



การนำเสนอแผนยุทธศาสตร์  
ประเด็นปัญหาในพื้นที่  
อำเภอปางศิลาทอง



# ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายอำเภอปางศิลาทอง



## เขตพื้นที่

- N** ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอคลองลาน อำเภอเมืองกำแพงเพชร และอำเภอคลองขลุง
- E** ทิศตะวันออก ติดต่อกับอำเภอชาลวรุณบุรี
- S** ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอแม่วงก์ (จังหวัดนครสวรรค์)
- W** ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภออุ้มผาง (จังหวัดตาก)

## การปกครองส่วนภูมิภาค

อำเภอปางศิลาทองแบ่งเขตการปกครองย่อยออกเป็น

3

ตำบล

42

หมู่บ้าน

ปางตาไว

11 หมู่บ้าน

หินดาด

14 หมู่บ้าน

โพธิ์ทอง

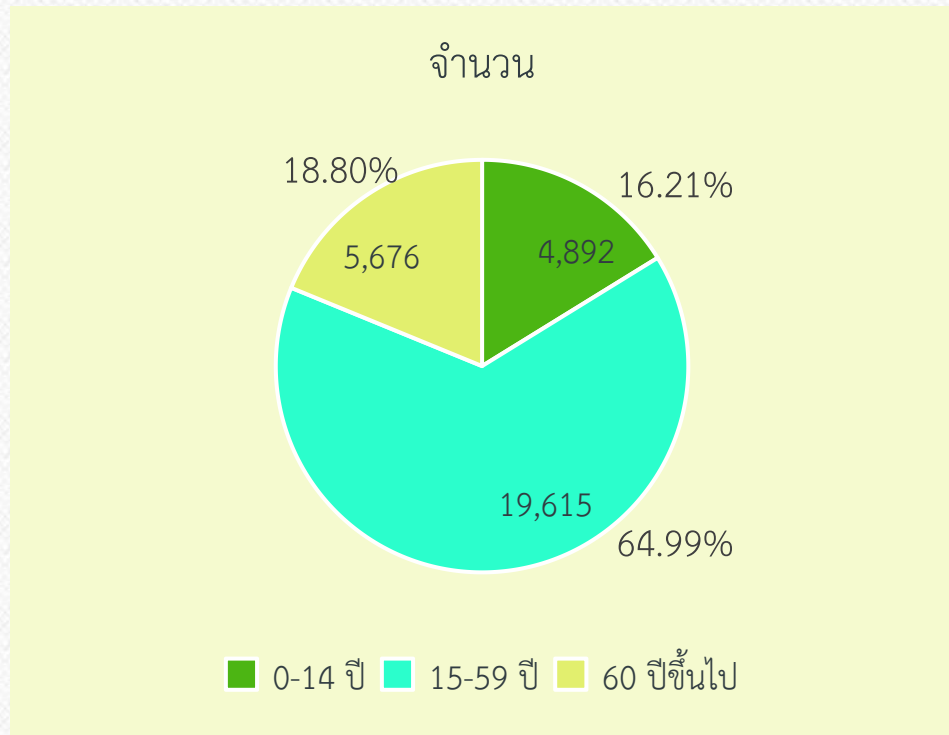
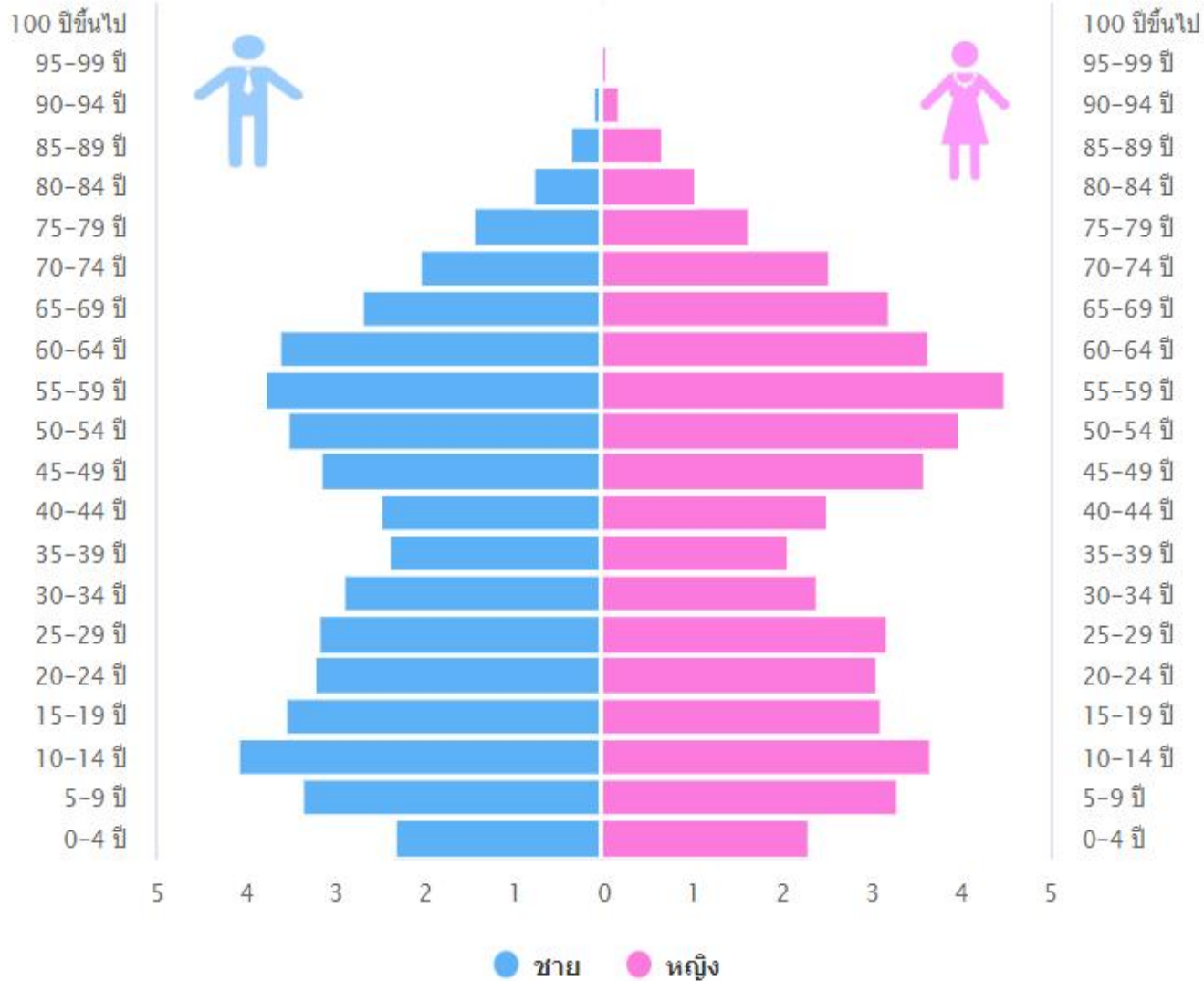
17 หมู่บ้าน



## คำขวัญอำเภอปางศิลาทอง

“ปางตาไวเลื่องลือแม่วงก์งาม หินดาด  
กระเดื่องนามหมู่บ้านเด่น โพธิ์ทองพืชพันธุ์งาม  
นามร่มเย็น ร่วมกันเป็นปางศิลาทองของกำแพง”

# ข้อมูลทั่วไปของเครือข่ายอำเภอปางศิลาทอง



ประชากรทั้งหมด 30,183 คน

- เพศชาย 15,082 คน ร้อยละ 49.97
- เพศหญิง 15,101 คน ร้อยละ 50.03
- ผู้สูงอายุ 5,676 คน
- อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ ร้อยละ 28.94

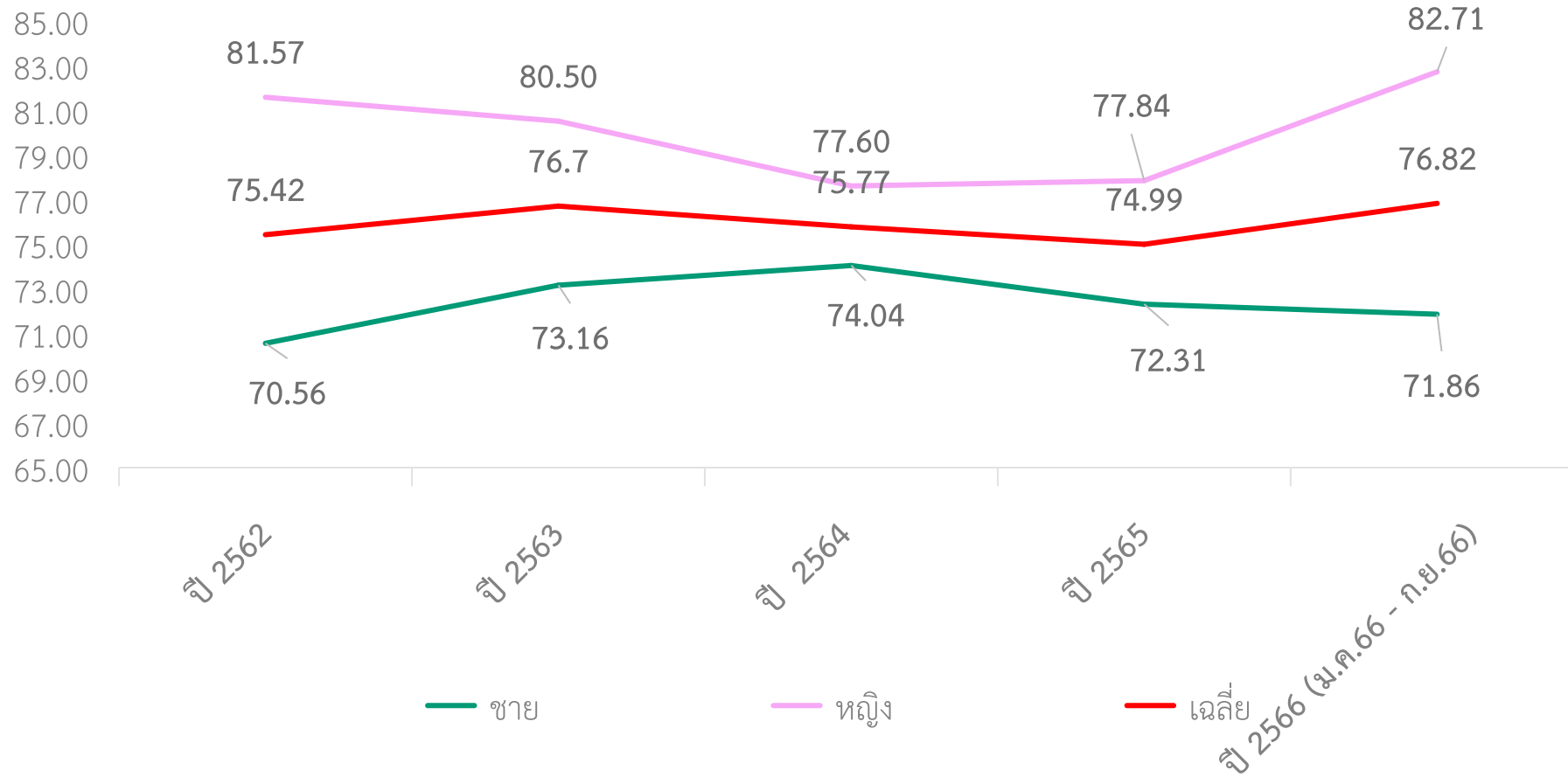
# สาเหตุการเสียชีวิต และจำนวนปีที่สูญเสียของประชากรอำเภอปางศิลาทอง เปรียบเทียบ ปี 2564 - 2566

ลำดับ	กลุ่มโรค	ปี พ.ศ. 2564		ปี พ.ศ. 2565		ปี พ.ศ. 2566 (ม.ค.66 – 30 ก.ย.66)		ประมาณการ จำนวนตาย ปี พ.ศ. 2566		เปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2565-2566		กลุ่มอายุเสียชีวิต มากที่สุด (ปี)
		จำนวน ตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนปี ที่ สูญเสีย (ปี)	จำนวนตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวน ปีที่ สูญเสีย (ปี)	จำนวนตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนปีที่ สูญเสีย (ปี)	จำนวนตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนปีที่ สูญเสีย (ปี)	จำนวนตาย ทั้งหมด (ราย)	จำนวนปี ที่ สูญเสีย (ปี)	
<b>รวมทุกสาเหตุการตาย</b>		<b>297</b>	<b>7,760.95</b>	<b>291</b>	<b>6,861.72</b>	<b>244</b>	<b>5,433.35</b>	<b>325</b>	<b>7,244.46</b>	<b>34</b>	<b>382.74</b>	
<b>1</b>	<b>มะเร็ง</b>	41	771.19	40	732.53	36	903.86	48	1,205.14	8	472.61	55 ปี +
	1.1 มะเร็งตับ	14	275.41	7	142.63	6	150.10	8	200.13	1	57.50	65-69 ปี
	1.2 มะเร็งปอด	4	42.18	8	122.37	6	144.16	8	192.21	0	69.84	65 ปี +
	1.3 มะเร็งลำไส้	4	66.56	7	108.93	3	67.14	4	89.52	-3	-19.41	55-59 ปี
<b>2</b>	<b>ปวดบวม</b>	14	263.51	19	255.84	19	407.56	25	543.42	6	287.58	50 ปี +
<b>3</b>	<b>โลหิตเป็นพิษ</b>	10	194.71	14	205.59	16	362.52	21	483.35	7	277.76	65-69 ปี
<b>4</b>	<b>หลอดเลือดสมอง</b>	11	283.71	11	275.64	10	263.66	13	351.55	2	75.91	55 ปี +
<b>5</b>	<b>อุบัติเหตุ</b>	18	721.69	9	327.30	10	254.26	13	339.02	4	11.72	55 ปี+
<b>6</b>	<b>ไตวาย</b>	18	289.17	15	293.53	11	187.52	15	250.02	0	-43.50	75-79 ปี
<b>7</b>	<b>หลอดเลือดหัวใจ</b>	7	171.22	6	106.93	7	174.65	9	232.87	3	125.94	60-64 ปี/70-74 ปี
<b>8</b>	<b>เบาหวาน</b>	1	21.02	3	44.29	2	47.03	3	62.70	0	18.41	55-59 ปี/65-69 ปี

