,627,137.12
6	03 Respiratory system	1,863,220.90	2,173,261.73
7	09 Nutrition and blood	1,309,036.64	1,213,465.33
8	01 Gastro-intestinal system	803,535.37	861,721.69
9	10 Musculoskeletal and joint diseases	304,821.80	322,857.20
10	12 Ear, nose, oropharynx and oral cavity	221,155.60	213,712.70
11	07Obstetrics, gynaecology and urinary-tract disorders	165,351.78	212,238.99
12	13 Skin	138,859.37	154,463.30
13	11 Eye	64,325.68	81,195.88
14	16 Antidotes	33,650.73	30,115.10
15	15 Anaesthesia	19,708.40	24,707.39
16	08 Malignant disease and immunosuppression	10,260.00	10,687.50
17	19 อื่นๆ	2,247.00	1,498.00
18	17 Contrast media and Radiopharmaceuticals	-	-
		41,935,309.74	46,916,086.66

วิเคราะห์งาน

กลุ่มยาที่มีมูลค่าการใช้มากกว่า 1 ล้านบาทต่อปีเรียงลำดับดังนี้ 14 Immunological products and vaccines , 5 Infections , 2 Cardiovascular system , 6 Endocrine system , 4 Central nervous system , 3 Respiratory system และ 9 Nutrition and blood ซึ่งกลุ่มที่ 14 ส่วนใหญ่เป็นวัคซีนโควิด-19 มูลค่า 18,521,260.45 บาท ส่วนกลุ่มที่ 5 , 2 , 6 , 4 , 3 และ 9 เป็นกลุ่มที่มีมูลค่าสูงอันดับต้นๆเหมือนกับหลายปีที่ผ่านมา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีการใช้ยาในจำนวนที่เพิ่มสูงมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆและผู้ป่วยที่สูงอายุ
2. โรคระบาด Covid-19 ทำให้ยาหลายรายการขาดแคลนทั่วโลก ทำให้ราคาสูงขึ้น

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. รณรงค์ ส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ลดน้อยลง
2. จัดซื้อยาพร้อมทั้งระดับเขต / ระดับจังหวัด และต่อรองราคาให้ยามีราคาที่ต่ำลง

งานเภสัชกรรมคลินิก

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	Pre - dispensing Error ผู้ป่วยนอก (<4:1000)	2.3221/1000	1.1411/1000	0.756/1000
2	Dispensing Error ผู้ป่วยนอก (<1:1000)	0.1055/1000	0.0376/1000	0.080/1000
3	Pre - dispensing Error ผู้ป่วยใน (<4/1000)	2.8112/1000	0.6671/1000	2.620/1000
4	Dispensing Error ผู้ป่วยใน (<1/1000)	0.2657/1000	0.9097/1000	0.9310/1000
5	Administration Error IPD กระบวนการให้ยา (<1/1000)	0/1000	0.1213/1000	0/1000
6	จำนวนอุบัติการณ์ การแพ้ยา (ครั้ง)	558	549	432
7	จำนวนอุบัติการณ์ การแพ้ยาซ้ำ (0 ครั้ง)	1	2	1

วิเคราะห์งาน

1. พบอุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ 1 ครั้ง ระดับ D จากการไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
2. การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา การกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่รุนแรง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. สาเหตุเกิดจากการความผิดพลาดในการลงข้อมูลแพ้ยาใน HosXp รวมถึงผู้ปฏิบัติงานละเลย ขาดการสอบถามประวัติการแพ้ยาก่อนการสั่งยา การจ่ายยา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มยาที่พบอุบัติการณ์แพ้ยาได้บ่อย เช่น ยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการหมุนเวียนเพิ่มเติมมาใหม่ทำให้อาจยังไม่ทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพ้ยาซ้ำของโรงพยาบาล รวมถึงการขาดความตระหนักในการสอบถามประวัติแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้งก่อนสั่งยาให้ผู้ป่วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. รายงานอุบัติการณ์เพื่อทบทวนหาสาเหตุ และแจ้งให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ เน้นย้ำการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาผ่านตัวแทนหน่วยงานในการประชุม PTC ลงสู่ผู้ปฏิบัติงาน, ทบทวนกับเภสัชกรถึงแนวทางการลงข้อมูลแพ้ยาใน HosXp

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้ป่วยในที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้รับการคุ้มครองเวช ระเบียน (≥ 10)	11.72% (200/1,706)	13.53% (245/1,811)	11.54% (180/1,560)
2	เวชระเบียนผู้ป่วยในที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่มีการ ทบทวนยาเดิม ($\geq 80\%$)	93.50% (187/200)	89.39% (219/245)	89.44% (161/180)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยในได้รับการทบทวนยาเดิมโรคเรื้อรัง ผลดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ระยะเวลาในการทบทวนประวัติผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาจากโรงพยาบาล
พรหมพิรามหรือรับยาจากหลายที่ ต้องใช้ระยะเวลาในการทบทวนประวัติยาเดิมมานานมากกว่า 24
ชั่วโมง จากการที่ต้องนำยาเดิมมาจากบ้านหรือติดต่อสอบถามจากสถานพยาบาลเดิมในเวลาเปิดทำ
การของสถานพยาบาลนั้นๆ
2. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการหมุนเวียน เพิ่มเติมมาใหม่ทำให้อาจยังไม่ทราบแนวทาง
ปฏิบัติการทบทวนยาเดิมโรคเรื้อรัง และยาที่มีความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาล รวมถึงผู้ปฏิบัติงานขาด
ความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
3. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาและการ
รับประทานยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ใหม่รับทราบ รวมถึงสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือน
เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ และหาเครื่องมือที่เหมาะสม
เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเดิมโรคเรื้อรังที่ครบถ้วน และได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง
ของโรงพยาบาลพรหมพิราม
2. เกสักรค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยเฉพาะราย และติดตามการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ
เพื่อร่วมแก้ปัญหาการใช้ยากับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขา
วิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	เวชระเบียนที่มีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ได้รับการ สุ่มตรวจการติดตามยา HAD ($\geq 10\%$)	37.67% (81/215)	35.97% (91/253)	22.01% (57/259)
2	เวชระเบียนที่มีการติดตามยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่ ครบถ้วนสมบูรณ์ ($\geq 80\%$)	80.25% (65/81)	82.42% (75/91)	87.72% (50/57)
3	ความคลาดเคลื่อนระดับ D ขึ้นไปในยาที่มีความ เสี่ยงสูง (0 ครั้ง)	0	1	0

วิเคราะห์งาน

- ร้อยละของจำนวนเวชระเบียนที่มีการติดตามยาที่มีความเสี่ยงสูง ผลดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย
- ไม่พบความคลาดเคลื่อนระดับ D ขึ้นไปในยาที่มีความเสี่ยงสูง ผลดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาผู้ป่วยนอกที่เกิดขึ้นถึงแม้ว่าจะผ่านเกณฑ์ แต่อุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นมีผลต่อผู้ป่วยในระดับรุนแรง เนื่องจากภาระงานที่เร่งรีบและผู้รับบริการมีจำนวนมาก รวมถึงผู้ปฏิบัติงานไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้
- ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาและการรับประทานยา
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการหมุนเวียน เพิ่มเติมมาใหม่ทำให้อาจยังไม่ทราบแนวทางปฏิบัติการทบทวนยาเดิมโรคเรื้อรัง และยาที่มีความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาล รวมถึงผู้ปฏิบัติงานขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

แนวทาง/แผนพัฒนา

- ชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ใหม่รับทราบ รวมถึงสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ และหาเครื่องมือที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลพหลพลพยุหยาภรณ์
- เก็สักรค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยเฉพาะราย และติดตามการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อร่วมแก้ปัญหาการใช้ยากับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานใช้ยาได้ถูกต้อง ($\geq 80\%$)	96.30% (4,602/4,779)	97.68% (4,508/4,615)	97.95% (2,916/2,977)
2	ผู้ป่วยในที่มีภาวะ hypo/hyperglycemia ได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหาด้านยา ($\geq 80\%$)	86.59% (155/179)	93.18% (205/220)	93.39% (226/242)
3	การให้คำแนะนำการใช้ยาเทคนิคพิเศษผู้ป่วยรายใหม่ (ยาฉีดเบาหวาน) (ราย)	13	13	17
4	ผู้ป่วยใช้ยาฉีดเบาหวานได้ถูกต้อง ($>80\%$)	92.82%	94.69% (784/828)	97.39% (668/686)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานใช้ยาได้ถูกต้อง และ ผู้ป่วยใช้ยาฉีดเบาหวานได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด แต่พบว่าผู้ป่วยบางรายยังมีปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องอยู่เป็นประจำ ต้องได้รับคำแนะนำการใช้ยาให้ถูกต้องเฉพาะราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เกสัชกรประจำคลินิกเบาหวานไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ทุกครั้งในวันคลินิก ทำให้มีข้อมูลบางส่วนในวันที่เกสัชกรประจำคลินิกเบาหวานไม่อยู่ปฏิบัติงาน ไม่ได้นำมารวบรวมและวิเคราะห์ผลด้วย
2. เกสัชกรมีเวลาจำกัดในการค้นหาความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยในขณะจ่ายยา เนื่องจากมีผู้ป่วยคลินิกเบาหวานมีจำนวนมากในวันคลินิก (60-80 คน)
3. ผู้ป่วยโรคเบาหวานบางรายขาดความตระหนักในการใช้ยาเบาหวานให้ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยหยุดยาเอง , ลืมรับประทานบางมื้อ , ใช้ยาผิดเวลาผิดวัตถุประสงค์ , ใช้ยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง
4. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา , ความเข้าใจต่อโรคและการรักษา , การเดินทางลำบาก , ระยะทางไกลจาก รพ. รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการรับประทานยา หรือพามา รพ.
5. ผู้ป่วยเกิด ADE จากยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เกสัชกรประจำคลินิกเบาหวาน ค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านยาที่ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้ถูกต้อง เป็นรายบุคคล และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป
2. กำหนดแนวทางการจ่ายยาผู้ป่วยคลินิกเบาหวาน เพื่อให้เกสัชกรทุกคนสามารถปฏิบัติทดแทนกันได้ และเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
3. กำหนด Trigger Tool เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการค้นหาความถูกต้องในการใช้ยาของผู้ป่วยคลินิกเบาหวานในขณะจ่ายยา ได้แก่ ค่า FBS > 180 mg%, ยาเดิมของผู้ป่วย(ยาฉีดและยากิน) ที่มีเหลือปริมาณมาก และการซักประวัติการใช้ยาเบื้องต้นของพยาบาลและแพทย์ประจำคลินิกเบาหวาน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ ณ 2565
1	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูงใช้ยาได้ถูกต้อง $\geq 80\%$	n/a	n/a	98.81% (2829/2863)
2	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้	n/a	n/a	92.56% (2650/2863)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูงใช้ยาได้ถูกต้องและสามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แต่พบว่ามีผู้ป่วยบางรายยังมีปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้องอยู่เป็นประจำ ต้องได้รับคำแนะนำการใช้ยาให้ถูกต้องเฉพาะราย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เภสัชกรประจำคลินิกความดันโลหิตสูงไม่สามารถอยู่ปฏิบัติงานได้ทุกครั้งในวันคลินิก จึงทำให้มีข้อมูลบางส่วนไม่ได้นำมารวบรวมและวิเคราะห์ผล
2. ญาติมารับยาแทนผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูง และไม่ได้วัด Vital sign จึงไม่มีข้อมูลมาวิเคราะห์ผล
3. ผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูงบางรายไม่สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งอาจจะสัมพันธ์กับ White-coat hypertension จากการซักถามขณะจ่ายยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. กำหนดแนวทางการจ่ายยาและรวบรวมข้อมูลความดันของผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูง เพื่อให้เภสัชกรทุกคนสามารถปฏิบัติทดแทนกันได้เป็นไปตามแนวทาง
2. แจ้งให้ญาติวัดความดันโลหิตผู้ป่วยก่อนมารับบริการที่โรงพยาบาล
3. แจ้งแพทย์รับทราบเพื่อให้ผู้ป่วยทำ HMBP (Home-Based Blood Pressure)

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชใช้ยาได้ถูกต้อง (เป้าหมาย $\geq 80\%$)	97.10%	98.97%	95.24% (2,141/2,248)
2	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหาด้านยา (เป้าหมาย $\geq 80\%$)	100%	100%	83.33% (10/12)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้ยาได้ถูกต้อง และผู้ป่วยคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีอาการกำเริบซ้ำได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหาด้านยาผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการใช้ยาให้ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยหยุดยาเอง , ลืมรับประทานบางมื้อ , ใช้ยาผิดเวลาผิดวัตถุประสงค์ , ใช้ยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง
2. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา ความเข้าใจต่อโรคและการรักษา , การเดินทางลำบาก , ระยะทางไกลจาก รพ. รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการรับประทานยา หรือพามา รพ.
3. ผู้ป่วยเกิด ADE จากยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

การดำเนินการ

ด้านตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล

ความเข้าใจต่อโรคและการรักษา

1. จัดทำสื่อการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว
2. ให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล ระหว่างการจ่ายยาและระหว่างผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

ป่วยและผู้ดูแลอ่านหนังสือไม่ออก และเป็นผู้สูงอายุ

1. สอนทักษะการบริหารยาให้ผู้ป่วย
2. ฝึกทักษะการจัดยาโดยใช้สัญลักษณ์รูปภาพ สีของยา (สีใส และสีชา) บอกเวลารับประทานยา

ผู้ป่วยมีความพิการ/ผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุ

1. ฝึกทักษะการจัดยาโดยใช้สัญลักษณ์รูปภาพ สีของยา(สีใส และสีชา) บอกเวลารับประทานยา
2. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ด้านสิ่งแวดล้อม

การคมนาคมลำบาก

1. ถ้าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ แนะนำรับยาผ่านโครงการส่งยาทางไปรษณีย์หรือที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน
2. หน่วยบริการปฐมภูมิ/อสม.ในพื้นที่ ประเมินอาการผู้ป่วย แล้วให้ญาติรับยาแทน

ด้านระบบบริการ

1. บริการ แพทย์ประจำคลินิก ปรับจำนวนมียารับประทานให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสะดวก ง่ายต่อการรับประทานยา

2. ประเมินอาการเพื่อปรับแผนการรักษาหรือเปลี่ยนกลุ่มยา เมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และติดตามผลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาหลังปรับแผนการรักษา

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้รับการ cousselling เรื่องการใช้ยา (เป้าหมาย $\geq 80\%$)	n/a	100%	95.00% (247/260)
2	จำนวนอุบัติการณ์การเกิด ADE จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหาด้านยา (เป้าหมาย $\geq 80\%$)	n/a	100%	100%

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้รับการ cousselling เรื่องการใช้ยาและอุบัติการณ์การเกิด ADE จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการประเมินและแก้ไขปัญหาด้านยาผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยบางรายขาดความตระหนักในการใช้ยาให้ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยใช้ยาผิดวัตถุประสงค์ , ใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
2. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา
3. ผู้ป่วยเกิด ADE จากยา

แนวทาง/แผนพัฒนา

ด้านตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล สร้างความเข้าใจต่อโรคและการรักษา

