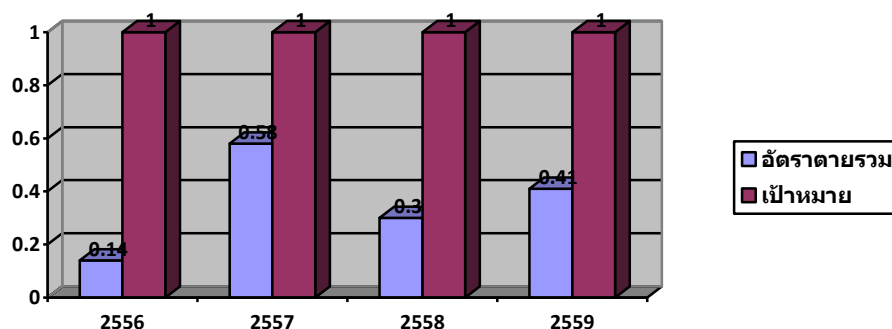


Part IV ผลลัพธ์ด้านการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ IV-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วย (PCR)

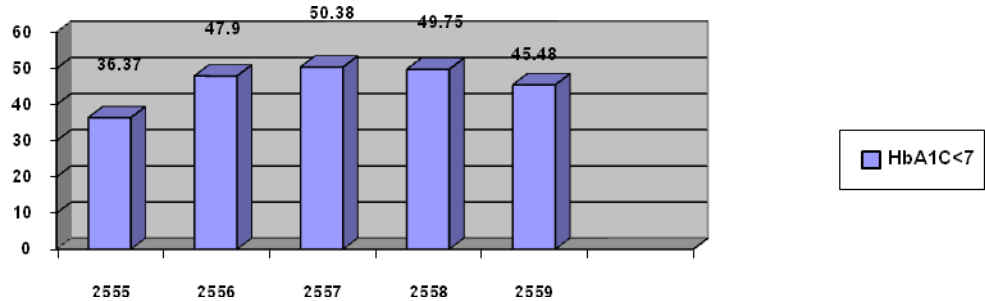
ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
1.	อัตราการตายรวม(ต่อพันราย)	<1	0.14	0.58	0.30	0.41



ในปี 2557 ผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลเสียชีวิตทั้งสิ้น 19 ราย (เสียชีวิตที่ ER 4 ราย จาก cardiac arrest 1 ราย และจาก AMI 3 ราย เสียชีวิตที่หอผู้ป่วยในจำนวน 11 ราย (จาก CA ระยะสุดท้ายมากที่สุด 5 ราย นอกนั้นเกิดจากสาเหตุอื่นอีก 6 ราย ได้แก่ Cardiac arrest 2 ราย และ Respiratory failure, Sepsis infected bedsores, HIV, Renal failure อย่างละ 1 ราย) นอกจากนี้มีผู้ป่วยที่ Dead before admit (DBA) จำนวน 39 ราย เป็น trauma รุนแรง 7 ราย เป็น case non trauma 32 รายมากที่สุด ได้แก่ Cardiac arrest จำนวน 22 ราย ซึ่งมีทั้งรายที่มี Underlying โรคเรื้อรัง DM, HT และไม่มี underlying เป็น CHF 4 ราย, ตายธรรมชาติไม่ทราบสาเหตุ 3 ราย, UGI bleeding 2 ราย และ CVA 1 ราย

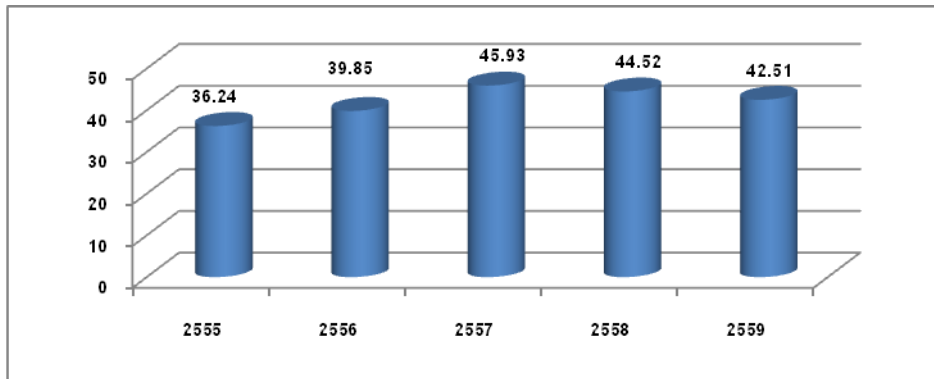
ในปี 2559 อัตราการตายรวมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปี 2558 แต่ลดลงกว่าในปี 2557 เล็กน้อย แต่แตกต่างกันตรงที่ผู้ป่วยเสียชีวิตใน ER ลดลงเหลือเพียง 1 ราย สาเหตุเกิดจากเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย (CA Kidney and Liver with lung metastasis) ส่วนการเสียชีวิตในหอผู้ป่วยในทั้งสิ้น 18 รายนี้ 66% เสียชีวิตด้วยมะเร็งระยะท้ายและโรคเรื้อรังระยะท้าย

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
2.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1C <7%	>40	36.37	47.9	50.38	49.75	45.43



