



เครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอขาณุวรลักษบุรี

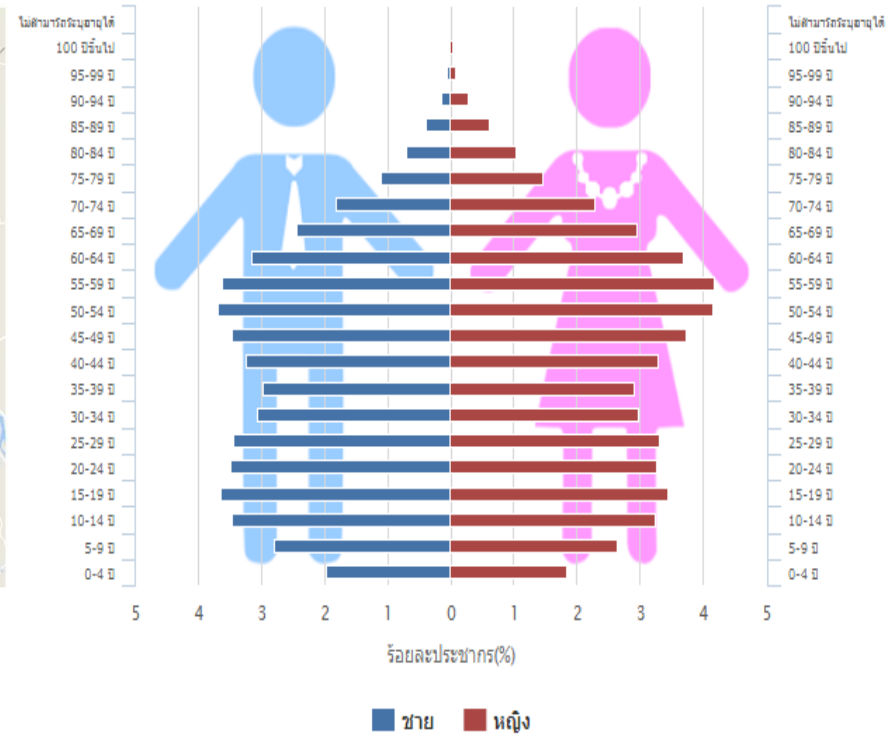
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร

31 ตุลาคม 2566



ข้อมูลพื้นฐาน

พีรามิดประชากร ปี 2566

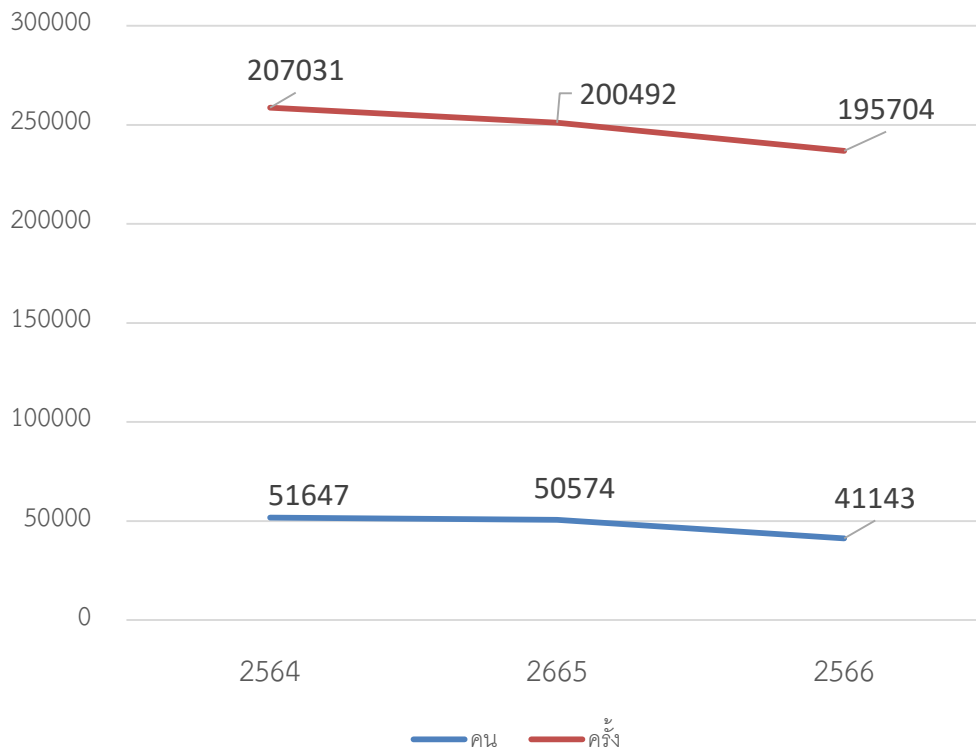


11 ตำบล 143 หมู่บ้าน
17 รพ.สต.

ชาย	หญิง	รวม
50,369	51,501	101,870



ผู้มารับบริการ ผู้ป่วยนอก

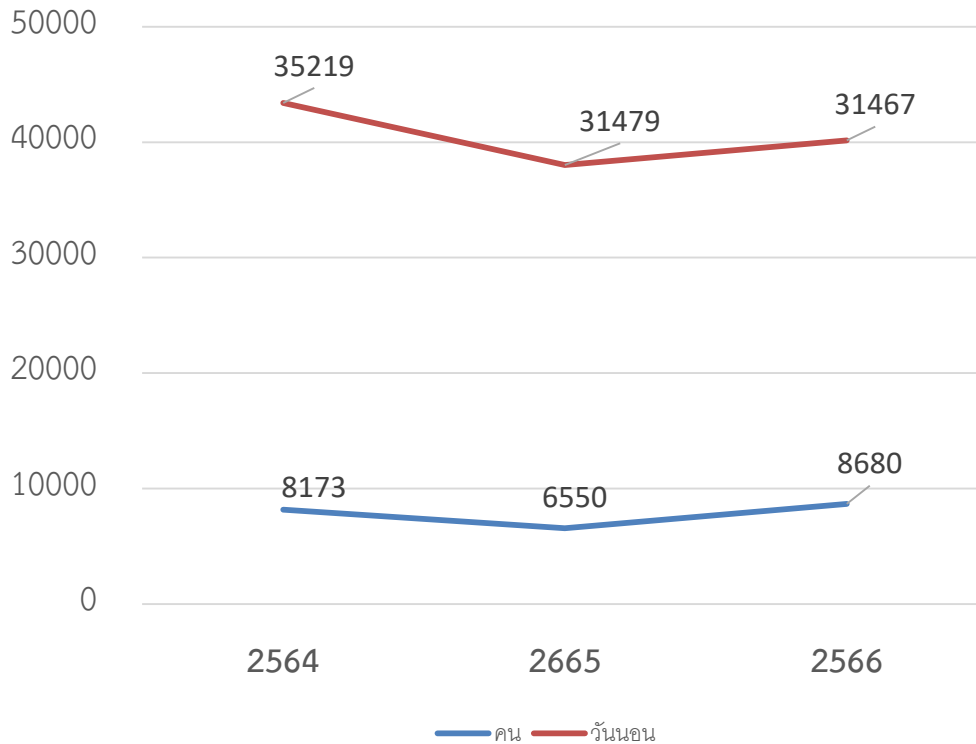


5 อันดับโรคผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2566

โรค	จำนวนครั้ง
1. HT	39,849
2. DM	16,199
3. Dizziness and giddiness	2,281
4. Dyspepsia	2,085
5. อาการปวดหลัง	1,916



ผู้มารับบริการ ผู้ป่วยใน 3 ปีย้อนหลัง

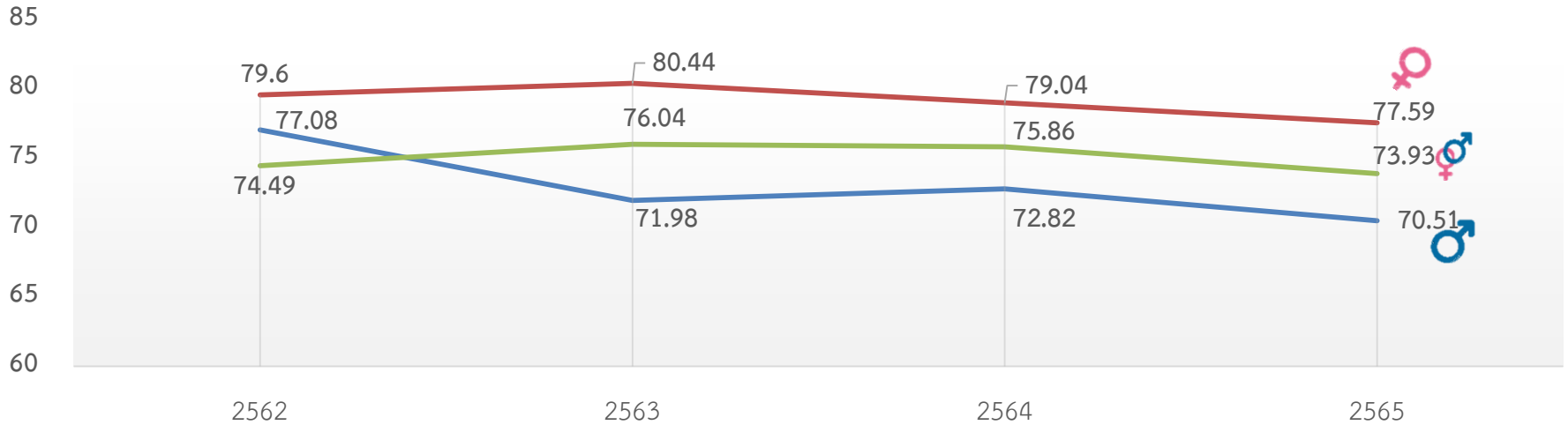


5 อันดับโรคผู้ป่วยในปีงบ 2566

โรค	จำนวนครั้ง
1. Diarrhoea	393
2. Pneumonia	173
3. Heart failure	168
4. Acute bronchitis	168
5. Haemorrhoids	167



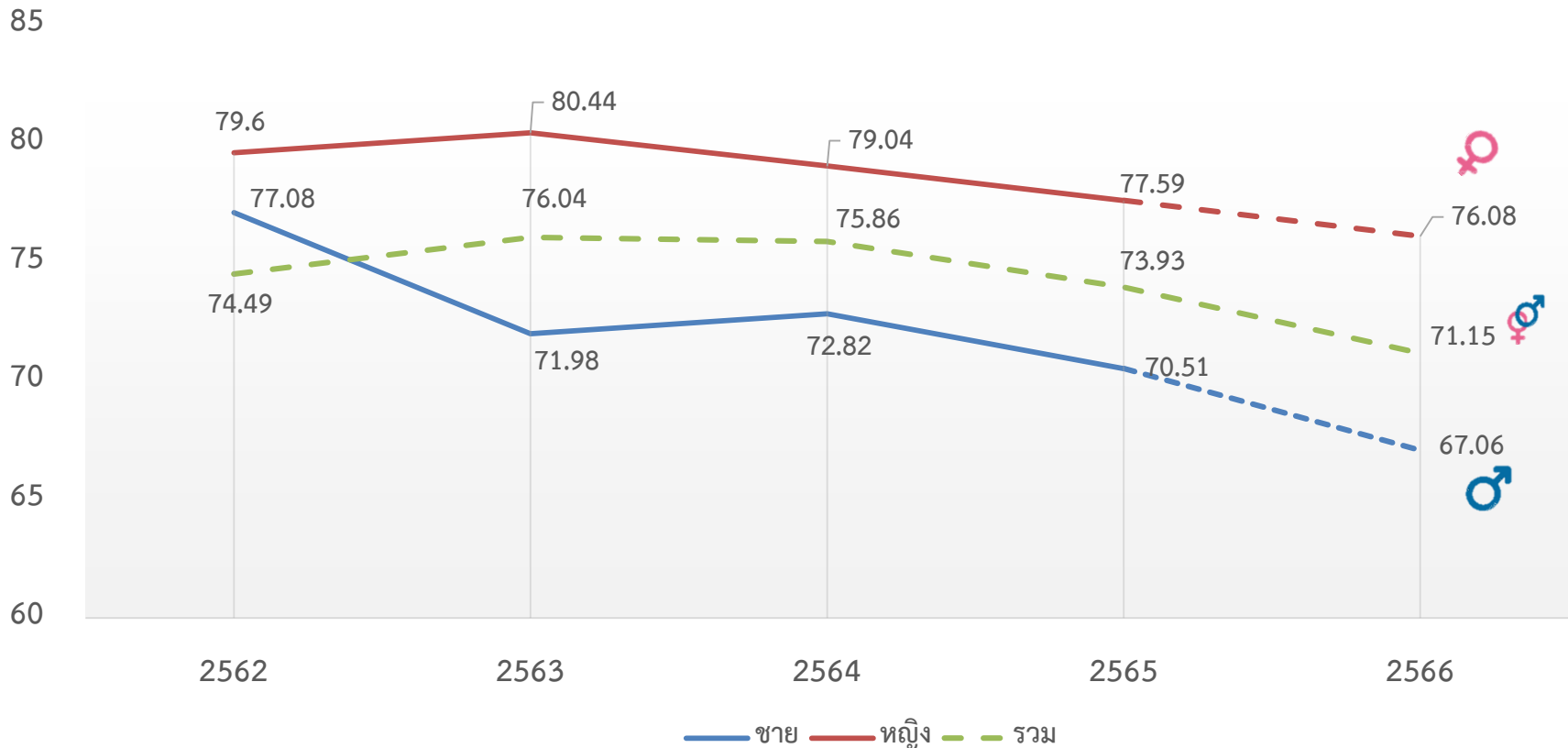
อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชาชนอำเภอขานูวรลักษบุรี



	ชาย	หญิง	รวม
ประเทศไทย(2562)	77.70	81.04	74.36
เขตสุขภาพที่ 3 (2565)	74.79	78.84	70.94
กำแพงเพชร (2565)	74.13	78.11	70.43
อ.ขานูฯ (2565)	73.93	77.59	70.51



แนวโน้ม อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดของประชาชนอำเภอขานูวรลักษบุรี ปี พ.ศ.2566



LE: 71.15 ปี ลดลง 2.78 ปี



สาเหตุการเสียชีวิตและจำนวนปีที่สูญเสียของประชากรอำเภอขานูฯ เปรียบเทียบปี 2564 – 2566

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ.2564		ปี พ.ศ.2565		ปี 2566 (ก.ค.66)		ประมาณการตายปี 2566		เปรียบเทียบ ปี 2565 - 2566		กลุ่มที่สูญเสียอายุ
		จำนวนตาย	ปีที่สูญเสีย	จำนวนตาย	ปีที่สูญเสีย	จำนวนตาย	ปีที่สูญเสีย	จำนวนตาย	ปีที่สูญเสีย	จำนวนตาย	ปีที่สูญเสีย	
รวมทุกสาเหตุการเสียชีวิต		1059	22,198	1099	19,256	634	13,494.54	1087	17,534	12	-1722	
1	มะเร็งรวม	121	2627.23	131	2491.41	115	2901.08	197	3707.45	66	-1216.04	50+
2	ปอดบวม	63	1275.44	77	1378.53	74	1507.34	127	1940.81	50	-562.28	45+
3	Sepsis	47	916.81	70	1309.92	59	1237.31	101	1912.51	31	-602.59	50+
4	โรคหลอดเลือดสมอง	58	1224.54	78	1426.16	52	1093.68	89	1414.17	11	11.99	45+
	โรคหัวใจ	48	1114.35	49	988.93	43	961.24	74	1257.61	25	-268.68	45+
	ไตวาย	35	598.38	45	764.28	41	833.54	70	1070.69	25	-306.41	60+
	วัณโรค	27	617.17	18	374.88	0	0	0	0	-18	374.88	-
	ไวรัสโคโรนา 2019	29	725.89	29	487.72	18	497.91	31	677.16	2	-189.44	40,60+
	โรคตับ	23	638.61	19	438.86	16	485.69	27	663.78	8	-224.92	50+
5	อุบัติเหตุการขนส่ง	37	1250.68	29	1059.65	12	492.68	21	705.7	-8	353.95	20-50



สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรอำเภอขานูฯ จำแนกตามกลุ่มวัย ปี 2564 - 2566

กลุ่มวัย/ ปี พ.ศ.	ลำดับที่1			ลำดับที่2			ลำดับที่3		
	2564	2565	2566	2564	2565	2566	2564	2565	2566
0-4 ปี	ปอดบวม แต่กำเนิด	ภาวะ หายใจ ลำบากใน ทารกแรก เกิด	Unspecified event, คนเดิน เท้าบาดเจ็บ จากการชนกับ รถยนต์ฯ	คลอดก่อน กำหนด	-	-	-	-	-
5-14 ปี	อุบัติเหตุ จราจร	อุบัติเหตุ จราจร	Acute Nephritic Syndrome: unspecified	-	-	-	-	-	-
15-19 ปี	อุบัติเหตุ จราจร	อุบัติเหตุ จราจร	อุบัติเหตุ จราจร	ปอดบวม	อุบัติเหตุ จราจร	-	มะเร็ง	อุบัติเหตุ จราจร	-
20-59 ปี	มะเร็ง	มะเร็ง	มะเร็ง	ปอดบวม	โรคหลอดเลือด สมอง	ปอดบวม	Sepsis	Sepsis	Sepsis
60 ปีขึ้นไป	มะเร็ง	มะเร็ง	มะเร็ง	Sepsis	ปอดบวม	Sepsis	วัณโรค	Sepsis	โรคหลอดเลือด สมอง



ประเด็น สุขภาพ

1. ผู้สูงอายุ
- 2 ผู้พิการ
3. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
4. มะเร็ง
5. อุบัติเหตุ
- 6.Sepsis
- 7.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 8.ปัญหาสุขภาพจิต