1. จัดทำสื่อการให้ความรู้ เช่น แผ่นพับความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว
2. ให้คำแนะนำปรึกษารายบุคคล ระหว่างการจ่ายยาและระหว่างผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
3. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน	
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยคลินิกโรคหืดที่เข้ายาได้ถูกต้อง	96.12% (495/515)	97.38% (545/552)
2	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบที่เข้ารับการ รักษาในหอผู้ป่วยได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหาด้านยา	93.33% (14/15)	75.00% (6/8)
3	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่มีอาการกำเริบ exacerbation ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย ใช้ยา ได้ถูกต้อง	80.00% (12/15)	25.00% (2/8)
4	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยคลินิกโรคถุงลมโป่งพองใช้ ยาได้ถูกต้อง	94.48% (1,061/1,123)	90.70% (790/871)
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่มีอาการกำเริบ ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยได้รับการติดตามและ แก้ไขปัญหาด้านยา	85.96% (49/57)	76.19% (16/21)
6	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองที่มีอาการ กำเริบ exacerbation ที่เข้ารับการรักษานในหอ ผู้ป่วย ใช้ยาได้ถูกต้อง	80.70% (46/57)	85.71% (18/21)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกโรคหืดและถุงลมโป่งพองเข้ายาได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด
2. ผู้ป่วยในที่มีภาวะ exacerbation ได้รับการติดตามและแก้ไขปัญหาด้านยา ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา ไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาและการรับประทานยา รวมถึงการดำเนินไปของสภาวะโรคของผู้ป่วย

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เกสซักรค้นหาสาเหตุของปัญหาด้านยาที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นรายบุคคล และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาได้อย่างเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้ป่วยนอกคลินิกกึ่งวันพารินรับประทานยาได้ถูกต้อง ($\geq 80\%$)	95.54% (1,242/1,300)	94.64% (1,059/1,119)	94.50% (1,306/1,382)
2	ผู้ป่วยในที่รับประทานยาวันพารินได้รับการติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา ($\geq 80\%$)	82.76% (72/87)	88.18% (97/110)	90.91% (60/66)

วิเคราะห์งาน

- ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกคลินิกกึ่งวันพารินใช้ยาได้ถูกต้อง ผลดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย
- ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยในที่ใช้ยาวันพารินได้รับการติดตามความปลอดภัยจากการใช้ยา ผลดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- แพทย์หมุนเวียนตรวจคลินิกกึ่งวันพาริน ซึ่งอาจมีแนวทางการใช้ยาวันพารินที่ไม่เหมือนกัน
- ปัจจัยการรับประทานยาอย่างถูกต้องมีหลายปัจจัย ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วย เช่น ทักษะความสามารถในการรับประทานยาเอง การดูแลจากญาติ หรืออื่นๆ

แนวทาง/แผนพัฒนา

- พัฒนาให้มีแนวทางการใช้ยาวันพารินที่ง่ายและสะดวกขึ้น เช่น โปรแกรมคำนวณ หรือ โปรแกรมสำเร็จรูปทางโทรศัพท์มือถือ หรือแผ่นโปสเตอร์ที่ทำให้แพทย์ผู้ใช้ สะดวกในการเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลแนวทาง และสามารถปรับใช้ยาให้ผู้ป่วยได้
- ทบทวนการใช้ยาวันพารินกับผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ เพื่อตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจการปฏิบัติตัวและการใช้ยาได้ถูกต้อง
- ใช้แผ่นภาพหรือเทคโนโลยีช่วยการในการใช้ยาอย่างถูกต้อง

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนผู้ป่วยคลินิกไตมารับยา (ครั้ง)			2,344
2	ผู้ป่วยคลินิกโรคไตได้รับการประเมินการใช้ยา ($\geq 80\%$)	91.76% (2,037/2,220)	89.93% (2,126/2,364)	91.17% (2,137/2,144)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุรวมถึงรายการยาที่ใช้มีหลายชนิดและปริมาณมาก การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและมีความสับสนในการใช้ยา แต่ในกลุ่มที่มีญาติดูแลในการใช้ยาจะมีปัญหาน้อยกว่า ส่วนปัญหาการปรับขนาดยาบ่อยในกลุ่มผู้ป่วยไทรระยะ 4 และ 5 ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสับสนในการใช้ยา

2. ผู้ป่วยคลินิกโรคไต ผู้ป่วยได้รับการประเมินการใช้ยามากกว่าร้อยละ 80 ผลการดำเนินการได้ติดตามการใช้ยา ร้อยละ 91.50 แต่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต จะเป็นผู้สูงอายุ รายการยามีจำนวนมาก และมีผู้ดูแลการใช้ยา การให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนและมีความสับสนในการใช้ยา

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาและการรับประทานยา ทำให้ข้อมูลการใช้ยายังคงมีปัญหาในการติดตามประเมิน

2. ญาติผู้รับยาและผู้ดูแลอาจไม่ใช่บุคคลเดียวกันการติดตามความถูกต้องการใช้ยาอาจคลาดเคลื่อน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เกสซ์กรค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยเฉพาะราย และติดตามการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ วางแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม วางแผนร่วมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา เน้นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล , ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระดับ 4 เพื่อให้การใช้ยาถูกต้องเพื่อลดระดับการทำงานให้ควบคุมได้ในระดับ 3B

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ผู้ป่วยคลินิกโรคไตรับประทานยาได้ถูกต้อง (≥80%)	99.26% (618/623)	99.51% (615/618)	99.20% (623/628)

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยคลินิกโรคไตรับประทานยาได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

2. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยโรคไตปอดรายใหม่ (Success rate) ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ยังพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการสั่งยา จัดเตรียมและจ่ายยาผู้ป่วยโรคไต รวมถึงปัญหาผู้ป่วยขาดยา และหยุดรับประทานยาโดยเฉพาะในระยะเข้มข้นเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผู้ป่วยจัดเก็บยาไม่เหมาะสม ส่งผลให้ยาเสื่อมสภาพ อัตราการรักษาหายลดลง มีความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ

2. อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยโรคไตปอดรายใหม่ต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลการใช้ยา รวมถึงไม่มีผู้ดูแลการใช้ยาและการรับประทานยา น้าหนักตัวที่ต่ำกว่าเกณฑ์และโรคร่วมอื่นที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. พัฒนาระบบการจัดเตรียม จ่ายยา การควบคุมกับติดตามการกินยา และการจัดเก็บยาตามมาตรฐาน เพื่อการ DOT ที่มีประสิทธิภาพ เพิ่มอัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวัณโรค
2. เกสซ์กรค้นหาปัญหาด้านยาของผู้ป่วยเฉพาะราย และติดตามการใช้อย่างสม่ำเสมอ วางแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม การประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น การขอคำปรึกษานักโภชนาการในการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เกสซ์กรติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยาด้านวัณโรค

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนผู้ป่วยคลินิกรับยาต้านไวรัส (ราย)	420	437	408
2	จำนวนผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ (ราย)	17	17	14
3	จำนวนผู้ป่วยคลินิกรับยาต้านไวรัสมารับยา (ครั้ง)	1,245	1,318	1,673
4	ร้อยละของผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ ได้รับการประเมินติดตามการใช้อย่างสม่ำเสมอและผลข้างเคียงของยา	100.00%	100.00%	100%

วิเคราะห์งาน

1. ผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสได้ติดตามการกินยาประเมิน adherence กระบวนการจัดยาให้ผู้ป่วยตรงวันนัดมีผลต่อการประเมินการกินยาของผู้ป่วยได้ถูกต้อง และการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเป็นสูตรยารวมเม็ด ทำให้ส่งเสริมการเพิ่ม adherence ในการใช้อย่างได้มากขึ้น ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาได้อย่างดีขึ้น
2. ร้อยละของผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสรายใหม่ที่ได้รับการประเมินติดตามการใช้อย่างสม่ำเสมอและผลข้างเคียงของยามากกว่าร้อยละ 95 ผลการติดตามสามารถติดตามอาการข้างเคียงจากยาได้ทุกราย ได้ร้อยละ 100

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีเวลาจำกัดในการค้นหาข้อมูลปัญหาการใช้ยาต้านไวรัสในแต่ละราย รวมถึงสถานที่ในการให้คำปรึกษาปัญหาการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสไม่เหมาะสม
2. เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ ทำงานในคลินิกไม่เต็มเวลา
3. ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังร่วมกับ ARV

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เน้นการติดตามในรายที่มีปัญหามารับยาต้านไวรัสไม่ตรงนัด จัดบริการจ่ายยาที่คลินิกบริการเพื่อความสะดวกในการให้ข้อมูลปัญหาการใช้ยา ติดตามผลค่า GFR เพื่อติดตามผลจากการใช้ระยะยาวและปรับขนาดยาให้เหมาะสม
2. ดูแลโรคร่วมเพิ่มมากขึ้น

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	โครงการ Telepharmacy - จำนวนผู้รับบริการ	0	0	701

วิเคราะห์งาน

ช่วงนี้มีการระบาดของโรคโควิด-19 การให้คำแนะนำการใช้ยาและคำปรึกษาด้านยาทางระบบออนไลน์ (Telepharmacy) ส่วนใหญ่เป็นคนไข้โรคโควิด-19 ที่รักษาในโรงพยาบาล มีบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่รักษาที่บ้านของผู้ป่วยเอง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ทำงานไม่ทัน การให้บริการทางระบบ Telepharmacy อาจจะยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพที่ดี
2. ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. จัดทำระบบการให้บริการ Telepharmacy ให้เป็นมาตรฐานและรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน
		ปีงบประมาณ 2565
1	จำนวนบรรจุภัณฑ์ยาจัดส่งทางไปรษณีย์ (ราย)	708
2	ข้อร้องเรียน ข้อเสนอแนะ เรื่องการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ไม่เกิน 6 ครั้ง	0

วิเคราะห์งาน

ช่วงนี้มีการระบาดของโรคโควิด-19 การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น เจ้าหน้าที่ทำงานไม่ทัน การจัดยาสำหรับจัดส่งยาทางไปรษณีย์ต้องใช้เวลาานานมากกว่าการจัดยาผู้ป่วยนอกทั่วไป
2. สถานที่สำหรับจัดยาและบรรจุลงกล่อง และการตรวจสอบเพื่อความถูกต้อง ไม่เพียงพอ

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ปรับปรุงโครงการจัดส่งทางไปรษณีย์เดิมที่มีการดำเนินการอยู่ให้ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม

2. ประสานงานกับคลินิกพิเศษต่างๆ ที่ต้องการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วย เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องรอรับยาที่ห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก และลดเวลาการรอคอย

งานสารสนเทศวิชาการ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การให้คำปรึกษาด้านยา (ครั้ง)	7	2	54
2	การให้คำปรึกษาด้านยาถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ($\geq 80\%$)	100.00%	100.00%	100%

วิเคราะห์งาน

การให้คำปรึกษาด้านยา สามารถให้บริการได้ถูกต้อง ครบถ้วนทันเวลา แต่ยังคงดำเนินการไม่เป็นระบบ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ยังไม่มีเภสัชกรรับผิดชอบประจำในงานการให้คำปรึกษาด้านยา
2. ยังไม่มีการเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาด้านยาอย่างเป็นระบบ
3. ยังไม่มีแบบฟอร์มการให้คำปรึกษาด้านยาอย่างเป็นมาตรฐาน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. กำหนดผู้รับผิดชอบประจำในงานการให้คำปรึกษาด้านยา
2. จัดทำระบบการเก็บข้อมูลการให้คำปรึกษาด้านยา และเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
3. จัดทำแบบฟอร์มการให้คำปรึกษาด้านยา และนำมาใช้ทุกครั้งที่มีการให้คำปรึกษาด้านยา

งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	การสนับสนุนยา/เวชภัณฑ์ฯ ให้แก่ รพ.สต.	19 แห่ง x 12 เดือน	19 แห่ง x 12 เดือน	19 แห่ง x 12 เดือน
2	มูลค่าการสนับสนุน ยาให้แก่ รพ.สต. (บาท)	6,756,803.48	6,176,781.03	6,109,713.08
3	มูลค่าการสนับสนุน ยา EPI ให้แก่ รพ.สต. (บาท)	814,161.62	697,735.42	599,659.13
4	ร้อยละของมูลค่าการสนับสนุน ยา + ยา EPI ต่อมูลค่าการใช้จ่ายทั้งอำเภอพรหมพิราม	28.74%	16.39%	14.30%
5	มูลค่าการสนับสนุน เวชภัณฑ์ฯ ให้แก่ รพ.สต. (บาท)	243,080.00	173,820.00	198,540.00
6	จำนวนครั้งของการจัด-จ่าย ให้ รพ.สต. ผิดพลาด (ผิดชนิด)	-	0	0

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
7	จำนวนครั้งของการจัด-จ่าย ให้ รพ.สต. ผิดพลาด (ผิดปริมาณ)	-	3	3
8	ร้อยละคะแนนการประเมินงานเภสัชกรรมตามเกณฑ์ มาตรฐาน (>90%)	19 แห่ง / 99.80%	19 แห่ง / 88.09%	19 แห่ง / 97.50%
9	มีการกำหนดและดำเนินการตามแผนนิเทศงานตามเกณฑ์มาตรฐานด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค (2 ครั้ง)	2 ครั้ง	1 ครั้ง	1 ครั้ง
10	งานบริการการส่งมอบและให้คำแนะนำการใช้ยา ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ (ใบสั่ง)	15,604	9,840	7,600
11	งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางเภสัชกรรม ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ (แห่ง)	19	19	19
12	Pre- dispensing error กระบวนการจัดยา (<5:100 ใบสั่งยา)	2.8070 / 100	2.5000 / 100	2.539/100
13	Dispensing Error กระบวนการจ่ายยา (<1:100 ใบสั่งยา)	0.0064 / 100	0.0102 / 100	0/100
14	ผู้ป่วยที่ รพ.สต. ใช้ยาได้ถูกต้อง (>80%)	99.37%	99.85%	99.82%
15	การเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพ (ราย)	35	56	45

วิเคราะห์งาน

1. เกสซ์กรประจำแต่ละรพ.สต.ออกเยี่ยมบ้านด้านยาผู้ป่วยรพ.สต.ในปริมาณที่น้อยเกินไป ยังไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยรพ.สต.ที่มีปัญหาด้านยา
2. ข้อมูลผู้ป่วยรพ.สต. ใ้ช้ยาได้ถูกต้อง รวบรวมเฉพาะวันที่เกสซ์กรประจำแต่ละรพ.สต. ออกไปปฏิบัติงาน ซึ่งจะมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้ถูกประเมินความถูกต้องในการใช้ยา
3. จำนวนครั้งของการจัด-จ่ายให้รพ.สต. ผิดพลาด(ผิดปริมาณ) 3 ครั้ง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เกสซ์กรที่โรงพยาบาลไม่เพียงพอในบางวัน ทำให้เกสซ์กรประจำแต่ละรพ.สต.ไม่สามารถออกปฏิบัติงานที่รพ.สต.ได้ทุกครั้ง จึงทำให้ไม่มีเกสซ์กรออกเยี่ยมบ้านด้านยาผู้ป่วย และจ่ายยาและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยรพ.สต. ต้องให้พยาบาลหรือจนท.รพ.สต.จ่ายยาผู้ป่วยแทน
2. เกสซ์กรออกเยี่ยมบ้านด้านยาผู้ป่วยเฉพาะรายที่รพ.สต.กำหนด เช่น ผู้ป่วย Refer กลับมาจากรพ., ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง, ผู้ป่วย Palliative
3. มีจำนวนผู้รับผิดชอบในการจัดยา 2 คน ต่อการจัดยาแก่ รพ.สต. 19 แห่ง รวมถึง จำนวนวันที่จัด-จ่ายยาแก่ รพ.สต. 3-5 วัน / ครั้ง / เดือน (เฉลี่ยจัดวันละ 6 – 7 แห่ง) ทำให้จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงาน
4. เนื่องจากรีบเร่งในการการจัดยาจึงดูชื่อยาความเข้มข้นและจำนวนผิดพลาด
5. ขาดการตรวจสอบซ้ำในการจัดยาให้ รพ.สต.