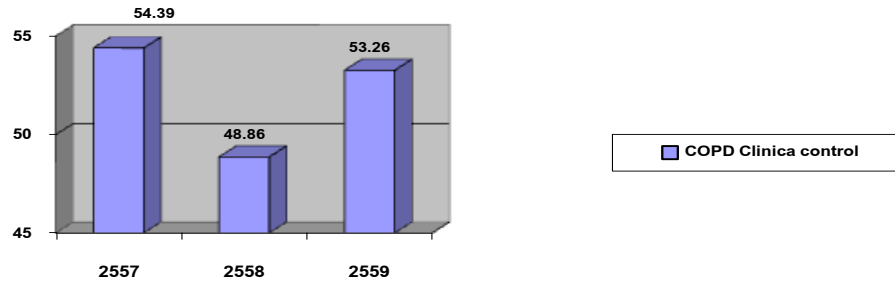
จากกราฟพบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ มีแนวโน้มลดลง ได้มีการนำข้อมูล เมื่อปี 2559 ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ ได้เพียงร้อยละ 45.48 ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี คือ กลุ่ม อายุน้อยกว่า 35 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี และกลุ่มอายุ 40 – 49 ปี ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มวัยทำงาน มีสาเหตุหลักคือ รับประทานยา ฉีดยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร ความเข้าใจการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง และไม่ตรงกับ Life style และ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร มักซื้ออาหารสำเร็จรูปมารับประทานที่บ้านหลังเลิกงาน และพฤติกรรมการดื่ม ชา กาแฟ รวมทั้งกิจกรรมการออกกำลังกาย มีไม่เพียงพอ หรือไม่ได้ออกกำลังกายเลย ทีมจึงใช้วิธีเน้นการมีสุขภาพแบบพึ่งตนเอง โดยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา กายภาพบำบัด และโภชนาการ แพทย์แผนไทย จัดเป็นโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrolled ขึ้นใน ปี งบประมาณ 2560 และมีการประสานความร่วมมือกับรพสต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพ ระบุกลุ่มเป้าหมายให้และในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในพื้นที่รพสต. โดยให้รพสต. ติดตามกลุ่มเป้าหมาย กระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วย uncontrolled มีความรู้ ความตระหนักต่อการดูแลตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและอยู่ในระยะติดตามผล

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
3.	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (BP < 140/90 mmHg 2 ครั้งติดกัน/ปี)	>55	36.24	39.85	45.93	44.52	42.51



จากกราฟพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีระดับความดันอยู่ในเกณฑ์มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ไม่ดี อยู่ในกลุ่มอายุ 35 – 49 ปี เป็นกลุ่มคนในวัยทำงาน กลุ่มผู้ป่วยที่รับยา รพส. และรพ. มีค่าร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ดี ใกล้เคียงกัน จึงได้มีการวิเคราะห์ การดูแลผู้ป่วยความดัน รพส. และมีการทบทวนในรพส. โดยแบ่งกลุ่มโซนช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมในรพส.ที่มีพื้นที่ใกล้เคียงกัน และมีแพทย์ประจำแต่ละโซน เป็นหัวหน้าทีม มีระบบการเตือนผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนนัด ในผู้ป่วยที่รับยา รพส. โดยให้ อสม. วัดความดันหรือเจาะเลือด DTX จากที่บ้านผู้ป่วยก่อนวันนัด เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมารับยา มี อสม.มารับยาไปส่งให้ที่บ้าน และติดตามวัดความดันมาให้ด้วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัดที่ รพส. และการติดตามวัดความดันด้วยตนเองที่บ้าน (HMBP) ในผู้ป่วยที่มีความดันสูง ในปี 2560 มีผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรม HMBP 24 คน พบว่า เป็นผู้ป่วย White coat Hypertension จำนวน 5 ราย และผู้ป่วยอีก 19 ราย สามารถควบคุมความดันได้ปกติ สำหรับการให้บริการในคลินิก มีกิจกรรม SKT และสมาธิบำบัดในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ที่ไม่ใช่ Severe HT ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
4.	ร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่มีอาการควบคุมได้	>55	NA	NA	54.39	48.86	53.26



จากกราฟพบว่า ผู้ป่วย COPD ที่เข้ารับบริการใน Easy COPD Clinic มีแนวโน้มควบคุมอาการได้มากขึ้นเนื่องจากการเข้าถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐาน จากข้อมูลในปี 2558 ร้อยละของการควบคุมอาการลดลง จึงมีการทบทวน พบว่า ผู้ป่วย COPD ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการกับอาการไม่ถูกต้อง ร้อยละ 38.72 การใช้ยาพ่น Controller ไม่ถูกต้อง ร้อยละ 24.11 จึงมีการทบทวนในทีมการดูแลผู้ป่วย COPD โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้ เรื่องการจัดการกับอาการจับหอบให้เหมาะสม และให้ผู้ป่วย ได้รับยาพ่นควบคุมอาการ ได้รับการสอนและประเมินการพ่นยาถูกต้อง โดยทีมเภสัชกร และได้รับการสอน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการประเมินด้วย 6MWT ในปี 2558 ผลการประเมิน 6MWT จำนวน 83 คน ผลการประเมินหลังเข้าโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดคิดเป็นร้อยละ 97.59 สำหรับผู้ป่วย very severe COPD ได้รับ home oxygen จำนวน 8 ราย ทำให้การ admitted ในผู้ป่วย 8 คนนี้ลดลง จากร้อยละ 8.26 ในปี 2558 เหลือ ในปี 2559 ร้อยละ 5.89

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
5.	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้เข้า Fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที	100	52.63	73.91	86.95	100
6.	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับการให้ยา Streptokinase ภายใน 30 นาที	100	NA	NA	0 (0/1)	100 (3/3)
7.	ร้อยละผู้ป่วย Stroke fast track ได้เข้า Fast track ส่งต่อภายใน 20 นาที	100	77.41	92.85	82.1	90.6