โรงพยาบาลขานูวรลักษบุรี
KHANUWORALAKSABURI HOSPITAL



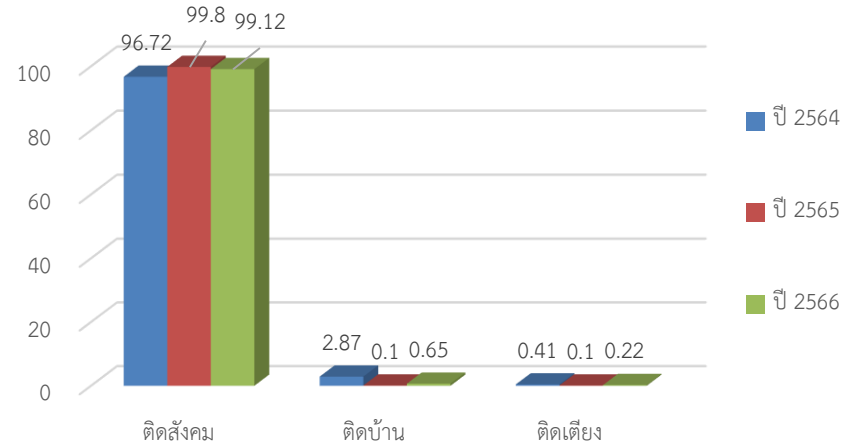
ประเด็นผู้สูงอายุ



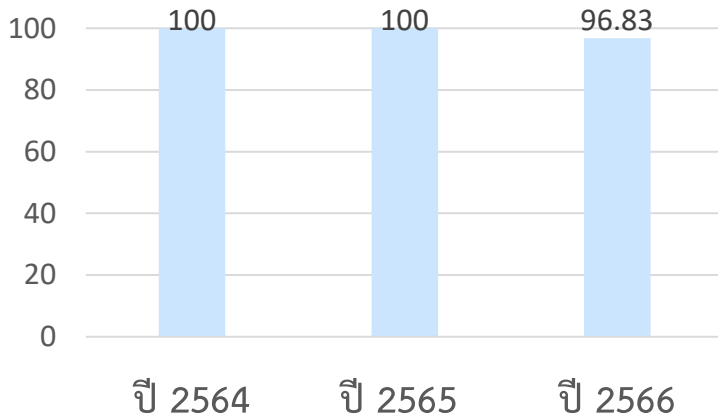
อำเภอขานูวรลักษบุรี ปี 2566
จำนวน 18,036 คน



ข้อมูลคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖



ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม
Care Plan ปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๖



การเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖

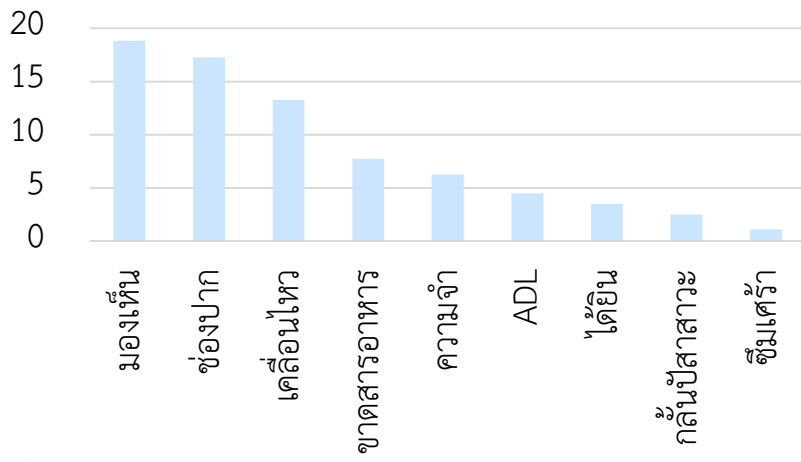
ปีงบประมาณ	ตัดเตียงเป็นติดบ้าน(คน)	ตัดบ้านเป็นติดสังคม(คน)	ตัดเตียงเป็นติดสังคม(คน)
ปี 2564	3	19	1
ปี 2565	2	7	0
ปี 2566	2	25	0



ผลการดำเนินงานการคัดกรองADL

ปี พ.ศ.	ผู้สูงอายุทั้งหมด	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ADL		ผลการคัดกรอง					
		จำนวน	ร้อยละ	ติดสังคม		ติดบ้าน		ติดเตียง	
				จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2564	17,081	17,049	99.81	16,490	96.72	489	2.87	70	0.41
2565	18,367	17,172	93.49	16,856	98.16	265	1.54	51	0.30
2566	18,036	11,580	64.20	11,470	99.05	74	0.65	36	0.31

ร้อยละความเสี่ยงการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ปี 2566



จากการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน ปี2566 พบว่า ผู้สูงอายุอำเภอขานูวรลักษบุรีมีความเสี่ยงด้านการมองเห็นมากที่สุด รองลงมาคือด้านช่องปาก และด้านการเคลื่อนไหวตามลำดับ



คลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุ

พัฒนาระบบบริการ
คลินิกผู้สูงอายุ และระบบส่งต่อ



ให้บริการรักษาและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติ
ภาวะพลัดตกหกล้ม และภาวะสมองเสื่อม
ในวันพุธที่ 2 และ 3 ของเดือน

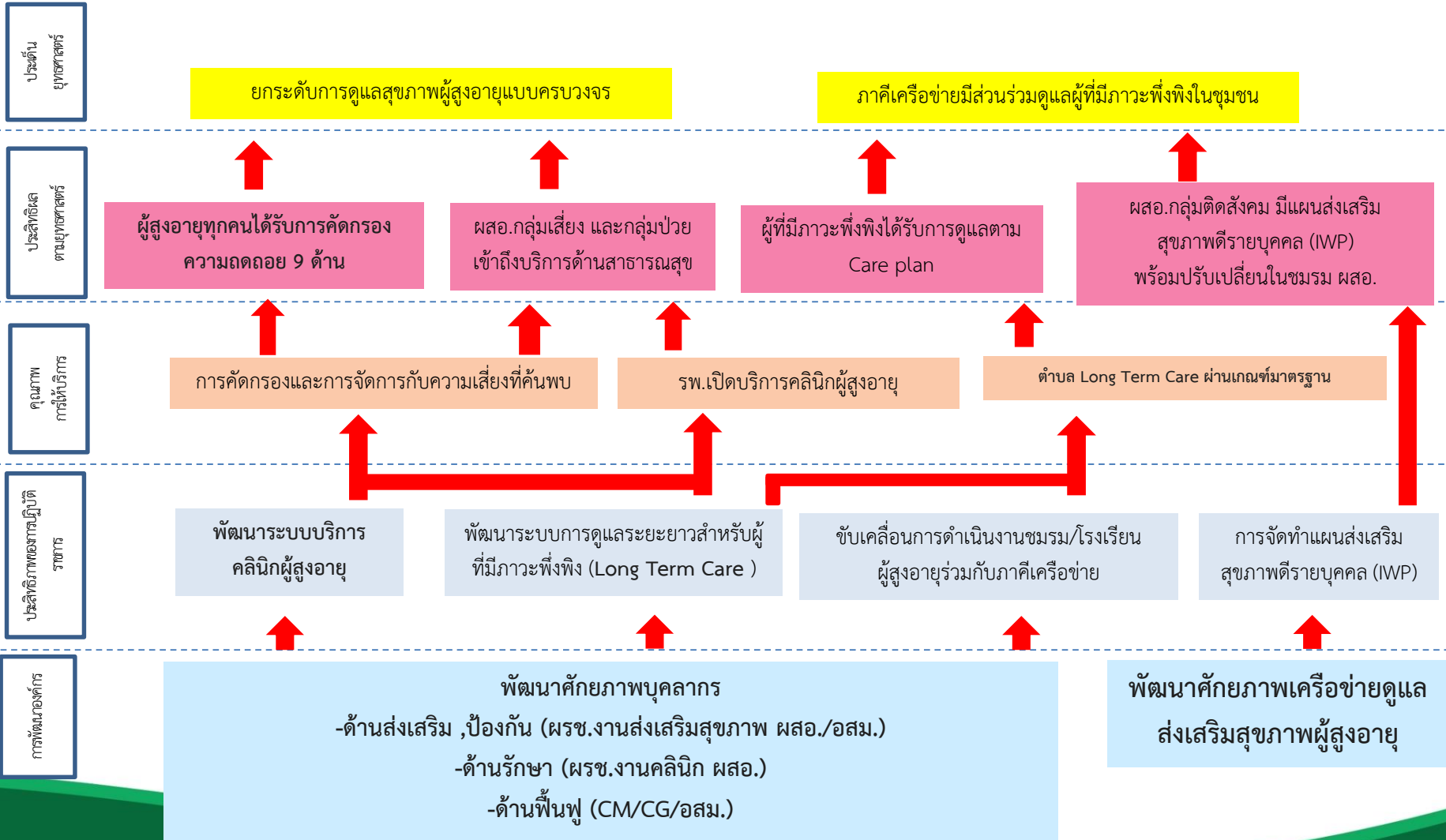
ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามแผน
ส่งเสริมสุขภาพดี (IWP)



ดำเนินการในเขตพื้นที่ รพ.สต.สลกบาตร (ถ่ายโอน)
จำนวน 65 ราย และพื้นที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี
จำนวน 145 ราย กลุ่มเป้าหมาย 210 ราย คิดเป็น
ร้อยละ 100



เป้าหมาย : ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี





Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
ยกระดับการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุแบบ ครบวงจร	เพื่อเตรียมการรองรับ สังคม ผสอ. ดูแลแบบ ไร้รอยต่อด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู	1.ผู้สูงอายุได้รับการ คัดกรองความถดถอย 9 ด้าน 2.กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เข้ารับ การรักษาใน คลินิกผู้สูงอายุ 3.ผู้สูงอายุปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ 4.ผู้สูงอายุที่มีฟันหลัง (แท้ หรือเทียม) ที่ เหมาะสมไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ	100 0 92.84 0	ร้อยละ 95 ร้อยละ 60 ร้อยละ 98 ร้อยละ 60	1. โครงการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 2. ประชุมชี้แจงการจัดบริการ สุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการ/ คลินิกผู้สูงอายุแก่ภาคีเครือข่าย 3. มีบริการคลินิกดูแลสุขภาพผู้สูง อายุที่ได้ มาตรฐาน 4. จัดบริการทันตกรรมในหน่วย บริการให้ ครอบคลุมทุกแห่ง
ภาคีเครือข่ายมีส่วน ร่วมดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงในชุมชน	ภาคีเครือข่ายและชุมชนมี ส่วนร่วมสนับสนุนและ ดำเนินการในการจัดการ สุขภาพแบบบูรณาการ	ตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์	100	ร้อยละ 100	1. ทบทวนแนวทางการจัด the Care Plan กับภาคีเครือข่าย 2. กำกับติดตามการดำเนินงาน



โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี
KHANUWORALAKSABURI HOSPITAL



ประเด็นคนพิการ



สถานการณ์ : ประเด็นที่ 2 คนพิการ

ตัวชี้วัดที่ 1 : มีข้อมูลทะเบียนคน
พิการในระบบ ครบคลุม ครบถ้วน

เป้าหมาย

≥ 80 %

ผลงาน

78.72

ตัวชี้วัดที่ 2 : การได้รับกายอุปกรณ์

เป้าหมาย

≥ 80 %

ผลงาน

68.51

ตัวชี้วัดที่ 3 : การได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพ

เป้าหมาย

≥ 80 %

ผลงาน

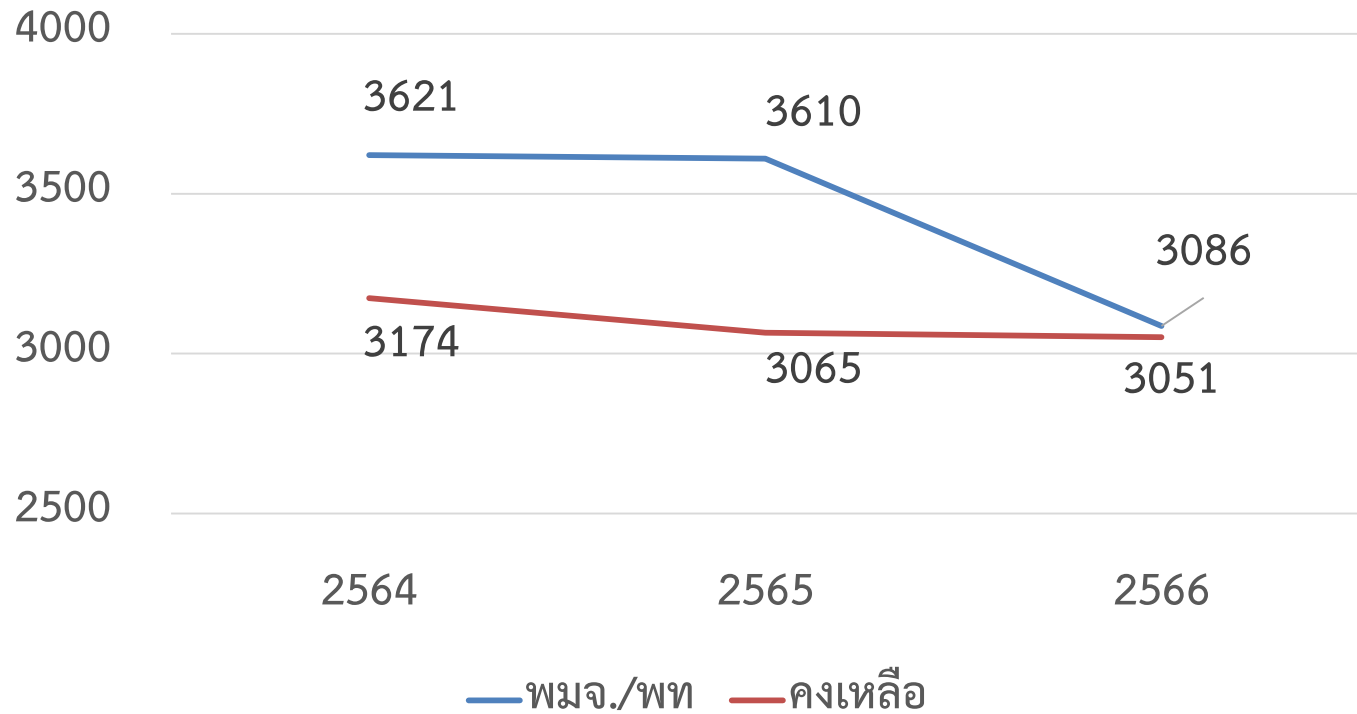
100

***ส่วนที่เหลือคือกาย
อุปกรณ์ที่ต้องไปตรวจ
ประเมินรับอุปกรณ์เองที่
รพ. กำแพงเพชร เช่น
เครื่องช่วยฟัง แว่นตา แขน
ขาเทียม



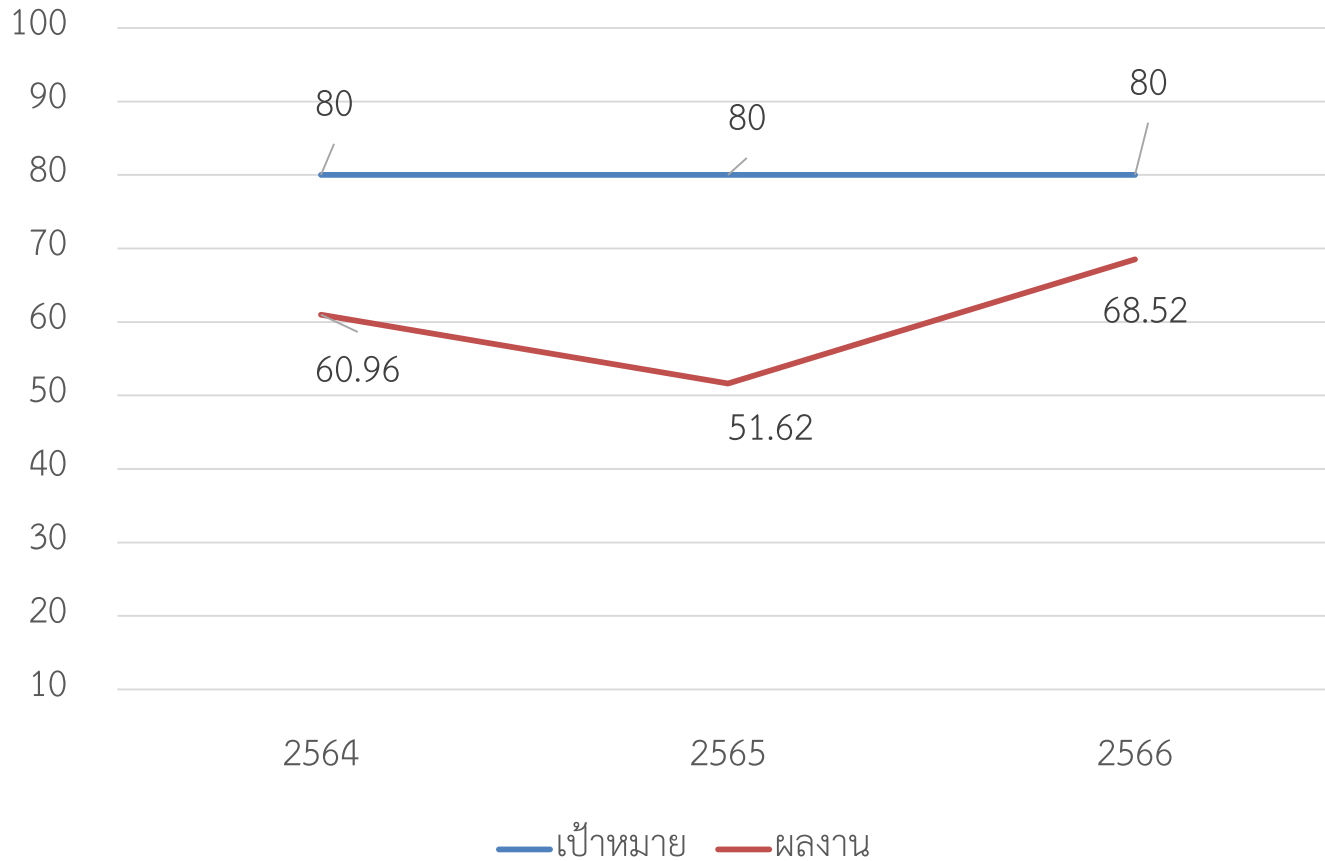
ผู้พิการอำเภอชาณุวรลักษบุรี

จำนวนผู้พิการ





ความต้องการเครื่องช่วยความพิการ(ยังไม่ได้รับ/ของเดิมชำรุด)
(ร้อยละ 80 ของผู้พิการเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วย)