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เกสซ์กรกำหนดเกณฑ์การงดออกปฏิบัติงานที่รพ.สต. และแจ้งให้รพ.สต.ทราบล่วงหน้า เพื่อให้มีผลกระทบกับการออกปฏิบัติงานของเกสซ์กร แต่ละรพ.สต. เท่าที่จำเป็น และจนท.รพ.สต.สามารถปรับเปลี่ยนการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยให้ตรงกับวันที่มีเกสซ์กรออกปฏิบัติงาน รวมทั้งประสานจนท.รพ.สต.อื่นมาช่วยจ่ายยาและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยรพ.สต. ทดแทนเกสซ์กร
2. เกสซ์กรผู้รับผิดชอบงานรพ.สต. กำหนดแนวทางการออกเยี่ยมบ้านด้านยา ผู้ป่วยรพ.สต. เพื่อให้เกสซ์กรทุกคนสามารถปฏิบัติได้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน
3. เกสซ์กรผู้รับผิดชอบงานรพ.สต. กำหนดเกณฑ์ผู้ป่วยที่ต้องออกเยี่ยมบ้านด้านยาเพิ่มเติม คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยา ซึ่งรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมาจากเกสซ์กรที่จ่ายยาผู้ป่วย และพยาบาลหรือจนท.รพ.สต.ที่จ่ายยาผู้ป่วย
4. เกสซ์กรผู้รับผิดชอบงานรพ.สต. กำหนดแนวทางการจ่ายยาและประเมินการใช้ยาของผู้ป่วยรพ.สต. เพื่อให้เกสซ์กรทุกคนสามารถปฏิบัติได้เป็นไปตามแนวทางเดียวกัน รวมถึงพยาบาลหรือจนท.รพ.สต.สามารถปฏิบัติงานทดแทนเกสซ์กรได้
5. เพิ่มจำนวนวันจัดยา
6. มีการตรวจสอบซ้ำในการจัดยา

ผลงานด้านคุณภาพงาน

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	> 60%	99.72%
2.1	โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 1 (RDU1 และ RDU2)	ผ่าน	RDU1 ผ่าน RDU2 ผ่าน
2.2	โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 2 (RDU1 และ RDU2)	ผ่าน	RDU1 ผ่าน RDU2 ผ่าน
2.3	โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU ชั้นที่ 3 (RDU1 และ RDU2)	ผ่าน	RDU1 ผ่าน RDU2 ผ่าน

วิเคราะห์งาน

ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU Hospital

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ผู้มีหน้าที่ส่งจ่ายยาไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. จัดหายาสมุนไพรทดแทนเพื่อลดการใช้ยา Antibiotic Drugs
2. อบรมให้ความรู้เรื่องการจ่ายยาปฏิชีวนะกลุ่มโรคเป้าหมาย , จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่
3. ทบทวนการให้รหัส ICD10

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
3.1	ร้อยละของคะแนนเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	90%	97.50%
3.2	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว ด้านเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค มากกว่า 90%	100%	100%

วิเคราะห์งาน

1. การดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของ รพ.สต. หลายแห่งมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในภาพรวม แต่ในบางพื้นที่ยังมีปัญหา เช่น มีการเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน ทำให้ยังพบปัญหาด้านยาเช่น พบยาหมดอายุในคลังยาและในกล่องยาฉุกเฉิน (Emergency Box) , ไม่บันทึกอุณหภูมิ

และความขึ้นในคลังยาและจุดจ่ายยาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการลงบันทึกความคลาดเคลื่อนทางยาไม่เป็นปัจจุบัน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การออกตรวจประเมินมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิมีเวลาจำกัด ทำให้เวลาที่จะใช้ในการให้คำแนะนำการปฏิบัติงานแก่จนท.รพ.สต.มีน้อยเกินไป
2. เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. มีภาระงานมาก รวมถึงเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. บางแห่งไม่ตระหนักในการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง
3. เภสัชกรที่ดูแลประจำแต่ละ รพ.สต. มีภาระงานมาก ในการจ่ายยาและให้คำแนะนำในการใช้ยาแก่ผู้ป่วย รวมถึงงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้มีเวลาน้อยในการติดตามการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในทุกครั้งที่ลงพื้นที่ไปปฏิบัติงาน
4. การระบาดของโรคโควิด-19

แนวทาง/แผนพัฒนา

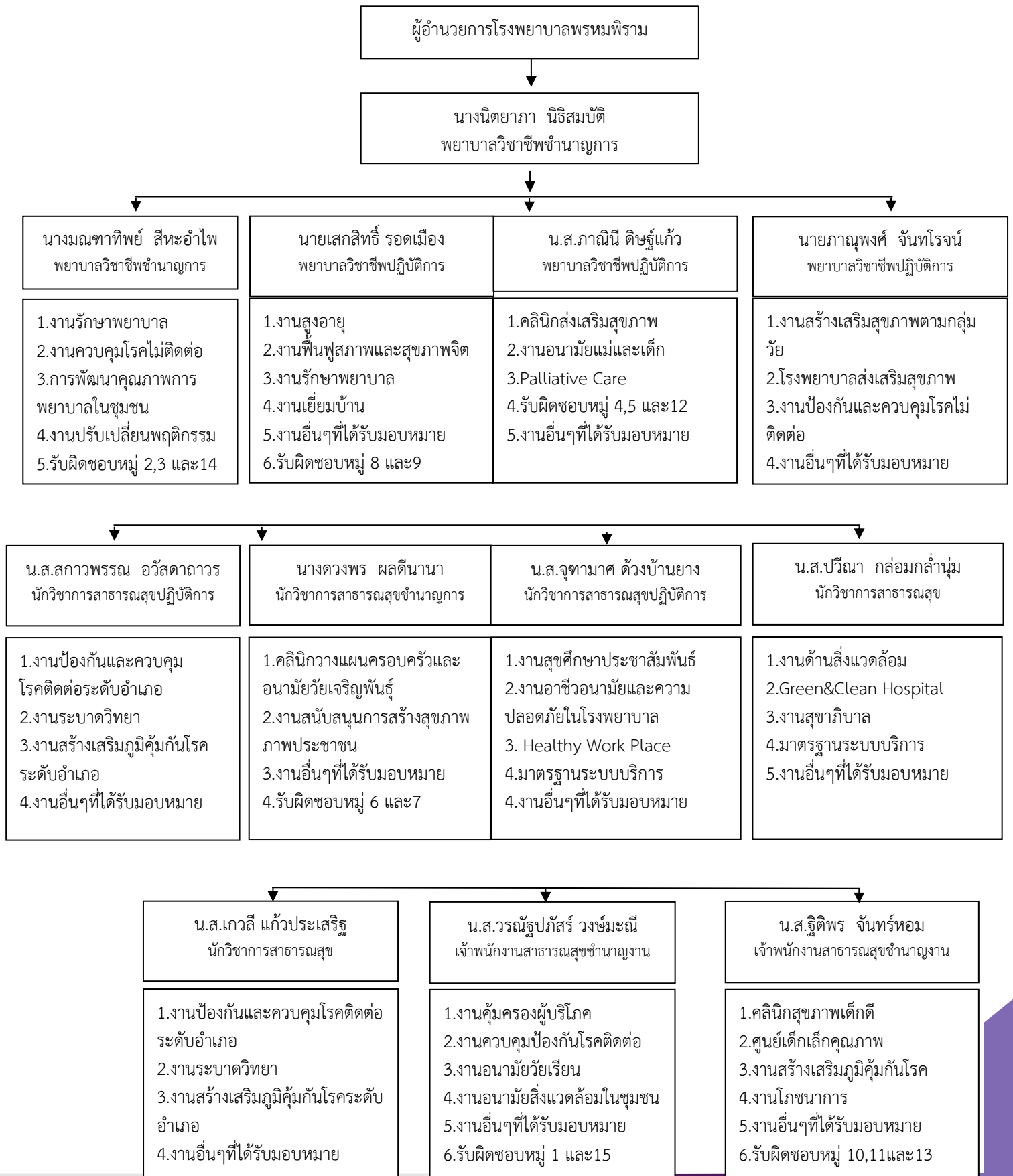
1. เพิ่มเวลาในการตรวจประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็น 1 วันช่วงบ่าย ต่อ 1 รพ.สต. เพื่อเพิ่มเวลาในการตรวจและการให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ แก่จนท.รพ.สต.
2. เพิ่มจำนวนผู้ออกตรวจประเมินเป็น 2 คน คือ เภสัชกร 1 คน และ จพง.เภสัชกรรม 1 คน เพื่อเพิ่มความละเอียดและครบถ้วนในการตรวจประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ
3. กำหนดให้เภสัชกรที่ดูแลประจำแต่ละ รพ.สต. ติดตามการปฏิบัติงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. อย่างจริงจังและต่อเนื่อง ในทุกครั้งที่ลงพื้นที่ไปปฏิบัติงาน
4. กำหนดให้เภสัชกรที่ดูแลประจำแต่ละ รพ.สต. ประเมินเบื้องต้นในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิของ รพ.สต. ก่อนรับการตรวจประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิปีละ 2 ครั้ง

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

1. โครงการการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU Hospital) ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาระดับการผ่านเกณฑ์ RDU Hospital
2. โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) ขยายพื้นที่ดำเนินงานตามเกณฑ์ RDU District
3. โครงการจัดส่งยาทางไปรษณีย์
4. โครงการ Telepharmacy
5. พัฒนาระบบคลังยา เพื่อให้มียาคงคลังเพียงพอ พร้อมใช้ สำหรับจ่ายยาแก่ผู้ป่วยได้ครบถ้วนทันเวลา และลดการสูญเสียเนื่องจากยาหมดอายุ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

โครงสร้างการบริหาร



หน้าที่ความรับผิดชอบส่วนปฐมภูมิ

- 1.งานเวชปฏิบัติครอบครัวชุมชน
- 2.งานการพยาบาลชุมชน
- 3.งานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย
- 4.งานป้องกันและควบคุมโรคและระบาดวิทยา
- 5.งานอาชีวอนามัย
- 6.งานสุขภาพจิตสิ่งแวดล้อม
- 7.งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย
- 8.งานอนามัยโรงเรียน
- 9.งานสุขภาพภาคประชาชน
- 10.งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

หน้าที่ความรับผิดชอบส่วนโรงพยาบาล

- 1.งานระบาดวิทยา
- 2.งานควบคุมป้องกันโรคติดต่อ
- 3.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
- 4.งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
- 5.งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

กลุ่มเด็ก 0-5ปี

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	100	100	100
2.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	25.07	26.22	34.31
3.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	98.89	100	100
4.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	93.93	97.26	98.55
5.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ร้อยละ 64	69.10	93.15	95.06

งานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ฉีดวัคซีนตามเกณฑ์ 0-5 ปี	615	464	430
2.	เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	8	8	7
3.	ตรวจประเมินภาวะโภชนาการ เด็ก 0-5 ปี	615	464	430
4.	เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยา น้ำเสริมธาตุเหล็ก	292	231	217
5.	เด็กอายุ 6-12 เดือน ได้รับการ เจาะเลือดตรวจ Hct/CBC	66	61	54
6.	เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วง อายุที่กำหนด ได้รับการคัดกรอง พัฒนาการ	359	309	275
7.	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัด กรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	90	76	94
8.	เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัด กรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้าส่ง ต่อทันที	0	0	0
9.	เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วง อายุที่กำหนด มีพัฒนาการสงสัย ล่าช้าได้รับการติดตาม	89	72	94
10.	ตรวจสุขภาพช่องปากและได้รับ การสาธิตการฝึกแปรงฟัน (0-2 ปี)	43	62	116

วิเคราะห์งาน

ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีความหลากหลายสูง ครรภ์เรื้อรังที่อยู่ที่มีพ่อแม่ลูกอยู่พร้อมหน้าพร้อมตากัน จึงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตและคุณภาพชีวิต นำไปสู่พฤติกรรมของเด็กในวัยต่างๆ ในทางที่ไม่เหมาะสม รวมถึงปัญหาวิกฤตของโรคระบาดโควิด-19 ทำให้เผชิญกับภาวะการเรียนรู้ถดถอย พัฒนาการไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการเด็ก
2. จากปัญหาเศรษฐกิจทำให้เด็กกลุ่มนี้ขาดการดูแลที่เหมาะสมทางด้านการส่งเสริมพัฒนาการและโภชนาการ
3. การย้ายที่อยู่อาศัยหรือการย้ายไปทำงานต่างถิ่นของผู้ปกครองเด็ก
4. เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ระบาด ทำให้เด็กขาดความต่อเนื่องการรับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดี

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ส่งเสริมนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง
2. ให้บริการเชิงรุกในการประเมิน ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการตามช่วงอายุที่กำหนด
3. ส่งเสริมให้มีสุขภาพดีทุกด้าน ได้แก่ ภาวะโภชนาการ ทันตสุขภาพ และกระตุ้นพัฒนาการ
4. พัฒนาศักยภาพของพ่อแม่และผู้ดูแลให้มีความรู้และทักษะในเรื่องการประเมิน ส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการ
5. ติดตามให้เด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามเกณฑ์

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

กลุ่มอายุ 0-5 ปี

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ ครบ 1 ปี (fully immunized)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	100	100	100
2.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ ครบ 2 ปี (fully immunized)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	100	100	100
3.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ ครบ 3 ปี (fully immunized)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	100	100	100
4.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุ ครบ 5 ปี (fully immunized)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90	100	100	100

กลุ่มวัยเรียน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ 7 ปี (fully immunized)	-	71.59	96.97	97.47
2.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนเอชพีวีในเด็กนักเรียนหญิงชั้น ป.5	-	100	100	100
3.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน dT ในเด็กนักเรียนชั้น ป.6	-	100	100	อยู่ระหว่างดำเนินการ

กลุ่มผู้ใหญ่

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนคอตีบ-บาดทะยัก ในผู้ใหญ่	-	0	0.34	0.32

งานโภชนาการเด็ก 0-5 ปี

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ร้อยละของเด็ก 0 – 2 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยเด็กอายุ 2 ปี	-	67.70	90.52	93.65
2.	ร้อยละของเด็ก 3 – 5 ปี สูงดีสมส่วน	-	70.40	95.15	95.96
3.	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 64	69.10	93.15	95.06

วิเคราะห์งาน

โภชนาการที่ดีตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิจนถึงอายุ 5 ปี หรือ 2,500 วันแรกของชีวิต ซึ่งเป็นช่วงพัฒนาเซลล์สมอง ระบบ ประสาท ระบบกล้ามเนื้อ ระบบกระดูก ระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค อวัยวะภายในของร่างกายให้สมบูรณ์ ส่งผลให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth)

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ช้า ไม่มาฝากครรภ์
2. พ่อแม่/ผู้ดูแลเด็ก ไม่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของบุตรหลาน ส่งผลให้เด็กมีภาวะทุพโภชนาการ
3. เครื่องชั่งน้ำหนักหรือเครื่องวัดส่วนสูงไม่เป็นไปตามมาตรฐาน
4. อสม.ขาดทักษะการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การตรวจพัฒนาการ

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. ขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรก ในพื้นที่ตำบลเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
2. พัฒนาศักยภาพผู้นำท้องถิ่น ครูผู้ดูแลเด็ก ในการเตรียมและจัดอาหารกลางวันในศูนย์เด็กเล็ก

งานอนามัยแม่และเด็ก (คลินิกฝากครรภ์)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	0	0
2.	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 34	17.09	20.73	6.12

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	มากกว่าร้อยละ 75	50	60.53	59.57
2.	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์	มากกว่าร้อยละ 75	47.50	47.37	46.81
3.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุไอโอดีน	ร้อยละ 100	55.89	90.32	88.24
4.	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์	มากกว่าร้อยละ 75	78.72	67.44	72.50
5.	ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	น้อยกว่าร้อยละ 7	4.4	7.41	0