Fast track STEMI ไม่ทันเวลา พบว่า

- Consult อายุรแพทย์ ร.พ.แม่ข่ายไม่ได้ทำให้ไม่มีคำสั่งให้ทำการรักษาก่อนส่งต่อ ปี 2557 และ 2558 จำนวน 6 และ 2 ครั้ง : มีการพัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด ปี 2559 ได้กำหนดให้แพทย์ Consult เป็นอายุรแพทย์โรคหัวใจเท่านั้น ปี 2559 ไม่พบปัญหาอีก
- แพทย์มาถึงห้องฉุกเฉินช้า (กรณีเวรตึกต่อเวรเช้า) 2 ครั้ง : กำหนดให้มีแพทย์ First call , Second Call ของโรงพยาบาล ปี 2559 ไม่พบปัญหาอีก
- Reassessment ใหม่ ในผู้ป่วย dyspepsia 1 ครั้ง, แพทย์รอผล Trop- I ก่อนส่งต่อ 1 ครั้ง
ทีมได้พัฒนา CPG ACS ให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดการคัดกรองผู้ป่วยให้ครอบคลุมอาการ Dyspepsia และให้ส่งต่อผู้ป่วยในระบบ Fast track STEMI ได้ทันทีและให้โทรศัพท์รายงานผล Trop- I ที่ห้องฉุกเฉิน ร.พ. แม่ข่ายได้ ปี 2559 ไม่พบปัญหาอีก

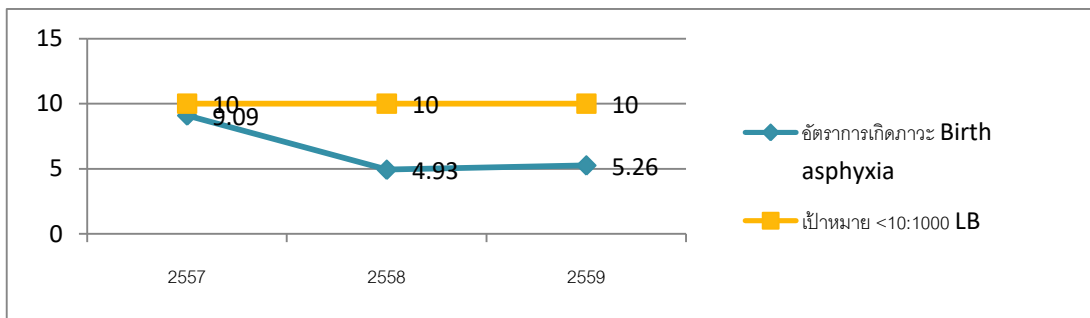
ผู้ป่วย STEMI ได้รับการให้ยา Streptokinase ไม่ทันเวลา พบว่า

ปี 2558 พบว่ามีการให้ยา SK ล่าช้า เนื่องจาก ญาติตัดสินใจเซ็นดีไปยินยอมล่าช้า (ความเห็นไม่ตรงกัน) ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้ากว่าที่กำหนด และพบว่ามี การให้ยา SK ช้าในผู้ป่วยคนเดิม สาเหตุระบบ Paperless ไม่สามารถมองเห็นประวัติเดิมในหน้าที่ใช้งานต้องกลับไปเปิดหน้าประวัติการรักษาเดิมทำให้เสียเวลาจึงมักไม่ได้ดู และเมื่อสอบถามผู้ป่วยและญาติไม่ทราบประวัติการรักษาของตนเองเนื่องจากไม่รู้จักยา จึงมีการพัฒนาระบบใน Hos-XP ดังนี้ 1) แจ้งเตือนในระบบให้มี Pop-Up เมื่อเปิด visit ใน ER ว่ารายนี้เคยได้รับยา SK แล้ว 2) มี Pop up สีแดงเตือนครั้งที่ 2 และ 3) แพทย์ผู้สั่งยาไม่สามารถสั่งยาตัวนี้ได้ และประสานข้อมูลผู้ป่วยในอำเภอกันตั้งจาก ร.พ.แม่ข่าย เพื่อจัดทำระบบการแจ้งเตือนการได้รับยา SKทุกคนในเขตรับผิดชอบ

ผู้ป่วย Stroke fast track ไม่ทันเวลา พบว่า

- รอรถ Ambulance 4 ครั้ง เนื่องจากรถ ambulance ออกบริการหมดทุกคัน ปี 2559 จัดซื้อรถ Ambulance เพิ่ม 1 คัน และ ปี 2560 เพิ่มหน่วย FR (First Responder) ในพื้นที่จำนวน 1 หน่วย เพื่อเพิ่มศักยภาพชุมชนในการบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับท้องถิ่น
- Reassessment ใหม่ 4 ครั้งเนื่องจาก แพทย์ไม่แน่ใจเพราะใน CPG กำหนดไม่ชัดเจน 3 ครั้ง จึงมีการปรับปรุง CPG ครั้งที่ 3 (วันที่ 9 พฤศจิกายน 2559) โดยเพิ่มอาการฯ เข้าในร เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วย Stroke ด้วยและกำหนดให้ผู้ป่วยที่ อายุ ≤ 80 ปี Onset Time 3 ชั่วโมง , อายุ > 80 ปี Onset Time 1.30 ชั่วโมง ให้เข้าระบบ fast track ทุกราย
- มี case Resuscitation ในเวลาเดียวกัน 2 ครั้ง : กำหนดให้มีแพทย์, พยาบาล First call , Second Call ของโรงพยาบาล ปี 2559 ไม่พบปัญหาอีก