ปี 2565

อุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ส่วนใหญ่
1.เครื่องช่วยฟัง/อื่นๆ
รพ.กำแพง (69 ชิ้น)

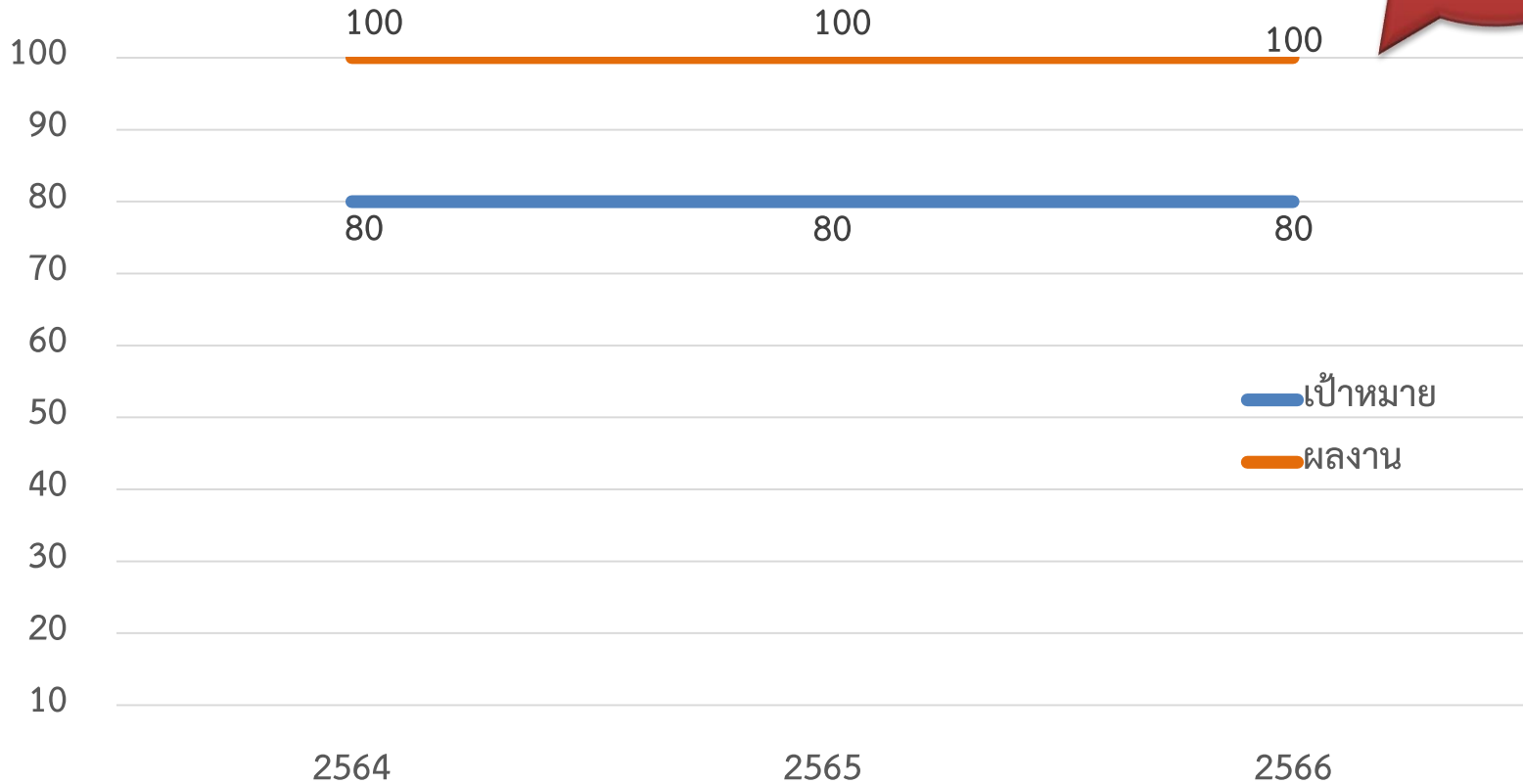
ปี 2566

อุปกรณ์ที่ยังไม่ได้ต้องไป
ตรวจรับเองที่รพ.กพ.
จำนวน 85 ชิ้น (31.48%)
ได้แก่ เครื่องช่วยฟัง/
แว่นตา/แขนขาเทียม /
อื่นๆ



บริการฟื้นฟูที่ควรได้รับ

(ร้อยละ 80 ของคนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ)



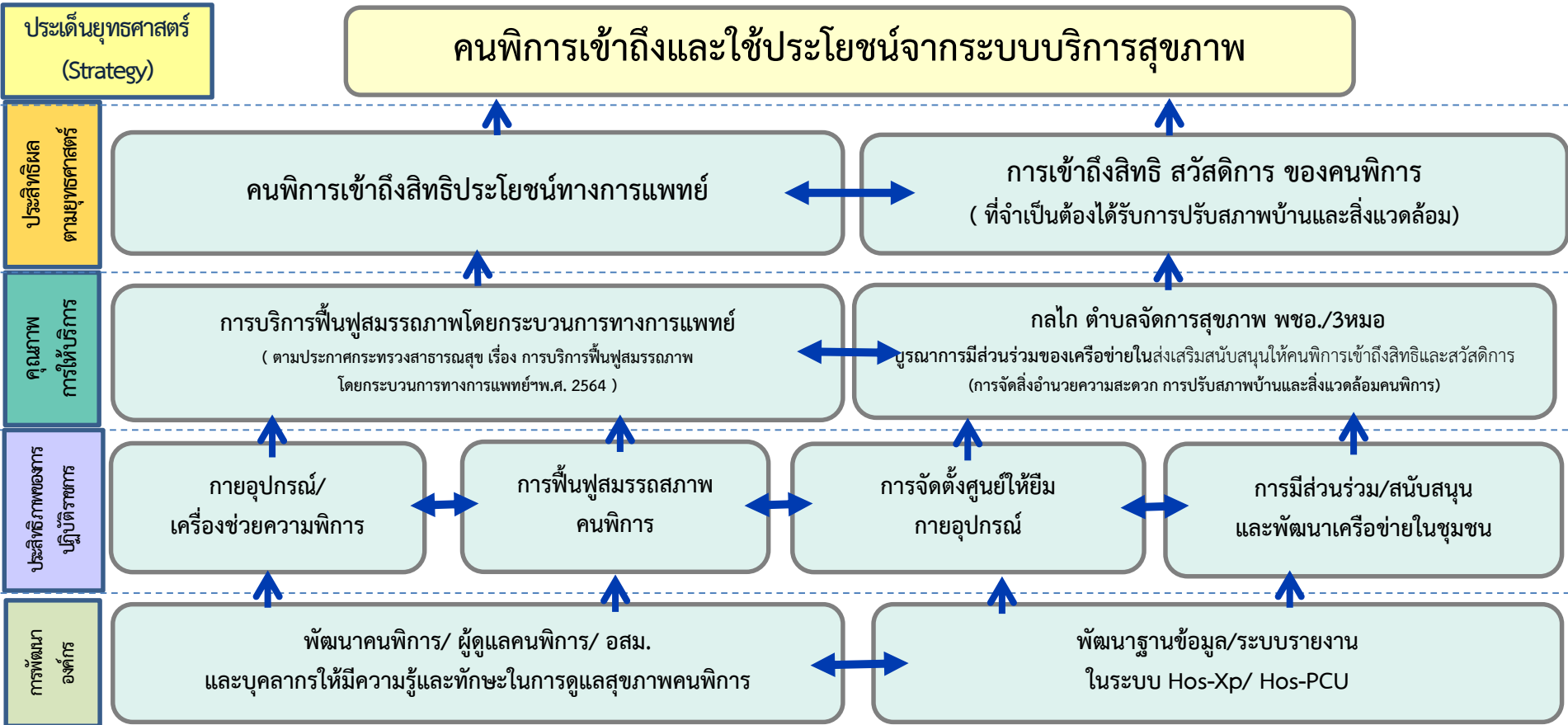


ปัญหา/อุปสรรค

- การจัดทำฐานข้อมูลผู้พิการใน HosXP/HosPCU ยังไม่ครอบคลุม
- การเข้าถึงอุปกรณ์เครื่องช่วย/บริการฟื้นฟูยังไม่ทั่วถึง

แนวทางการแก้ไข

- พัฒนาระบบการจัดการข้อมูลและจัดทำฐานข้อมูลคนพิการ
- วางแผนจัดซื้อจัดหาให้เพียงพอกับความต้องการ
- ลงพื้นที่ในการจ่ายอุปกรณ์/ฟื้นฟูในชุมชน/
- แนวทางประสานงาน อปท.ในการนำพาคนพิการไปรับอุปกรณ์ รพ.กำแพงเพชร /ด้านอื่นๆ
- ประสานเข้างาน LTC กรณีติดบ้านติดเตียง





Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของคณพิการ	-เพื่อให้มีระบบฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันสามารถเข้าถึงได้และใช้ประโยชน์ได้จริง	1. ร้อยละความครอบคลุมการสำรวจข้อมูลผู้พิการ 2. ร้อยละการบันทึกข้อมูลในระบบ Hos-Xp/ Hos-PCU/ MIS ครบถ้วนสมบูรณ์	100 78.72	100 ≥ 90	-มีการจัดการข้อมูล การจัดทำฐานข้อมูลและบริหารจัดการข้อมูลคณพิการที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พมจ./อปท. รพสต. อย่างครบถ้วนเป็นปัจจุบัน
	-เพื่อให้คณพิการได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยกระบวนการทางแพทย์	3. ร้อยละของการได้รับกายอุปกรณ์ เครื่องช่วยความพิการ 4. ร้อยละของการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	68.52 100	≥ 95 ≥ 95	-เพิ่มประสิทธิภาพระบบการดูแลสุขภาพคณพิการ การรักษาพยาบาล ป้องกันความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพ อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ
2. มีข้อมูลการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการของคณพิการอย่างทั่วถึง	-เพื่อส่งเสริม และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในส่งเสริม สนับสนุนให้คณพิการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ อย่างทั่วถึง	5. ร้อยละของการส่งเสริม สนับสนุนให้คณพิการเข้าถึงสิทธิ สวัสดิการ อย่างทั่วถึง (ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมคณพิการ)	NA	≥ 50	-มีการจัดเก็บและมีระบบประสานข้อมูลบูรณาการงานร่วมกับเครือข่ายในการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก การปรับสภาพบ้าน เชื่อมโยงกลไกตำบลจัดการสุขภาพ พขอ./3 หมอ
3. การพัฒนาบุคลากร	-พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ ผู้ดูแลคณพิการ/ อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพ	6. ร้อยละของบุคลากร/ผู้ดูแลคณพิการ/ อสม. และแกนนำคณพิการได้รับการพัฒนาศักยภาพ	NA	≥ 50	1.จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ



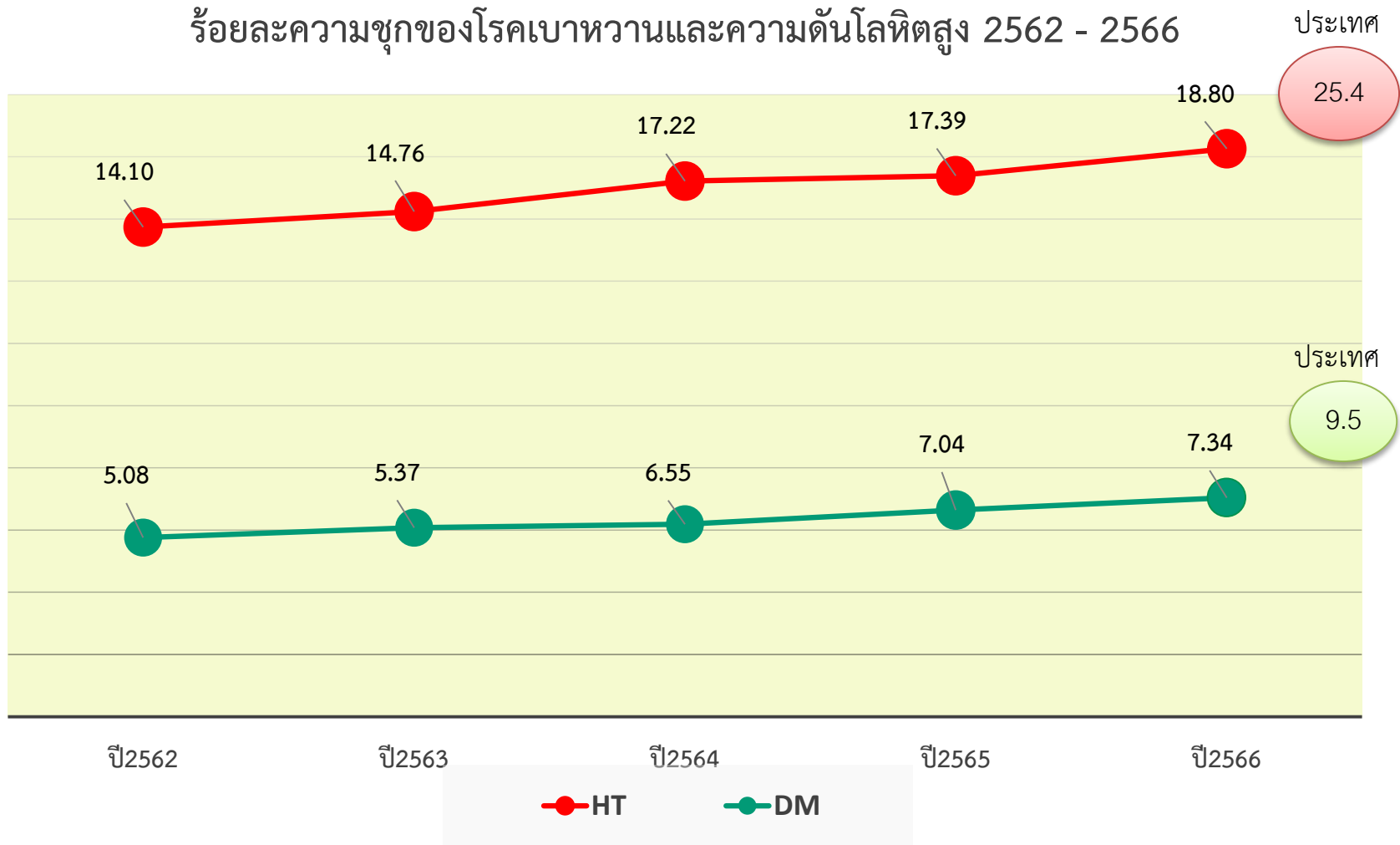
โรงพยาบาลขานูวรลักษบุรี
KHANUWORALAKSABURI HOSPITAL

ความดันโลหิตสูง และ โรคเบาหวาน



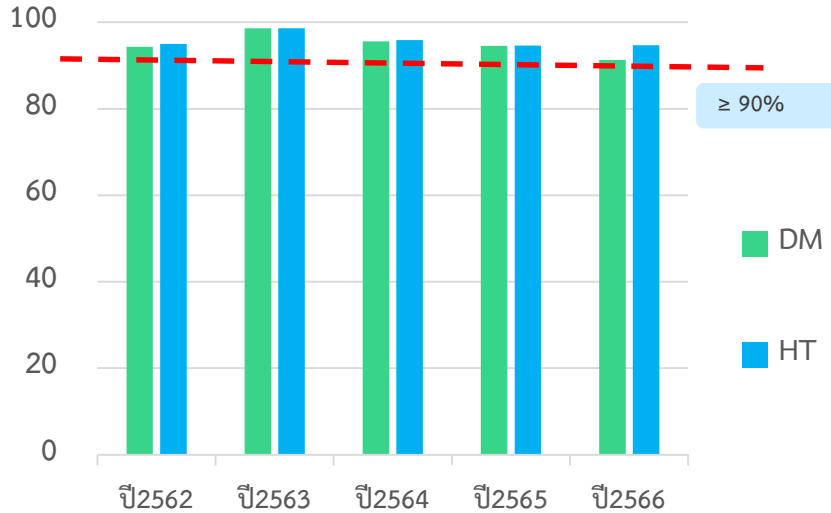


ร้อยละความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2562 - 2566



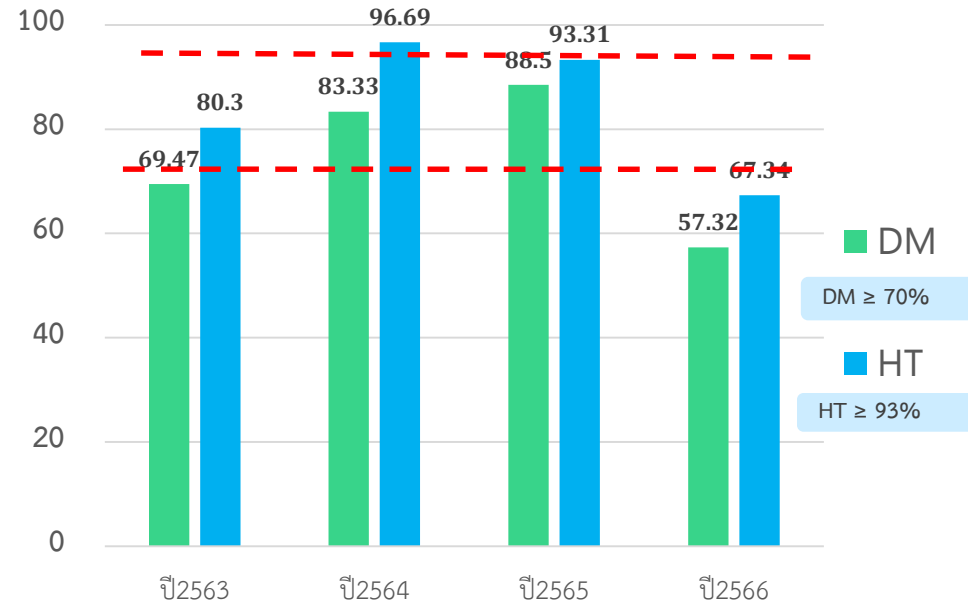


การคัดกรองประชาชน(กลุ่มปกติ)