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์	58	63	55
2.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจ Hct	55	45	33
3.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจหาเชื้อ HIV	55	45	33
4.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจหาเชื้อซิฟิลิส	55	45	33
5.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย	53	45	33
6.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการประเมินค่าดัชนีมวลกาย	56	45	36
7.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจค่าน้ำตาลในปัสสาวะ	56	43	34
8.	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจค่าอัลบูมินในปัสสาวะ	56	43	34

วิเคราะห์งาน

- ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
 - 1.การไม่ได้คุมกำเนิด ลืมกินยาคุมกำเนิด
 - 2.หญิงตั้งครรภ์ ไม่ทราบว่า การมาฝากครรภ์ครั้งแรกต้องมาก่อนอายุครรภ์ < 12 สัปดาห์
 - 3.ระดับการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษารับฝากครรภ์เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์
 - 4 การตั้งครรภ์ไม่พร้อม การขาดความรู้ และการไม่ต้องการเปิดเผยในหญิงตั้งครรภ์อายุน้อย
- สาเหตุร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ไม่ผ่าน ตามเกณฑ์
 - 1.หญิงตั้งครรภ์จำประจำเดือนครั้งสุดท้ายไม่ได้
 - 2.นัดผิด
 - 3.มาฝากครรภ์ต่อจากที่อื่น

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การไม่พร้อมในการตั้งครรภ์
2. การไม่มีความรู้เรื่องการมาฝากครรภ์ควรมาฝากครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
- 3.ขาดการวางแผนครอบครัว
4. เนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้บางครั้งการเข้าถึงคลินิกฝากครรภ์มีความล่าช้า

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. การประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์เมื่อพร้อม การเตรียมความพร้อมก่อนการมีบุตร
2. สร้างเครือข่าย อสม.อนามัยแม่และเด็ก เพื่อเป็นแหล่งความรู้ในชุมชน
- 3.การส่งต่อข้อมูลการรับบริการระหว่างคลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน

งานอนามัยโรงเรียน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ตรวจสอบสุขภาพเด็กนักเรียน	2,503	2,237	2,516
2.	เด็กนักเรียนสูงตีส่มส่วน	1,765	1,506	N/A

วิเคราะห์งาน

ปัญหาภาวะโภชนาการในกลุ่มเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักและร่วมมือในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ปัจจุบันจะเห็นว่าท้องถนนและทางโรงเรียนจัดให้เด็กมีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการด้านอาหารและการเลี้ยงดูเด็ก ซึ่งไม่มีการควบคุมของครูและผู้ปกครอง จึงเป็นสาเหตุของภาวะโภชนาการเกินในเด็ก
2. โรงเรียนยังมีการจำหน่ายเครื่องดื่มประเภทน้ำหวาน น้ำอัดลมและขนมขบเคี้ยวในโรงเรียน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. โรงเรียนดำเนินการควบคุมการจัดอาหารกลางวัน ให้ได้ตามมาตรฐานโภชนาการ เน้นการจัดอาหารลดหวาน มัน เค็ม มีผัก และผลไม้เพียงพอตามปริมาณและสัดส่วนที่แนะนำในธงโภชนาการ
2. ขอความร่วมมือกับแม่ค้า ให้จัด/จำหน่ายอาหาร นม ขนม และเครื่องดื่ม ที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ลดการจัดอาหารหวาน มัน เค็ม เน้นการจัดอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ (Healthy food และ Healthy snack)
3. โรงเรียนจัดให้มีชั่วโมงกิจกรรมด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

กลุ่มวัยทำงาน

งานคัดกรอง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2563			2564			2565		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	3,769	3,648	96.79	3,745	3,666	97.89	3,462	3,388	97.89
ประชากร 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน	ร้อยละ 90	4,891	4,491	91.82	4,898	4,671	95.37	4,728	4,643	98.20

ร้อยละของ วัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนี มวลกายปกติ	ร้อยละ 58	1,070	364	34.02	1,046	344	32.89	972	319	32.82
--	--------------	-------	-----	-------	-------	-----	-------	-----	-----	-------

วิเคราะห์งาน

จากการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารพบว่า ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารหวาน เสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง คิดเป็นร้อยละ 94.12 บริโภคไขมันเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูงคิดเป็นร้อยละ 79.83 และบริโภคโซเดียมเสี่ยงปานกลางเสี่ยงสูงและสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 88.23 มีการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบคิดเป็นร้อยละ 21.01

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.กลุ่มวัยทำงานไม่ได้ปรุงอาหารรับประทานเองแต่ซื้ออาหารปรุงสุกมารับประทาน
- 2.การเข้าถึงร้านสะดวกซื้อได้ง่ายมีขาย24ชม. และมีตลาดนัดทุกวันทั้งในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียง
- 3.วัยทำงานมีพฤติกรรมชอบบริโภคอาหารหวาน บริโภคไขมัน

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลโดยใช้เทคนิค Motivation interviewing
- 2.ดำเนินการร่วมกับชุมชนโดยการสร้างกระแสการออกกำลังกายและส่งเสริมให้มีกิจกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง
- 3.จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องอ้วนให้กับวัยทำงาน
- 4.ส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพให้กับวัยทำงาน

งานเฝ้าระวัง

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ปี2563			ปี2564			ปี2565		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วย Fundus Camera	ร้อยละ 60	878	591	67.31	914	694	75.93	958	673	70.25
ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	ร้อยละ 60	878	606	69.02	914	703	76.91	958	672	70.15

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางช่องปาก	ร้อยละ 60	878	705	80.29	914	710	77.68	958	424	44.26
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมันLDLและมีค่า LDL < 100 mg/dl	ร้อยละ 60	878	478	54.44	914	469	51.31	837	613	73.24
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย1ครั้ง/ปี	ร้อยละ 60	-	-	-	914	720	78.77	958	744	77.66

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2563			2564			2565		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	≤ร้อยละ 1.75	79	6	7.59	195	5	2.56	676	14	2.07
อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง	-	7	0	0.00	7	0	0.00	62	0	0.00
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยัน	≤ร้อยละ 17.13	32	7	21.88	45	17	37.78	97	19	19.59
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากผู้สงสัยป่วย(ทำ HBPM)	-	72	7	9.72	150	18	12.00	98	10	10.20

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ 67	35	32	91.43	64	45	70.31	137	97	70.80
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ 80	72	70	97.22	150	132	88.00	99	98	98.99

ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	2563			2564			2565		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ร้อยละ 40	878	307	34.97	914	276	30.20	958	402	41.96
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	≥ร้อยละ 50	2,056	1,618	78.70	2256	1624	71.99	2259	1783	78.93
อัตราการเกิด DM รายใหม่ต่อแสนประชากร ต.พรหมพิราม	ลดลงกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา	14,188	75	528.62	14,196	71	500.14	14129	71	502.51
อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากร ต.พรหมพิราม	ลดลงกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา	14188	124	845.79	14196	251	1768.10	14129	98	693.61

วิเคราะห์งาน :

ปี2565 พบอัตราการเกิด DM รายใหม่ต่อแสนประชากร สูงกว่าปี2564ที่ผ่านมา พบว่าเกิดจากกลุ่มเสี่ยง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.07 และกลุ่มผู้ป่วยโรคHT จำนวน 27 คิดเป็นร้อยละ 38.03

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมและซื้ออาหารปรุงสุกมากกว่าการทำอาหารรับประทานเอง
- 2.การเข้าถึงอาหารจากร้านสะดวกซื้อและตลาดนัดได้ตลอดเวลา
- 3.จากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคHT ใช้เครื่องปรุงมากกว่า 2 ชนิด
- 5.จากแบบสอบถามพบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังชอบดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.ประเมินความเสี่ยง นคร 2 ส ให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานรายบุคคล
- 2.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลโดยใช้เทคนิค Motivation interviewing
- 3.ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

ผลงานเด่นปีงบประมาณ 2565

1.1.การวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงโรคHT,DMหมู่ 1-15 ต.พรหมพิราม

ผลการวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มเสี่ยงโรคHT,DMจำนวน 304 ราย

ข้อคำถาม	ทำ	ร้อยละ	ไม่ทำ	ร้อยละ
1. ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง	296	97.37	8	2.63
2. ครอบครัวของท่าน ประกอบอาหาร โดยใช้เครื่องปรุง ไม่เกิน 1 – 2 ชนิดเท่านั้น ต่อการปรุงอาหาร 1 อย่าง (ผงชูรส, ผงปรุงรส, น้ำปลา. ซอสถั่วเหลือง, ซอสน้ำมันหอย, เกลือ	240	78.95	64	21.05
3. ท่านตวงปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมความเค็ม	154	50.66	150	49.34
4. ท่านทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป (เช่น ลูกชิ้น หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก ปลากระป๋อง ไข่เค็มปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น)	233	76.64	71	23.36
5. ท่านทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุ๊ป หรือน้ำแกง (เช่น น้ำซุ๊ป ก๋วยเตี๋ยว น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา)	228	75.00	76	25.00
6. ท่านทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก ขาหมูติดมัน หมูสามชั้นและอื่น ๆ	192	63.16	112	36.84
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว หรืออื่น ๆ	190	62.5	114	37.50
8. ท่านทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว/ซอส ลงไปในอาหารอีก	151	49.67	153	50.33
9. บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ	121	39.80	183	60.20
10. ท่านทานอาหารนอกบ้าน เช่น อาหารตามสั่ง, แกงถุง ก๋วยเตี๋ยว ฯลฯ	164	53.95	140	46.05
11. ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส	107	35.19	197	64.80
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ	197	64.80	107	35.20
13. ท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่น จักรยาน ทำงานบ้านทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สบายอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วัน/ต่อสัปดาห์	274	90.13	30	9.87
14. ท่านกินสมุนไพร เช่น ปอกะบิด หญ้าหนวดแมว ห้าฝั่ม มะรุม แคปซูลเถาวัลย์เปรียง ฯลฯ	64	21.05	240	78.95
15. ท่านติดตามชั่งน้ำหนัก หรือวัดความดันโลหิต หรือวัดรอบเอวตนเอง	230	75.66	74	24.34

1.2.การตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน 15 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

จำนวนตัวอย่าง อาหาร	ตรวจไม่ได้		ระดับความเค็ม พอดี 0.3-0.5		ระดับความเค็มเค็ม 0.7-0.9		ระดับความเค็มมาก 1.1-1.5	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
304	14	4.61	75	24.67	126	41.45	89	29.08

1.3.ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ไขมัน โซเดียม

พฤติกรรมการ บริโภค	พอเหมาะ ระดับคะแนน0-5		เสี่ยงปานกลาง ระดับคะแนน 6-9		เสี่ยงสูง ระดับคะแนน10-13		เสี่ยงสูงมาก ระดับคะแนน14-15	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคหวาน	59	19.41	222	73.03	23	7.57	0	0.00
การบริโภคไขมัน	40	13.16	207	65.09	56	18.42	1	0.33
การบริโภคโซเดียม	33	10.86	231	75.99	39	12.83	1	0.33

1.4.ผลประเมินระดับความเครียด

ระดับความเครียดน้อย		ระดับความเครียดปานกลาง		ระดับความเครียดมาก		ระดับความเครียดมากที่สุด	
คะแนน 0-4		คะแนน 5-7		คะแนน 8-9		คะแนน 10-15	
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
230	75.66	55	18.09	11	3.61	8	2.63

1.5.ผลประเมินการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงจำนวน 304 ราย

การออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ		ออกกำลังกาย		ไม่ออกกำลังกาย	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
		181	59.54	123	40.46

2.1.การวัดพฤติกรรมการบริโภคอาหารกลุ่มป่วยโรคHT,DMหมู่ 1-15 ต.พรหมพิราม จำนวน 678 ราย

ข้อคำถาม	ทำ	ร้อยละ	ไม่ทำ	ร้อยละ
1. ท่านประกอบอาหารทานเอง หรือทานอาหารที่บ้านปรุงเอง	678	0.00	0	0.00
2. ครอบครัวของท่าน ประกอบอาหาร โดยใช้เครื่องปรุง ไม่เกิน 1 – 2 ชนิดเท่านั้น ต่อการปรุงอาหาร 1 อย่าง (ผงชูรส, ผงปรุงรส, น้ำปลา, ซอสถั่วเหลือง, ซอสน้ำมันหอย, เกลือ)	284	41.89	394	58.11
3. ท่านตวงปริมาณเครื่องปรุงในการประกอบอาหารเพื่อควบคุมความเค็ม	14	2.06	664	97.94
4. ท่านทานอาหารหรือผัก/ผลไม้แปรรูป (เช่นลูกชิ้น หมูยอ กุนเชียง ไส้กรอก ปลากระป๋อง ไข่เค็มปลาเค็ม ผักดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น)	678	100	0	0.00

5. ท่านทานอาหารประเภทที่มีน้ำซุบ หรือน้ำแกง (เช่น น้ำซุบก้วยเตี๋ย น้ำแกงทุกประเภทน้ำส้มตำ น้ำผัดผัก น้ำยา)	651	96.02	27	3.98
6. ท่านทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง กะทิและอาหารทอด เช่น หนังไก่ เครื่องในสัตว์ หอย ปลาหมึก ขาหมูติดมัน หมูสามชั้นและอื่น ๆ	656	96.76	22	3.24
7. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียว หรืออื่น ๆ	611	90.12	67	9.88
8. ท่านทานอาหารแต่ละมื้อไม่ได้เติมน้ำปลา/ซีอิ๊ว/ซอส ลงไปในอาหารอีก	299	44.10	379	55.90
9. บนโต๊ะอาหารท่านจะมีถ้วยพริกน้ำปลา วางไว้เสมอ	350	51.62	328	48.38
10. ท่านทานอาหารนอกบ้าน เช่น อาหารตามสั่ง, แกงถุง ก้วยเตี๋ย ฯลฯ	674	98.82	4	0.59
11. ท่านทานอาหารนอกบ้าน ท่านจะบอกแม่ค้า ไม่ให้ใส่ผงชูรส, ผงปรุงรส	13	1.92	665	98.08
12. ท่านอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูชนิดและปริมาณสารอาหารก่อนซื้อ	12	1.77	666	98.23
13. ท่านออกกำลังกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น เดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน ทำงานบ้านทำสวน ทำไร่ จนรู้สึกเหนื่อย สดสมอย่างน้อยวันละ 30 นาที หรือ 5 วัน/ต่อสัปดาห์	674	99.41	4	0.59
14. ท่านกินสมุนไพร เช่น ปอกระบิด หญ้าหนวดแมว ห้าม มะรุมแคบซูล เถาวัลย์เปรียง เห็ดหลินจือ รังจืด	47	6.93	631	93.07
15. ท่านติดตามชั่งน้ำหนัก หรือวัดความดันโลหิต หรือวัดรอบเอวตนเอง	41	6.05	637	93.95

2.2.การตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร จำนวน 15 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

จำนวนตัวอย่างอาหาร	ตรวจไม่ได้		ระดับความเค็มพอดี 0.3-0.5		ระดับความเค็มเค็ม 0.7-0.9		ระดับความเค็มมาก 1.1-1.5	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
490	25	5.10	127	25.92	241	49.18	97	19.80

2.3.ผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน ไขมัน โซเดียมกลุ่มเสี่ยง 678 ราย

พฤติกรรมการบริโภค	พอเหมาะ ระดับคะแนน 0-5		เสี่ยงปานกลาง ระดับคะแนน 6-9		เสี่ยงสูง ระดับคะแนน 10-13		เสี่ยงสูงมาก ระดับคะแนน 14-15	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคหวาน	180	26.55	360	53.10	128	18.88	10	1.47
การบริโภคไขมัน	205	30.24	366	53.98	100	14.75	7	1.03
การบริโภคโซเดียม	98	14.45	313	46.17	252	37.17	15	2.21