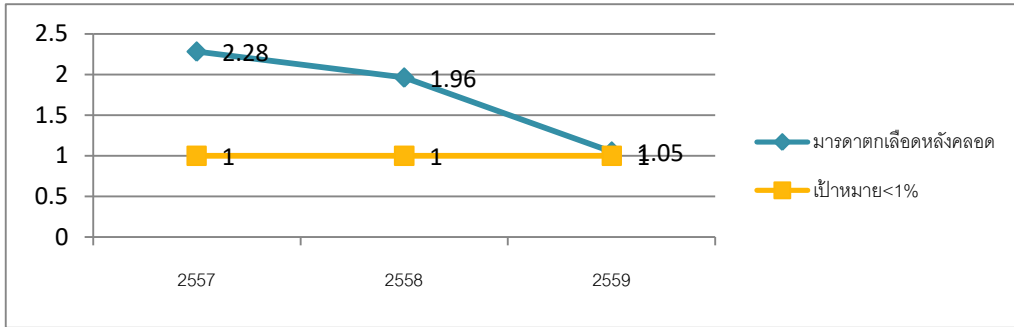
ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559
8.	อัตราการเกิด Birth Asphyxia ที่ 1 นาทีต่อพันการเกิดมีชีพ	<10	9.09	4.93	5.26



ปีงบประมาณ

จากกราฟ พบอุบัติการณ์ทารกเกิดภาวะ Birth asphyxia มีแนวโน้มลดลงแต่ยังพบในทารกที่ภาวะ Thick meconium stained AF ซึ่งพบว่า มีน้ำคร่ำเขียวเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้วและไม่สามารถส่งต่อได้ทัน จึงได้กำหนดแนวทางการประเมินสภาพทารกในครรภ์ รายงานแพทย์มาประเมินสีน้ำคร่ำในกรณีมีความเสี่ยง การรายงานแพทย์เพื่อมารับเด็กกรณีไม่สามารถส่งต่อได้ทัน เพื่อให้สามารถให้การดูแลและช่วยเหลือทารกได้ทันที

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559
9.	ร้อยละมารดาตกเลือดหลังคลอด	<1	2.28	1.96	1.05

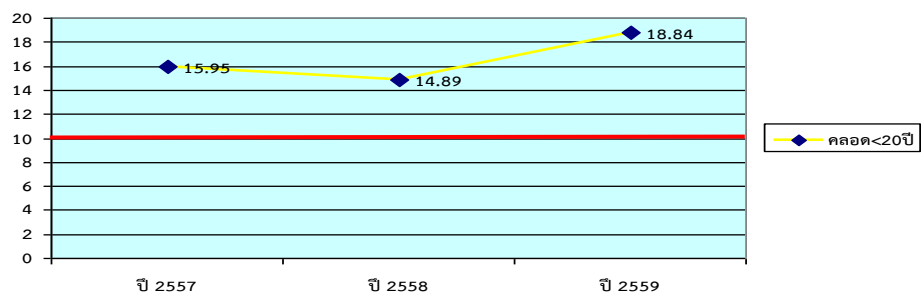


ปีงบประมาณ

จากกราฟ พบว่าอุบัติการณ์มารดาตกเลือดหลังคลอดมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่า สาเหตุการตกเลือดเนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี พบในในมารดาที่มีภาวะ Prolonged first stage และ Precipitate Labor จึงได้ปรับปรุงแนวทางการประเมินความเสี่ยงไว้ใหม่ Admission record และจัดทำแนวทางการการประเมินความเสี่ยงและแนวทางการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด โดยแนบแนวทางการรักษาไว้ในเวชระเบียนเพื่อความสะดวกและความถูกต้องในการดูแลรักษาและสามารถตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทาง ใช้ถุงตวงเลือด มาประเมินปริมาณเลือดที่ออกทุกรายและกำหนดแนวทางการให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และ กำหนดเวลาในการประเมินการเข้ายาแต่ละตัว ทุก 5 นาที กรณี stop bleeding ไม่ได้ด้วยยาทุกตัว ให้ทำ Balloon tamponade เพื่อ stop bleeding และ ประสานสูติแพทย์เพื่อส่งต่อ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559
10.	มารดาตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี		15.95	14.89	18.84