ผลงานการคัดกรองล่าช้าช่วงต้นปีงบประมาณ
เนื่องจากการอนุมัติแผนของต้นสังกัด
ผลงานผ่านเกณฑ์ช่วงปลายปีงบประมาณ

การติดตาม(กลุ่มสงสัยป่วย)

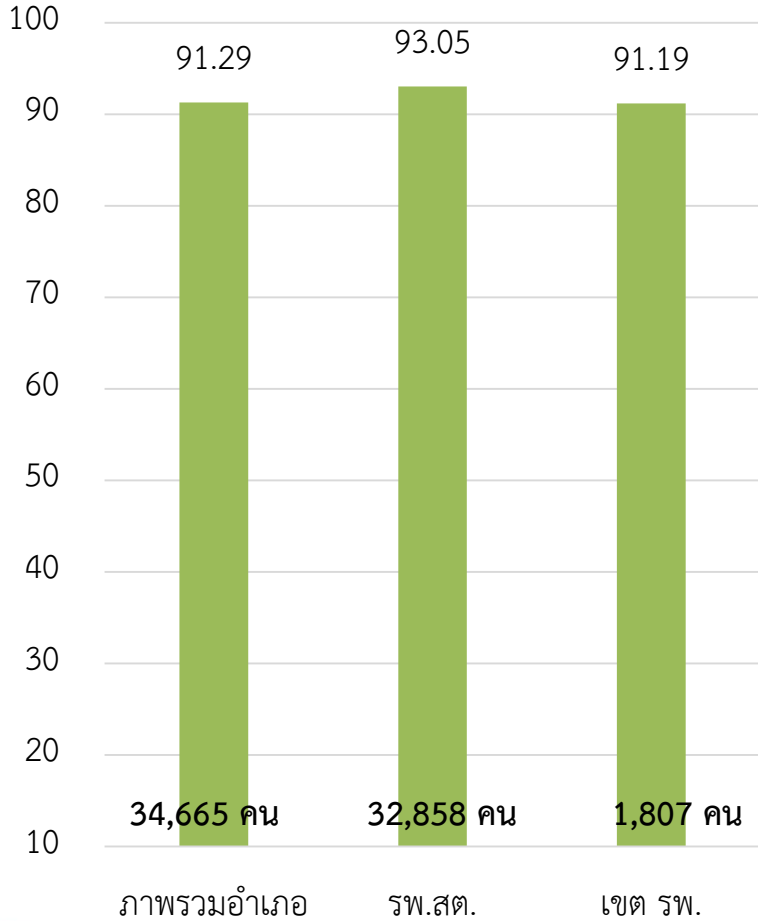


การติดตามกลุ่มสงสัยป่วย : ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ DM=57.32% HT= 67.34%
เนื่องจากการคิยผลงานล่าช้าไม่ทันตามระยะเวลาที่กำหนดระบบไม่นับผลงาน หรือไม่
คิยผลงาน แต่ในทางปฏิบัติผู้ป่วยสงสัยป่วยได้รับติดตามและส่งต่อ รพช.เพื่อยืนยัน
การวินิจฉัยโรค ทำให้ผลงานจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นจากปี2565 DM เพิ่มขึ้น
78.07%, HT เพิ่มขึ้น 77.74%



ผลการดำเนินงาน แยกหน่วยบริการที่ถ่ายโอน

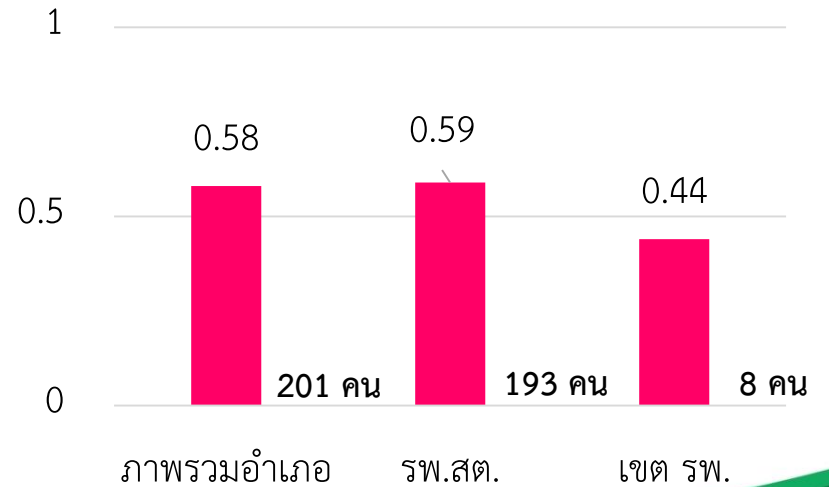
ร้อยละการคัดกรองเบาหวาน



ร้อยละกลุ่มคัดกรอง เสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน



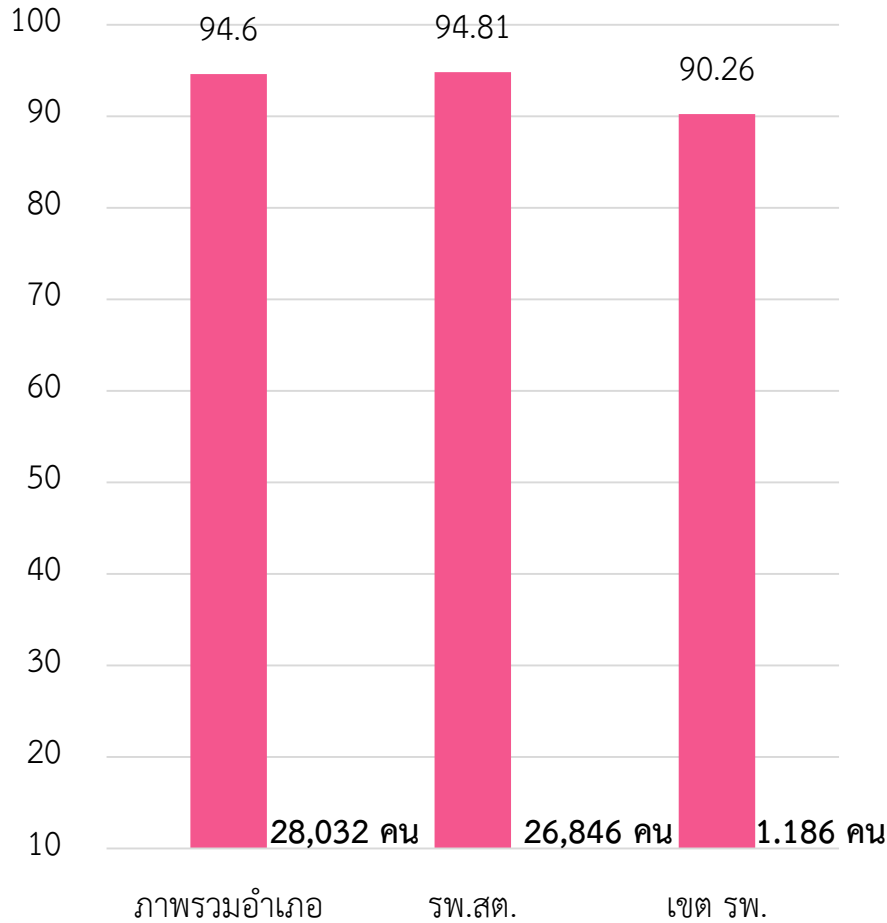
ร้อยละกลุ่มคัดกรอง ป่วยเป็นโรคเบาหวาน



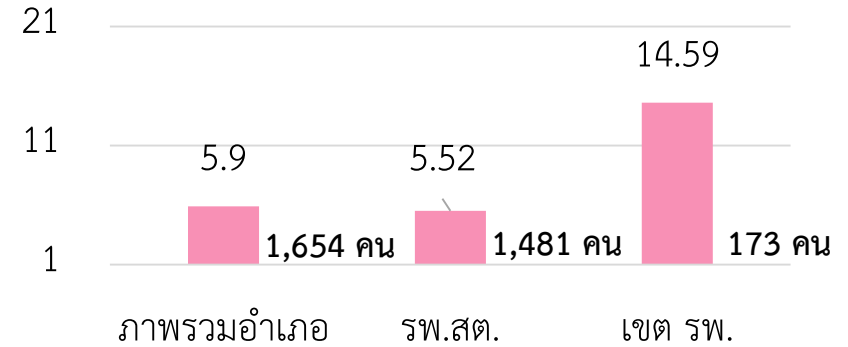


ผลการดำเนินงาน แยกหน่วยบริการที่ถ่ายโอน

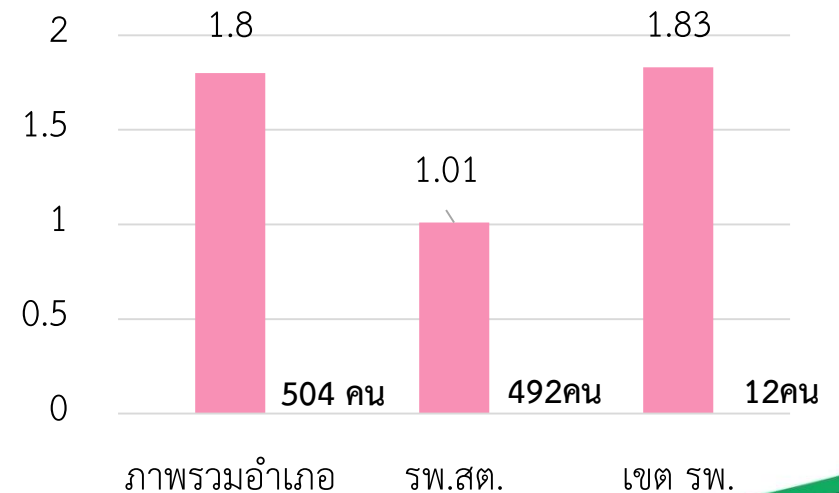
ร้อยละการคัดกรองความดันโลหิตสูง



ร้อยละกลุ่มคัดกรอง เสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง

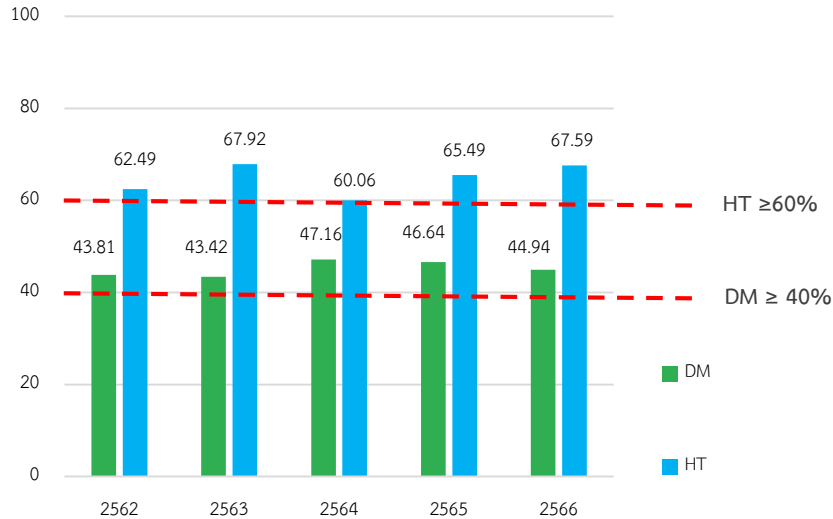


ร้อยละกลุ่มคัดกรอง ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง





ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี

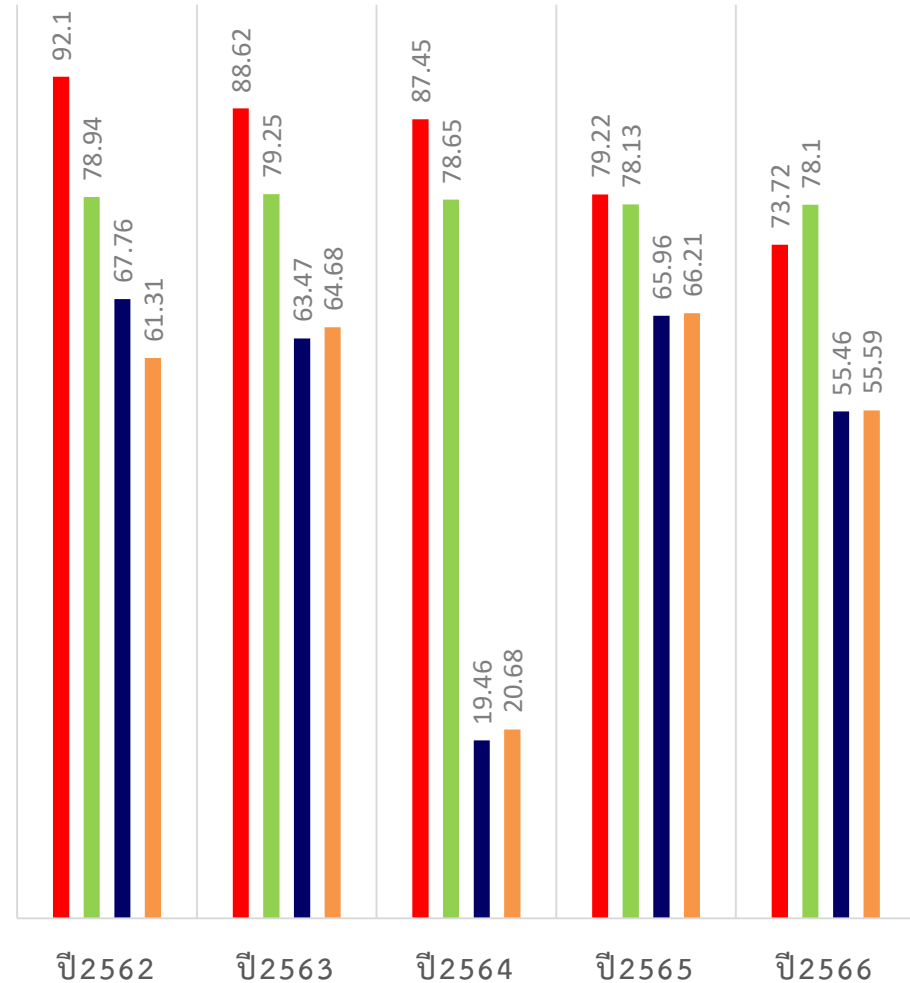


การควบคุมโรค ทำได้ตามเป้าหมายทั้งทั้ง 2 โรค

การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ผลงานต่ำกว่าเป้าหมาย

- CVD risk ต้องใช้ข้อมูลสุบบุหรี่จากแฟ้ม SpecialPP ซึ่งคีย์โดยรพ.สต.
- การคัดกรองตาและเท้า เนื่องจาก ผป.ไม่มาตรวจตามนัดในช่วงงานเชิงรุก และมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอเพื่อตรวจตาเมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล (งานเก็บตก)