2.4.ผลประเมินระดับความเครียดกลุ่มเสี่ยง 678 ราย

ระดับความเครียดน้อย		ระดับความเครียดปานกลาง		ระดับความเครียดมาก		ระดับความเครียดมากที่สุด	
คะแนน 0-4		คะแนน 5-7		คะแนน 8-9		คะแนน 10-15	
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
466	68.73	143	21.09	58	8.55	11	1.62

2.5.ผลประเมินการออกกำลังกายกลุ่มเสี่ยงจำนวน 678 ราย

การออกกำลังกายแบบมีรูปแบบ	ออกกำลังกาย		ไม่ออกกำลังกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	133	19.62	545	80.38

กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
			ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	≥ ร้อยละ 80	95.04%	96.95 %	96.86%
2	ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ 80 5 ปี (สะสม)	13.52%	28.23%	37.04%

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	455คน	432คน	232 คน
3	สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาและส่งต่อ	21คน	24คน	57คน
4	สตรีกลุ่มเป้าหมาย 30-70 ปีได้รับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	2,680	2,734	2,715
5	สตรีกลุ่มเป้าหมาย 30-70 ปีที่มีผลการตรวจมะเร็งเต้านมผิดปกติได้รับการตรวจรักษาตามแนวทางการรักษาและส่งต่อ	3	24	15
6	ให้บริการเรื่องการคุมกำเนิด (ครั้ง)	64	53	48
7	ให้บริการตรวจหลังคลอด (ราย)	22	11	10

วิเคราะห์งาน

การตรวจมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ผลค่อนข้างแม่นยำ ปี2565 พบผลผิดปกติเชื้อ HPV type16,18 จำนวน 57คน จาก 232 คน คิดเป็น 24.56%

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.การตรวจมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ไม่ตรงกลุ่มเป้าหมาย
- 2.กรณีผลมะเร็งปากมดลูก HPV DNA test ผิดปกติ ติดต่อร์พ.พฤษภาคมวันทำ colposcopy ได้ทางโทรศัพท์เท่านั้นไม่มี line group ทำให้ไม่สะดวก

แนวทาง/แผนพัฒนา

การทำ line group ในการส่งต่อผู้ที่มีผล HPV DNA test positive

กลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน		
			2563	2564	2565
1	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	> ร้อยละ 90	100%	100%	100%
2	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	> ร้อยละ 50	18.3%	59.51%	88.49%
3	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
4	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 95	> ร้อยละ 95	94.88	89.06	96.43

วิเคราะห์งาน

เกณฑ์การประเมินตำบลดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการระยะยาว (Long Term Care) มีอยู่ 4 องค์ประกอบซึ่งมีส่วนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนในการดำเนินงานชมรมสูงอายุคุณภาพ ส่วนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการดูแลตาม Care plan

การคัดกรองประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะเห็นได้ว่าผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มีเปอร์เซ็นต์ที่ดีขึ้น เนื่องจากการประชุมชี้แจงแนวทางการคัดกรองและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.ผู้รับผิดชอบใหม่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ
- 2.การทำความเข้าใจกับท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชนในประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดบ้าน

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.สนับสนุนให้ร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับตำบลอื่น
- 2.การเยี่ยมเสริมพลังจากทีมระดับอำเภอ
- 3.การประชุมเพื่อทำความเข้าใจกับท้องถิ่นและเครือข่ายในชุมชน

งานคุ้มครองผู้บริโภค

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	ร้านชำผ่านเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุข(ร้าน)	ไม่น้อยกว่า 95%	96.84%
2	ร้านจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน อาหารสะอาด รสชาติอร่อย	ไม่น้อยกว่า 80%	100%
3	แผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน อาหารสะอาด รสชาติอร่อย	ไม่น้อยกว่า 80%	83.33%
4	ร้านจำหน่ายอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวผ่านเกณฑ์ก๋วยเตี๋ยวอนามัย	ไม่น้อยกว่า 80%	83.33%
5	ร้าน/แผงจำหน่ายอาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน อาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 5 ชนิด(บอแรกซ์ ฟอรัมาลีน สารกันรา)	ไม่น้อยกว่า 85%	97.22%
6	ตรวจน้ำมันทอดซ้ำพบสารโพลาร์ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด (25%)	ไม่น้อยกว่า 95%	100%
7	โรงอาหารในโรงเรียนผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (แห่ง)	ไม่น้อยกว่า 70%	N/A
8	โรงอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)(แห่ง)	100%	100%
9	โรงอาหารในศูนย์เด็กเล็ก ตามเกณฑ์(อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)(แห่ง)	ไม่น้อยกว่า 70%	N/A
10	ตลาดสดทุกแห่งผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อระดับดีและดีมาก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	100%
11	ร้านขายของชำไม่จำหน่ายยาชุด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	100%
12	เครื่องสำอางปลอดภัยจากสารห้ามใช้	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	100%
13	เกลือบริโภคที่จำหน่ายได้มาตรฐานตามที่กำหนด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	100%
14	ร้านชำที่จำหน่ายบุหรีและสุรามีกการปฏิบัติได้ถูกต้องตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ 2551 และ พรบ.ควบคุม บุหรี	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	100%
15	มีการเผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	100%
16	โรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรม อย.น้อยผ่านเกณฑ์กำหนด	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	N/A
17	ตลาดนัดผ่านเกณฑ์ตลาดสดประเภท 5 (แห่ง)	100%	0

18	สารปนเปื้อน 6 ชนิด(สารฟอกขาว สารกันรา บอแรกซ์ ฟอ์มารีน สารเร่งเนื้อแดง ยาฆ่าแมลง) ในอาหารสด ที่จำหน่ายในร้านอาหาร/แผงจำหน่ายอาหาร,รถเร่ และ ตลาดนัด (ตัวอย่าง)	มากกว่า95%	99.15%
19	ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณสุข(เรื่อง)	6 เรื่อง	6 เรื่อง
20	ตั้งจุดรับเรื่องราวร้องเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้าน สาธารณสุขที่หน่วยบริการ(แห่ง)	1 จุด	1 จุด

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ร้านจำหน่ายผ่านเกณฑ์มาตรฐานสาธารณสุข (ร้าน)	67	73	92
2	ร้านจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน อาหาร สะอาด รสชาติอร่อย (ร้าน)	4	1	4
3	แผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐาน อาหาร สะอาด รสชาติอร่อย (ร้าน)	33	47	45
4	ร้านจำหน่ายอาหารประเภทก๋วยเตี๋ยวผ่าน เกณฑ์ก๋วยเตี๋ยวนามัย (ร้าน)	20	28	25
5	ร้าน/แผงจำหน่ายอาหารสดปลอดภัยจากสาร ปนเปื้อนอาหารสดปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 5 ชนิด (ร้าน)	44	40	33
6	ตรวจน้ำมันทอดซ้ำพบสารโพลาร์ไม่เกินเกณฑ์ ที่กำหนด (25%)	8	10	7
7	โรงอาหารในโรงเรียนผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (แห่ง)	6	6	N/A
8	โรงอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์อาหาร สะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (แห่ง)	1	1	1
9	โรงอาหารในศูนย์เด็กเล็ก ตามเกณฑ์(อาหาร สะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) (แห่ง)	6	6	N/A
10	ตลาดสดทุกแห่งผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ ระดับดีและดีมาก (แห่ง)	1	1	1
11	ร้านขายของชำไม่จำหน่ายยาชุด (ร้าน)	67	73	68

12	เครื่องสำอางปลอดภัยจากสารห้ามใช้ (ตัวอย่าง)	3	3	3
13	เกลือบริโภคที่จำหน่ายได้มาตรฐานตามที่กำหนด (ร้าน)	55	65	48
14	ร้านค้าที่จำหน่ายบุหรี่ยี่ห้อและสุราที่มีการปฏิบัติได้ถูกต้องตาม พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ 2551 และพรบ.ควบคุมบุหรี่ (ร้าน)	60	54	75
15	มีการเผยแพร่ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (เรื่อง)	6	6	6
16	โรงเรียนมีการดำเนินกิจกรรม อย.น้อยผ่านเกณฑ์กำหนด (โรงเรียน)	6	6	6
17	ตลาดนัดผ่านเกณฑ์ตลาดสดประเภท 2 (แห่ง)	0	0	0
18	สารปนเปื้อน 6 ชนิด(สารฟอกขาว สารกันรา บอแรกซ์ ฟอรั่มารีน สารเร่งเนื้อแดง ยาฆ่าแมลง) ในอาหารสด ที่จำหน่ายในร้านอาหาร/แผงจำหน่ายอาหาร,รถเร่ และตลาดนัด (ตัวอย่าง)	72	102	117
19	ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข(เรื่อง)	6	6	6
20	ตั้งจุดรับเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขที่หน่วยบริการ(แห่ง)	0	0	1

วิเคราะห์งาน

งานคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการได้ครบถ้วน ร้านชำ ร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร ร้านก๋วยเตี๋ยว ตลาดสด ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด มีการตรวจพบสารปนเปื้อนในอาหารน้อย

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

เนื่องจากสถานการณ์โควิด- 19 ผู้ประกอบการจึงไม่สามารถเปิดร้านจำหน่ายอาหารได้ จึงทำให้การตรวจประเมินมาตรฐานล่าช้า และได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน
- 2.อบรมผู้ประกอบการ
- 3.ประสานท้องถิ่นเรื่องการขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารต้องผ่านการอบรมมาตรฐานร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหารและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

งานอาชีวอนามัย และความปลอดภัย

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ	พัฒนา	พัฒนา
2	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Plus	ดีมาก Plus	ดีมาก Plus
3	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานจัดการอาชีวอนามัย สำหรับโรงพยาบาลชุมชน	เริ่มต้นพัฒนา	เริ่มต้นพัฒนา
4	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานการสุขาภิบาลและความปลอดภัยในโรงพยาบาล	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์
5	โครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพปลอดภัย	85	65.78
6	ร้อยละของการส่งน้ำตรวจที่ผ่านระบบบำบัดได้มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 100 (ตรวจ3เดือน/ครั้ง)	ร้อยละ 100
7	ร้อยละของการส่งตรวจน้ำประปาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ผ่านเกณฑ์ทุกพารามิเตอร์ ร้อยละ 100 (ตรวจ3เดือน/ครั้ง)	ร้อยละ 100

วิเคราะห์งาน

การดำเนินงานอาชีวอนามัย และความปลอดภัย เพื่อดูแลสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานในด้านโครงสร้าง และสิ่งแวดล้อม ผลลัพธ์การดำเนินงาน เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น Green and Clean Hospital ,มาตรฐาน HAS, Healthy Workplace และมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

- 1.ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นต่อเนื่อง เนื่องจากการรับปริมาณมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน
- 2.อัตรากำลังบุคลากรปฏิบัติงานไม่เพียงพอและมีการเปลี่ยนบุคลากรใหม่
- 3.มีการขยายเตียงบริการ

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.การลดปริมาณขยะติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2563		ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	จำนวน
จำนวนบุคลากร	183	100	194	100	192	100
บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพ	181	98.91	182	93.81	175	91.15
การประเมินค่าดัชนีมวลกาย			182		175	
BMI <18.5 กก./ม ²	5	2.76	6	3.30	12	6.86
BMI 18.5-22.9 กก./ม ²	71	39.24	76	41.76	60	34.29
BMI 23.0-24.9 กก./ม ²	37	20.44	36	19.78	42	24
BMI 25.0-29.9 กก./ม ²	43	23.76	45	24.73	41	23.42
BMI ≥30 กก./ม ²	25	13.80	19	10.43	20	11.43
อายุเฉลี่ยของบุคลากร				38.36		38.97
การประเมินค่าระดับน้ำตาลในเลือด (อายุ35ปีขึ้นไป)	115		115		107	
FBS <100 mg/dl	83	72.17	85	72.17	85	79.44
FBS 100-125 mg/dl	22	19.13	22	19.13	19	17.76
FBS >125 mg/dl	2	1.79	2	1.79	3	2.8
บุคลากรป่วยด้วยโรคเบาหวาน	8	6.96	8	4.12	8	4.17
การประเมินค่าระดับความดันโลหิต (อายุ35ปีขึ้นไป)	84	73.04	84	73.04	75	70.20
BP <130/85 mmHg	8	6.96	8	6.96	16	14.95
BP ≥130-139/85-89 mmHg	10	8.70	10	8.70	16	14.95
BP ≥140/90 mmHg	13	11.30	13	6.7	12	6.25
บุคลากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง						

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน
1.	ร้อยละบุคลากรที่มีดัชนีมวลกายปกติ	$\geq 50\%$	34.29
2.	ร้อยละการตรวจพบบุคลากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังลดลงจากปีที่ผ่านมา	$\geq 10\%$	
	- ความดันโลหิตสูง		-60%
	- เบาหวาน		-50%
3.	ร้อยละบุคลากรกลุ่มเสี่ยงป่วยเป็นโรคเรื้อรัง	0%	
	- เบาหวาน		0
	- ความดันโลหิตสูง		0
4.	ร้อยละบุคลากรกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษา	100%	100%

วิเคราะห์งาน

แม้มีการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีทุกปีและแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแต่ยังพบบุคลากรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ความร่วมมือและความต่อเนื่องของการร่วมกิจกรรมของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. นำผลการประเมินมาทบทวนแยกรายหน่วยงานและจัดทำแผนการสร้างเสริมสุขภาพบุคลากรกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

2. การส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับตั้งแต่ผู้บริหารสูงสุดเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

งานระบาดวิทยา

งานควบคุมโรคติดต่อ

- 1.1 งานโรคติดต่อจากสัตว์สู่คน เช่น โรคพิษสุนัขบ้า, โรคแอนแทรกซ์, โรคเลปโตสไปโรซิส, โรคหูดับ
- 1.2 งานโรคที่นำโดยแมลง เช่น โรคไข้เลือดออก, โรคไข้มาลาเรีย, โรคชิคุนกุนยา,
- 1.3 งานโรคที่มีอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น อหิวาตกโรค, อาหารเป็นพิษ
- 1.4 งานโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ เช่น SARS, ไข้หวัดนก, ปอดอักเสบ, ลีเจียนเนลโลซิส
- 1.5 งานโรคติดต่ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดนก วัณโรคดื้อยา โคโรนาไวรัส
- 1.6 งานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 1.7 งานโรคติดต่อทั่วไปอื่นๆ เช่น โรคไข้สมองอักเสบ, โรคไข้กาฬหลังแอ่น, โรคมือเท้าปาก, โรคเรื้อน

งานระบาดวิทยา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		ปี 2563	ปี2564	ปี2565
1. ความครบถ้วน ความถูกต้องของข้อมูลทางระบาดวิทยา	≥ ร้อยละ 90	100	100	100
2. ความทันเวลาในการส่งต่อข้อมูลทางระบาดวิทยา	≥ ร้อยละ 80	100	100	100
3. การประเมินมาตรฐานงานระบาดวิทยา	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน	พื้นฐาน
4. อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงร้อยละ 20 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	≤ 34 ราย	121.95	40.85	145.0
5. อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออกไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด	≤ 0.13	0	0	0

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	บันทึกรายงานผู้ป่วยทางระบาดวิทยา (ทุกวัน)	1110	736	9,066
2	การสอบสวนโรคเฉพาะราย (เมื่อมีCASE)	62	35	0
3	การเขียนรายงานการสอบสวนโรคระดับอำเภอ	22	429	0