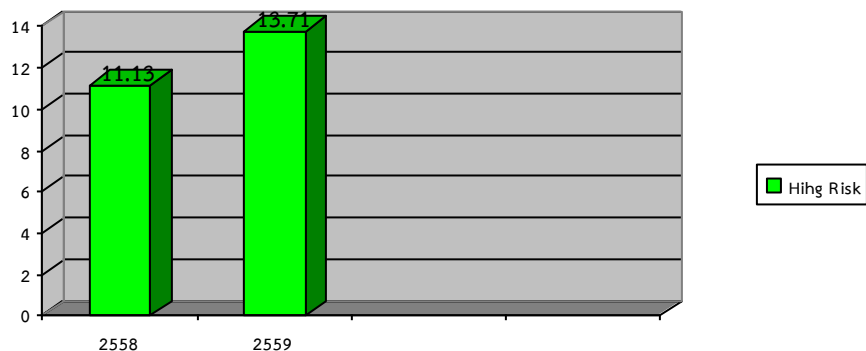
Teenage Pregnancy



ผลการวิเคราะห์

พบว่ามารดาคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปีในปี 2557-2558 คิดเป็นร้อยละ 15.98 และ 14.89 ในส่วนใหญ่กลุ่มนี้จะไม่พร้อมในเรื่องวุฒิภาวะ ความรู้ ความเข้าใจ ความตั้งใจที่จะมีบุตร ทำให้การดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกเช่นภาวะโลหิตจางร้อยละ 13.72, 20.87 ภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 7.74, 6.69 น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 38.58, 22.34 ในปี 2559 จึงมีการประชุม MCH board โดยเน้นการดำเนินงานเชิงรุก มีการสำรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุน้อยกว่า 20 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์อยู่กับสามีมาให้ความรู้และแนะนำวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ที่เหมาะสมและมีการติดตามอย่างต่อเนื่องให้สถานศึกษา บรรจุแผนการสอนเรื่องเพศสัมพันธ์ เพื่อไม่ให้ตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร แต่ถ้ามีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นแล้วจะป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำโดยแนะนำและตกลงวิธีการคุมกำเนิดตั้งแต่แผนกฝากครรภ์ ดูแลตามมาตรฐานเน้นเรื่องโภชนาการ อาการที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด และใส่ยาฝังคุมกำเนิดก่อนกลับบ้าน และในกรณีที่ไม่มีพร้อมใส่ยาฝัง จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านแนะนำให้คุมกำเนิดแบบยาเม็ด หรือยาฉีด ใส่ห่วง ตามความเหมาะสม และติดตามการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ในปี 2559 มารดาคลอดอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.84 ภาวะโลหิตจางร้อยละ 18.19 ภาวะคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 4.61 น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 22.23

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 57	ปี 58	ปี 59
11.	มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง		NA	11.13	13.71



ผลการวิเคราะห์

พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในปี 2558-2559 คิดเป็นร้อยละ 11.31, 13.71 จัดระบบการดูแล โดยมีการคัดกรองประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์แรกรับทุกราย พบหญิงตั้งครรภ์โรคเบาหวานร้อยละ 56.68, 66.66 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.18, 43.56 โรคหัวใจร้อยละ 0, 2.95 โรค Thyroid ร้อยละ 1.14, 6.87 มีระบบการดูแลและนัดเข้า Clinic High Risk ทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน หรือตามอาการเพื่อให้

ได้รับการดูแลตามมาตรฐานในแต่ละโรคให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวและประเมินอาการของตนเองได้ ญาติมีส่วนร่วมสามารถดูแลและรู้ถึงอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบนำส่งรพ. มีการสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลกลับไป รพ.สต. เพื่อการติดตามเยี่ยมที่รวดเร็ว และส่งต่อพบสูติแพทย์ที่รพ.แม่ข่ายตามเกณฑ์ เพื่อประเมินอาการและดูแลอย่างต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายถึงชีวิต ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก

ผลการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวารฟาริน

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559
12.	จำนวนผู้ป่วยในคลินิก		33	49	72
13.	ร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในเป้าหมาย	>60	44.23	42.52	51.19
14.	ร้อยละผู้ป่วยที่รับยามีภาวะแทรกซ้อน	>10	3.84	3.50	3.48

กลุ่มผู้ป่วยในคลินิกวารฟารินโรงพยาบาลกันตังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ มีลิ้มเลือดอุดตันในสมองจากภาวะหัวใจห้องบนเต้นผิดจังหวะ โรคลิ้นหัวใจพิการ มีลิ้มเลือดอุดตันเส้นเลือดในปอด และภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ขา ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่จำเป็นต้องรับประทานยาวาร์ฟารินติดต่อกันเป็นเวลานานและมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่องตลอดชีวิต พบปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟาริน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น การมีค่าINRอยู่ในเป้าหมายต่ำกว่าเกณฑ์ที่สมาคมโรคหัวใจกำหนด บางรายที่ค่าINR มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดอาจส่งผลให้เกิดภาวะมีเลือดออกได้ เช่น มีอุจจาระเป็นเลือด มีไอเป็นเลือด มีจ้ำเลือดตามร่างกายเป็นต้น ส่วนในรายที่ค่า INR ต่ำกว่าเป้าหมายอาจมีโอกาสนำไปสู่เกิดลิ้มเลือดอุดตันได้

กิจกรรมที่ทางคลินิกวารฟารินได้ดำเนินการไปแล้วในขั้นตอนการซักประวัติก่อนพบแพทย์มีดังนี้

- ประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการรับประทานยา การออกกำลังกาย การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ตามหัวข้อประเมินของสมาคมโรคหัวใจ

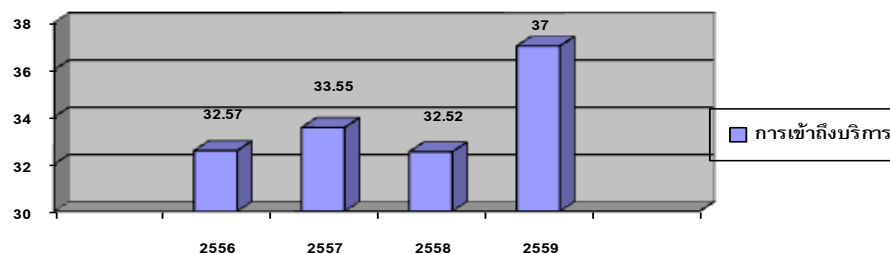
- ให้คำแนะนำรายบุคคลและจัดกลุ่มสอน เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง-สอบถามจากญาติผู้ดูแล/คนที่ทำอาหารให้ทาน ยกตัวอย่างอาหารที่อาจมีผลต่อยาวาร์ฟารินให้ผู้ป่วยฟัง