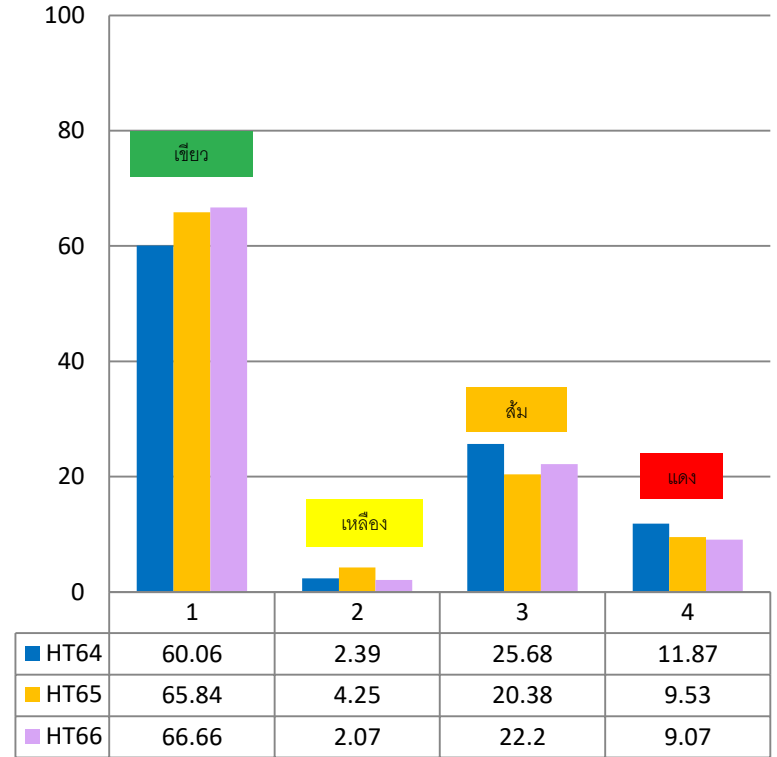
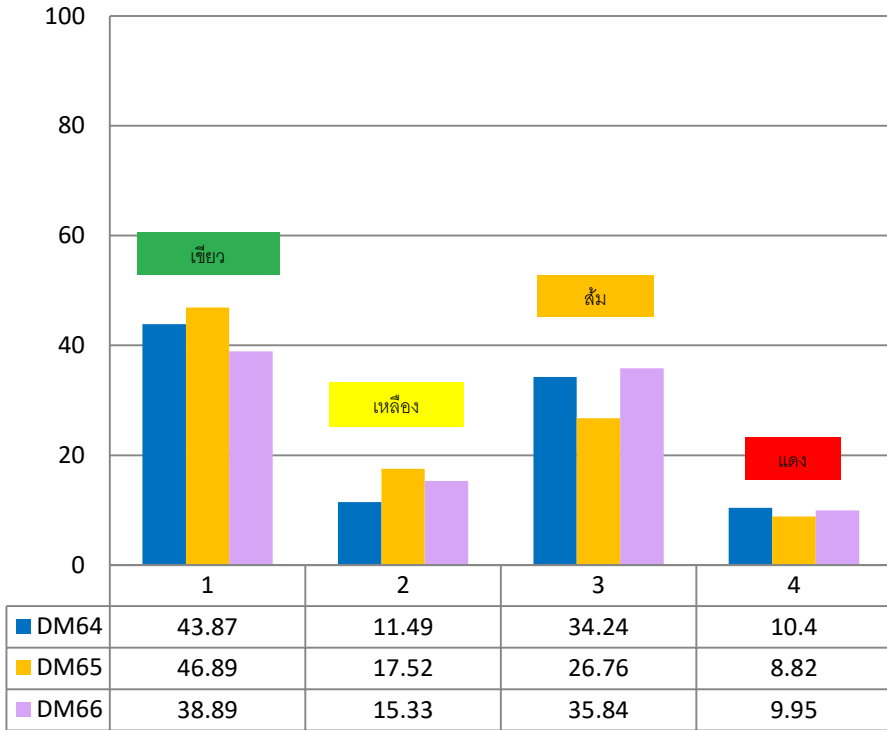
การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน



■ CVD Risk	■ ไต	■ ■ ตา เท้า
90%	≥ 80%	≥ 60%



ผู้ป่วยจำแนกกลุ่มสี



แนวโน้ม ผู้ป่วย DM: สีส้ม, แดงเพิ่มขึ้น ผู้ป่วย HT : สีเขียวเพิ่มขึ้น สีเหลือง,แดง ลดลง
 ภาวะแทรกซ้อน ในกลุ่มสีแดง ที่พบ ได้แก่ ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ
 ที่มา: ปี2564-2565 ข้อมูลจาก รพ.สต.ทุกแห่งโปรแกรม KPODWClient, ปี2566 จาก hppt://gw.kpo.go.th:8088



เป้าหมาย :ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราตาย จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง





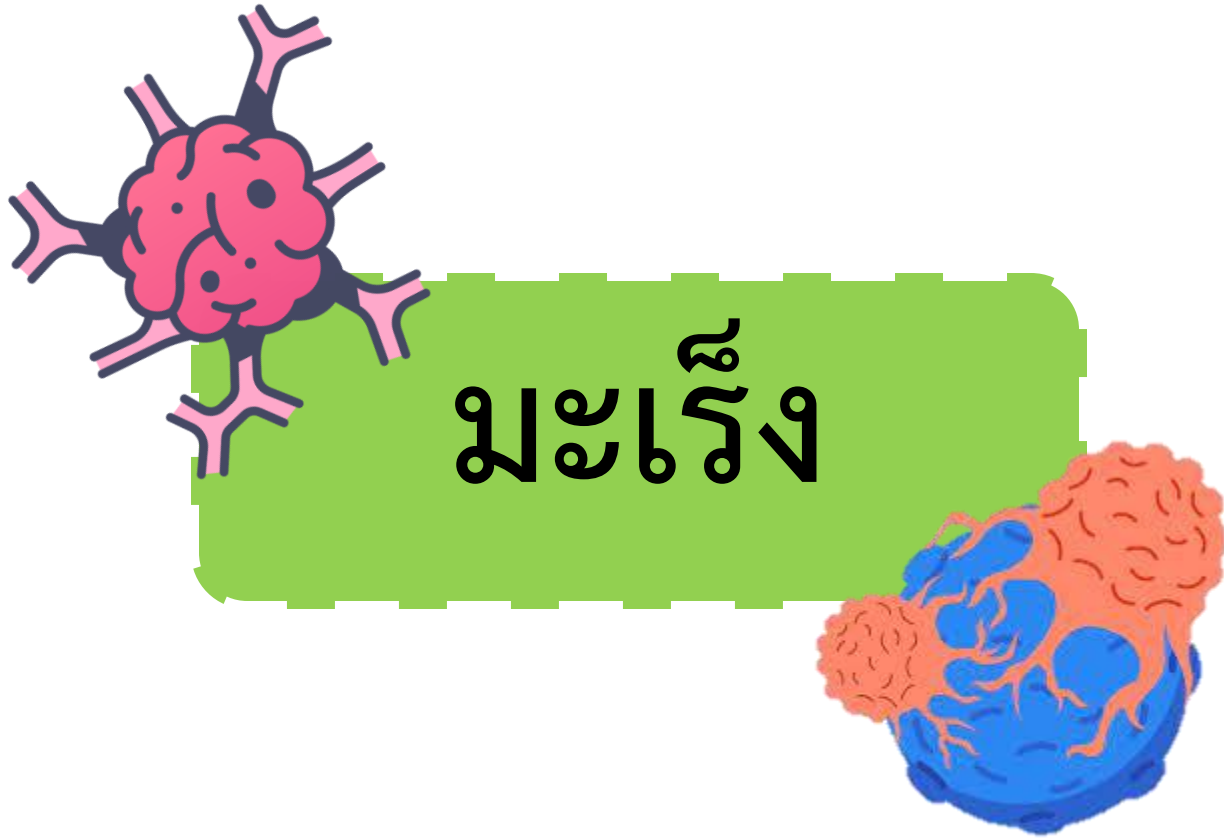
Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประเมินภาวะอ้วน เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1. ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	- ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - ร้อยละประชากร 19-59 ปี มีรอบเอวปกติ - ร้อยละประชากร 19-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	DM : 91.34% HT : 94.68% 35.98% 29.96%	KPI กระทรวง 90 %	1. โครงการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังเชิงรุก ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ต.แสนตอ 2. อปท. และภาคประชาชน มีส่วนร่วมในการจัดการด้านสุขภาพ ตำบลจัดการสุขภาพ 3. จัดบริการตรวจ DTx/BP ในรูปแบบ Mobile และ station หมู่บ้านละ 1 จุด ในตำบลแสนตอ 4. พัฒนาศักยภาพ อสม.
	2. ประชากรอายุ 19 - 59 ปี ได้รับการประเมินภาวะอ้วนลงพุง				
	3. กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง ได้รับการตรวจติดตาม	- ร้อยละการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	ต.แสนตอ DM : 100% HT : 100% <u>ภาพอำเภอ</u> DM : 48.15% HT : 63.19%	KPI กระทรวง DM : 72 % HT : 85 %	1. โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ต.แสนตอ 2. จัดบริการ DTX ,BP station ในรูปแบบ Mobile และ station เพื่อเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรอง



Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามตรวจรักษา สามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า	1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c เพื่อติดตามการรักษา	-ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	80.83%	82.00 %	1.พัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยรายใหม่ 2.ใช้กระบวนการ MI 3.การให้คำปรึกษาหลายบุคคล โดยสหสาขา 4. การติดตามผู้ป่วยเพื่อให้รักษาต่อเนื่อง 5.ทบทวนผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ 6.ส่งเสริมการดูแลตนเอง ใช้เครื่องมือ HBPM/ SMBG 7.ศึกษา Evident practice เพื่อปรับใช้กับผู้ป่วย
	2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามการรักษา	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจวัด BP อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	78.45%	80%	
	3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์กำหนด	-ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโรคได้ดี	DM : 44.92% HT: 65.44%	DM : 46.00% HT: 66.00%	
	4. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	-ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองตา -ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองเท้า -ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองไต	ตา: 54.72% เท้า: 56.04% ไต : 78.05%	ตา: 60.00% เท้า: 60.00% ไต : 80.00%	

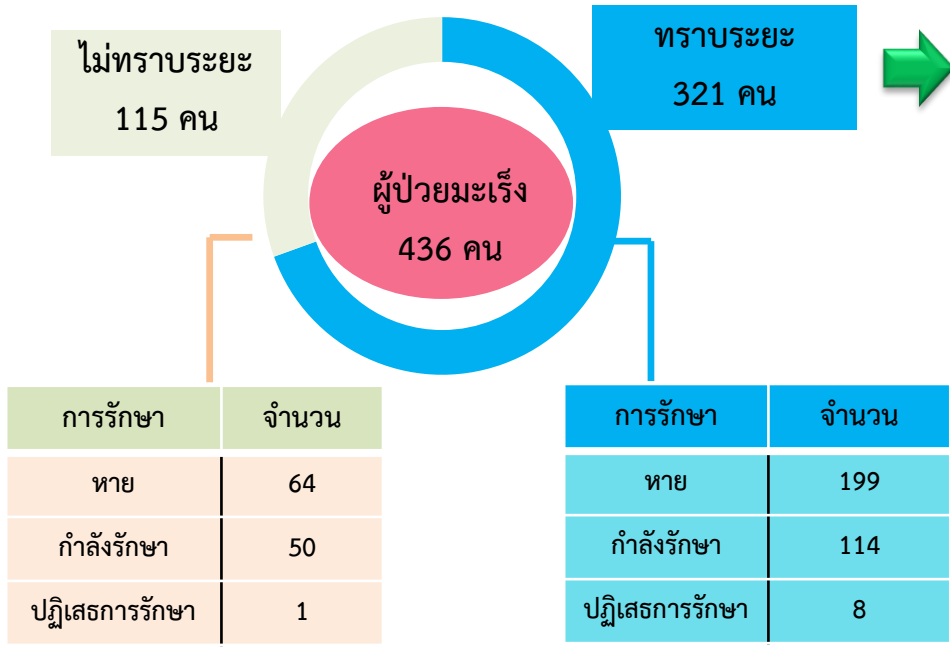


Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
หน่วยบริการสามารถจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้ตามมาตรฐาน	1. ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD clinic plus	ผ่านเกณฑ์ดีขึ้น ไป	ผ่าน : พื้นฐาน	ผ่าน : ดี	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาคลินิกตามแนวทาง NCD Clinic Plus ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน ปรับปรุงแนวทางการให้บริการรักษาทางไกล ช่องทาง Telemedicine ใช้ไลน์/โทรศัพท์ โครงการ DM remission ผู้ป่วย 10-15 คน ส่งพยาบาลเรียนหนักสูตตร NCM ฝึกเจ้าหน้าที่ใช้กล้องถ่ายภาพตา ฟื้นฟูความรู้ อสม. เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในความดูแล ทบทวน การรับ-ส่งต่อ กับ สถานพยาบาลเครือข่าย
	2. มีแนวทางให้บริการรักษาผู้ป่วยทางไกล สำหรับผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดี และมีความพร้อมด้านเทคโนโลยี	มี	มี มีส่วนที่ต้องปรับปรุง	มี ใช้ได้ต่อเนื่อง มีความชัดเจน	
	3. มีบริการสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการรักษาโดยไม่ใช้ยา DM remission	มีการให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน DM remission	มีผู้ป่วย DM Remission (ซึ่งเป็นผลจากการดูแลรักษาตามปกติ)	โครงการ 10-15 คน	

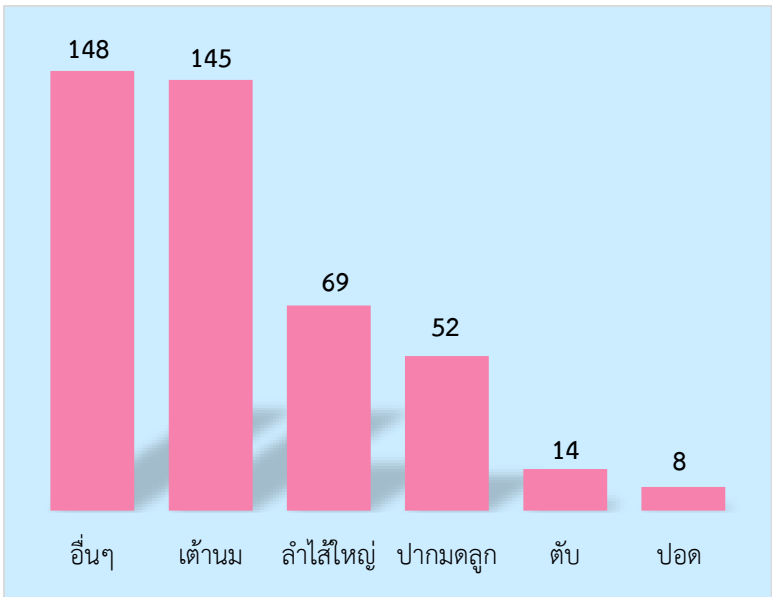




สถานการณ์ มะเร็ง

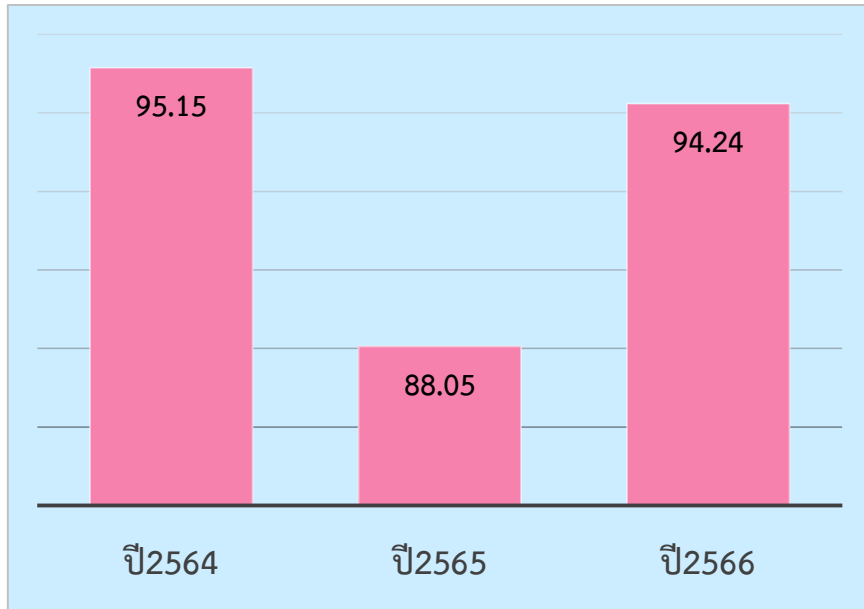


ระยะ 1	ระยะ 2	ระยะ 3	ระยะ 4	Palliative
138	106	55	16	6





ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 60 ปี \geq 80



ผลงานปี 66 คัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30-70 ปี

- ◎ เป้าหมาย 20,729 คน
- ◎ คัดกรองแล้ว 19,535 คน คิดเป็นร้อยละ 94.24
(คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ 94.24% คัดกรองด้วยตนเอง 94.00%)



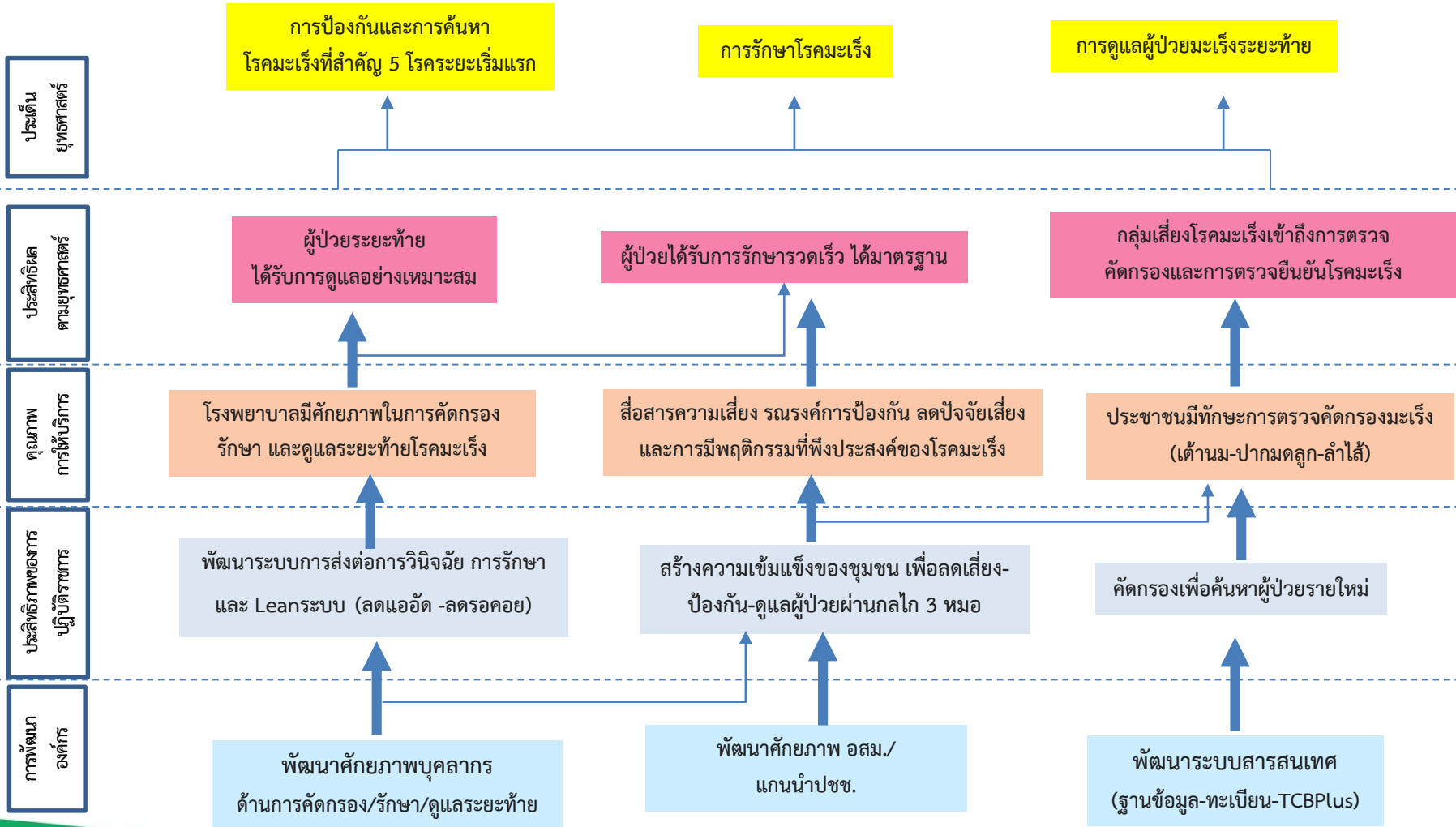
ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี ด้วยวิธี HPV DNA Test ≥ 70