งานควบคุมโรคติดต่อ

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย ,ครั้ง)		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	รับรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DF,DHF,DSS) (ราย)	52	35	45
2	ส่งรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DHF Online) (ราย)	52	35	45
3	การรณรงค์โรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ(ครั้ง)	3	0	2
4	สนับสนุนเครื่องพ่นสารเคมีให้กับทีมSRRTตำบล(ครั้ง)	3	0	4
5	การพ่นสารเคมีกำจัดยุงลายบริเวณโรงพยาบาล (ครั้ง)	0	0	0
6	ประชุมเพื่อแก้ปัญหาโรคติดต่อระดับอำเภอ (ครั้ง/ปี)	3	9	2
7	รายงาน Influenza Like Illnessให้ศูนย์ระบาดวิทยาจังหวัด	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน
8	การเฝ้าระวังผู้ป่วยปอดอักเสบ& severe Pneumonia	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน
9	การให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่สำหรับประชาชน (ราย)	4,800	2,419/5,850	4,800
10	การให้บริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ประจำปีสำหรับบุคลากร	196	180	169

11	การให้บริการฉีดวัคซีนโควิดระดับอำเภอ	N/A	18,112(เข็ม1) 29,365 (ทั้งหมด)	67,159 ครั้ง 42,207 คน
12	บันทึกผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (ร.36)	260	0	88
13	โรคผู้ป่วยยืนยันโควิดไวรัส 2019	8	394	13,527

วิเคราะห์งาน :

ภายใต้สภาวะแวดล้อมและนโยบายที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก การระบาดของโรคไข้เลือดออกมักเกิดในพื้นที่ซ้ำๆเดิมๆ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

ความร่วมมือของชุมชนในการดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่งก่อโรค

แนวทาง/แผนพัฒนา

- 1.อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งภายใต้ความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
- 2.ความทันเวลาในการสื่อสาร ป้องกันและควบคุมโรคผ่านไลน์กลุ่มงานระบาดวิทยา
- 3.การเตรียมความพร้อมของท้องถิ่นในการป้องกันควบคุมโรค

ระดับตัวชี้วัด	จำนวนที่ รับผิดชอบ (ตัว)	ผ่านเกณฑ์ (ตัว)	ร้อยละที่ผ่าน เกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์ (ตัว)	ร้อยละที่ ไม่ผ่านเกณฑ์
ยุทธศาสตร์	12	12	100	0	0
กลุ่มงาน	57	45	78.95	12	21.05

กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์

โครงสร้างการบริหารงาน

ประกอบด้วย นักเทคนิคการแพทย์ 4 คน นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ 1 คน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 คน

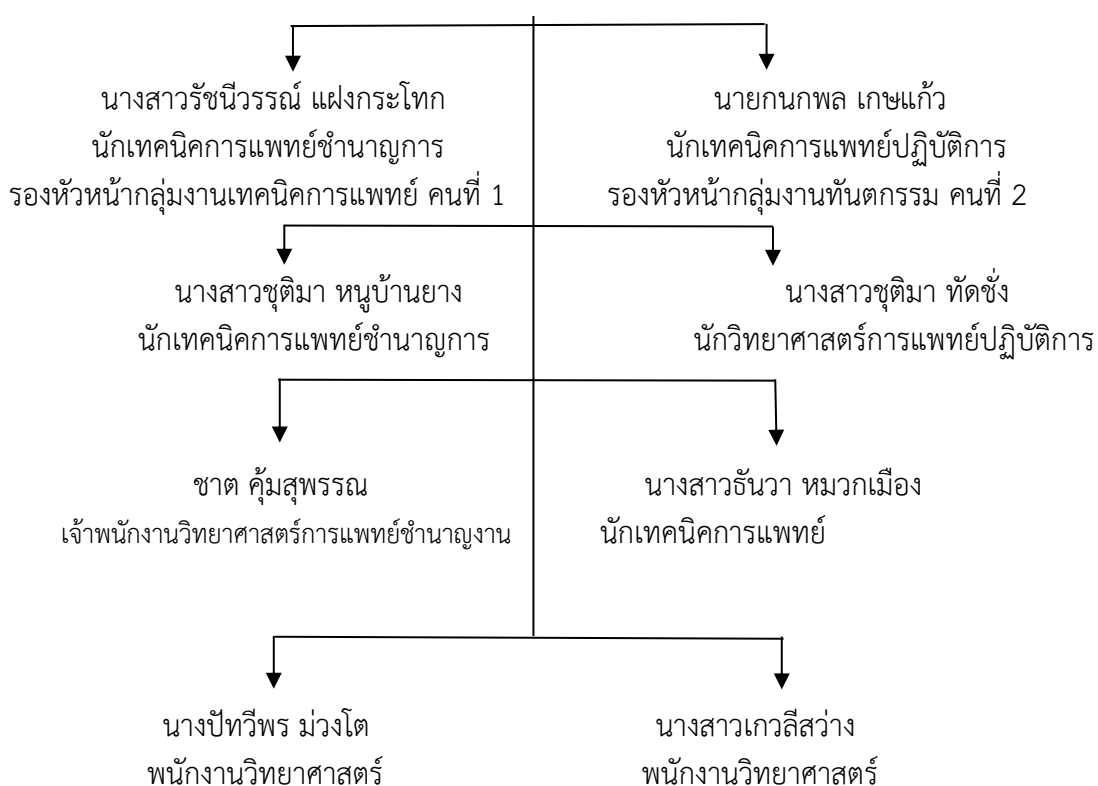
พนักงานวิทยาศาสตร์ 2 คน

แผนผังบุคลากรกลุ่มเทคนิคการแพทย์

นายจิรศักดิ์ วิจิตร

เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญงาน

หัวหน้ากลุ่มงานเทคนิคการแพทย์



หน้าที่ความรับผิดชอบ

ให้บริการด้านเทคนิคการแพทย์รับเจาะเลือด เก็บตัวอย่างส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการอื่นติดตามผลการตรวจวิเคราะห์ให้คำปรึกษาแนะนำการเก็บตัวอย่างแก่เจ้าหน้าที่ ผู้มารับบริการในเขตอำเภอทั้งโรงพยาบาลพรหมพิรามและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในเขตรับผิดชอบพร้อมทั้งให้การสนับสนุนงานด้านวิชาการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม

ผลงานตามตัวชี้วัดกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และรังสีวิทยา(งานเทคนิคการแพทย์)

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2654	ปี พ.ศ. 2655
A	ความพึงพอใจของผู้รับบริการกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์				
	-ผู้มารับบริการภายนอก	80%	80.2	86.6	83.2
	-ผู้มารับบริการภายใน				
	- กลุ่มองค์กรแพทย์	80%	82.4	80.6	80.1
	- กลุ่มการพยาบาล	80%	NA	NA	NA
	- กลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ	80%	84.3	80.8	80.1
B	กระบวนการการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ				
1	กระบวนการก่อนการตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจ				
	1.1 การรับสิ่งส่งตรวจได้มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์	95%	99.9	99.9	99.9
	1.2 การเจาะเก็บเลือดได้มาตรฐาน	95%	99.9	99.9	99.9
	1.3 สิ่งส่งตรวจมีคุณภาพ	95%	99.9	99.9	99.9
2	กระบวนการตรวจวิเคราะห์				
2.1	การควบคุมคุณภาพห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลพรหมพิราม				
	1 ควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายใน (IQC)	80% ของรายการตรวจ			
	2 การควบคุมคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ภายนอก (EQA)				
	2.1สาขาเคมีคลินิก (เกณฑ์มาตรฐาน VIS เฉลี่ยไม่เกิน 100)	<100	47	42.3	47
	(ใช้เครื่อง BECMAN COULTER AU680)				
	- Glucose (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	5.245	16.76	5.25
	- Glucose (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			

	- BUN(A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	8.98	18.865	8.9
	- BUN (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Creatinine(A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	1.255	3.7625	1.26
	- Creatinine (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Uric acid (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	21.4775	18.1775	21.1
	- Uric acid (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Protein (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	42.735	50.595	42.7
	- Protein (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Albumin (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	50.7425	22.9875	50.7
	- Albumin (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Bilirubin (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	11.1375	10.1175	11.1
	- Bilirubin (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2654	ปี พ.ศ. 2655
	- AST (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	15.625	16.35	15.6
	- AST (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- ALT (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	36.765	1.6775	36.7
	- ALT (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- ALP (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	37.07	43.7	37.1
	- ALP (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Cholesterol (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	37.2875	32.27	37.3
	- Cholesterol (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Triglyceride (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	3.63	13.5175	3.6
	- Triglyceride (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Sodium (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	45.33	33.5175	45.0
	- Sodium (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Potassium (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	26.0025	9.24	26.0
	- Potassium (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- Chloride (A) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	6.98	0	6.9

	- Chloride (B) (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100			
	- สาขาเคมีคลินิก (ใช้เครื่อง HbA1C Analyzer H9)				
	- HbA1C (เกณฑ์มาตรฐาน VIS ไม่เกิน 100)	<100	0	0	0
	2.2สาขาโลหิตวิทยา (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	3.09	3.13	3.1
	(ใช้เครื่อง ABX Pentra XL 80)				
	- RBC Count (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	4	3.5
	- RBC Count (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	2	3.0
	- WBC Count (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3	3.1
	- WBC Count (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3.5	3.2
	- PLT Count (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	2	3.0
	- PLT Count (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	2	3.0
	- Hemoglobin concentration (A) (SCORE > 2.0)	> 3.0	0	4	3.5
	- Hemoglobin concentration (B) (SCORE > 2.0)	> 3.0	0	4	3.5
	- Hematocrit (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3.5	3.2
	- Hematocrit (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3	3.1
	- MCV (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	2.5	3.0
	- MCV (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	2.5	23.0
	- MCV (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3.5	3.1

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2654	ปี พ.ศ. 2655
	- MCH (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	4	3.5
	- MCH (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	1.5	3.2
	- MCHC (A) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3.5	3.0
	- MCHC (B) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 3.0	0	3	3.0

	2.3 สาขาโลหิตวิทยา (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)				
	(ใช้กล้องจุลทรรศน์)				
	- WBC differential (C) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	4	4
	- WBC differential (D) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	2	2
	- RBC Morphology (C) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	3	3
	- RBC Morphology (D) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	3.5	3.0
	- Platelet estimation (C) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	2	2
	- Platelet estimation (D) (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE > 2.0)	> 2.0	0	2	2
	2.4สาขานิติเวชวิทยา				
	- HIV (เกณฑ์มาตรฐาน SCORE 4)	4	4	4	4
	2.5 สาขาจุลทรรศน์ศาสตร์(เกณฑ์มาตรฐาน SCOREมากกว่า 2.5)	2.5	3.24	2.89	3.0
	- การตรวจหาปรสิตในเลือดด้วยกล้องจุลทรรศน์	2.5	0	0	0
	- การรายงานตะกอนปัสสาวะจากภาพถ่าย	2.5	0	0	0
	- การตรวจตะกอนอุจจาระ	2.5	0	0	0
	2.6สาขาจุลชีววิทยาคลินิก (เกณฑ์มาตรฐาน SCOREมากกว่า 2.5)	2.5	2.44	2.77	3.0
	- Gram stain	2.5	0	0	0
	- Acid fast stain	2.5	0	0	0
	- KOH preparation	2.5	0	0	0
	- สาขานาการเลือด				
	- ABO group (SCOREเกณฑ์มาตรฐาน 4)	4	4	4	0
	- Rh group (SCOREเกณฑ์มาตรฐาน 4)	4	4	4	0
	2.7สาขาจุลทรรศน์ศาสตร์ (เกณฑ์มาตรฐาน SCOREมากกว่า 2.5)	2.5	3.24	2.89	0
2.2	การสอบเทียบการตรวจวิเคราะห์กับสถานพยาบาลใกล้เคียง	100%ของรายการตรวจที่ไม่ได้ทำ IQC			
2.3	การสอบเทียบเครื่องมือ	100%	100	100	1000

ลำดับ	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2654	ปี พ.ศ. 2655
2.4	การบำรุงรักษาเครื่องมือโดยช่างที่ชำนาญตามระยะเวลาที่กำหนด	100%	100	100	100
3	กระบวนการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์				
	3.1 ร้อยละของการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ผิดพลาด	0%	0.002	0.003	0.01
	3.2 ร้อยละการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ (ด่วน) ทันเวลาที่กำหนด	80%	56	37	65
	3.2.1การรายงานผล Trop T ภายในเวลา 30 นาที	80%	100	100	82
	3.3 ร้อยละการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์ที่มีผลการตรวจวิกฤต	100%	100	100	100
	3.4 การปรึกษาแพทย์ที่เกี่ยวข้องการ การผลการตรวจวิเคราะห์กรณีไม่สอดคล้อง อาการทางคลินิก หรือไม่สอดคล้องกับประวัติเดิมของผู้ป่วย	มากกว่า 1 ครั้ง	0	0	3
	3.5 อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจ วิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน (เช่น ลำไส้/ ผิดสิ่งส่งตรวจ / ผิดวิธีการ/ผลคลาดเคลื่อน) ทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	14	2	4
C	การรับรองมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA)	ผ่านการ รับรอง	ผ่าน	ผ่าน	รอรับ การ ประเมิน ใน ปี2566
D	มาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน				
	- อุบัติเหตุจากของมีคม	0 ครั้ง	0	0	0
	- อุบัติเหตุจากสารคัดหลั่ง	0 ครั้ง	0	0	0
	- อุบัติเหตุจากสารเคมี	0 ครั้ง	0	0	0
	- อุบัติเหตุจากเพลิงไหม้	0 ครั้ง	0	0	0
	- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	100%	100	100	100
	- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการได้รับวัคซีน	100%	100	100	100
	- เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการได้รับการตรวจไวร รัตบอักษะB	100%	100	100	100

ผลด้านความปลอดภัยในการใช้ line/tube/catheter และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับห้องปฏิบัติการ (L)							
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อุบัติการณ์การตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน ระดับ E ขึ้นไป*	0	4	12	14	2	1	4
ร้อยละการตรวจวิเคราะห์และรายงานผลตรวจวิเคราะห์ Lab คลาดเคลื่อน ระดับ E ขึ้นไป*	0	0.006	0.016	0.018	0.003	0.001	0.001

2.ผลงานการตรวจวิเคราะห์(รายการตรวจวิเคราะห์ที่สามารถปฏิบัติได้)

1.งานตรวจวิเคราะห์ทางเคมีคลินิก				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ.2563	ปี พ.ศ.2564	ปี พ.ศ.2565
1	Glucose	15124	16421	15002
2	BUN	23998	25377	25194
3	Creatinine	24605	25988	26007
4	Total Protein	3478	3832	4416
5	Uric Acid	3852	4767	4634
6	Cholesterol	15605	15523	15074
7	Triglyceride	15603	15527	15074
8	HDL- Cholesterol	15250	16001	15551
9	LDL-Cal	14167	14639	15791
10	Total Bilirubin	3490	3837	4413
11	Albumin	3532	3900	4534
12	Total Bilirubin	3490	3837	4413
12	Direct Bilirubin	3449	3837	4411
13	ALT	4468	4968	5771
14	AST	3985	4411	5146
15	ALP	3950	4365	4991
16	Electrolyte	11874	12776	12915
17	Calcium	-	574	2153
18	Magnesium	-	575	2297
19	Phosphorus	-	563	2187
20	Glucose(เครื่อง POCT)	15124	16421	9290
21	HbA1C	4585	5024	5851
22	Troponin T	516	634	799

2.งานตรวจวิเคราะห์ทางโลหิตวิทยา				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	CBC	11940	12058	13480
2	ESR	42	49	103
3	Haematocrit	1292	1055	1177
4	Bilirubin(เต็ก)	424	441	386
5	ABO group	688	725	897
6	Rh group	598	715	879
7	DCIP	368	237	391
8	Microfilaria	59	70	7
9	Malaria (Thin film)	4	1	6
10	VCT	13	6	1
11	PT	1869	2151	2746
12	INR	1957	2290	3082
13	PTT	17	94	603
14	WBCT(20min)	30	49	88