- ทำความเข้าใจพูดคุยกับญาติผู้ป่วย เรื่องอาหารที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาวาร์ฟาริน เพื่อให้ญาติผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

- แจกแผ่นพับ เอกสารเกี่ยวกับการเลือกอาหาร

- ทำกลุ่มผู้ป่วยคลินิก warfarin ให้ผู้รับบริการที่มี INR อยู่ในช่วงการรักษาที่ดีเป็นต้นแบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
 - แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้รับบริการและญาติเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานยา และการดูแลตนเองที่บ้าน การเฝ้าระวังอาการผิดปกติ โดยทีมสหวิชาชีพ
- จากกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยที่มีค่า INR อยู่ในเป้าหมายเพิ่มขึ้น

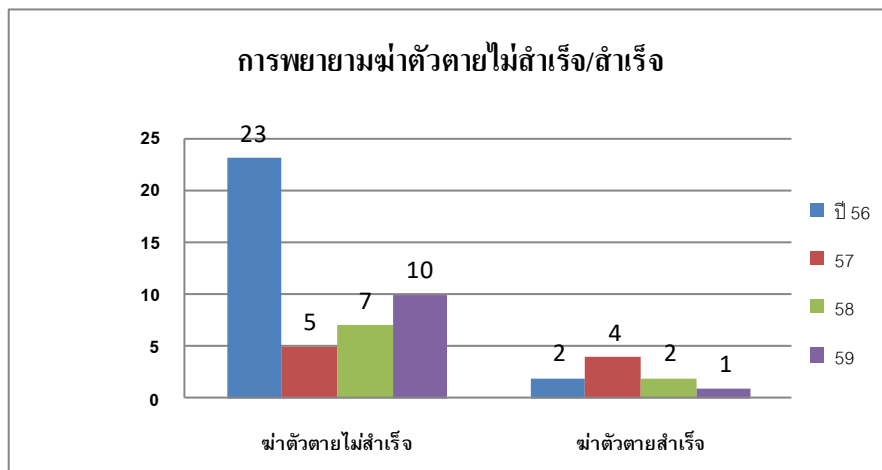
ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
15	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยภาวะซีมเสร้า	50	32.57	33.55	32.52	37.0



ผลการวิเคราะห์

การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซีมเสร้าของพื้นที่อำเภอกันตัง ปี พ.ศ. 2556- 2558 พบว่าเข้าถึงบริการน้อย 497, 518, 499, คิดเป็นร้อยละ 32.57, 33.55, 32.32 ตามลำดับ การวิเคราะห์กระบวนการคัดกรองในระบบพบว่า การคัดกรองในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งผู้ป่วยนอกและคลินิกบริการต่าง ๆ ยังน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการในแต่ละวัน และผลการคัดกรองพบว่า 2Q positive คือมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคซีมเสร้า แต่เมื่อประเมินโรคซีมเสร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ได้ผล negative คือไม่เป็นโรคซีมเสร้า ส่วนใหญ่มักมีภาวะเครียด ได้รับการให้คำปรึกษาเบื้องต้น แนวโน้มจัดการปัญหาได้ สำหรับการคัดกรองโรคซีมเสร้าในระดับพื้นที่ รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 90 แต่ 2Q และ 9Q positive น้อย รายที่ 9Q positive ได้รับการดูแลเบื้องต้นจาก รพ.สต. และส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาล งานจิตเวช ร่วมกับเครือข่ายจัดอบรมฟื้นฟูพัฒนาศกยภาพบุคลากรทั้งในรพ. รพ.สต. และลงคัดกรองที่คลินิกพิเศษด้วยตนเอง โดยการคัดกรองรายบุคคล ซึ่งทำให้ต้องใช้เวลามาก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ร้อยละ 37 ในปี 2559 เป้าหมายในปี 2560 ต้องการให้เข้าถึงบริการร้อยละ 50 ซึ่งยังพัฒนาต่อไป

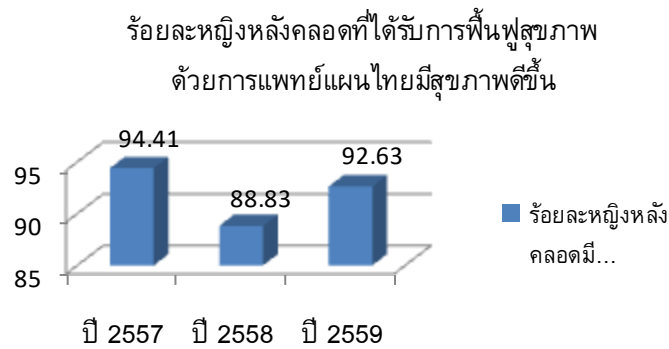
ลำดับ	เครื่องชั่งวัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
16.	จำนวนการพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ		23	5	7	10
17.	จำนวนการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ	0	2	4	2	1



ผลวิเคราะห์

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2556 – 2559 พยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 23, 5, 7, และ 10 ราย ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2, 4, 2, และ 1 ราย สาเหตุการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเองเกิดจากปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ โรคเรื้อรัง ซึมเศร้า โรคทางจิต และปัญหาวิกฤตทางอารมณ์ ชั่วขณะ เช่น โดนตำหนิ ทะเลาะวิวาท น้อยใจ ได้จัดให้มีกระบวนการคัดกรองค้นหาเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโรงพยาบาล รพ.สต. และเครือข่ายชุมชน เจ้าหน้าที่และบุคคลในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคทางจิตเวช หรือผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น ชุมชนสามารถเข้าถึงและประสานงาน บริการรายที่มีปัญหา มาถึงงานจิตเวชและสุขภาพจิตระดับ รพ.สต. และส่งปรึกษาต่อระดับโรงพยาบาลเพื่อเข้าช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและมีการติดตามลงเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้ทำร้ายตนเองแล้วหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อค้นหาปัญหาที่บ้าน ให้คำปรึกษา ปัญหา ครอบครัวบำบัด ป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ ส่งผลต่ออัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จให้ลดลง