	เป้าหมาย	คัดกรองได้		Negative		Positive		ได้รับการส่งกล้อง		เป็น CA	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขต รพ.	895	175	19.55	166	94.9	9	5.1	9	100	0	0
รพ.สต.	3613	172	4.76	166	96.51	6	3.49	6	100	0	0
รวม	4,526	347	9.61	420	96.55	15	3.45	15	100	0	0



ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี ด้วยวิธี Fit test ≥ 55

	เป้าหมาย	คัดกรองได้		Negative		Positive		ได้รับการส่องกล้อง		เป็น CA	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เขต รพ.	420	420	100.00	318	75.711	102	24.28	102	100	0	0
รพ.สต.	2,230	1436	64.39	1144	51.303	292	13.09	292	100	0	0
รวม	2,650	1,505	56.80	1462	73.16	394	13.17	394	100	0	0





Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. การป้องกันและค้นหาโรคมะเร็งที่สำคัญระยะเริ่มแรก	1. ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งที่สำคัญ (ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคมะเร็งออกกำลังกาย อาหาร ลดปัจจัยเสี่ยงเหล้า/ บุหรี่	1. ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (H4U) 2.1 ร้อยละของประชาชนเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่ 3. ร้อยละของประชาชนเข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิกสุรา 4. ร้อยละเคยดื่มสุราแต่หยุดมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป 5. ร้อยละคนที่เคยสูบบุหรี่แล้วเลิกได้	31.76 20.89 84.09 1.95 1.79	เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้น เพิ่มขึ้น	- การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (คลังความรู้ สื่อ กิจกรรมการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์) - อบรมให้ความรู้ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
	2. ประชาชนมีทักษะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง	1. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ 3. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม	40.59 69.14 91.20	≥ 70 ≥ 55 ≥ 80	- สื่อสาร/ รณรงค์ให้ ปชช. มารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง - ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วางแผนการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
	3. ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่โรคมะเร็งระยะเริ่มแรก 4. กลุ่มเสี่ยงโรคเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันโรคมะเร็ง	1. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ติ่งผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy 2. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy	45.07 70.27	≥ 50 ≥ 70	**การตรวจ Fit Test กรณีผล Positive > 15% ขึ้นไปดำเนินการดังนี้ ** 1. ญาติสายตรงเป็น CA ส่ง Colonoscope 2. ค้นหาภาวะ Hemorrhoids และรักษาให้หายก่อน 3. ตรวจ Fit Test ซ้ำอีก 2 ครั้ง ห่างกัน 1 เดือน หาก Positive 2 ใน 3 ครั้ง ส่งตรวจ Colonoscope



Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. การป้องกันและค้นหาโรคมะเร็งที่สำคัญระยะเริ่มแรก (ต่อ)	5. การสร้างภาคีเครือข่าย พัฒนาความเข้มแข็งชุมชน ผ่านกลไก พชอ./ 3 หมอ	- ร้อยละของชุมชน / ตำบลจัดการสุขภาพ ที่ดำเนินงาน หรือมีส่วนร่วม ในการดำเนินการ จัดการลดเสี่ยง ลดโรคมะเร็ง	98.23	≥ 75	ส่งเสริม สนับสนุน มีส่วนร่วมให้ ชุมชนดำเนินการขับเคลื่อนตาม แผนงาน/ กิจกรรม ป้องกัน โรคมะเร็ง เช่น - อาหารปลอดภัย (น้ำมันทอดซ้ำ , อาหารปิ้งย่าง) - ลด ละ เลิก บุหรี่ – สุรา - การออกกำลังกายในชุมชน - สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ฝุ่น
	6. พัฒนาศักยภาพ อสม./ แกนนำ พชช. ใหม่มีความรู้ และทักษะการคัดกรอง โรคมะเร็งด้วยตนเอง	- ร้อยละของ อสม./แกนนำ พชช. ที่รับการอบรม ตามแผนป้องกันและรณรงค์เพื่อ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง	100	≥ 80	พัฒนาศักยภาพ (อสม.-แกนนำ พชช.) ด้านการคัดกรอง (ครู ก อบรม BSC App ถ่ายทอด ความรู้สู่แกนนำ พชช./ อสม. เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง -ส่งเสริมทักษะ HL และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
2. การรักษาโรคมะเร็ง	1. ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็วได้มาตรฐาน	- อัตราตายโรคมะเร็ง	59.12	ลดลง	ลดระยะเวลารอคอยการวินิจฉัย การรักษา
	2. สถานบริการทุกระดับ มีศักยภาพในการคัดกรอง รักษาและดูแล ระยะท้ายโรคมะเร็งตามขีดความสามารถ เพิ่มการเข้าถึงการรักษาการวินิจฉัย	- ร้อยละ รพช. ให้ยา Tamoxifen ได้ - รพช. ให้ยาเคมีบำบัดได้	81.82 1 แห่ง	100 3 แห่ง	ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรักษา และเคมีบำบัด กับ สปสช.
	3. พัฒนาระบบการส่งต่อ การวินิจฉัย การรักษา (ลดระยะเวลารอคอยการรักษา การวินิจฉัย)	- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์ - ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์	64.15 91.94	≥ 76 ≥ 76	พัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน ODS และการให้บริการเคมีบำบัดในระดับ รพช.
	4. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเพิ่มข้อมูล ผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกต้อง	- ระดับความสมบูรณ์ของข้อมูลทะเบียน ผู้ป่วยมะเร็ง - ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการ ส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus	80 100	80 100	- จัดทำทะเบียนมะเร็ง - สื่อสารการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus



Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
3. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	1. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	-ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	79.55	80	1. ประสานเชื่อมโยง SP Palliative และ SP การแพทย์แผนไทยฯ
	2. สถานบริการทุกระดับมีศักยภาพในการคัดกรอง รักษาและดูแลระยะท้ายโรคมะเร็งตามขีดความสามารถ	-ร้อยละสถานบริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมากกว่าร้อยละ 80	100	80	2. ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคอง ระยะท้าย (Advance Care Plan)
	3. บุคลากร และทีมสุขภาพมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย	-ร้อยละบุคลากรและทีมสุขภาพผู้ผ่านการอบรมสามารถให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	100	100	3. สถานพยาบาลทุกระดับมีศักยภาพดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย - ทีม Palliative ในการส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงระดับ รพ.สต. - พยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Nurse Coordinator : CNC)



อุบัติเหตุทางถนน

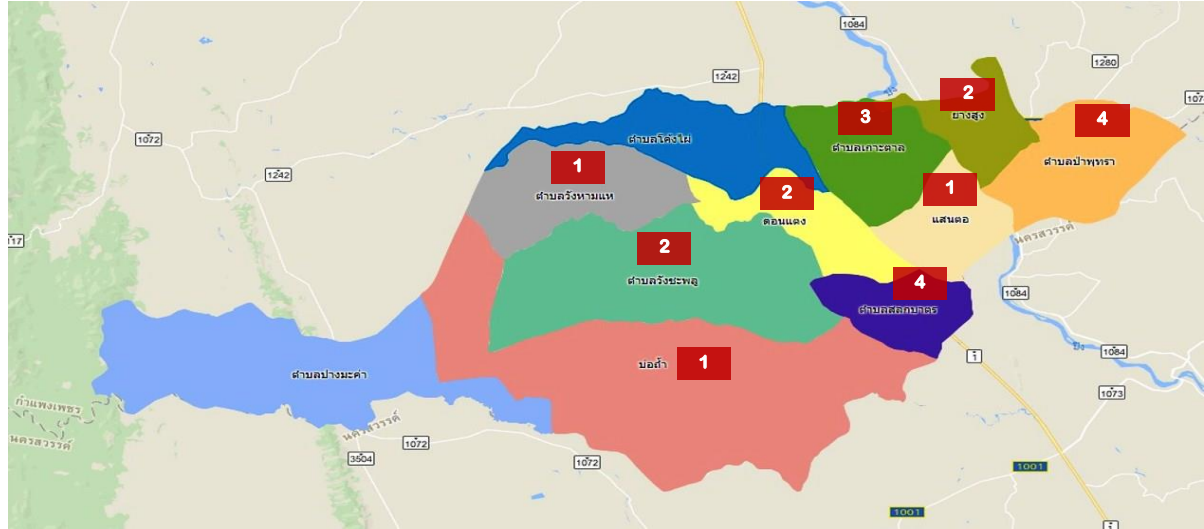




สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอขานูวรลักษบุรี ปี 2566



จำนวนผู้เสียชีวิต
ปีงบประมาณ 2566
20 ราย
19.63 ต่อแสนประชากร



ยานพาหนะ จักรยานยนต์ 76.09%

พฤติกรรมเสี่ยง

ไม่สวมหมวกนิรภัย 63.68%
ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 7.35%
ดื่มแอลกอฮอล์ 11.72%

ช่วงอายุที่เกิดอุบัติเหตุ

อายุ 10 – 19 ปี 16.55 %
อายุ 20 – 29 ปี 14.94 %
อายุ 50 – 59 ปี 6.82 %

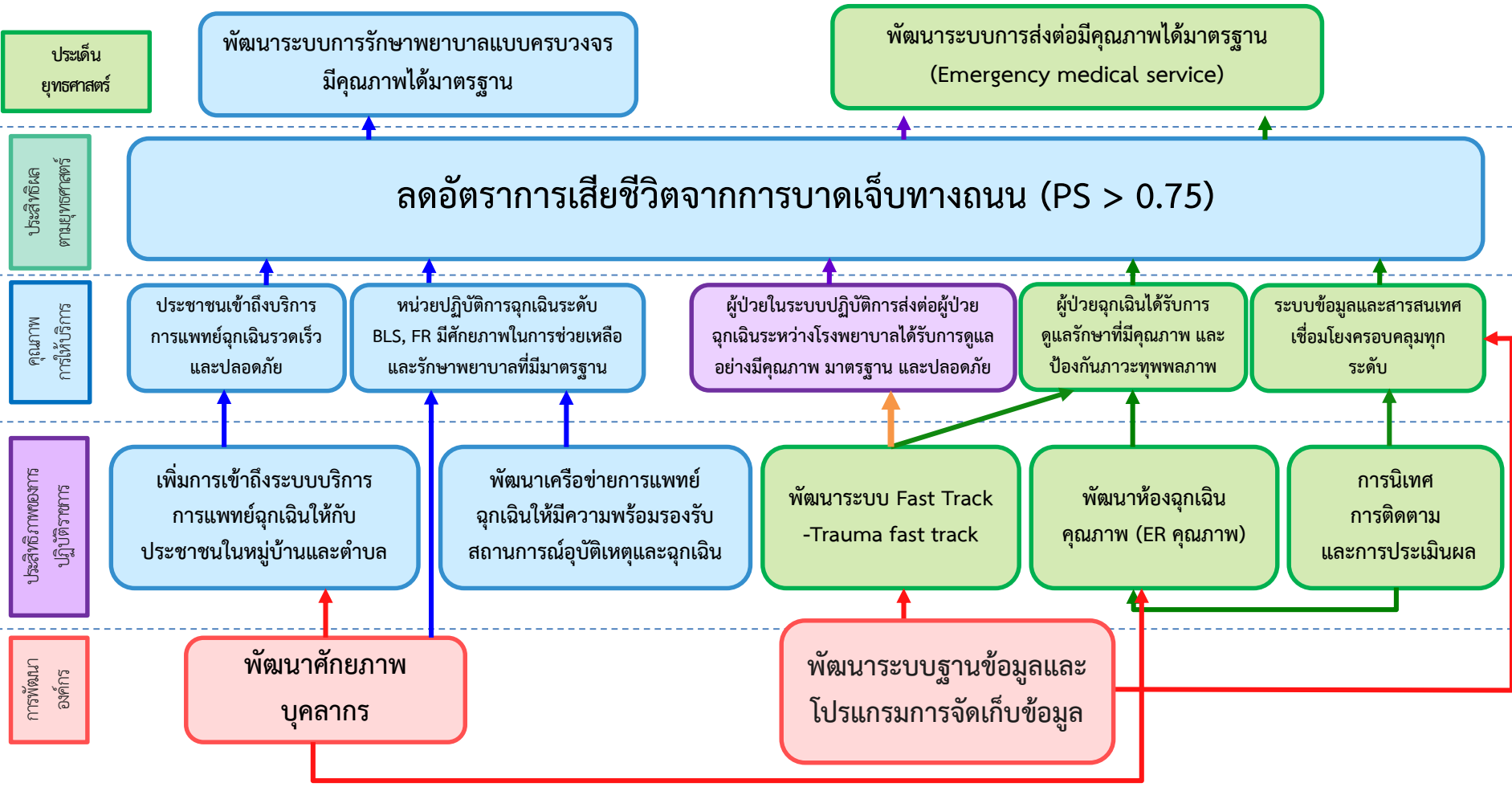
Dead ใน รพ. 3 ราย

	PS ≥0.5	PS ≥0.75	Dead Case Conference
PS	1 ราย	1 ราย	3 (100 %)

ที่มา: ข้อมูล IS online



เป้าหมาย : ลดอัตราการเสียชีวิตจากการ บาดเจ็บทางถนน





Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
<p>ลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (PS > 0.75)</p> <p>พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร มีคุณภาพได้มาตรฐาน</p> <p>ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวดเร็วและปลอดภัย</p> <p>พัฒนาเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความพร้อมรองรับสถานการณ์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>บุคลากร</p>	<p>1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ และห้องฉุกเฉิน</p>	<p>อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน</p>	<p>19.63 ต่อแสนประชากร</p>	<p>ไม่เกิน 18 : 100000 ประชากร</p>	<p>จัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจุดเสี่ยงในพื้นที่</p>
	<p>2. เพื่อให้บุคลากรในเครือข่ายEMSมีความรู้ และทักษะการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p>	<p>อัตราเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม</p>	<p>100</p>	<p>100%</p>	<p>1อบรมและฟื้นฟูหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2.ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ระดับอำเภอ ร่วมกับเครือข่าย EMS อำเภอ ตำรวจ อปท.</p>
	<p>3. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชน</p>	<p>อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS</p>	<p>73.28</p>	<p>ร้อยละ 60</p>	<p>ประชาสัมพันธ์ช่องทางการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)</p>