3.งานตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกันวิทยา				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	TSH	1465	1650	1835
2	Free T4	1431	1640	1821
3	Free T3	1430	1637	1818
4	HBs Ag	749	929	944
5	HBs Ab	176	166	202
6	HBc Ab	114	101	101
7	Anti HCV	444	794	752
8	Anti HIV	1499	1758	1973
9	Rheumatoid Factor	47	59	47
10	Anti TP (Syphyphilis)	47	421	1044
11	RPR	1156	1346	1055
12	Covid-19 Rapid Antigen Test	-	1574	12064

3.งานตรวจวิเคราะห์ทางภูมิคุ้มกันวิทยา				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	UACR (Urinary albumin/creatinine ratio)	-	-	11
2	Urine Analysis	5290	5673	6143
3	Urine specific gravity	56	24	15
4	Urine albumin	2479	1610	1120
5	Urine sugar	47	32	27
6	Urine ketone	54	118	127
7	Blood in Urine(Heme)	2	1	0
8	Urine Micro albumin	2349	2683	4627
9	Pregnancy Test	389	456	617
10	Methamphetamine เบื้องต้น	1209	1128	1463
11	Marijuana(กัญชา)	34	59	50
12	Stool exam	1595	1311	1172
13	Occult Blood	862	881	2588
14	Cell count/Diff	79	103	86
15	Tzank smear	1	2	3
16	Pleural effusion pH	8	14	12
17	Gram stain(Sputum)	192	216	210
18	Gram stain(Pus)	13	20	14
19	Gram stain(Urine)	1	1	3
20	Gram stain(Body fluid)	44	54	44
21	Gram stain(CSF)	3	4	7
22	Gram stain(Pleural fluid)	19	20	27
23	Gram stain(vagina)	39	17	17
24	AFB ผู้ป่วยใหม่(Spot sputum)	1038	977	699
25	AFB ผู้ป่วยใหม่(Collection sputum)	1003	859	449
26	AFB ผู้ป่วยเก่า(Spot sputum)	73	84	60
27	AFB ผู้ป่วยเก่า(Collection sputum)	13	11	2
28	AFB ผู้ป่วยติดตาม(Spot sputum)	68	126	66
29	AFB ผู้ป่วยติดตาม(Collection sputum)	234	208	266
30	AFB วัณโรคนอกปอด	1	1	1
31	AFB อื่นๆ	6	14	41
32	Modify AFB	4	3	13
33	KOH Preperation	57	40	32
34	Fern Test	65	46	48

35	Wet smear(PV)	44	19	18
36	Wet smear(Body fluid)	10	6	7
37	Wet smear(หา sperm)	10	6	13

3.งานส่งตัวอย่างตรวจห้องปฏิบัติการอื่น(Blood Chemistry)				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	Serum LDH	24	235	680
2	CK	5	3	5
3	Cortisol level	191	183	194
4	Urine Electrolyte(Na, K, CL)	18	33	53
5	Serum Amylase	13	36	43
6	CSF Protein	3	4	7
	UPCR(Urinary protein/Creatinine ratio)	-	-	31
7	CPK	55	73	72
8	Phenytoin(Dilantin)	15	29	37
9	ADA	2	2	2
10	Serum Iron	147	158	264
11	Phenobarbital	-	3	2
12	Cholinesterase	-	3	6
13	Urine random Amylase	1	2	3
	Urine random BUN(Urea)	-	-	8
14	Urine random Creatinine	48	60	131
15	Urine random Phosphorus	-	1	2
13	Urine random Potassium	20	20	32
14	Urine random Protein	16	25	78
15	Urine random Sodium	29	28	31
16	CSF Glucose	4	4	7
17	B-HCG	17	11	16
	Urine 24 hour BUN	-	1	-
18	Urine 24 hour Creatinine	13	13	8
19	Urine Osmolarity	1	4	29
20	Urine 24 hour Protein	34	39	39
21	น้ำเจาะข้อ Glucose	3	1	2
22	น้ำเจาะข้อ Total Protein	3	1	1
23	น้ำเจาะข้อ Uric acid	1	4	2
24	น้ำเจาะข้อ Albumin	20	28	28

25	น้ำเฝ้าหึ่ง Amylase	1	-	1
26	น้ำเฝ้าหึ่ง Glucose	8	-	9
27	น้ำเฝ้าหึ่ง LDH	1	5	4
28	น้ำเฝ้าหึ่ง Total Protein	26	30	29
29	น้ำเฝ้าปอด Albumin	5	7	6
30	น้ำเฝ้าปอด LDH	19	23	22
31	Serum Osmolarity	1	1	24
32	น้ำเฝ้าปอด Glucose	15	21	21
33	น้ำเฝ้าปอด Total Protein	19	23	24
34	Ethanol (Ethyl alcohol) Blood	4	1	-
35	Blood lithium	1	-	1
36	Depakine	2	5	1
37	ADA น้ำเฝ้าปอด	13	18	16
38	Serum ferritin	145	160	263
39	Serum transferin	4	3	19
40	Acid Phosphatase	10	6	10
41	Urine Random Chloride	20	20	27
42	Urine Random CO2	18	17	22
43	TIBC	140	157	261
44	Blood Alcohol	13	11	-
45	Blood Lactate	24	60	217
46	Ammonia(Plasma)	-	-	2
47	C-Peptide	-	-	1
48	Insulin	-	-	1
49	Prolactin(Serum)	-	-	19
50	TSH (หารกแรกเกิด 48 ชั่วโมง)		4	29

3.งานส่งตัวอย่างตรวจหึ่งปฏิบัติการอื่น(Hematology)

ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	Reticulocyte count	14	27	53
2	G-6-PD	12	18	13
3	Hb Typing	25	23	35
4	Heinz body	11	17	8
5	Inclusion body	11	18	7
6	CD4	417	441	443
7	HIV Viral load	338	361	372

3.งานส่งตัวอย่างตรวจห้องปฏิบัติการอื่น(Immunology)				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	Anti HAV IgG	1	-	4
2	HBeAg	15	19	33
3	C3 Complement	1	2	1
4	ANA	6	6	10
5	Anti-DNA	1	2	1
6	Melioidosis	34	33	31
7	Cryptococcus Ag	19	7	17
8	Dengue Rapid Test(IgM/IgG)	1	1	19
	Dengue titer	-	1	24
9	PCR เด็ก(โครงการ)	3	-	6
10	Scrub (IgM/IgG)	39	39	38
11	Beta-HCG	15	7	8
12	AFP	6	26	33
	CEA	-	10	63
13	PSA	29	23	71
	CA-125	-	9	14
14	CRP	10	198	69
15	Direct Coomb's test	23	43	31
16	Indirect Coomb's test	3	24	26
17	CA19-9	2	4	2
18	T4	2	-	-
19	T3	2	-	-
	Anti-Thyroglobulin	-	4	5
20	Measles IgM	1	1	
21	HLA-B*58:01	98	69	78
	HLA-B*15:02	-	-	1
22	PCR for TB Xpert(Molecular)รพ.พุทธชินราช	13	2	11
	Varicella zoster Ab IgG(titer)	-	-	1
	Covid-19 PCR	-	2148	4190
	FLD-LPA(Molecular)สคร.2	-	-	20
	PCR for TB Xpert(Molecular)สคร.2	-	-	64
	SLD-LPA(Molecular)สคร.2	-	-	1
	Herpes simplex virus viral load	-	-	1
23	Leptospirosis IgM(Screening test)	37	39	39

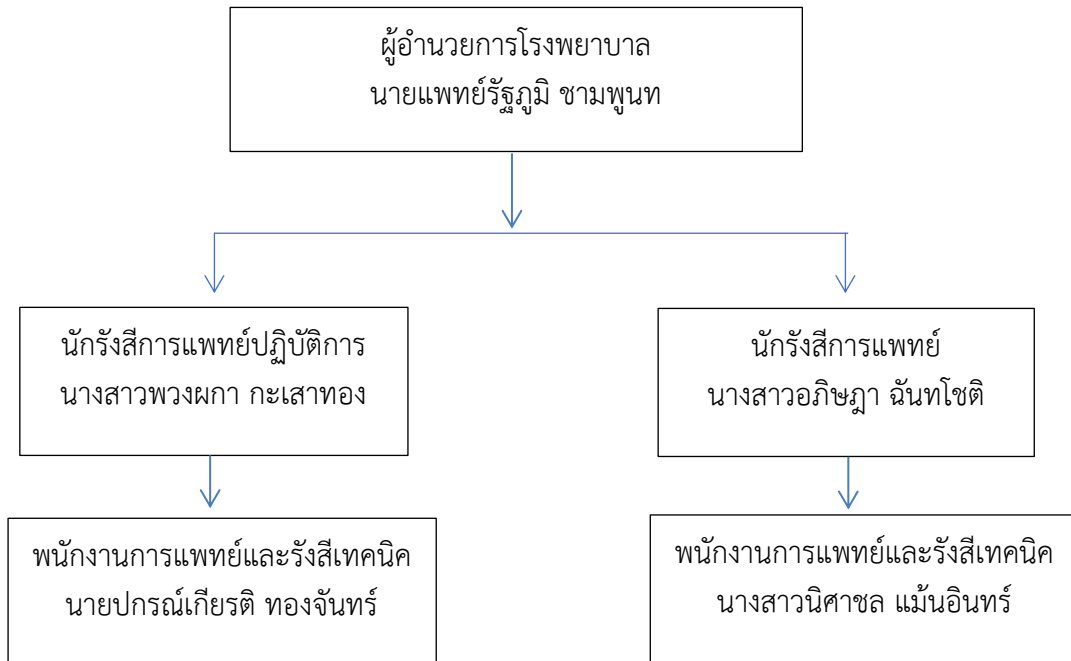
24	Leptospirosis IgG(Screening test)	36	38	40
25	Dengue Rapid test (NS1 Ag)	3	3	179
	PCR for Zika	-	-	1
	HEV Ab IgG	-	-	1
	Anti HAV IgM	-	-	1
	Anti-HBe	-	-	1
	คัดกรองดาวน์ซินโดรม	-	-	161
	Parathyroid Hormone(PTH)	-	-	2
	HEV Ab IgM	-	-	1
26	Methamphetamine ยืนยัน	4	1	3

3.งานส่งตัวอย่างตรวจห้องปฏิบัติการอื่น(Microbiology)				
ลำดับ	รายการตรวจ	ปี พ.ศ. 2563	ปี พ.ศ. 2564	ปี พ.ศ. 2565
1	Hemo Culture	1449	1893	2139
2	Urine Culture	622	855	909
3	Sputum Culture	164	205	189
4	Pus Culture	80	105	106
5	Abdominal Culture	26	42	26
6	CSF Culture	3	4	8
7	Pleural Culture	18	27	28
8	Stool Culture	284	91	100
9	Sputum Culture for TB	7	45	-
10	CAPD fluid-น้ำล้างไต Culture	2	44	34
11	Synovial Culture	9	12	7
12	Culture อื่นๆ	11	10	14
13	Sputum Culture for TB สคร.2	-	-	37

กลุ่มงาน เทคนิคการแพทย์และรังสีวิทยา

งานรังสีวิทยา

โครงสร้างการบริหารงาน



หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. ให้บริการถ่ายภาพรังสีวินิจฉัยทั่วไปตามคำสั่งแพทย์ ถูกคน ถูกตำแหน่ง ถูกอวัยวะ
2. จัดเก็บภาพเอกซเรย์เข้าสู่ระบบฐานข้อมูลภาพรังสี (Picture Archiving Communication System : PACS) โดยแพทย์สามารถเรียกดูข้อมูลในการติดตามอาการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา และ Print Film หรือ Write CD ภาพเอกซเรย์ กรณีไปรักษาต่อที่อื่น
3. ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและเป็นไปตามมาตรฐานงาน
4. ให้ข้อมูล คำแนะนำ ความรู้เกี่ยวกับรังสี และการป้องกันอันตรายจากรังสีให้กับผู้รับบริการ และบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้รับความปลอดภัยจากการใช้รังสี
5. ตรวจสอบดูแลระบบ Computed Radiography (CR) / Digital Radiography (DR) ให้มีประสิทธิภาพพร้อมใช้งานในการให้บริการผู้ป่วย
6. ประสานงานกับบุคลากรในหน่วยงานเดียวกันเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ
7. พัฒนางานในห้องเอกซเรย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
8. ให้บริการถ่ายภาพรังสีในผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ไขหวัดนก ไขหวัดสายพันธุ์ใหม่ โรคโควิด19 หรือโรคระบาดอื่นๆ ตามตารางเวรที่จัดประจำเดือน
9. เก็บรวบรวมรายงานประจำเดือน รายงานตัวชีวิตที่ได้รับมอบหมายเดือนละครั้ง
10. รับผิดชอบ 5 ส. ในหน่วยงานที่รับผิดชอบ

ผลงานด้านปริมาณงาน

1. งานให้บริการถ่ายภาพรังสี

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน (ราย , ครั้ง)	ผลงาน (ราย , ครั้ง)
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ระบบทรวงอก	12,902	12614
2	ระบบช่องท้อง	1,591	1797
3	ระบบกระดูกลำตัว	993	1160
4	ระบบกะโหลกศีรษะ	648	739
5	กระดูกยางค์ (กระดูกแขน-ขา)	2,472	3313
6	Portable x-ray ดิจิทัล	1,006	1456
7	รวมผู้รับบริการเอกซเรย์ทั้งหมด	16,453	20,013
8	จำนวนการกดยเอกซเรย์ (exposure)	19,650	25,233
9	จำนวนการถ่ายภาพฟิล์มซ้ำ	138	97
10	จำนวนการ Write CD	673	5
11	จำนวนการส่งข้อมูลภาพเอกซเรย์เข้าระบบ Data center	-	1262

1.1 งานให้บริการถ่ายภาพรังสีจำแนกตามห้องตรวจต่างๆของโรงพยาบาล

ลำดับ	ห้องตรวจ	ผลงาน (ราย , ครั้ง)	ผลงาน (ราย , ครั้ง)
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	PCU	1,569	1,543
2	ห้องตรวจวัณโรค	1,015	941
3	งานตรวจสุขภาพ	807	869
4	คลินิกเบาหวาน	567	1,101
5	รักษัไต	427	394
6	คลินิกฟ้าใส	375	340
7	คลินิกบำบัด	225	127
8	คลินิก COPD	261	292

ลำดับ	ห้องตรวจ	ผลงาน (ราย , ครั้ง)	ผลงาน (ราย , ครั้ง)
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
9	คลินิกความดัน	97	56
10	คลินิก Asthma	81	10
11	คลินิกกوارฟาริน	44	48
12	ห้องตรวจสุรา	19	12
13	ห้องตรวจบุหรี	9	5
14	ER	3,510	3,868
15	ผู้ป่วยนอก	3,846	4,181
16	ผู้ป่วยใน	1,132	1,192

วิเคราะห์งาน

งานรังสีวิทยาให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไปแก่ผู้รับบริการทั้งภายนอก-ภายในโรงพยาบาล ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 มีผู้รับบริการในจำนวนที่มากขึ้นกว่าปี 2564 ในส่วนต่างๆของร่างกายตามตารางที่แสดงปริมาณงานดังกล่าว โดยการเอกซเรย์ทรวงอกมีจำนวนผู้รับบริการมากที่สุด เนื่องจากมีการระบาดของโรคโควิด19 จำเป็นจะต้องเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อดูแนวโน้มของโรคและการรักษาตามอาการเป็นระยะๆ นอกจากนี้ยังมีผู้รับบริการตามนัดของคลินิกพิเศษต่างๆ มีการคัดกรองโรคผิวหนัง โรค ผู้สัมผัสร่วมบ้าน และผู้รับบริการจากงานตรวจสุขภาพ ทั้งเจ้าหน้าที่ภายใน เจ้าหน้าที่ภายนอก และแรงงานต่างด้าว โดยผู้รับบริการจากห้องตรวจ PCU และเบาหวาน มีจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาคือ ห้องตรวจวัณโรค และงานตรวจสุขภาพตามลำดับ