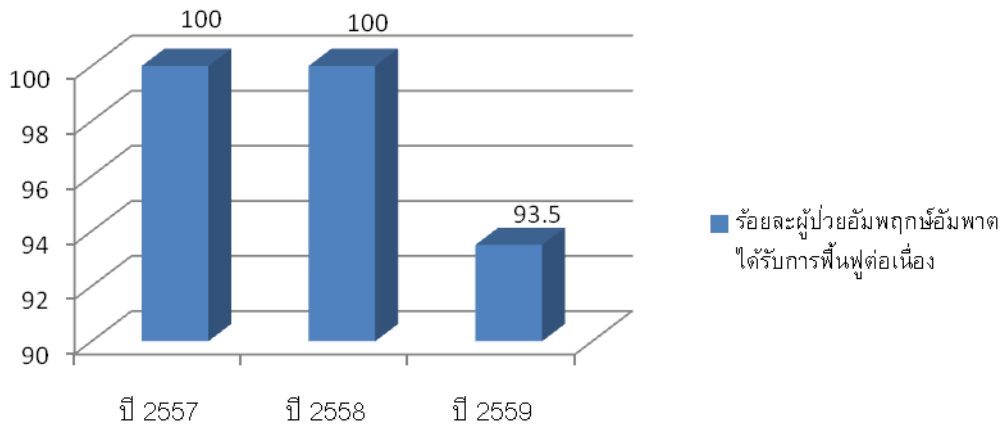
ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
18.	ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีสุขภาพดีขึ้น	\geq ร้อยละ 80	NA	94.41	88.83	92.63



จากกราฟร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพดีขึ้นในปี 2558 ลดลง จากปี 2557 จากการทบทวน พบว่าการมาเข้ารับบริการฟื้นฟูของหญิงหลังคลอดไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีคนเลี้ยงดูบุตรในขณะที่มาเข้ารับบริการ และขาดการเสริมพลังในการดูแลสุขภาพของตนเอง หญิงหลังคลอดยังเห็นความสำคัญในการฟื้นฟูสุขภาพตนเองหลังคลอดน้อย จึงได้พัฒนาการบริการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอด โดยการออกให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพครรภ์ในแผนก ANC ทุกวันจันทร์และพฤหัสบดี เพื่อกระตุ้นและสร้างความรู้ความเข้าใจตั้งแต่ระยะตั้งครรถ์ และจัดทำแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์และพยาบาลห้องคลอดในการคัดกรองและส่งต่อหญิงหลังคลอดขณะพักฟื้นในโรงพยาบาลเข้ารับบริการนวดประคบเพื่อแก้ไขภาวะคัดเต้านม น้านมไม่ไหลและอาการปวดกล้ามเนื้อต่างๆ รวมทั้งแนะนำชุดกิจกรรมบริการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอด เพื่อให้หญิงหลังคลอดเข้ารับบริการหลังจากออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสุขภาพหลังคลอด และติดตามให้มาเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาดังกล่าวทำให้ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพดีขึ้น ในปี 2559 เพิ่มขึ้น

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
19.	ร้อยละของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง	\geq ร้อยละ 80	NA	100	100	93.5

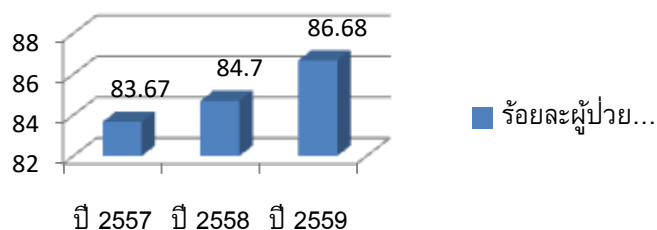
ร้อยละของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทย
อย่างต่อเนื่อง



จากกราฟร้อยละของผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาตที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่องพบว่าในปี 2559 ลดลงจากปี 2557 และ 2558 จากการทบทวนพบว่าเกิดจากปัญหาการมาเข้ารับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทย เนื่องจากกระยะทางไกล ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการสูง ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการที่ต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการพัฒนาการบริการแพทย์แผนไทยเชิงรุก โดยการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้สามารถรับบริการได้อย่างต่อเนื่องขึ้นในปี 2560

ลำดับ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559
20.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตลดลงหลังฝึกสมาธิบำบัด	≥ร้อยละ 80	NA	100	100	93.5