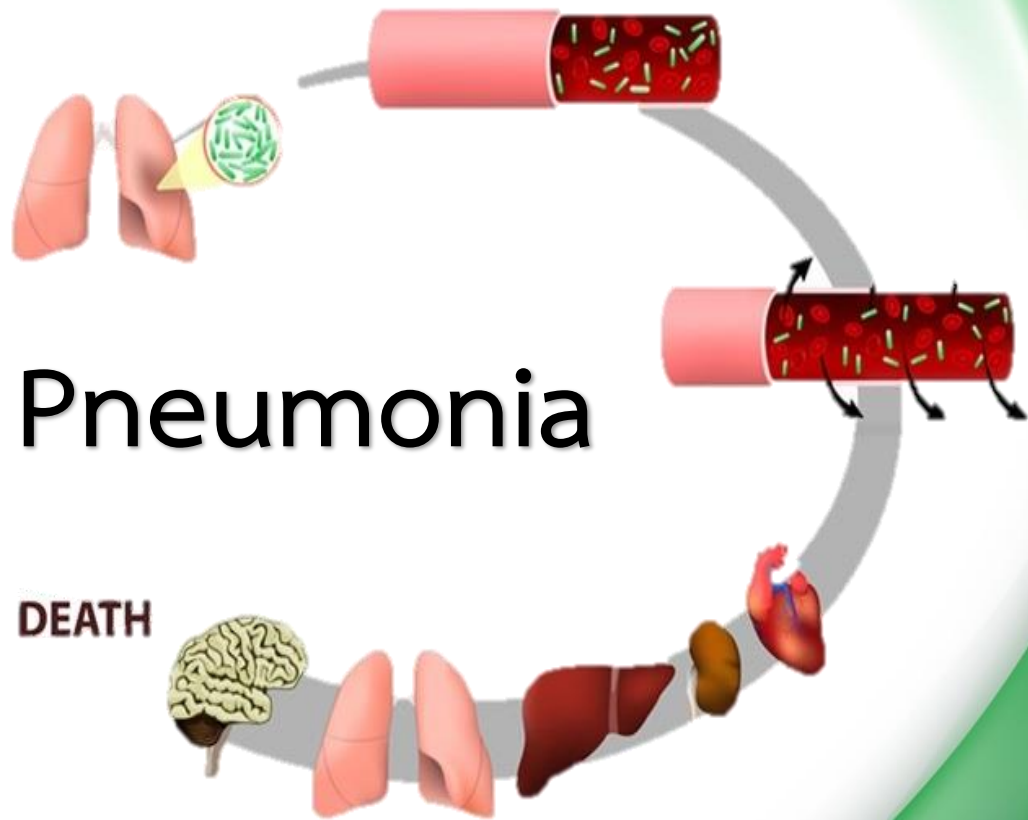


Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
	ผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย	อัตราผู้ป่วยสีแดงที่ส่งต่อได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	80	ร้อยละ 100	อบรมและฟื้นฟูบุคลากรในโรงพยาบาล
	เพื่อพัฒนาระบบECS คุณภาพ	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ	62.9	ร้อยละ 60	เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทำแผนปฏิบัติการ
	เพื่อพัฒนาระบบ Trauma fast track	อัตราของdead case conference กรณีที่ PS \geq 0.75	100	ร้อยละ100	มีทบทวน dead case กรณีที่ PS \geq 0.5 ทุกcase
	ระบบข้อมูลและสารสนเทศเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระดับ	<ol style="list-style-type: none"> อัตราการคืนข้อมูลจุดเสี่ยงให้พื้นที่ อัตราการลงIS online ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย อัตราการใช้ระบบ Telemedicineในการส่งต่อ(คนไข้สีแดง) 	100	ร้อยละ 100	1.การประสานส่งต่อข้อมูลและแก้ไขในภาพอำเภอ
			100	ร้อยละ 100	2. การใช้โปรแกรม IS online รายงานค่า PS score ในแต่ละเดือน
				ร้อยละ 100	3. ใช้ระบบTelemedicineในการส่งต่อ(คนไข้สีแดง)



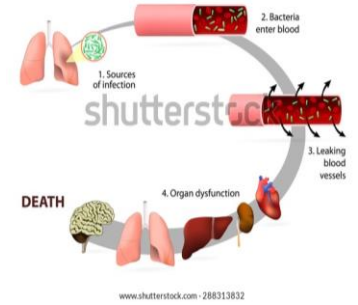
Sepsis

SEPSIS & Pneumonia





SEPSIS & Pneumonia



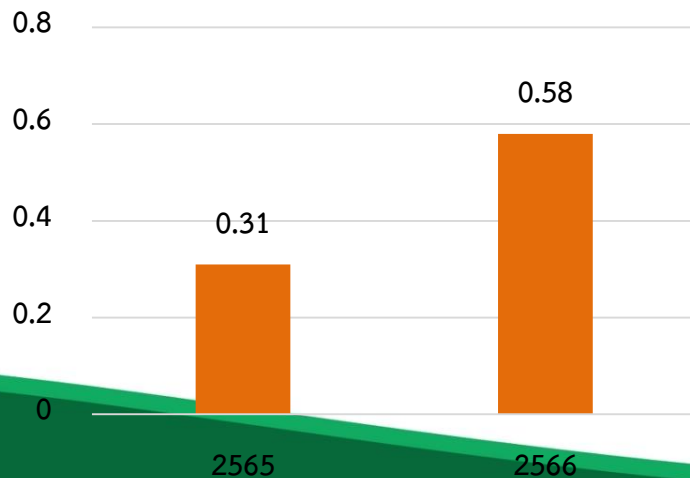
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	
	ตจจ.	รพ.ขานู
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด Hospital acquired	< 24%	< 10%
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด Hospital acquired	< 50 %	< 1 %
อัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ	<20%	<1%



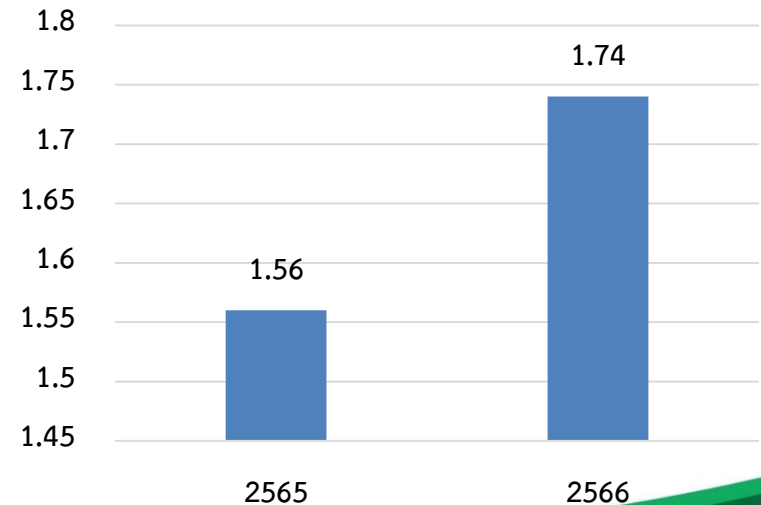
สถานการณ์ Sepsis ปี 2565-2566 (ไม่นับรวม Z515)

ตัวชี้วัด	2565	2566
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired < 10%	1.87	2.32
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital acquired < 1 %	0	0
อัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ < 1%	0.63	0.18

Sepsis dead กลุ่ม CAI
ภายในโรงพยาบาล



Sepsis กลุ่ม CAI refer dead in 24 hr



Strategic Mapping 2567

GOAL : ลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคปอดบวม

ประสิทธิผล ตามยุทธศาสตร์

ลดการเกิด Septic shock ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และ การเกิด severe pneumonia ของผู้ป่วยปอดบวมชนิด CAP ในชุมชน (Pre-Hospital)

ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิด CAI และ HAI และโรคปอดบวมชนิด CAP ในโรงพยาบาล (In-Hospital)

คุณภาพ การให้บริการ

ประชาชน มีความรู้/เข้าใจ
 1. อาการ และสัญญาณอันตราย (qSOFA)
 2. อาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65 Score)

ผู้ป่วย /ญาติ ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีความรู้ เข้าใจ
 1. อาการ และสัญญาณอันตราย (qSOFA)
 2. อาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65Score)

Care giver มีความรู้ ความเข้าใจ
 1. อาการ และสัญญาณอันตราย (qSOFA)
 2. อาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65 Score)

ประสิทธิผลของการปฏิบัติ ราชการ

พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/คัดกรอง โดย
 1. เฝ้าระวัง qSOFA score โดย CG/อสม/ปชช
 2. เฝ้าระวัง qSOFA score ในคลินิกโรคเรื้อรัง
 3. คัดกรอง NEWS score ใน รพ.สต.

พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย เรือง
 1. CPG ,Sepsis Corner, Standing Order
 2. Review Case โดยทำ Pitfall, Audit chart
 3. ทำ Antibigram /วิเคราะห์ RDU
 4. ระบบ Rapid Response System (RRT)
 5. ระบบ Fast Track

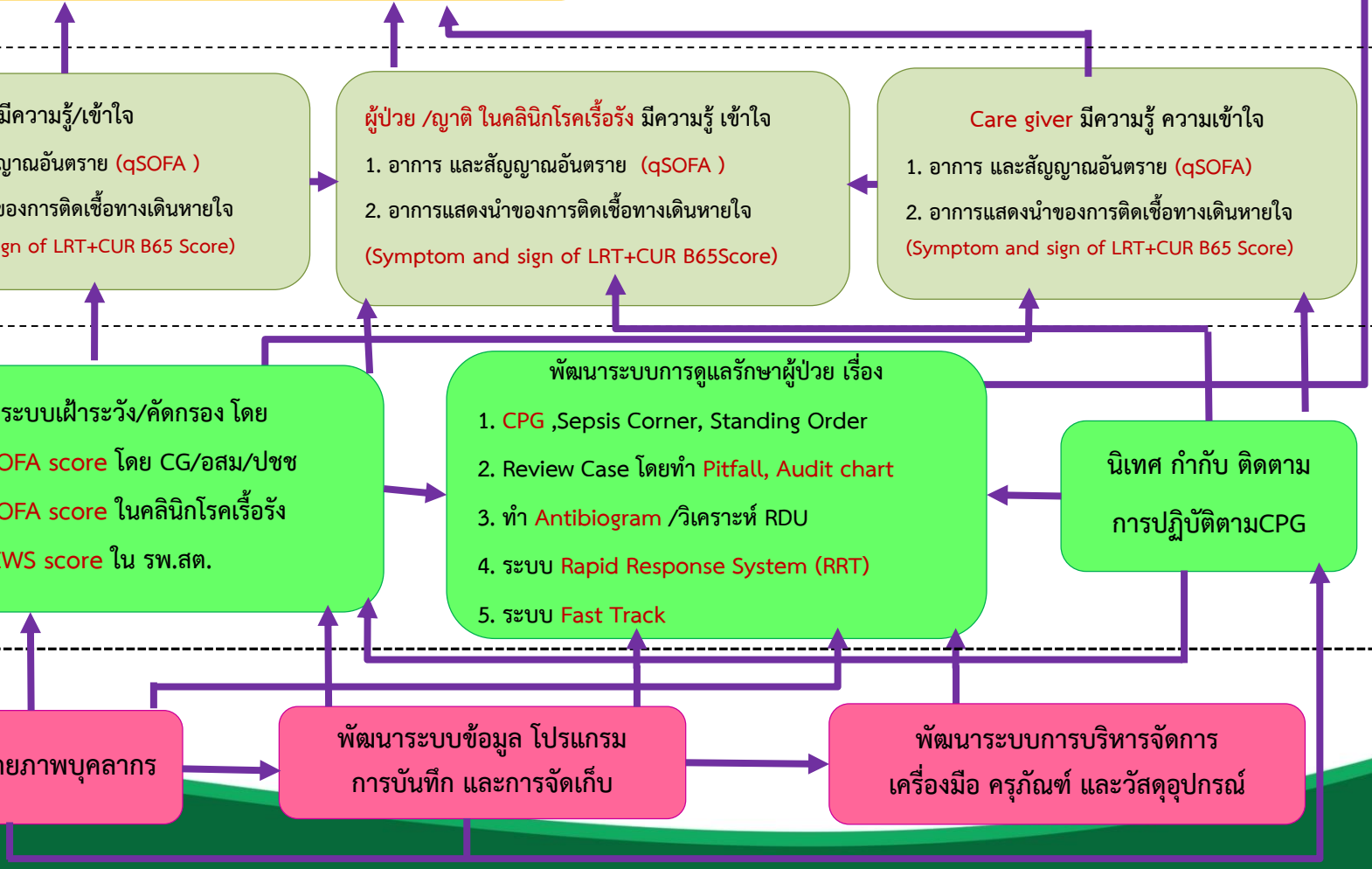
นิเทศ กำกับ ติดตาม การปฏิบัติตามCPG

การพัฒนาองค์กร

พัฒนาศักยภาพบุคลากร

พัฒนาระบบข้อมูล โปรแกรม การบันทึก และการจัดเก็บ

พัฒนาระบบการบริหารจัดการ เครื่องมือ ครุภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์





Strategic Mapping

ประสิทธิผล : ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด CAI และ HAI

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline		Target 5 ปี					Initiative
			2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	
พัฒนาระบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired และชนิด Hospital-acquired	1. ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired : CAI และชนิด Hospital-acquired : HAI	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired (< ร้อยละ 10)	ร้อยละ 1.87	ร้อยละ 2.32	< ร้อยละ 5	< ร้อยละ 4	< ร้อยละ 3	< ร้อยละ 2	< ร้อยละ 1	1. ทบทวนแนวทางระบบการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired 2. ทบทวนระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired 3. พัฒนาระบบประสานส่งต่อจากรพ.สต.สู่รพช 4. พัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูล การเก็บรายงานตาม KPI ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน 5. จัดทำ Antibiogram เพื่อวิเคราะห์ผลเชื้อก่อโรค เชื้อดื้อยา 6. พัฒนาระบบ Rapid Response System 7. จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย CG บุคคลากร 8. มีระบบนิเทศ กำกับ และติดตาม
		2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired (< ร้อยละ 1)	0	0	< ร้อยละ 0.5	< ร้อยละ 0.5	< ร้อยละ 0.5	< ร้อยละ 0.5	< ร้อยละ 0.5	



Strategic Mapping

ประสิทธิผล : ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด CAI และ HAI

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline		Target 5 ปี					Initiative
			2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	
	3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งชนิด Community-acquired และ Hospital-acquired เข้าสู่ระบบ Fast Track	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ได้รับการ Refer จาก รพช. ภายในเวลา 24 ชั่วโมง ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 1.56	ร้อยละ 1.74	<ร้อยละ 5	<ร้อยละ 4	<ร้อยละ 3	<ร้อยละ 2	<ร้อยละ 1	<ol style="list-style-type: none"> ทบทวนระบบ Fast track ทบทวนแนวทางการส่งต่อ (Referral Criteria) <ol style="list-style-type: none"> blood lactate แรกกับ > 10 mmol/l หรือ $\text{HCO}_3 < 10$ On levophed และ / หรือ (1:25) >20cc/hr or >0.2 mcg/kg/min กรณี รพ. มีอายุรแพทย์ หลัง resuscitation ≥ 2 hr <ul style="list-style-type: none"> * latate clearance < 10% or Repeat BL ≥ 4 mol/l * MEWS/SOS ≥ 4 และแนวโน้มไม่ดีขึ้น (กรณี ไม่มี levophed ประเมิน MEWS ≥ 4, และ กรณี on levophed ประเมิน MEWS ≥ 6) หลัง resuscitation ≥ 4 hr <ul style="list-style-type: none"> * Urine < 0.5 cc/kg/hr despite adequate volume resuscitation+ diuretic พัฒนาระบบประสานขอข้อมูลหลัง Refer out ทุกเคส เพื่อให้ ทบทวน



Strategic Mapping

ประสิทธิผล : **ลดการเสียชีวิต**ของผู้ป่วยโรคปอดบวม ชนิด Community – acquired pneumonia : **CAP**)

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline		Target 5 ปี					Initiative
			2565	2566	2567	2568	2569	2570	2571	
พัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community – acquired pneumonia : CAP)	1. เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community – acquired pneumonia : CAP	อัตราการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community – acquired pneumonia : CAP (< ร้อยละ 1)	ร้อยละ 0.63	ร้อยละ 0.18	<ร้อยละ 1	<ร้อยละ 0.5	<ร้อยละ 0.5	<ร้อยละ 0.5	<ร้อยละ 0.5	<ol style="list-style-type: none"> จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานป้องกันและดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อ <ol style="list-style-type: none"> ทบทวน CPG /standing order ทำ Antibioqram in Pneumonia เพื่อเก็บรวบรวม/วิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อการดื้อยา และรายงานผล Review Case Dead เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดระบบการยืมอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคปอดบวม เช่น เครื่องออกซิเจนแรงดันสูง (High Flow), เครื่องควบคุมสารน้ำ, Bedside Monitor ในกรณีฉุกเฉิน



โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี
KHANUWORALAKSABURI HOSPITAL



ระบบสุขภาพปฐมภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของผู้รับบริการ(OPD Visit) ของ PCU เทียบกับ sw.แม่ข่าย \geq ร้อยละ 70

เป้าหมาย	70:30
ผลงาน	56.44



ตัวชี้วัดที่ 2 จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว 3 คน

เป้าหมาย	\geq 57%
ผลงาน	85.25



ตัวชี้วัดที่ 3 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจาก 3 หมอ

เป้าหมาย	\geq 80 %
ผลงาน	75.05



ตัวชี้วัดที่ 4 อสม.หมอปประจำบ้าน ผ่านการอบรม

เป้าหมาย	100 %
ผลงาน	100



ตัวชี้วัดที่ 5 อสม.หมอปประจำบ้าน
ผ่านเกณฑ์ศักยภาพ



เป้าหมาย	≥ 75%
ผลงาน	100



ตัวชี้วัดที่ 6 ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการ
ดูแลจากอสม.มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น