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. ห้องตรวจที่ส่งตรวจไม่ได้คือชื่อผู้รับบริการเข้าระบบ HOSxP อาจเป็นเพราะผู้ป่วยผิวดำ ทำให้การเอกซเรย์ล่าช้า ไม่สามารถเลือกชื่อ/คำสั่งตรวจ เพื่อเอกซเรย์ได้
2. คำสั่งตรวจรายการเอกซเรย์ในใบนัดไม่ชัดเจน เช่น ไม่ระบุข้างที่ต้องการเอกซเรย์ หรือ ไม่ระบุ Position ของส่วนที่ต้องการเอกซเรย์ เช่น ต้องการเอกซเรย์ HAND แต่ไม่ระบุว่า RT. หรือ LT. ต้องการ Position AP/LAT หรือ AP/OBL
3. การขอ Repeat Film ของแพทย์ไม่ระบุเหตุผลในการขอถ่ายซ้ำ
4. ขาดการช่วยเหลือจากพนักงานเปล กรณีผู้ป่วยรถนั่ง/รถนอนที่ต้องการความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พาผู้ป่วยมาเอกซเรย์
5. การสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการได้ยิน ต้องพูดด้วยระดับเสียงที่ดังมาก ทำให้ญาติ/ผู้รับบริการคนอื่นเข้าใจผิด คิดว่าเจ้าหน้าที่ต่อว่าผู้ป่วย
6. ห้องตรวจไม่แจ้งให้ผู้รับบริการเปลี่ยนเสื้อเป็นเสื้อของรพ.ที่ห้องน้ำก่อนที่จะเดินมาตรวจที่ห้องเอกซเรย์ ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้บริการ เพราะต้องรอเปลี่ยนภายในห้องเอกซเรย์ทีละคน

7. ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าของผู้มารับบริการภายในห้องเอกซเรย์ใช้ร่วมกับห้องน้ำของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยบางคนไม่ได้เข้าไปเปลี่ยนเสื้อผ้าอย่างเดียว เข้าไปทำธุระหนักเบาด้วยจึงทำให้ผู้ป่วยตนถัดไปรอเปลี่ยนชุดนาน ทำให้การบริการล่าช้า

8. ผู้รับบริการใจร้อน โวยวาย ในกรณีรอนาน /รับคนไข้ฉุกเฉินก่อน

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. มีการโทรประสานงานกับห้องตรวจต่างๆ และกำหนดแนวปฏิบัติให้เข้าใจตรงกัน
2. สื่อสารกับองค์กรแพทย์ให้เขียนระบุข้างและ position ในใบนำตรวจมาด้วยทุกครั้ง และทำบันทึกสาเหตุการ Repeat film ว่าส่งตรวจซ้ำเพื่อดูหลังหักถาก หรือ ถ่ายภาพไม่ครอบคลุม/ไม่ชัดเจน
3. จัดให้มีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าโดยเฉพาะ 1-2 ห้อง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถหยิบเสื้อเปลี่ยนเองได้ ก่อนเข้าห้องเอกซเรย์
(โดยขณะนี้ได้จัดทำม่านปิด-เปิดภายในห้องเอกซเรย์ วางเสื้อและถังใส่ผ้าไว้ให้ผู้รับบริการเปลี่ยนเสื้อแทนการใช้ห้องน้ำร่วมกับเจ้าหน้าที่ ในสถานการณ์โรคโควิด19ระบาด)
4. จัดซื้อชุดขยายเสียง สำหรับใช้เรียกชื่อผู้รับบริการเข้ามารับบริการ
5. มีการอธิบายให้ผู้รับบริการรายอื่นทราบ ระยะเวลาในการรอคิว จำนวนคิว หรือ กรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉินเข้ารับบริการก่อน

2. งานคุณภาพด้านการบำรุงรักษาเครื่องเอกซเรย์/วัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน

ลำดับ	กิจกรรม	ผลงาน		
		ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ตรวจเช็คเครื่องเอกซเรย์ / เครื่องมือทุกชนิดพร้อมใช้งาน	30 ครั้ง/เดือน	30 ครั้ง/เดือน	30 ครั้ง/เดือน
2	ตรวจสอบการลบภาพเอกซเรย์ในแผ่น Image plate เปล่า	4 ครั้ง/เดือน	4 ครั้ง/เดือน	4 ครั้ง/เดือน
3	ตรวจสอบความปลอดภัยของเสื้อตะกั่วและอุปกรณ์ป้องกันรังสีอื่นๆ	2 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/ปี
4	ทดสอบ Display Monitor Evaluation (วิเคราะห์เชิงคุณภาพของภาพที่ได้)	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/เดือน	1 ครั้ง/ปี
5	ทดสอบ Dark Noise test (วิเคราะห์สิ่งแปลกปลอมในแผ่นคาสเซตจากการสแกนคาสเซตเปล่าแล้ววัดค่าเฉลี่ย Pixel valueจาก 80% ในภาพ)	4 ครั้ง/ปี	4 ครั้ง/ปี	2 ครั้ง/ปี

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลงานด้านคุณภาพงาน / ตัวชี้วัดประจำกลุ่มงาน	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน			
			ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565
1	ด้านคลินิก อัตราการถ่ายฟิล์มซ้ำ	3%	1.59%	1.27%	0.84%	0.95%
2	อัตราการเอกซเรย์ผิดคน ผิดตำแหน่ง	0%	0.03%	0.01%	0.01%	0.005%
3	ผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ถ่ายเอกซเรย์ช่องท้อง ได้รับการซักประวัติก่อนเอกซเรย์ทุกราย	100%	80.76%	90.45%	95.28%	100%
4	ด้านบุคลากร ผลวัดรังสีประจำบุคคลไม่เกินค่าที่กำหนด	< 4000 μ Sv/year	100% (ไม่เกิน)	100% (ไม่เกิน)	100% (ไม่เกิน)	100% (ไม่เกิน)
5	ด้านบริการ อัตราความพึงพอใจผู้รับบริการ - ภายนอก - ภายใน - แพทย์	>85%	96.5% 88.9% 90.0%	95.12% 90.90% 89.00%	96.67% 92.89% 95.83%	97.65% 98.87% 97.89%
6	ระยะเวลารอคอยเอกซเรย์ ผู้รับบริการทั่วไป (ไม่เกิน 15 นาที/ราย) ผู้ป่วยฉุกเฉิน (ไม่เกิน 10 นาที/ราย)	100%	99.87% 98.76%	99.87% 98.76%	99.93% 99.92%	100% 100%
7	คุณภาพมาตรฐานงานรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563	ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน 114 ทุกข้อ	ผ่านการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย			กำลังดำเนินการขอต่ออายุเพื่อรับรองสถานภาพ
8	ด้านเครื่องมือ เครื่องเอกซเรย์ได้รับการตรวจรับรองความปลอดภัยทางรังสีจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก	1 ครั้ง/ปี	100% (ผ่านการรับรอง)	100% (ผ่านการรับรอง) 4/12/2563	100% (ผ่านการรับรอง) 8/3/2565	100% (ผ่านการรับรอง) 31/10/2565

วิเคราะห์งาน

ผลงานของหน่วยงานเอกซเรย์มีความสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ อัตราการถ่ายภาพซ้ำยังคงมีอยู่แต่มีเปอร์เซ็นต์ที่เพิ่มขึ้น สาเหตุหลักในปีนี้เกิดจากเครื่องมือทางรังสีที่เกิดการผิดพลาดของระบบซอฟต์แวร์ที่ทำให้ต้องเอกซเรย์ซ้ำ และรองลงมาตัวชี้วัดนี้เก็บข้อมูลทั้งจากการที่ผู้ป่วยมาฟิล์มซ้ำจากภาพไม่ครอบคลุม มีสิ่งแปลกปลอมในภาพ และ ผู้ป่วยหลังทำหัตถการ เช่น post tapping หรือ ใส่ฝือก เป็นต้น ความผิดพลาดจากการเอกซเรย์ผิดคน ผิดตำแหน่ง มี 1 เคส รายงานความเสี่ยงเป็นระดับ C เนื่องจากพบเจอความผิดพลาดตั้งแต่ยังไม่ได้ส่งผลกับผู้ป่วยระยะเวลารอเอกซเรย์ลดลง ด้วยมีการเพิ่มอัตรากำลังนักรังสีการแพทย์ และ พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค ทำให้มีการพัฒนาระบบการทำงาน เน้นการสื่อสาร ทวนสอบเพื่อป้องกันความผิดพลาดมากขึ้น สามารถให้บริการได้ดี ขึ้น รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ ได้รับความพึงพอใจจากผู้รับบริการภายนอก ภายใน และจากแพทย์อยู่ในเกณฑ์ พึงพอใจมากที่สุด การซักประวัติผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์ ได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลซักประวัติในการสอบถามรอบเดือนและระบุไว้ในใบนำตรวจ และแพทย์หากต้องการส่งตรวจหญิงตั้งครรภ์ จะมีใบเซ็นยินยอมให้เอกซเรย์ทุกครั้ง ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานถ่ายภาพทางรังสีได้จัดให้มีแผ่นวัดรังสีประจำบุคคลทุกคน และมีการส่งแผ่นวัดรังสีไปที่สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์เพื่อรับการตรวจประเมินหาค่าปริมาณรังสีที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับทุกสามเดือน ผลวัดรังสีประจำบุคคลของแต่ละคนอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย ด้านคุณภาพมาตรฐานงานรังสีวินิจฉัย ห้องเอกซเรย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหยาตราทางระนองมาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย เมื่อวันที่ 15 ม.ค. 2564 และจะครบกำหนดต่ออายุใน วันที่ 14 มกราคม 2567 เลขทะเบียน 6576G/2559 ด้านเครื่องเอกซเรย์ อยู่ในระหว่างรอการตรวจรับรองความปลอดภัยจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลกในเดือนตุลาคม 2565

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. การถ่ายภาพซ้ำที่มีสาเหตุจากมีสิ่งแปลกปลอมในภาพ ยังคงมีอยู่เรื่อยๆ เช่น ผู้รับบริการ เหน็บพระ ติดเข็มกลัดไว้ในเสื้อ หรือ มีลูกแม็กอยู่ในกระเป๋าสีเสื้อ ลูกตุ้มสายคล้องแมสก์ และผู้รับบริการผู้หญิงเปลี่ยนเสื้อมาแต่ไม่ได้ถอดชุดชั้นใน
2. การเอกซเรย์ผิดข้าง ผิดตำแหน่งแม้จะเกิดขึ้นน้อย แต่มักเกิดขึ้นจากการศิษย์คำสั่งตรวจผิด และเจ้าหน้าที่ได้ละเลยในการทวนสอบกับผู้ป่วย หรือ กรณีผู้ป่วยไม่อยู่ในสถานะที่จะทวนสอบได้
3. ผู้รับบริการจากห้องตรวจต่างๆ ที่มาตรวจตามนัด มีจำนวนมาก และถูกส่งมาตรวจพร้อมๆ กัน ไม่มีที่ให้นั่งรอโดยเฉพาะ ทำให้เกิดความแออัดบริเวณหน้าห้องเอกซเรย์/ภายในอาคารผู้ป่วยนอก ขณะรอเอกซเรย์

แนวทาง/แผนพัฒนา

1. เน้นการสื่อสารให้ผู้รับบริการเข้าใจในขั้นตอนการเตรียมตัวเอกซเรย์ เจ้าหน้าที่มีสตรอบคอบในการทวนสอบ และตรวจดูเสื้อของผู้รับบริการ
2. เจ้าหน้าที่ทวนสอบข้างและตำแหน่งคำสั่งตรวจในใบนำตรวจ คำสั่งตรวจที่ศิษย์มาในคอมพิวเตอร์ และข้างหรือตำแหน่งที่ผู้ป่วยมีอาการ ว่าตรงกันหรือไม่ ทุกครั้ง
3. ประสานงานห้องตรวจต่างๆ หากมีผู้รับบริการมาตามนัดเป็นจำนวนมาก ให้ทยอยส่งผู้รับบริการมาทีละกลุ่ม กลุ่มละ 5-10 คน เพื่อลดความแออัดขณะรอเอกซเรย์ และสามารถส่งผู้รับบริการกลับห้องตรวจได้รวดเร็ว ไม่คั่งค้างหรือรอนาน

ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
ยุทธศาสตร์ที่ 3 : อัตรากำลัง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ผลงาน ปีงบประมาณ 2565
1	การพัฒนาคนให้ตรงกับ สมรรถนะหลักขององค์กร	มีบุคลากรด้านรังสีอย่างน้อย ครึ่งหนึ่งของจำนวนที่ต้องมีใน การให้บริการ เมื่อประเมิน ตาม FTE	มีนักรังสีการแพทย์ 2 คน โดยมีข้าราชการ 1 คน และพนักงานราชการ 1 คน มีเจ้าหน้าที่รายวัน 2 คน (ได้มาช่วย เพิ่มตอนวิกฤติโควิด 19 จำนวน 1 คน)
2	ตอบสนองการบริการ 24 ชม.ตามมาตรฐานของ สรพ.	100%	เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ขึ้นเวร เข้า บ่าย ดึก ต่อเช้า ให้บริการ 24 ชม.

วิเคราะห์งาน

เมื่อมีอัตรากำลังเพิ่มขึ้น ก็สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานของสรพ.โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงาน
ตลอด 24 ชม.ได้ สามารถรองรับการให้บริการได้ตลอด 24 ชม. ทำให้ได้ภาพถ่ายทางรังสีที่รวดเร็วและมี
คุณภาพ แพทย์สามารถส่งตรวจและให้การรักษาได้อย่างทันที่

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน

1. เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอสะสมเป็นเวลานาน ส่งผลต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ที่มากน้อยแตกต่างกันไป

แนวทาง/แผนพัฒนา

- เปลี่ยนแนวทางการอยู่เวรจากเจ้าหน้าที่ 1 คน อยู่เวรเช้า บ่าย ดึก ต่อเช้า เป็น อยู่เวรเช้า บ่าย ดึก แล้วลง
เวร หรือ off เวรเช้า มาขึ้นแค่เวรบ่าย ต่อดึก เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้า อาจจะส่งผลให้ทำงานผิดพลาดได้
- จัดให้มีอัตรากำลังเพิ่มเติม เพื่อช่วยหมุนเวียน แบ่งเวรได้มากกว่านี้ หรือจ้าง parttime เพิ่มเพื่อช่วยงานใน
กรณีเจ้าหน้าที่ป่วยจำเป็นต้องลางาน หรือ ไปประชุมทำให้อัตรากำลังไม่เพียงพอ

แผนงาน/โครงการ ปีงบประมาณ 2566

- การพัฒนางานให้เข้ากับการเป็น Digital Hospital ด้วยการส่งภาพเอกซเรย์ผ่านระบบ DATA center ไป
รพ.พุทธชินราช
 - ข้อมูลครบถ้วนไม่สูญหาย
 - ประหยัดค่าใช้จ่ายในการสั่งซื้อ CD ไปถึง 20,000/ปี
- ปรับระบบการทำงานให้เป็นดิจิทัลทั้งหมดเพื่อประสิทธิภาพของภาพที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย
- ดูแล ซ่อมแซม เครื่องมือที่ชำรุดในงานรังสีให้พร้อมใช้งาน
- จัดทำนวัตกรรมพัฒนางานด้านรังสีเพื่อให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