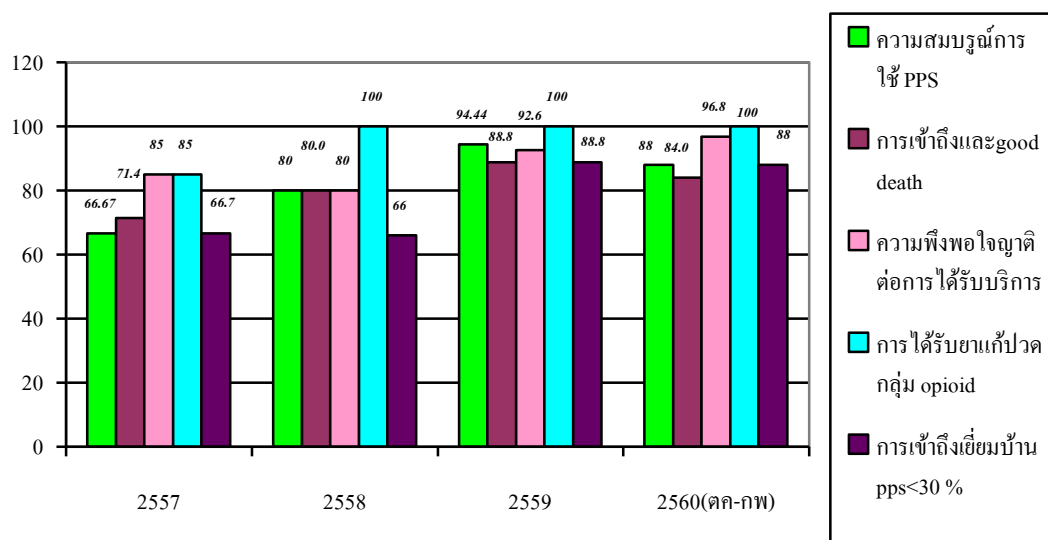
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตลดลงหลังฝึกสมาธิบำบัด



จากกราฟ แนวโน้มร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตลดลงหลังฝึกสมาธิบำบัด เพิ่มขึ้น เนื่องจากการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้วยสมาธิบำบัด โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจและสอนวิธีการฝึกสมาธิบำบัดที่ถูกต้องตั้งแต่ตรวจพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ

เสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งการฝึกสมาธิแบบรายบุคคลในผู้ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้ว

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559
21.	ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการส่งต่อโดยใช้ PPS palliative performance scale	ร้อยละ 80	66.67	80	94.44
22.	ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการและ Good death		71.4	80	88.8
23.	ระดับความพึงพอใจผู้ป่วยและญาติต่อบริการพยาบาล		85	80	92.6
24.	การเข้าถึงบริการได้รับยาแก้ปวด Opioid และเวชภัณฑ์เมื่อลงชุมชน		85	100	100
25.	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการเยี่ยมบ้าน (PPS<30)		66.7	66	88.8



วิเคราะห์จากกราฟพบว่าจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ ร้อยละ 80 จากปี 2557-2558 ความสมบูรณ์และคุณภาพของการบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่มีการส่งต่อโดยใช้ PPS (palliative performance scale) และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากทีมและสามารถจากไปแบบตายดีได้ เพราะทีมงานที่มีการประชุมจัดตั้งคณะทำงานมีประธานเป็นแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวและนำปัญหามาถอดบทเรียน พยาบาลผู้รับผิดชอบจะเข้าไปติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อค้นหาผู้ป่วยในชุมชนขาดการเข้าถึงบริการการดูแลแบบประคับประคองและจัดทำโครงการจากใจสู่ใจ โดยมีเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล จิตอาสาและอสม. ทีมชุมชน รพ.สต. เข้ามาเริ่มมีบทบาทในการติดตามดูแลที่บ้านแต่ความ

พึงพอใจต่อผู้ให้บริการเจ้าหน้าที่ขาดทักษะการพูดคุยแบบประชุมครอบครัวที่ให้ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ แผนการดูแลผู้ป่วยและการลงเยี่ยมบ้านยังไม่ครอบคลุมเพราะผู้ป่วยบางรายอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเช่น พื้นที่เกาะ ทำให้เจ้าหน้าที่มีข้อจำกัดการเดินทางไปเยี่ยมจึงเป็นผลให้ตัวชี้วัดต่ำลง แต่ทีมประสานทาง โทรศัพท์ได้บ้าง ส่วนการได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม opioid มีแนวโน้มดีขึ้นเพราะจากโรงพยาบาลแม่ข่ายให้ ยากลุ่มดังกล่าวมาก่อนแล้วและมารับการรักษาต่อโดยทีมแพทย์และเภสัชช่วยปรับขนาดยา ช่วงปี 2559-2560 (เดือน ตค59-กพ60)เป็นช่วงที่แพทย์และทีมพยาบาลได้รับการอบรมความรู้โดยจัดโครงการ เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทั้งเครือข่ายและในโรงพยาบาล มีพยาบาลวิชาชีพไปอบรม ระยะสั้น 1 เดือน ทีมมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ปรับปรุงแบบฟอร์มเพื่อนำมาปรับใช้กับการทำงาน เรื่อง การใช้ PPS เพื่อปรับการดูแลระยะสุดท้าย และรอเจ้าหน้าที่รับผิดชอบไปใส่เอกสารเองทำให้การใช้ ทำให้การส่งต่อแบบ PPS ลดลงจาก 94% ลงมาเป็น 88 % การเยี่ยมบ้าน ทีมลงเยี่ยมได้ไม่ครอบคลุมจาก การส่งต่อข้อมูลรพสต.บางแห่งมองเห็นว่าไม่เร่งด่วนแต่สุดท้ายผู้ป่วยจากไปก่อนการเยี่ยมติดตาม และ เป็นผู้ป่วยจากตำบลอื่นๆเข้ามาอยู่ การพัฒนางานต่อออกแนวทางปฏิบัติการใช้ยาแก้ปวดตามบันได 3 ชั้น เป็นการทบทวนการใช้ยาและนำมา conference case เพื่อการปรับปรุงการทำงานและหาจุดด้อย ของทีมนำมาพัฒนาต่อ