กลุ่มอายุ	ลำดับที่ 1			ลำดับที่ 2			ลำดับที่ 3		
	2564	2565	2566	2564	2565	2566	2564	2565	2566
0 – 4 ปี	พิการแต่กำเนิด/การ จมน้ำ (1/1)	ทารกในครรภ์ เสียชีวิตกระทัน หัน (1)	ใช้เลือดออก/ปอดบวม  (1/1) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 166 ปี</b>	-	-	-	-	-	-
5 – 14 ปี	การจมน้ำ (1)	-	เสียชีวิตไม่ระบุสาเหตุ (1) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 71 ปี</b>	-	-		-	-	
15 – 19 ปี	ปอดบวม/อุบัติเหตุ (1/1)	การตั้งใจทำร้าย ตนเอง/อุบัติเหตุ (1/1)	เลือดออกในสมอง/ อุบัติเหตุ/ (1/1) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 135 ปี</b>	-	-		-	-	
20 – 59 ปี	เสียชีวิตไม่ระบุ สาเหตุ (8)	จมน้ำ (5)	เสียชีวิตไม่ระบุสาเหตุ (11) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 431 ปี</b>	อุบัติเหตุ/โรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (7/7)	การจมน้ำ (5)	โลหิตเป็นพิษ (6) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 199 ปี</b>	โรคหลอดเลือด สมอง (5)	โรคหลอดเลือด สมอง/โรคไตวาย เฉียบพลัน (4/4)	ปอดบวม (4) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 127 ปี</b>
60 ปีขึ้นไป	โรคสมองเสื่อม (49)	โรคสมองเสื่อม (66)	สมองเสื่อมถอยในวัย ชรา/โรคเสื่อมถอย (32/22) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 599 ปี</b>	เสียชีวิตไม่ระบุ สาเหตุ (15)	เสียชีวิตไม่ระบุ สาเหตุ (17)	เสียชีวิตไม่ระบุสาเหตุ (16) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 283 ปี</b>	เนื้องอกร้ายของตับ (10)	ปอดบวม (9)	ปอดบวม (13) <b>ปีที่สูญเสียชีวิต 193 ปี</b>



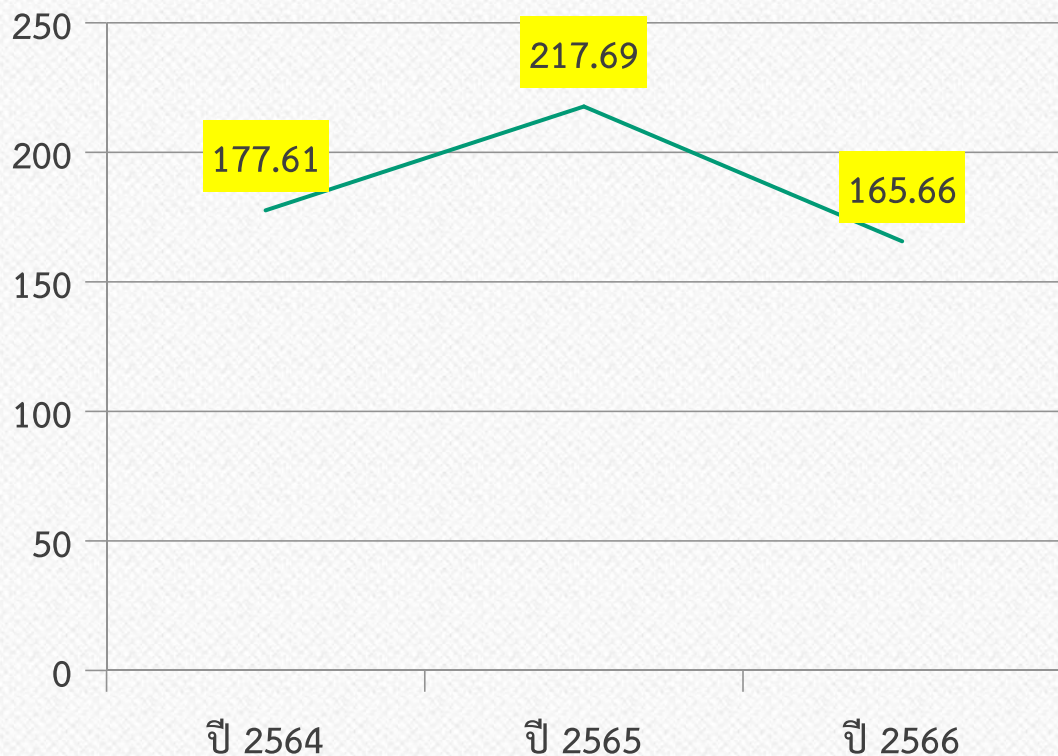
## แนวโน้มอายุคาดเฉลี่ยประชาชนอำเภอปางศิลาทอง ปี พ.ศ. 2566



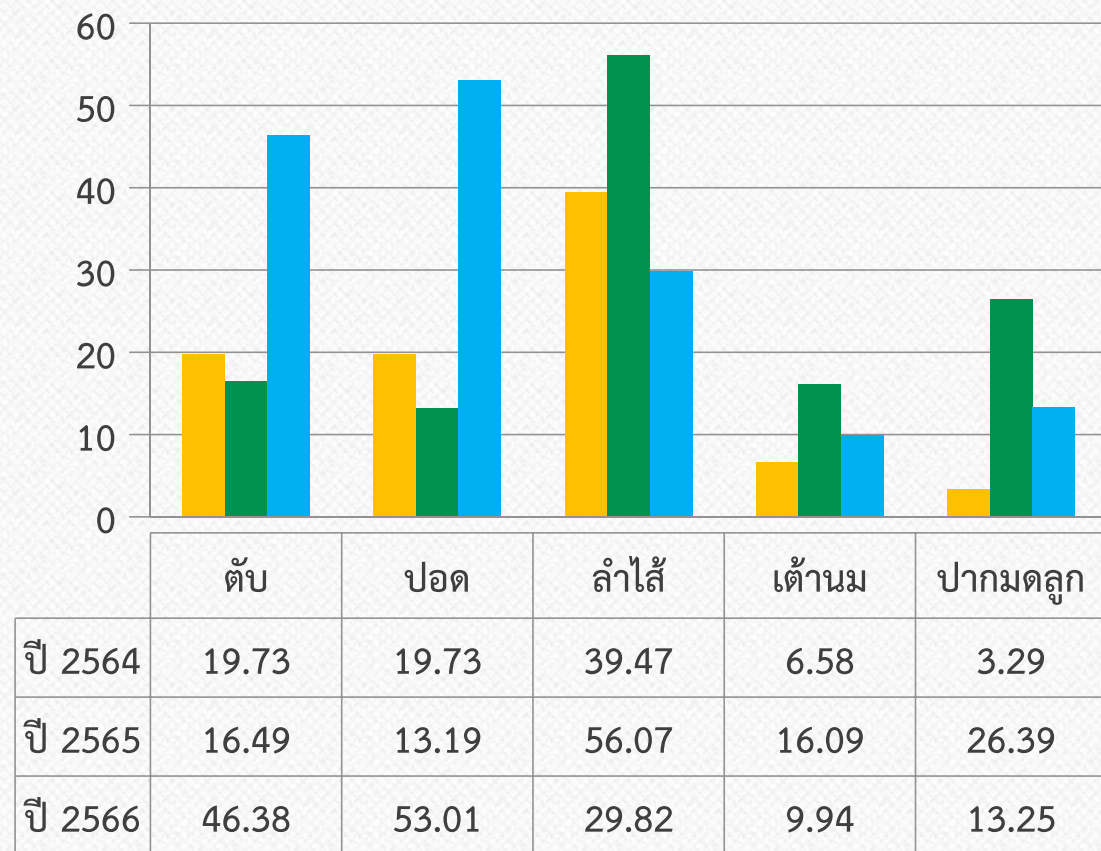


# ประเด็นที่ 1 โรคมะเร็ง

อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ทุกชนิดต่อแสนประชากร  
ปี 2564 - 2566



อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งรายใหม่ต่อแสนประชากร ปี 2564 - 2566

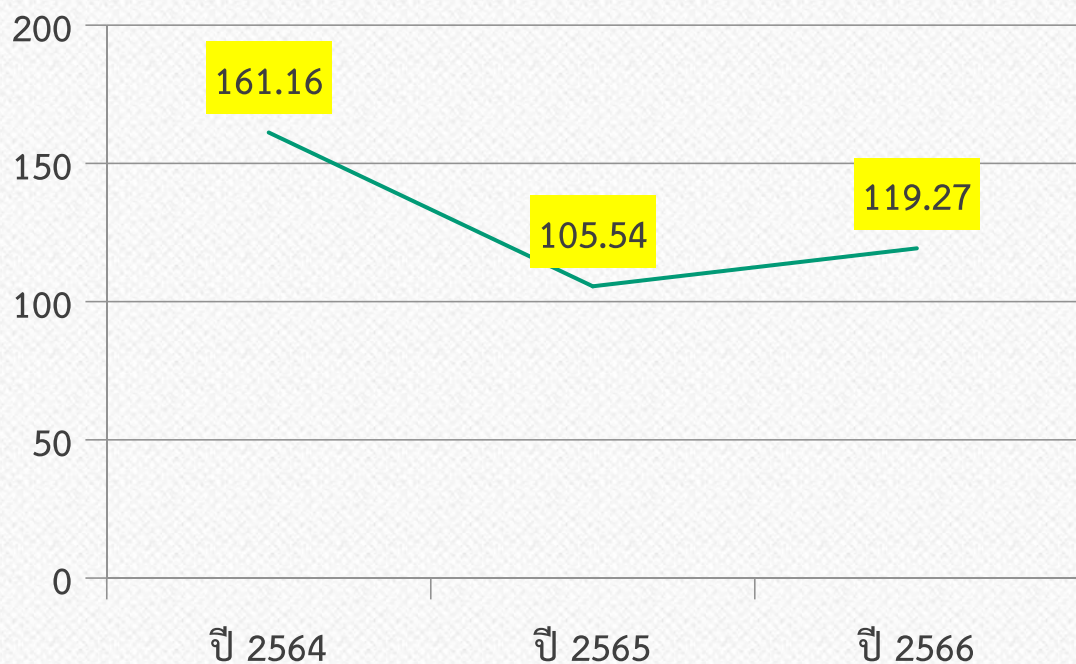




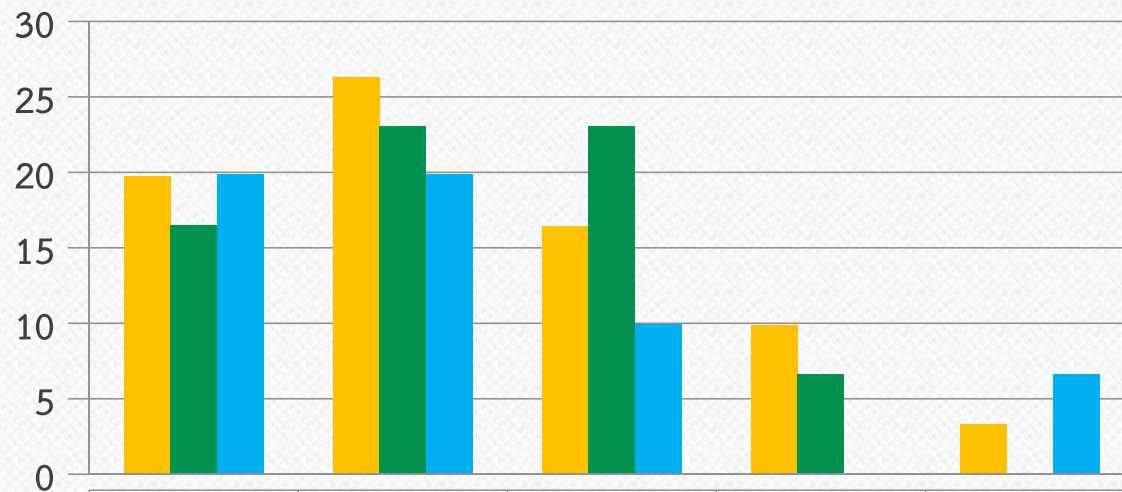


# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดต่อแสนประชากร  
ปี พ.ศ. 2564 - 2566



อัตราการตายด้วยโรคมะเร็งต่อแสนประชากร ปี 2564 - 2566



	ตับ	ปอด	ลำไส้	เต้านม	ปากมดลูก
ปี 2564	19.73	26.32	16.45	9.87	3.29
ปี 2565	16.49	23.08	23.08	6.6	0
ปี 2566	19.88	19.88	9.94	0	6.63



# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

สถานการณ์มะเร็งปี 2566>>>

ผู้ป่วยมะเร็งอำเภอปางศิลาทอง ทั้งหมด 116 ราย

ทราบระยะ 94 ราย

ไม่ทราบระยะ 22 ราย

ระยะ 1 = 25

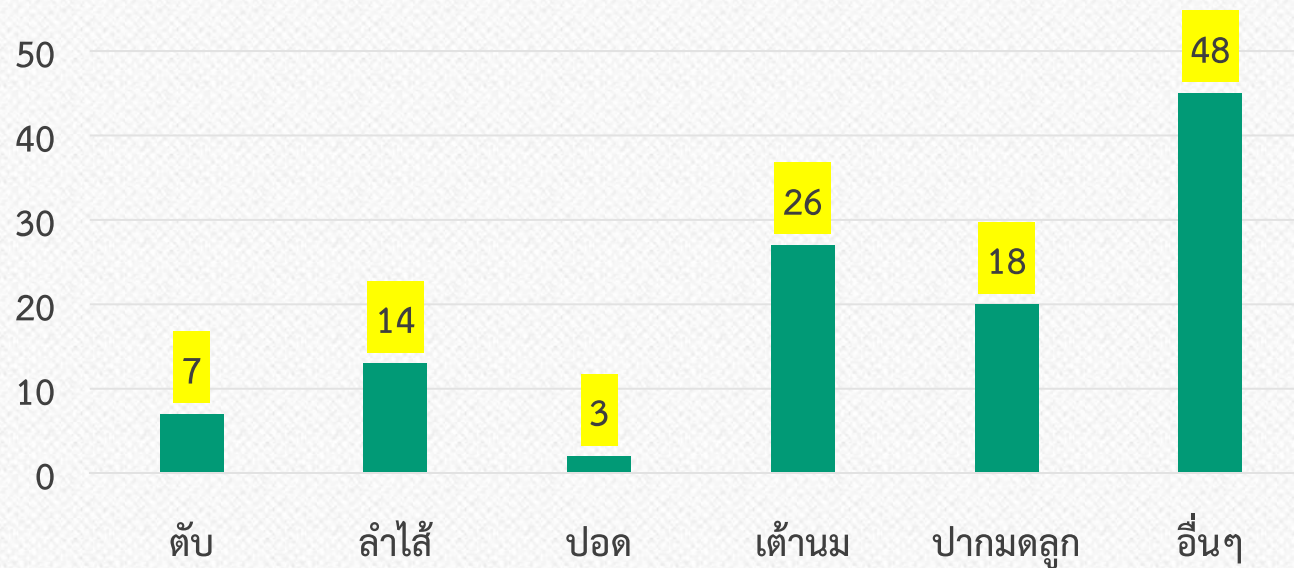
ระยะ 2 = 45

ระยะ 3 = 15

ระยะ 4 = 7

Palliative = 2

ชนิดของมะเร็ง

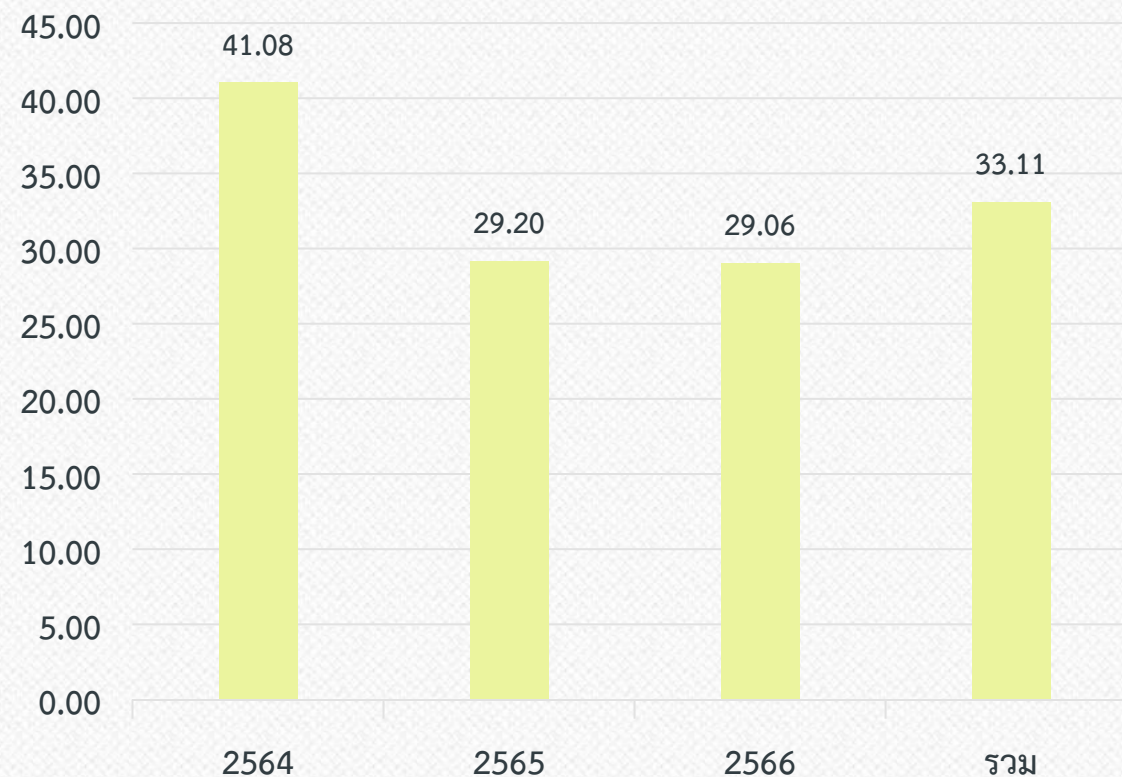
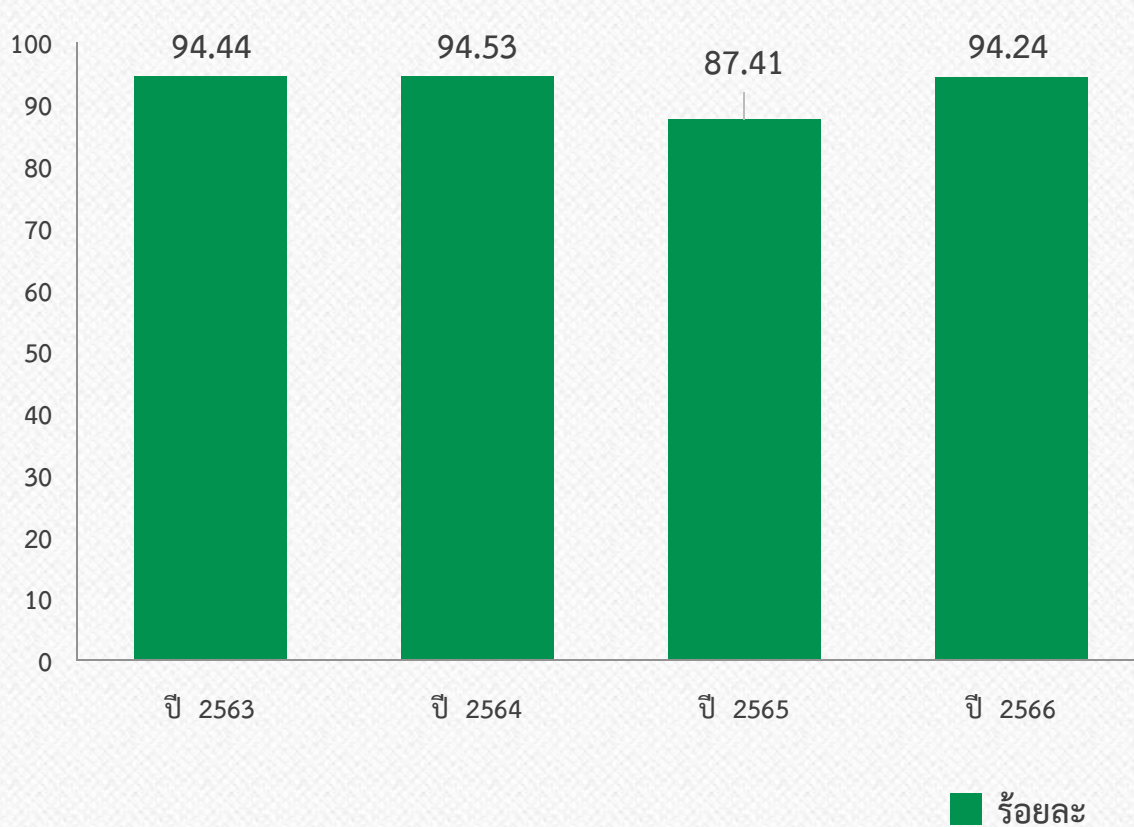




# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

การคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 30 – 70 ปี  $\geq$  ร้อยละ 80

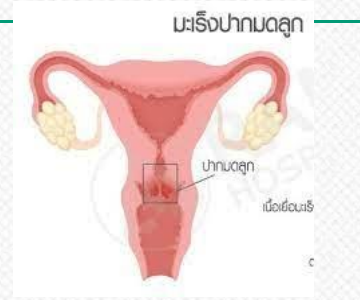
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี  
ด้วยวิธี HPV  $\geq$  ร้อยละ 60





# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

อัตราผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ( $\geq$  ร้อยละ 70 )



ปีงบประมาณ	Case ที่ต้องทำ Colpo	ร้อยละ	Colpo แล้ว	ร้อยละ	ไม่ไป Colpo	ร้อยละ	เป็น CA รายใหม่	ระยะ 1	ระยะ 2	ระยะ 3	ระยะ 4
2564	20	3.59	20	100	0	0	1	0	1	0	0
2565	14	3.54	10	71.43	4	28.57	0	0	0	0	0
2566	12	2.83	9	75	3	25	0	0	0	0	0

สาเหตุที่ไม่ไป Colpo ปี 2565  
เนื่องจาก ไม่ประสงค์ไป 4 ราย  
(นัดมาตรวจ Pap Smear ซ้ำทุกปี)

สาเหตุที่ไม่ไป Colposcopy ปี 2566  
เนื่องจาก  
- ไปรับการตรวจที่คลินิก 1 ราย  
- ไปรับการตรวจที่จังหวัดกาญจนบุรี 1 ราย  
- ไม่ประสงค์ตรวจ 1 ราย

## การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่

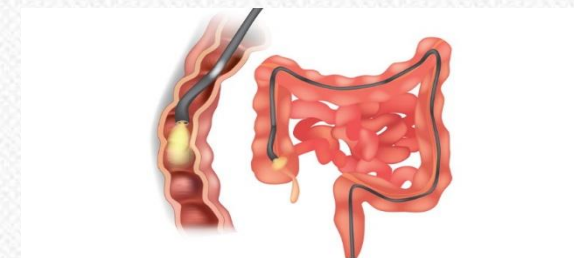
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง  
ในประชาชนอายุ 50-70 ปี

≥ ร้อยละ 50

ประชาชนที่มีผล FIT Test +ve ได้รับการส่องกล้อง Colonoscope

≥ ร้อยละ 50

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	ผล คัดกรอง Fit test Positive	ได้รับการ ส่องกล้อง Colono scope	ร้อยละ
2562	5,927	270	4.83	12	10	83.33
2563	5,815	592	10.18	33	0	0
2564	5,587	0	0	0	0	0
2565	5,652	33	0.58	8	6	75
2566	5,697	1,136	19.90	117	88	75.21

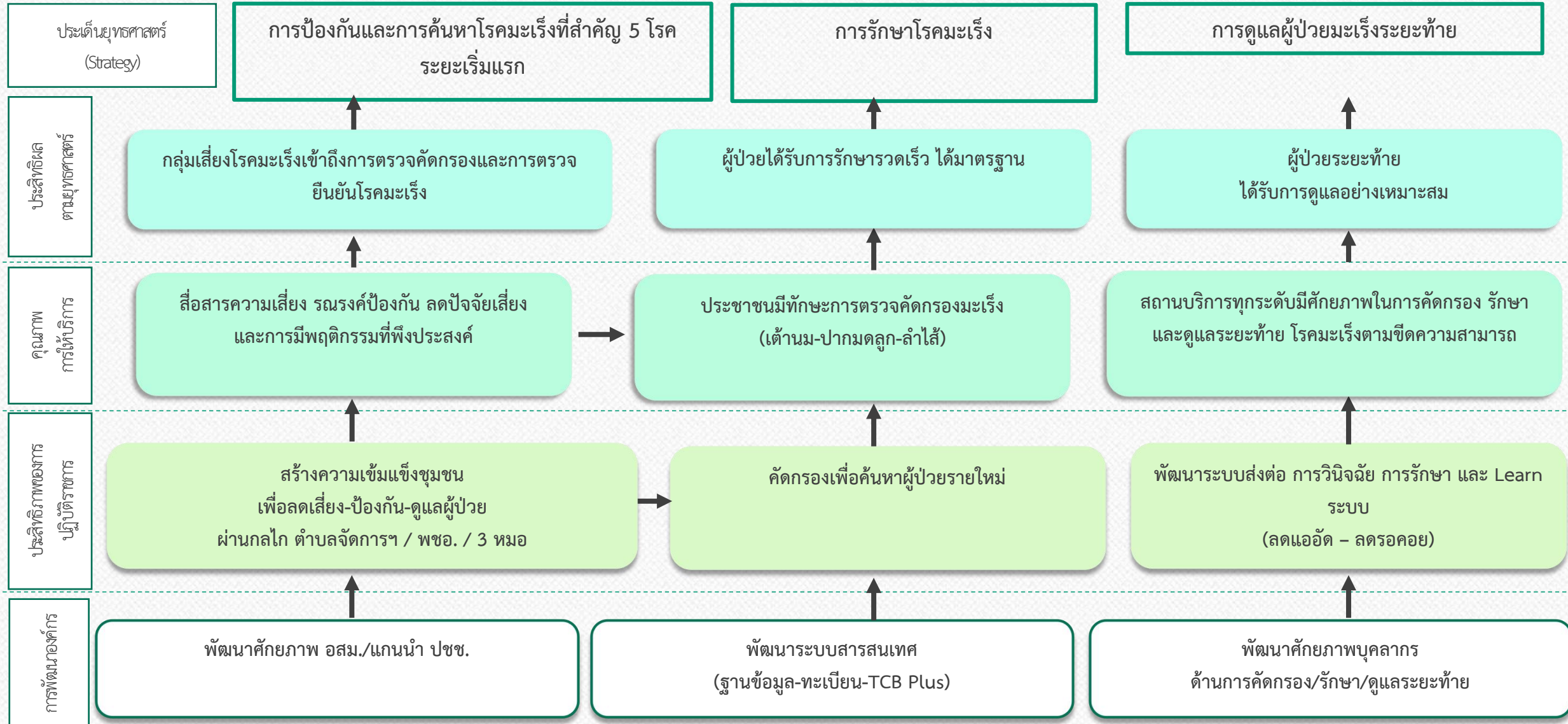


ผลการตรวจ Colono scope	Adenoma	CA colon
88	33	0

สาเหตุที่ไม่ไป Colposcopy เนื่องจาก - ไปรับการตรวจที่อื่น 4 ราย  
- ไม่ประสงค์ตรวจ 25 ราย

# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

เป้าหมาย : ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย จากโรคมะเร็ง







# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. การป้องกันและการค้นหา โรคมะเร็งที่สำคัญ 5 โรค ระยะ เริ่มแรก	- ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด โรคมะเร็งที่สำคัญ (ลดการเกิดโรคมะเร็ง ติดต่อเรื้อรัง โรคมะเร็ง ออกร กำลังกาย อาหาร ลดปัจจัยเสี่ยง เหล้า / บุหรี่	1. ร้อยละของประชาชนเข้ารับการ บำบัดในคลินิกเลิกบุหรี่	85	≥ 85	- สื่อสารความเสี่ยง รมรณรงค์การป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงและการมีพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ - สร้างความเข้มแข็งชุมชน เพื่อลด เสี่ยง-ป้องกัน-ดูแลผู้ป่วย ผ่านกลไก ตำบลจัดการสุขภาพ / พชอ. / 3 หมอ - ส่งเสริม สนับสนุน มีส่วนร่วมให้ ชุมชนดำเนินการขับเคลื่อนกิจกรรม ป้องกันโรคมะเร็ง เช่น - อาหารปลอดภัย (น้ำมันทอดซ้ำ, อาหารปิ้งย่าง) - ลด ละ เลิก บุหรี่ – สุรา - การออกกำลังกายในชุมชน - สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น ฝุ่น
		2. ร้อยละของประชาชนเข้ารับการ บำบัดในคลินิกเลิกสุรา	95.65	≥ 95	
		3. ร้อยละเคยดื่มสุราแต่หยุดมาแล้ว 1 ปีขึ้นไป	0.19	≥ 0.19	
		4. ร้อยละคนที่เคยสูบบุหรี่แล้วเลิก ได้	0.08	≥ 0.08	



# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. การป้องกันและการค้นหาโรคมะเร็งที่สำคัญ 5 โรคมะเร็งระยะเริ่มแรก	- เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งเข้าถึงการตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันโรคมะเร็ง	5. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	29.06	≥ 70	- วางแผนการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง - คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี
		6. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy	75	≥ 80	
		7. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	88.40	≥ 80	- โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในประชากรอายุ 50 – 70 ปี
		8. ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy	75.21	≥ 80	
		9. ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านม	94.24	≥ 90	- โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีอายุ 30 – 70 ปี - ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง  - สื่อสาร / รณรงค์ให้ประชาชนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง - คัดกรองเพื่อหาผู้ป่วยรายใหม่ - พัฒนาศักยภาพ อสม. / แกนนำ ปชช. ให้มีความรู้และทักษะการคัดกรองโรคมะเร็งด้วยตนเอง



# Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
2. การรักษาโรคมะเร็ง	<ul style="list-style-type: none"><li>- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา รวดเร็ว ได้มาตรฐาน</li><li>- สถานบริการทุกระดับมี ศักยภาพในการคัดกรอง รักษา และดูแลระยะท้าย โรคมะเร็ง ตามขีดความสามารถ เพิ่มการ เข้าถึงการรักษาการวินิจฉัย</li><li>- พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้ มีข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกต้อง</li></ul>	11. ร้อยละโรงพยาบาลให้ยา Tamoxifen ได้	100	100	- ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยรักษา
		12. ระดับความสมบูรณ์ของข้อมูล ทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง	100	100	- จัดทำทะเบียนมะเร็ง - พัฒนาระบบสารสนเทศ (ฐานข้อมูล-ทะเบียน-TCB Plus)
		13. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ที่มีการ ส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus	100	100	- สื่อสารการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB Plus



## Strategic Mapping : โรคมะเร็ง

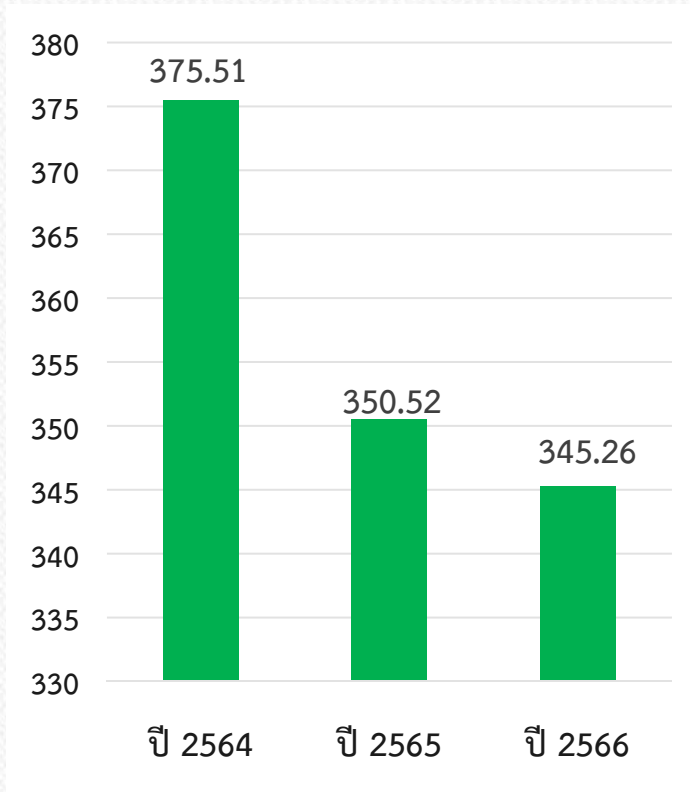
Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
3. การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	<ul style="list-style-type: none"><li>- เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม</li><li>- เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย</li></ul>	14. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม	100	100	<ul style="list-style-type: none"><li>- ประสานเชื่อมโยง SP Palliative และ SP การแพทย์แผนไทยฯ</li><li>- ดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย</li><li>- จัดทำทะเบียนผู้ป่วย Palliative</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>- สถานบริการทุกระดับมีศักยภาพในการคัดกรอง รักษา และดูแลระยะท้าย โรคมะเร็งตามขีดความสามารถ</li></ul>	15. ร้อยละสถานบริการที่ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย	100	100	<ul style="list-style-type: none"><li>- สถานบริการทุกระดับมีศักยภาพในการคัดกรองรักษา และดูแลระยะท้าย</li><li>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านการคัดกรอง/รักษา/ดูแลระยะท้าย<ul style="list-style-type: none"><li>- ทีม Palliative ในการส่งต่อข้อมูลและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงระดับ รพ.สต.</li><li>- พยาบาลผู้ประสานงานโรคมะเร็ง (Cancer Nurse Coordinator : CNC)</li></ul></li></ul>



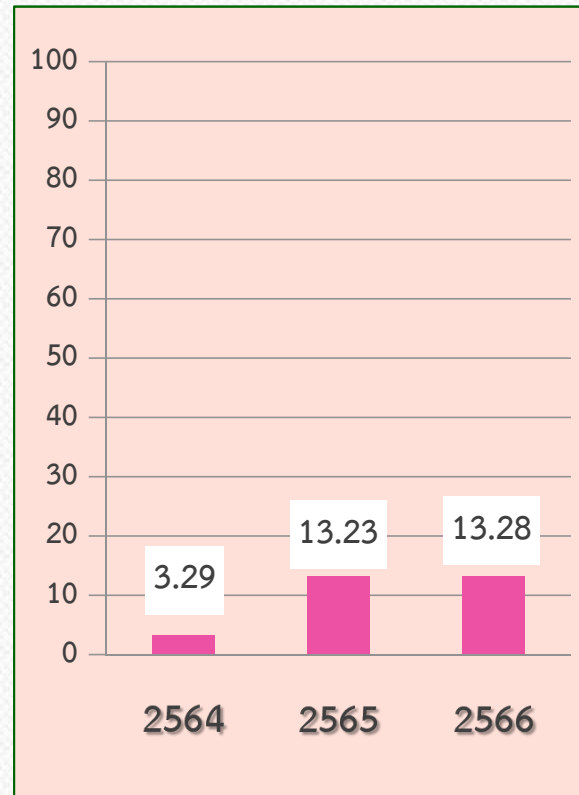
## ประเด็นที่ 2 Sepsis & Pneumonia

# Sepsis

## อัตราป่วย Sepsis ปีงบประมาณ 2564 -2566



## อัตรตตาย Sepsis ปี 2564 - 2566



## จำนวนผู้ป่วยด้วย Sepsis แยกประเภท

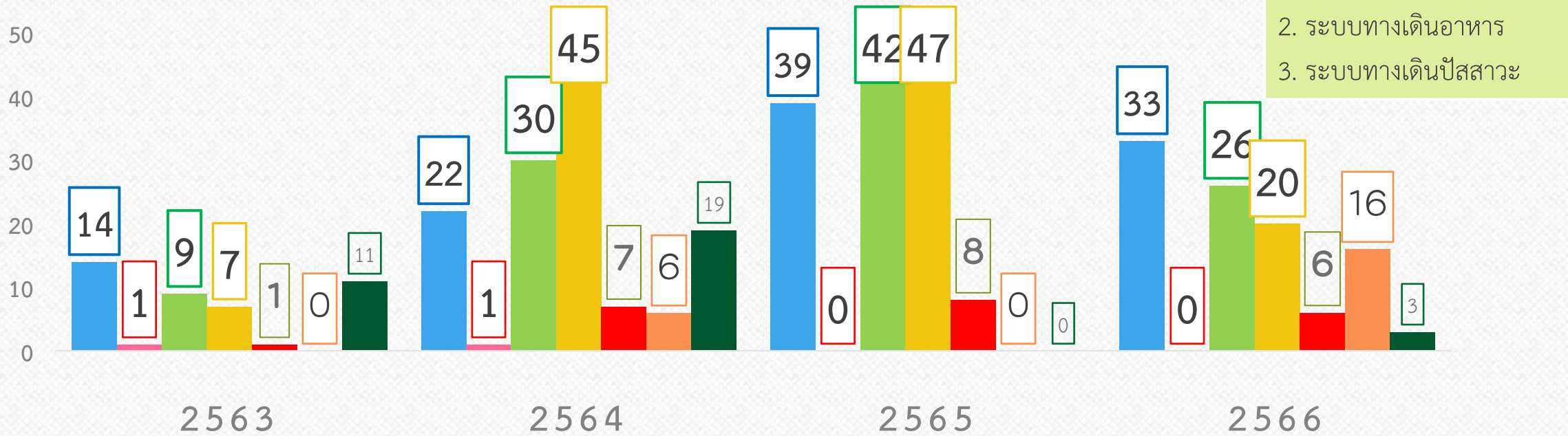
ปี	Sepsis (ราย)	Septic Shock (ราย)	Severe Sepsis (ราย)
2564	97	16	1
2565	106	31	18
2566	82	14	8
รวม	285	61	27