เป้าหมาย	≥ 75%
ผลงาน	58.56

ตัวชี้วัดที่ 7 การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ

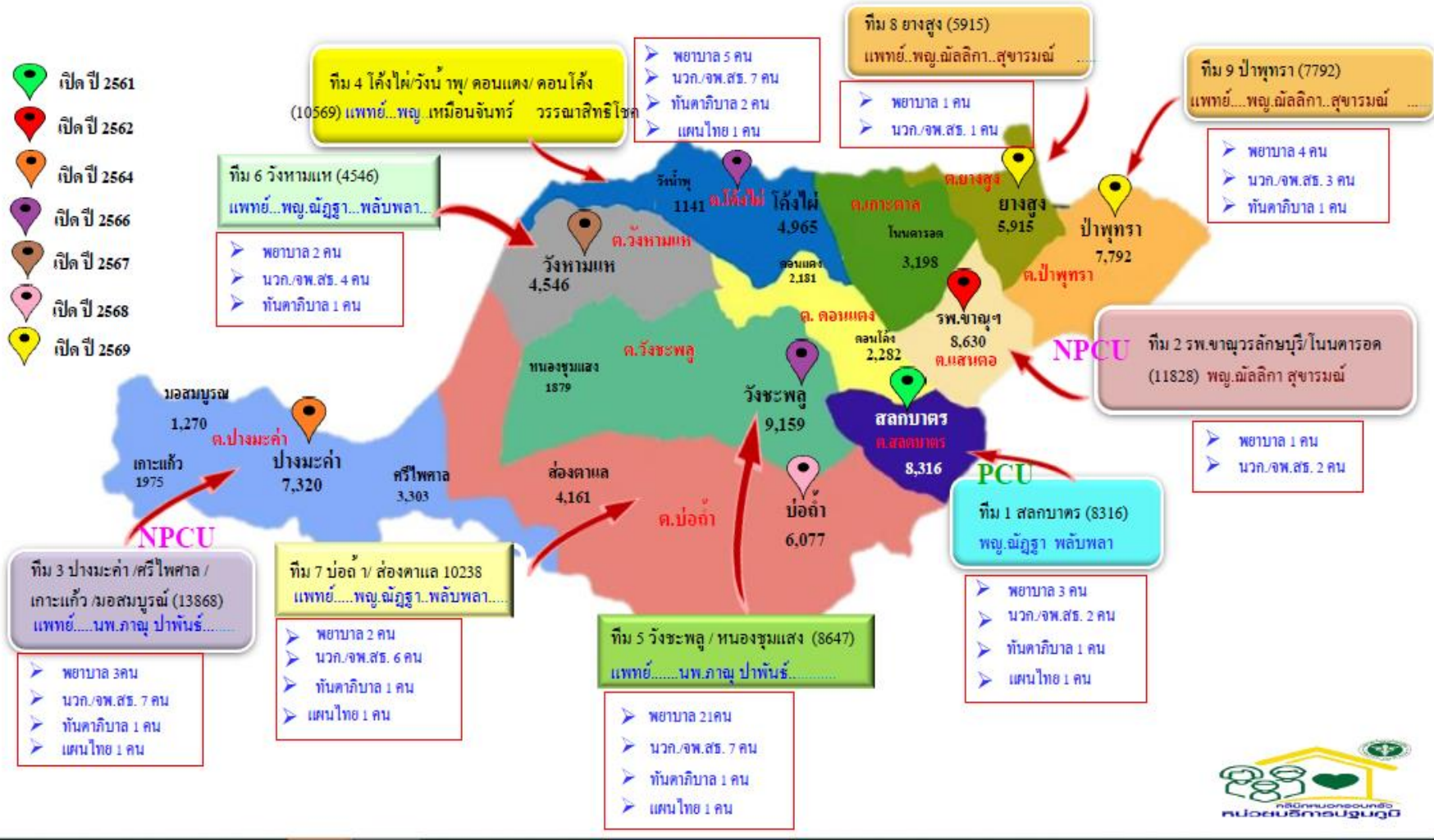


เป้าหมาย	≥ 52 %
ผลงาน	33.33



การจัดทีมคลินิกหมอครอบครัว อ.ชาณุวรลักษณ์บุรี จำนวน 9 ทีม เปิดแล้ว 3 ทีม (ร้อยละ 33.33)

- เปิด ปี 2561
- เปิด ปี 2562
- เปิด ปี 2564
- เปิด ปี 2566
- เปิด ปี 2567
- เปิด ปี 2568
- เปิด ปี 2569





Strategic Mapping ประเด็นระบบสุขภาพปฐมภูมิ

เป้าหมาย : ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิอย่างทั่วถึง และสามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ

- ประเด็นยุทธศาสตร์
- ประเด็นผลิตตามยุทธศาสตร์
- คุณภาพการให้บริการ
- ประสิทธิภาพของกระบวนการ
- การพัฒนาองค์กร

อสม.หมอบริการบ้านผ่านการอบรม

ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ด้วยทีมหมอครอบครัวให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับบริการที่จำเป็นตามความเหมาะสม อย่างทั่วถึง

หน่วยบริการปฐมภูมิและระบบส่งต่อมีคุณภาพ

มาตรการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ

พัฒนาศักยภาพแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมหมอครอบครัว ทีมหมอบริการบ้าน 3 คน

หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพ, พัฒนาระดับ B

ประชาชนมีสุขภาพดี ชุมชนสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ (Self Care)

ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผ่านกลไก พชอ. พชต. และการดูแลโดยหมอบริการบ้าน 3 คน

แผนสุขภาพอำเภอแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ภาครัฐ เอกชน และดำเนินงานตามแผนที่กำหนด

พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ



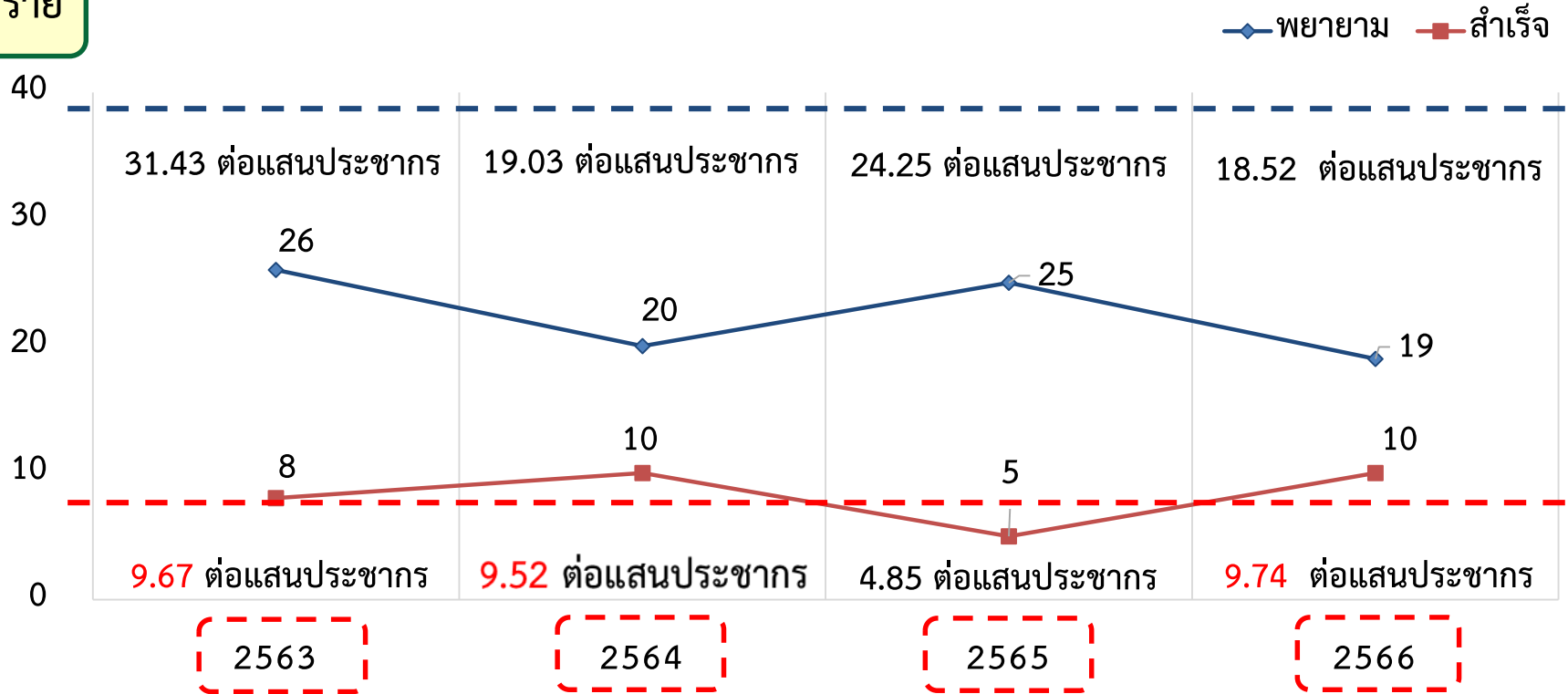


การดำเนินงานสุขภาพจิต
เครือข่ายสุขภาพอำเภอขานูวรลักษบุรี



แนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตัว และการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ราย



เป้าหมาย: พยายามฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 40 : แสนประชากร



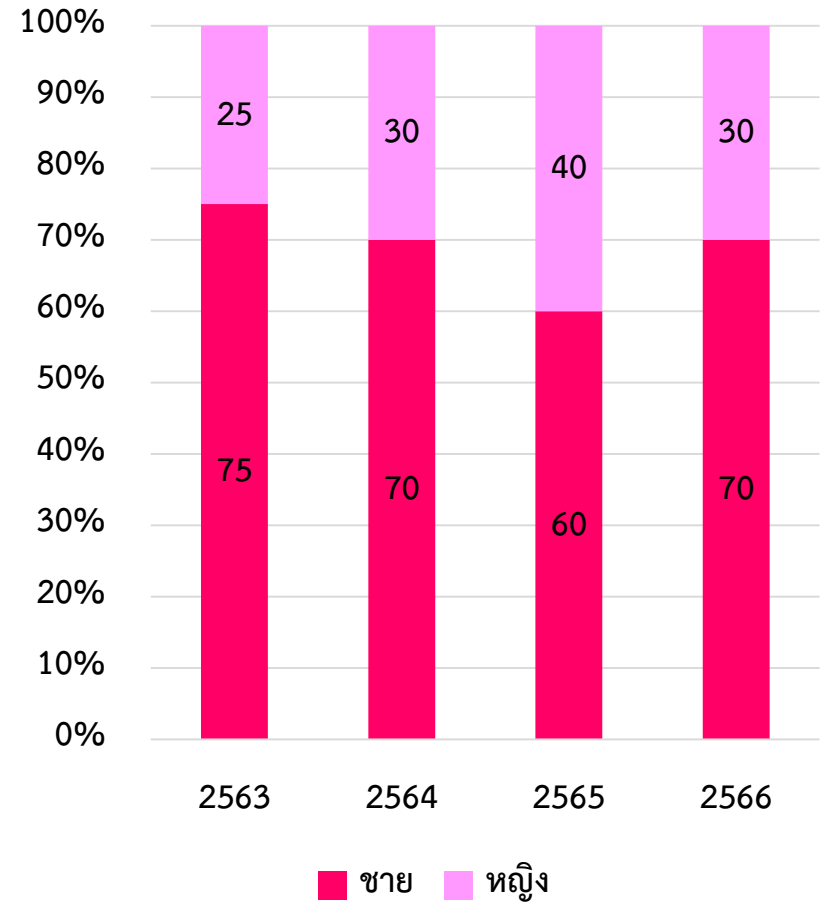
เป้าหมาย: ฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 : แสนประชากร



ร้อยละการพยายามฆ่าตัวตาย แยกเพศ

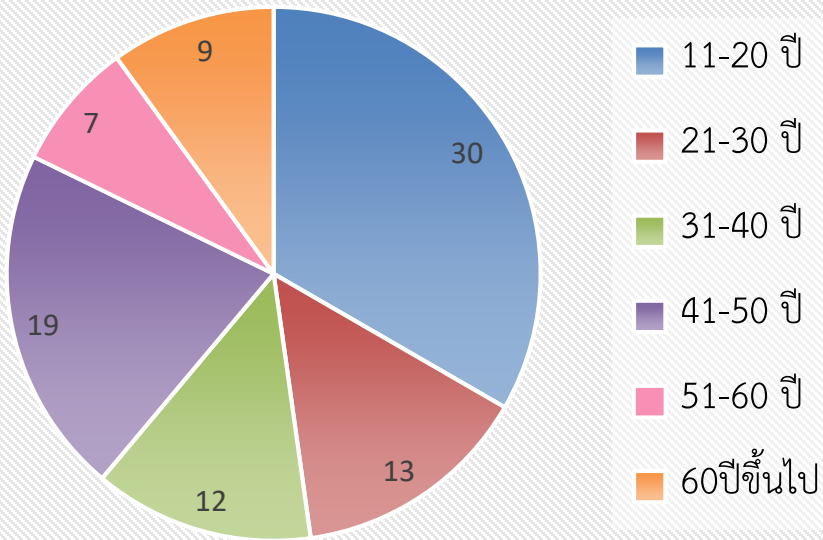


ร้อยละการพยายามฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ แยกเพศ

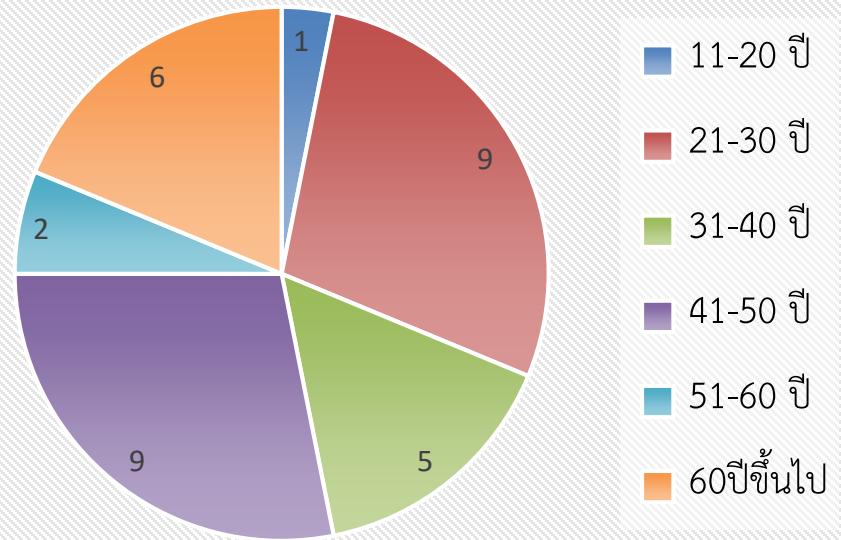




กลุ่มอายุพยายามฆ่าตัวตายสะสม
ปี 2563-2566



กลุ่มอายุฆ่าตัวตายสำเร็จสะสม
ปี 2563-2566





การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

สภาพปัญหา

- ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคทางกาย NCDs
- ปัจจัยกระตุ้น เช่น น้อยใจ ผิดหวังความรัก ความสัมพันธ์ในครอบครัว หนี้จากระบบ
- พบกลุ่มวัยแรงงาน รongลงมากลุ่มผู้สูงอายุ
- ระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ยังไม่ครอบคลุม

มาตรการ

- บูรณาการงานสุขภาพจิต ทุกกลุ่มวัยขับเคลื่อนอย่างเป็นองค์รวม โดยการ
- เสริมสร้างพลังใจ (Resilience) ในประชากรกลุ่มเปราะบาง/กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย มีความรู้และเข้าใจสุขภาพจิต สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้
- อสม.และแกนนำชุมชน เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตและสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ตามหลัก 3 ส. Plus (สอดส่อง มองหา ใส่ใจ รับฟัง ส่งต่อ เชื่อมโยง



การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิต

แผนงาน/ โครงการ

- พื้นที่คัดกรองในรูปแบบเชิงรุก (Active Screening) โดยอสม. ผ่าน Application Mental Health Check In
- พื้นที่ดำเนินงานรูปแบบวัคซีนใจชุมชน ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- ขยายผลกิจกรรม “สร้างสุขวัยทำงาน” และ “สร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ” ในพื้นที่ที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

พื้นที่ ดำเนินการ

พื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ (ตำบลเกาะตาล และตำบลไค้ังไผ่)
พื้นที่ของ รพ.สต. มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6 แห่ง
(ป่าพุทรา บ่อถ้ำ ไค้ังไผ่ ปางมะค่า วังหามแห เกาะตาล)



กิจกรรมการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน

1

- การส่งเสริมสุขภาพจิตในหญิงตั้งครรภ์
- กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตสำหรับเด็ก

2

- การส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยทำงาน
- กิจกรรมสร้างสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ

3

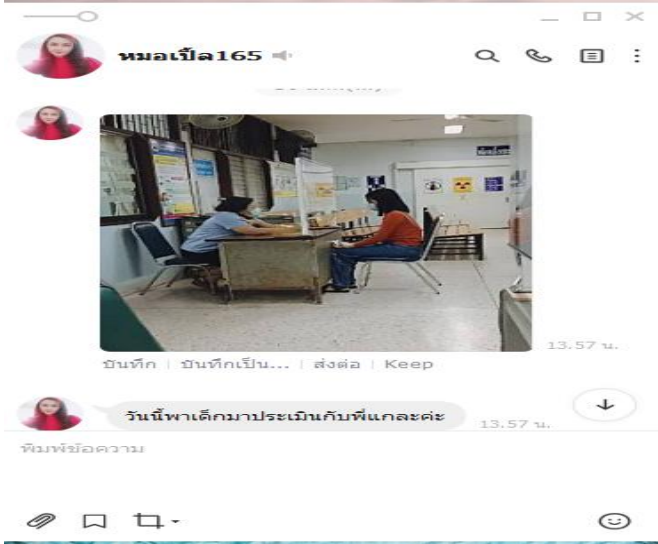
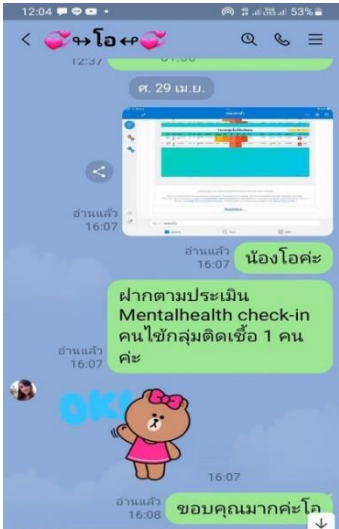
- กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเด็กในวัยรุ่นและวัยรุ่น



ติดตามกลุ่มเสียง
โดยใช้ Line Group

กลุ่มเสียงได้รับการส่งต่อ

ประเมินร่วมกับงานสุขภาพจิต ร.พ.ขานูฯ
เพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง



แผนพัฒนาต่อเนื่อง

โรงพยาบาลวางแผนเปิดศูนย์ธัญญารักษ์
เพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด ปลายปี 2566



จบการนำเสนอ