# Sepsis



จำนวนผู้ป่วย Sepsis จำแนกตาม Sources of Infection



Sources of Infection

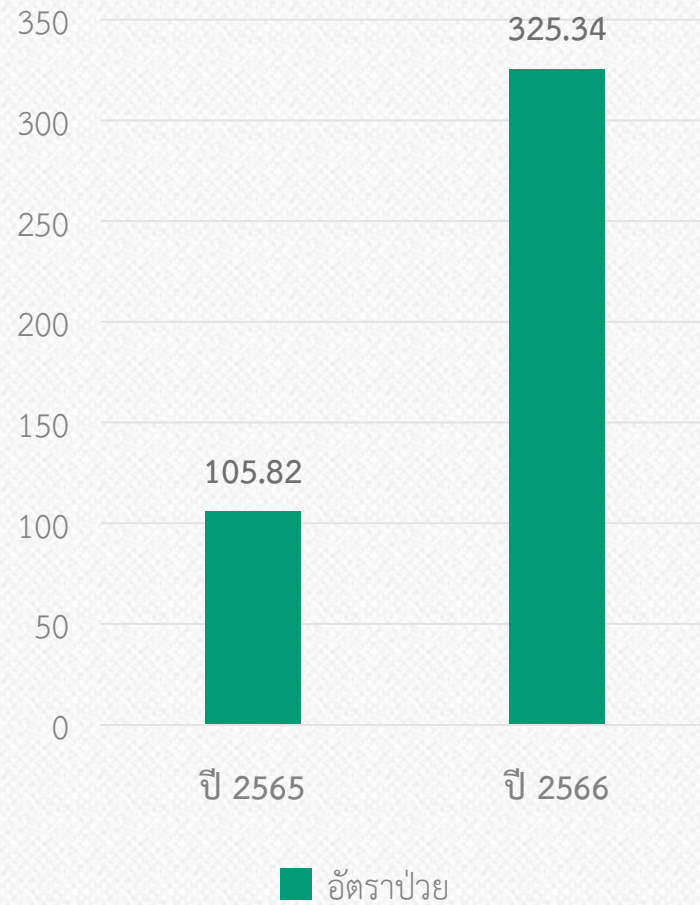
1. ระบบทางเดินหายใจ
2. ระบบทางเดินอาหาร
3. ระบบทางเดินปัสสาวะ

- Respiratory
- CNS
- GI
- GU
- Soft tissue
- Other
- ไม่ทราบสาเหตุ

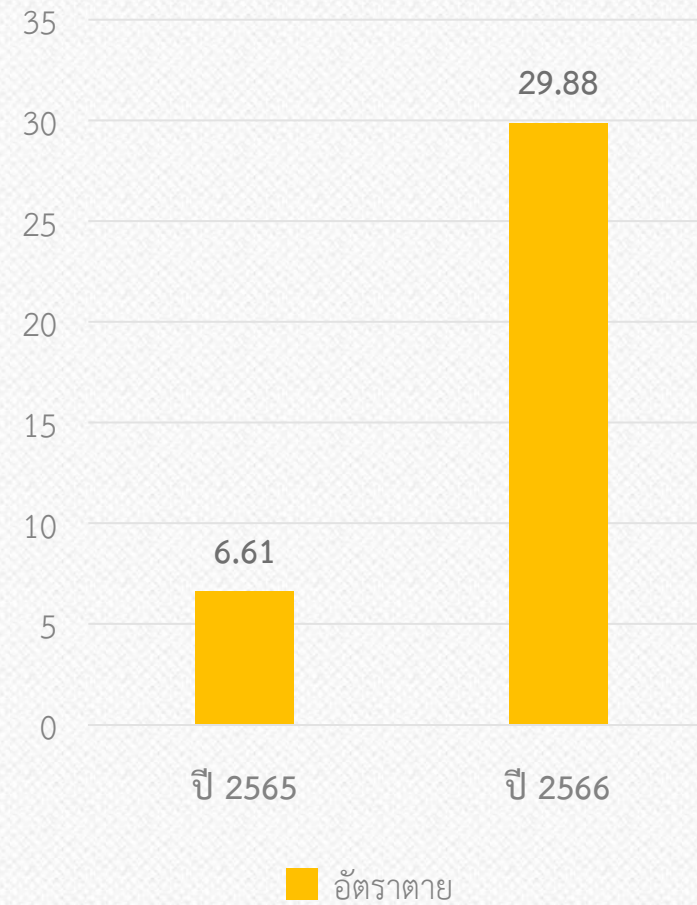
# Pneumonia



## อัตราป่วย Pneumonia



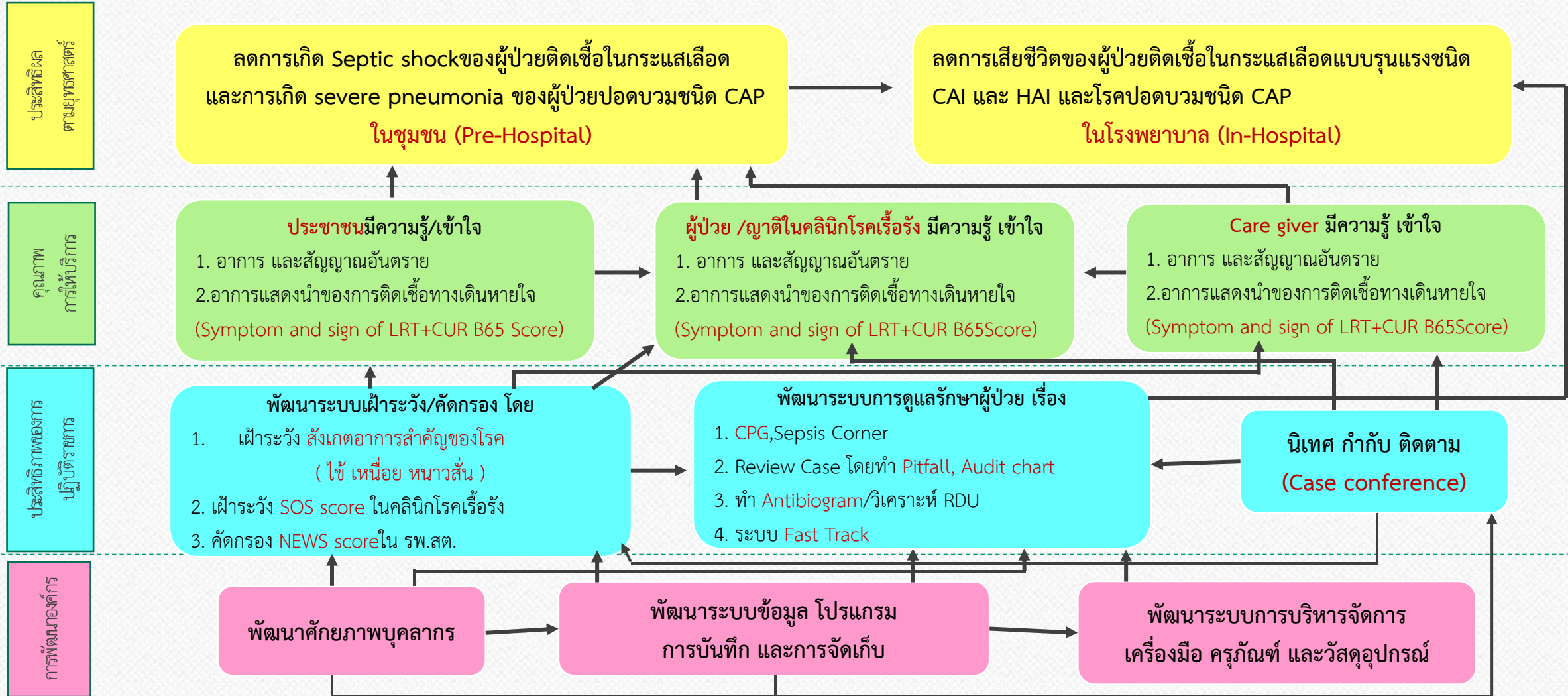
## อัตรารตาย Pneumonia





# Strategic Mapping : ( Sepsis & Pneumonia )

เป้าหมาย : ลดอัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และโรคปอดบวม





# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
1. ลดการเกิด Septic shock ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในชุมชน (Pre-Hospital)	1. เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ลดลง ( KPI กระทรวง ปี 2566 < ร้อยละ 24)	ร้อยละ 8.33	ร้อยละ 24	1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไป ทั้งในระดับจังหวัด-อำเภอ-ตำบล-หมู่บ้าน เกี่ยวกับโรคอาการแสดง และประเมิน Warning sign ด้วย SOS score โดย <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 ผ่านสื่อ ในรูปแบบต่างๆ เช่น ออนไลน์ วิทยุชุมชน</li> <li>1.2 ผ่านสื่อบุคคล พยาบาล จนท. สาธารณสุข</li> <li>1.3 ผ่านระบบการดูแล ของทีม 3 หมอ</li> </ul> 2. ประสานขอความร่วมมือกับประชาสัมพันธ์จังหวัด และประชาสัมพันธ์ของเอกชนในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการแสดง และประเมิน Warning sign ที่จะต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล
	2. เพื่อลดการเกิด Septic shock ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	2. อัตราการเกิด Septic Shock (R 572) ของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired (ลดลง ร้อยละ 3 ต่อปี)	ร้อยละ 13.46	ร้อยละ 65	
2. ประชาชนมีความรู้/เข้าใจ อาการ และสัญญาณอันตราย Sepsis	เพื่อให้ ปชช.ทั่วไป มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และสัญญาณอันตราย (SOS score)	ร้อยละของปชช. ทั่วไป มีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และสัญญาณอันตราย (SOS score)	NA	ร้อยละ 50	



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
3. ผู้ป่วย /ญาติในคลินิกโรคเรื้อรัง มีความรู้ เข้าใจอาการ และสัญญาณอันตราย Sepsis	เพื่อให้ ผู้ป่วย ญาติ ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และสัญญาณอันตราย (SOS score)	ร้อยละของผู้ป่วย ญาติ ในคลินิกโรคเรื้อรัง มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด และสัญญาณอันตราย (SOS score)	NA	ร้อยละ 50	<ol style="list-style-type: none"> <li>สร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มผู้ป่วย และญาติ ในคลินิกโรคเรื้อรัง และคลินิกอื่นๆ ได้แก่ TB ARV ให้สามารถประเมิน Warning sign ด้วย (SOS score)</li> <li>ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ World Sepsis Day ในช่วงเดือน สิงหาคม ของทุกปี โดย <ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการ รพ.สต. รพช. ติดป้ายประชาสัมพันธ์ Warning sign</li> <li>ให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการที่แผนก OPD ANC EPI FP และคลินิกผู้สูงอายุ</li> </ol> </li> </ol>
4. Care giver มีความรู้ ความเข้าใจอาการ และสัญญาณอันตราย Sepsis	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้ Caregiver และ อสม. มีความรู้ และเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อาการแสดง ความรุนแรงของโรค สัญญาณอันตราย</li> <li>เพื่อให้ Caregiver และ อสม. สามารถคัดกรอง และประเมินอาการเบื้องต้นโดยใช้ (SOS score) ในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง หรือ ผู้สูงอายุ ในชุมชน</li> </ol>	<p>ร้อยละ Care giver ในเขตรับผิดชอบของรพ. และ รพ.สต. ได้รับการพัฒนาศักยภาพโดยมี CG ดังนี้</p> <p>ปางศิลาฯ = 74 คน</p> <p>รวมCG ณ ปัจจุบันทั้งสิ้น = 74 คน</p>	NA	≥ ร้อยละ 50	<ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการ รพ.สต. รพช. จัดอบรม Care giver และอสม.ในพื้นที่รับผิดชอบ ให้มีความรู้ และเข้าใจ เรื่องโรคติดเชื้อในกระแสเลือด อาการแสดง ความรุนแรงของโรค สัญญาณอันตราย</li> <li>มีการคัดกรอง และประเมินอาการเบื้องต้นโดยใช้ (SOS score) ในกลุ่มผู้ป่วย หรือ ผู้สูงอายุ ในชุมชน โดย Care giver และอสม.</li> <li>หน่วยบริการ รพช. และ รพ.สต. ในพื้นที่ที่มีการกำกับ ติดตาม การดำเนินการเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ของ Care giver</li> <li>หน่วยบริการ รพ.สต. รพช. สุขภาพมีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยติดเตียง</li> <li>มีการจัดเก็บรายงานการคัดกรองและประเมินด้วย (SOS score) ของ Care giver และอสม.</li> </ol>



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
5. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง/คัดกรองโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ของหน่วยบริการ PCC และ รพ.สต.	เพื่อให้หน่วยบริการ PCC และ รพ.สต. มีการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด	1. ร้อยละการตรวจคัดกรองภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยแบบประเมิน NEWS scoreของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคที่รพ.สต./PCC	ร้อยละ 100	≥ร้อยละ 60	<ol style="list-style-type: none"> <li>หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีการกำกับ ติดตาม การดำเนินการเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือด ในระดับ รพ.สต / PCC</li> <li>จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มี NEWS Score <math>\geq</math> 3 คะแนน</li> <li>จัดเก็บข้อมูล การ Refer จาก รพ.สต. กรณี NEWS Score <math>\geq</math> 3 คะแนน โดย               <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย และการรักษาที่ได้รับ</li> <li>ส่งกลับข้อมูลให้ รพ. สต รับทราบ</li> </ol> </li> </ol>
		2. ร้อยละของผู้ป่วยที่คัดกรอง ด้วย NEWS Score ที่ได้รับการส่งต่อ ( $\geq$ 3คะแนน) รพ. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคติดเชื้อในกระแสเลือด	NA	≥ร้อยละ 80	
6. พัฒนาศักยภาพของบุคลากร ได้แก่ แพทย์ พยาบาล จนท.ที่เกี่ยวข้อง (Update องค์ความรู้)	1. เพื่อให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ (แพทย์ พยาบาล จนท.) ใน รพ. และ รพ.สต มีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตาม CPG	1. หน่วยบริการ จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานติดเชื้อในกระแสเลือด อย่างน้อย ปีละ 12 ครั้ง	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	<ol style="list-style-type: none"> <li>สนับสนุนให้บุคลากร (แพทย์ เภสัช พยาบาล และ จนท. ที่เกี่ยวข้อง) ใน รพช. เรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ เช่น การพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต ฯลฯ</li> <li>หน่วยบริการ รพช. จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานติดเชื้อในกระแสเลือด โดย               <ol style="list-style-type: none"> <li>ทบทวน CPG ใน รพช.</li> <li>ทำ Antibiogram เก็บรวบรวมและวิเคราะห์การติดเชื้อ เชื้อดื้อยา และรายงานผล</li> <li>ทบทวน Review Case Dead/ Audit Charter (Pitfall) เพื่อตรวจสอบข้อมูล อย่างน้อยเดือนละครั้ง (ปีละ 12 ครั้ง)</li> </ol> </li> </ol>





# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
	2. เพื่อช่วยให้การวินิจฉัยโรค และการลง รหัส ICD-10 เป็นไปอย่างถูกต้อง ตรงตาม นิยาม /หลักเกณฑ์	2. ร้อยละ ของบุคลากรทางการพยาบาล ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแสเลือดหรือเฉพาะทาง วิกฤต เพิ่มขึ้น	NA	> ปี 2566	2.4 ทบทวนแนวทางการจัดเก็บข้อมูล และรายงานผลตามตัวชี้วัดรายไตรมาส ครบถ้วนถูกต้อง ตาม Template 2.5 ตรวจสอบความถูกต้องของการลง รหัส ICD-10 ให้ตรงตามนิยาม/หลักเกณฑ์
7. พัฒนาระบบการดูแล และรักษาผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด แบบรุนแรง ชนิดCommunity-acquired และชนิด Hospital-acquired	1. ลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired : CAI และชนิด Hospital-acquired : HAI	1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิดCommunity-acquired (< ร้อยละ 24 )	ร้อยละ 8.33	< ร้อยละ 24	1. พัฒนาแนวทาง และระบบการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิดCommunity-acquired 2. จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ HAI sepsis ในผู้ป่วยอายุรกรรมเพื่อ เฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired 3. พัฒนาระบบ Fast Track โดยปรับระบบ Referral Criteria ผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด 4. พัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูล การเก็บรายงานตาม KPI ให้มีความถูกต้อง ครบถ้วน 5. จัดทำ Antibigram ในระดับ รพช. เพื่อวิเคราะห์ผลเชื้อก่อโรค เชื้อดื้อยา 6. พัฒนาระบบ Rapid Response System 7. มีระบบนิเทศ กำกับ และติดตาม โดยทีม คกก. SP สาขาอายุรกรรม 8. จัดทำคำสั่ง / ตั้งทีม หรือ คค
		2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด Hospital-acquired (< ร้อยละ 50)	ร้อยละ 0.9	< ร้อยละ 50	



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
2. เพื่อให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด Community-acquired : CA และชนิด Hospital-acquired : HAIได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มาตรฐาน ตาม CP	1. อัตราการได้รับการเก็บ H/C ก่อนให้ antibiotic [ $\geq 90\%$ ]	100	$\geq$ ร้อยละ 90	1. จัดประชุมคณะกรรมการ SP สาขาอายุรกรรม และผู้รับผิดชอบเพื่อทบทวน/วางแผนดูแล ภาวะ sepsis	
	2. อัตราการการได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) [ $\geq 90\%$ ]	100	$\geq$ ร้อยละ 90	2. จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานติดเชื้อในกระแสเลือดใน รพ. อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี 2.1 ทบทวน CPG /standing order ใน รพช. 2.2 ทำ Antibioqram เพื่อเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ การดื้อยา และรายงานผล 2.3 ทบทวน Review Case Dead/ Audit Charter (Pitfall) เพื่อตรวจสอบข้อมูล	
	3. อัตราการได้รับ Fluid resuscitate ภายใน 30 นาที (กรณีไม่มีข้อห้าม) [ $\geq 90\%$ ]	85	$\geq$ ร้อยละ 90	3. มีระบบการดูแล Sepsis corner เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอ และพร้อมใช้งาน	
	4. อัตราการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2-3) ภายใน 3 ชม. หลังได้รับการวินิจฉัย [ $\geq 30\%$ ]	NA	$\geq$ ร้อยละ 30	4. มีระบบการส่งกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดที่เสียชีวิตหลังจากที่ Refer จาก รพทพ. กลับไปทบทวน Case dead	
	5. อัตราการคัดกรองหรือประเมินว่าเข้า Criteria Sepsis ได้รับการเจาะ POC or Blood lactate (KPI เขต 3 = 100%)	100	ร้อยละ 100		
	6. อัตราการการ Repeat POC or Blood lactate ภายใน 2 ชม. ถ้า level $\geq 2$ mmol/l (KPI เขต 3 = 100%)	100	ร้อยละ 100		
	7. อัตราการการประเมิน Intravascular fluid (U/S IVC) Pre-Resuscitate	21.27	ร้อยละ 100		



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
		8. อัตราการการประเมิน Intravascular fluid (U/S IVC) Post-Resuscitate (KPI เขต 3 =100 %)	25.53	ร้อยละ 100	
		9. ร้อยละของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการดูแลใน Sepsis Come	100	ร้อยละ	
	3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งชนิด Community-acquired และ Hospital -acquired เข้าสู่ระบบ Fast Track	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งชนิด Community-acquired ที่ได้รับการ Refer จาก รพช. ภายในเวลา 24 ชั่วโมง ลดลงจากปีที่ผ่านมา	ร้อยละ 0	ร้อยละ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนระบบ Fast track</li> <li>2. ปรับแนวทางการส่งต่อ (Referral Criteria) <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 blood lactate แรกรับ &gt; 10 mmol/l หรือ HCO3 &lt; 10</li> <li>2.2 On levophed กรณี รพ. ที่ไม่มี อายุรแพทย์ และ On levophed และ / หรือ (1:25) &gt;20cc/hr or &gt;0.2 mcg/kg/min กรณี รพ. มีอายุรแพทย์</li> <li>2.3 หลัง resuscitation ≥ 2 hr <ul style="list-style-type: none"> <li>* lactate clearance &lt; 10% or Repeat BL ≥ 4 mol/l</li> <li>* MEWS/SOS ≥ 4 และแนวโน้มไม่ดีขึ้น (กรณีไม่มี levophed ประเมิน MEWS ≥ 4, และ กรณี on levophed ประเมิน MEWS ≥ 6)</li> </ul> </li> <li>2.4 หลัง resuscitation ≥ 4 hr <ul style="list-style-type: none"> <li>* Urine &lt; 0.5 cc/kg/hr despite adequate volume resuscitation + diuretic</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3. มีระบบการส่งกลับข้อมูลหลัง Refer out ทุกเคส เพื่อทบทวน</li> <li>4. บูรณาการ ข้อมูลการส่งต่อ ผู้ป่วย sepsis กับ ระบบ Three -Refer3</li> </ol>



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
1. พัฒนาศักยภาพของ Care giver ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคปอดบวมชนิด Community-acquired pneumonia: CAP ) ในชุมชน	เพื่อลดอัตราการเกิด severe pneumonia ของผู้ป่วยปอดบวมชนิด Community -acquired pneumonia: CAP )	ร้อยละ Care giver ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการ รพ. และ รพ.สต. ได้รับการ พัฒนาศักยภาพ (CG = 74 คน)	NA	≥ ร้อยละ 50	<ol style="list-style-type: none"> <li>อบรม Care giver ในการเฝ้าระวัง ดูแล และคัดกรอง/ประเมินอาการแสดง นำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CURB65 Score)</li> <li>จัดทำระบบการรายงานผลการคัดกรอง/ประเมินอาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65 Score)</li> <li>Care giver ให้การเฝ้าระวัง ผู้ป่วยติดเชื้อในชุมชน โดยการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวม ตามแบบประเมินอาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CURB65 Score)</li> </ol>
2. ส่งเสริมการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ (Health literacy)	<ol style="list-style-type: none"> <li>เพื่อให้ ปชช.ทั่วไป ผู้ป่วย ญาติ ในคลินิกโรคเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคปอดบวม</li> <li>เพื่อให้สามารถประเมินอาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65 Score) ได้</li> </ol>	1. ร้อยละของประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย และญาติในคลินิกโรคเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุ มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคปอดบวม และสามารถประเมินอาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Symptom and sign of LRT+CUR B65 Score) ได้	NA	ร้อยละ 30	<ol style="list-style-type: none"> <li>ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วย และญาติ ในคลินิกกลุ่มโรคเรื้อรัง (COPD, Malignancy, DM, CHF, CVA) ให้สามารถประเมินอาการแสดงนำของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ ที่จะต้องรับนำส่งโรงพยาบาล</li> <li>ประสาน เวชกรรม/คลินิก เรื่องสื่อความรู้ในการประชาสัมพันธ์</li> <li>จัดหาสื่อ วีดีโอ แผ่นพับ เครื่องมือ CURB65 Score</li> <li>รวบรวมสื่อ ความรู้ ของหน่วยบริการเพื่อนำมาจัดทำแบบประเมินความรู้</li> <li>ประเมินความรู้ ในกลุ่มเป้าหมาย</li> </ol>



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
		2. ลดอัตราการเกิด severe pneumonia ของผู้ป่วยปอดบวมชนิด Community –acquired pneumonia: CAP )	NA	ร้อยละ 50	
3. พัฒนาระบบการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community –acquired pneumonia: CAP )	1. เพื่อลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community –acquired pneumonia: CAP  2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคปอดบวมได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน CPG	อัตราการเสียชีวิตหลังจากเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยโรคปอดบวมชนิด Community –acquired pneumonia: CAP (< ร้อยละ 20 )	ร้อยละ 0	ร้อยละ 20	1. จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม 2. จัดประชุมทบทวนการดำเนินงานป้องกันและดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคปอดบวมอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง เพื่อ 2.1 ทบทวน CPG /standing order ใน รพ. 2.2 ทำ Antibioqramin Pneumonia เพื่อเก็บรวบรวม/วิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ การดื้อยา และรายงานผล 2.3 Review Case Dead เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล 3. หน่วยบริการมีการสนับสนุนอุปกรณ์ และให้มีครุภัณฑ์ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคปอดบวม เช่น เครื่องออกซิเจนแรงดันสูง (High Flow), เครื่องควบคุมสารน้ำ, Bedside Monitor



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
			2566	2567	
		2. อัตราการได้รับ Antibiotic ใน 1 ชม. หลังจากได้รับการวินิจฉัยในผู้ป่วย severe pneumonia ( sever sepsis /septic shock or intubator) (> ร้อยละ 90)	ร้อยละ 38.31	≥ร้อยละ 90	4. กำหนด และจัดทำ Template และตัวชี้วัด (KPI) CAP เพื่อจัดเก็บข้อมูล / รายงาน ให้เป็นไปแนวทางเดียวกัน  5. จัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคปอดบวมและการส่งกลับข้อมูล เพื่อ Review Case Dead
		3. อัตราการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจสำเร็จ (> ร้อยละ 70	ร้อยละ NA	> ร้อยละ 70	



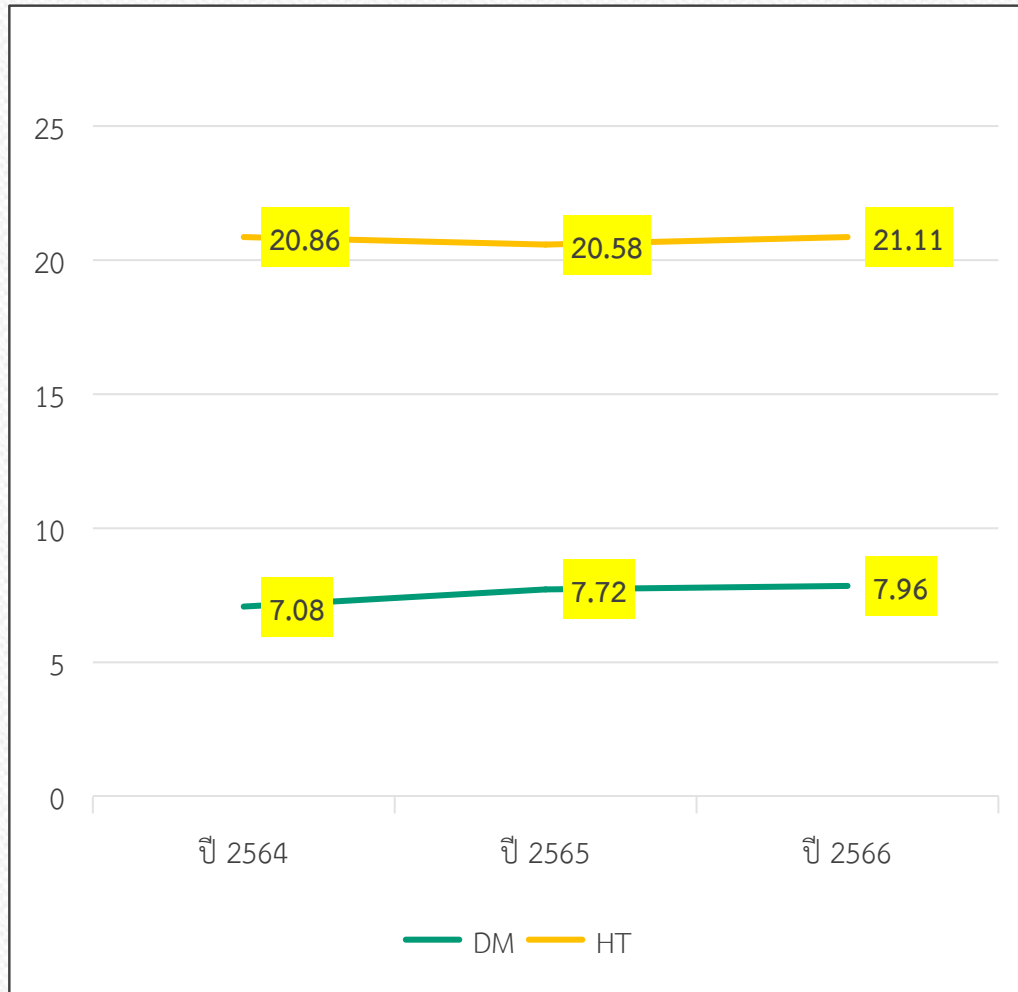


## ประเด็นที่ 3 โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

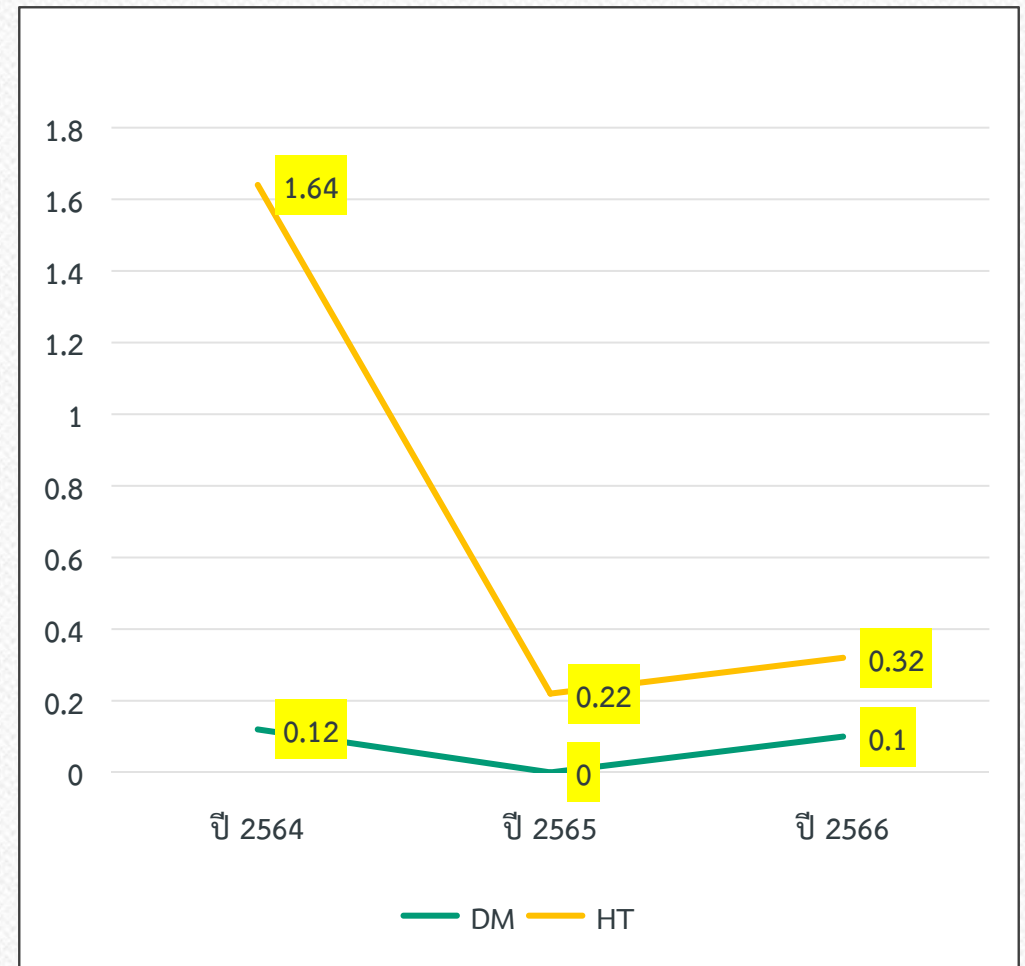


# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

## อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง



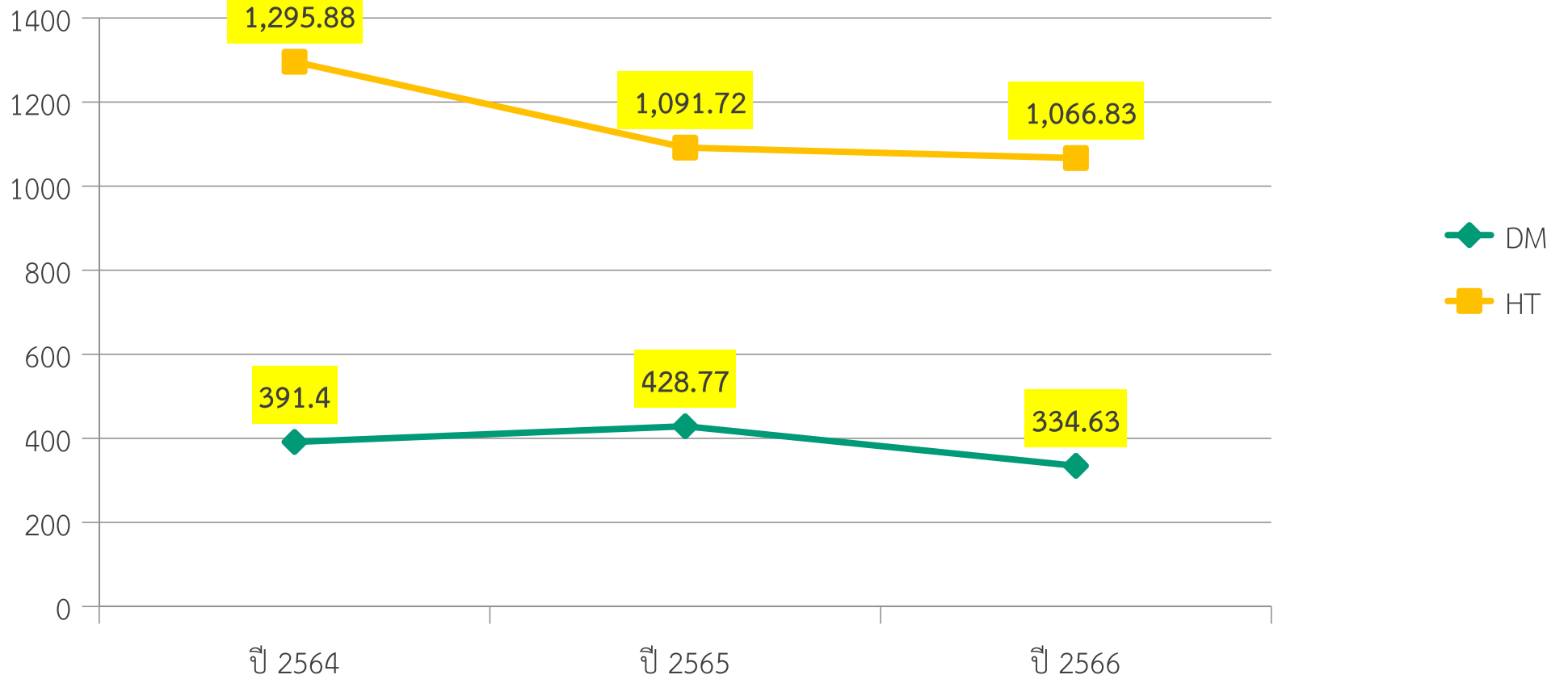
## อัตราการป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง





# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

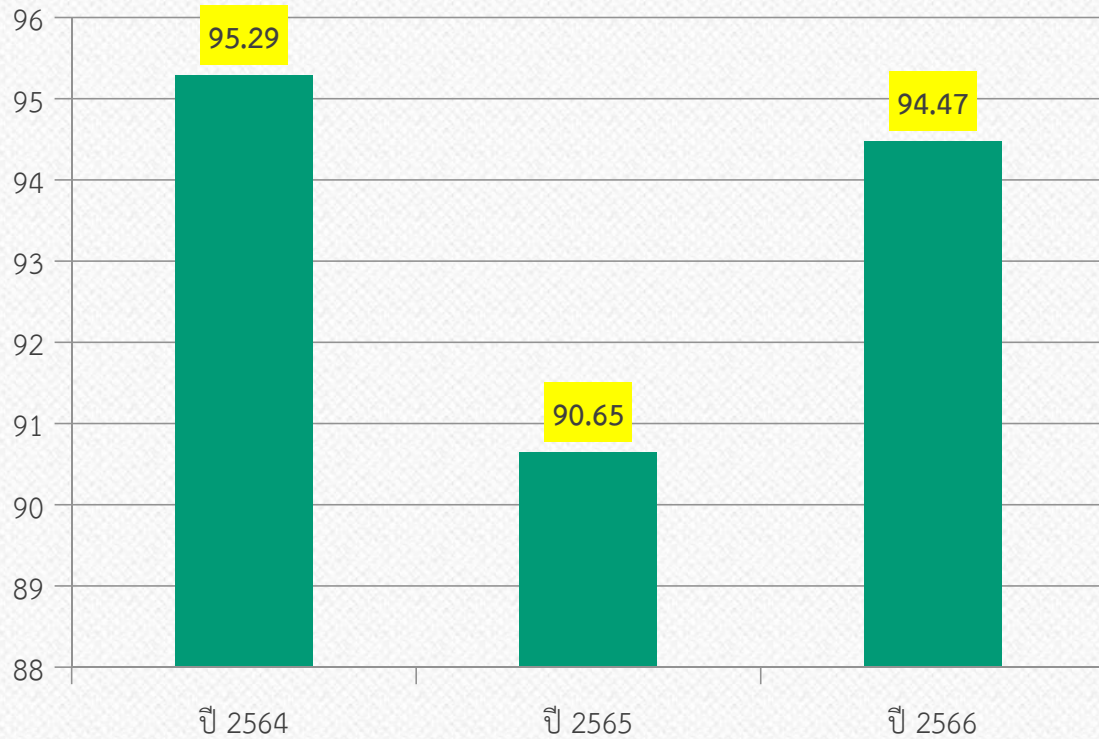
## อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อแสนประชากร



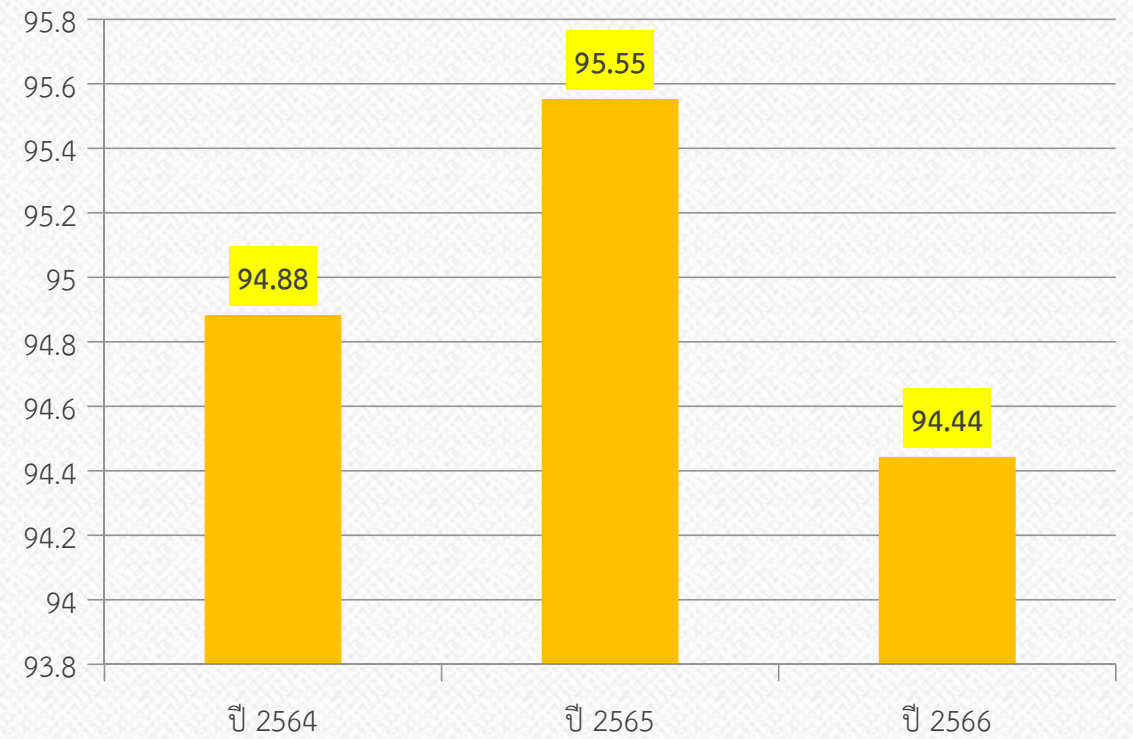


# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง  
เพื่อวินิจฉัยเบาหวาน เป้าหมาย  $\geq 90$



ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง  
เพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง เป้าหมาย  $\geq 90$

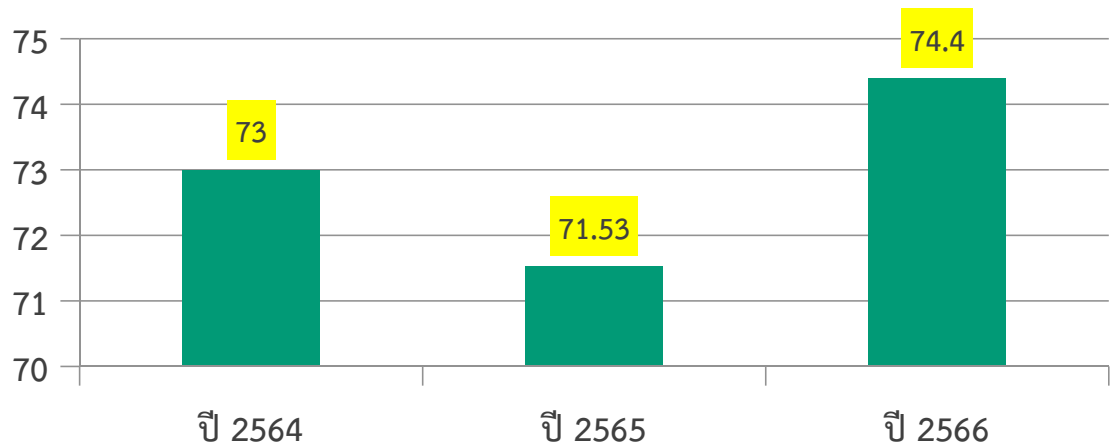




# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

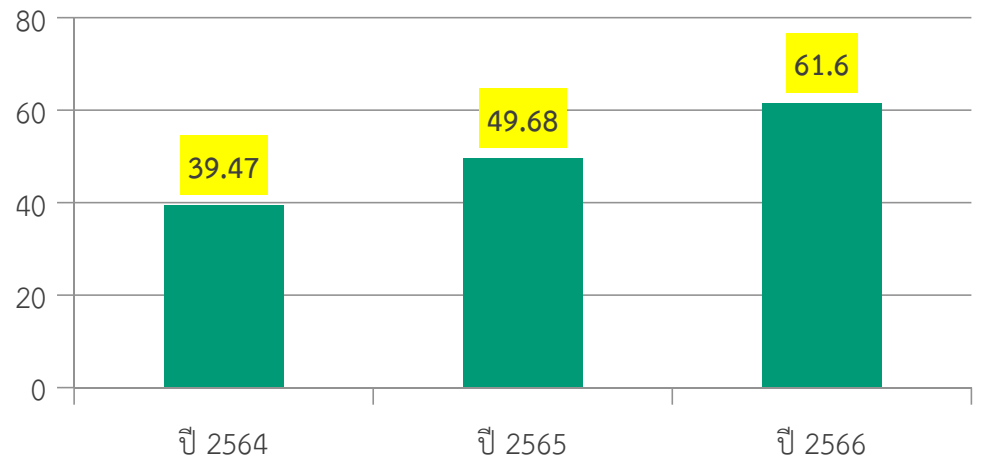
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เป้าหมาย  $\geq 60$



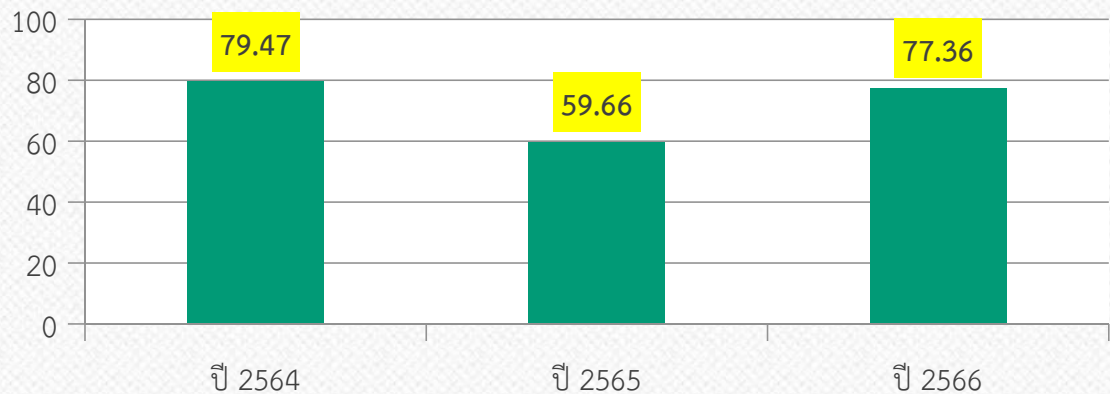
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

เป้าหมาย  $\geq 40$



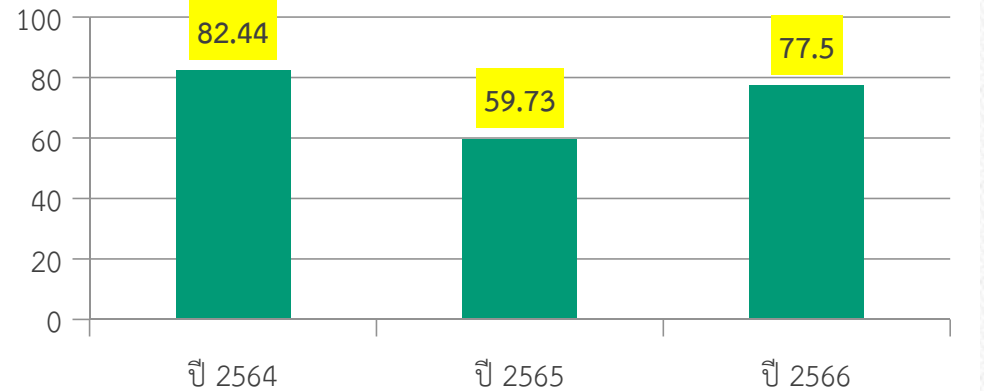
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทาง

ตาด้วย Fundus camera เป้าหมาย  $\geq 60$



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ

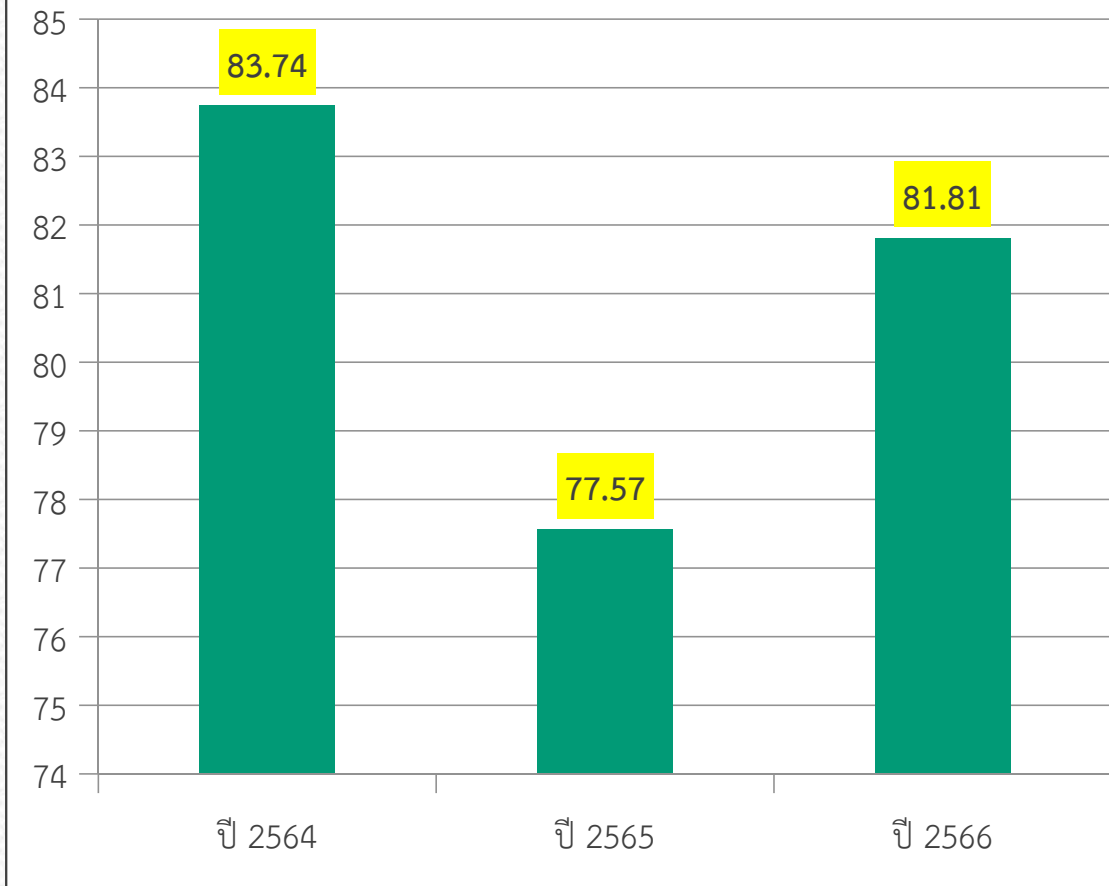
ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า เป้าหมาย  $\geq 60$



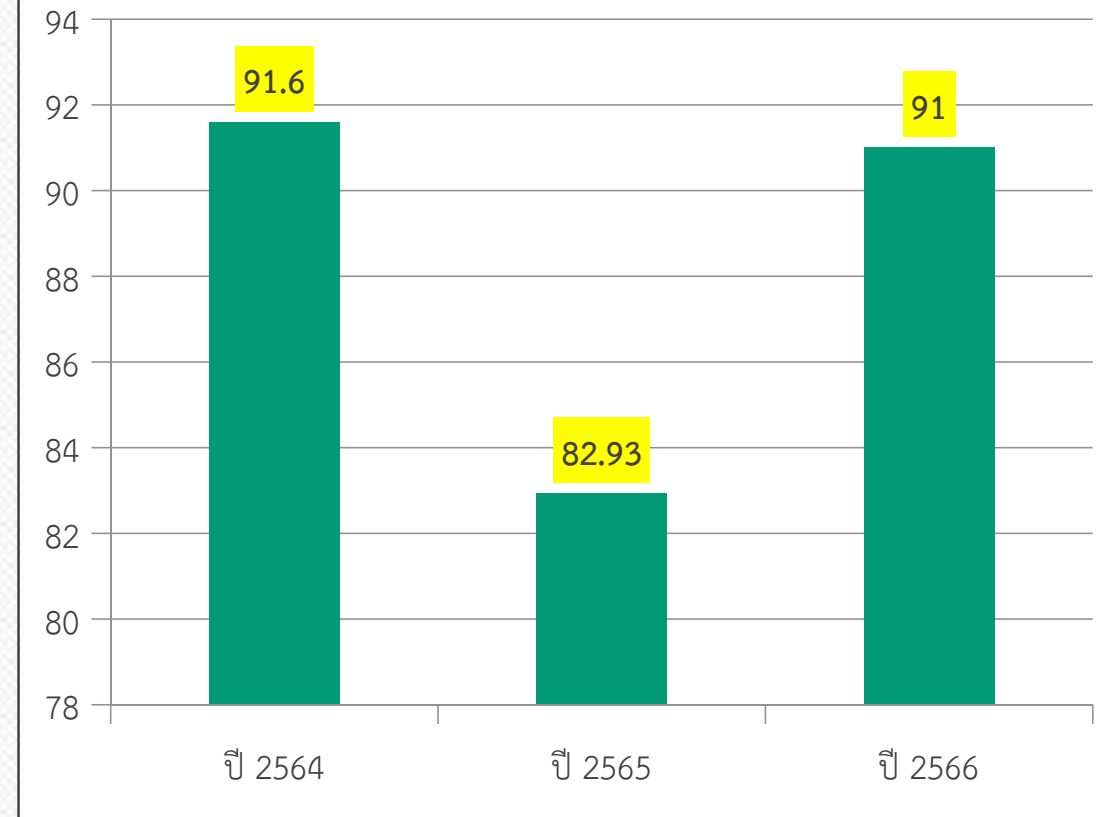


# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เป้าหมาย  $\geq 80$



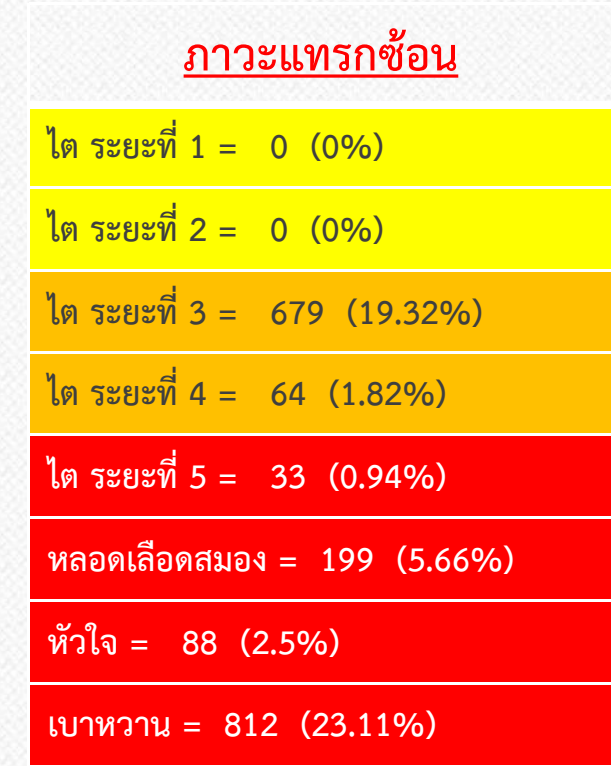
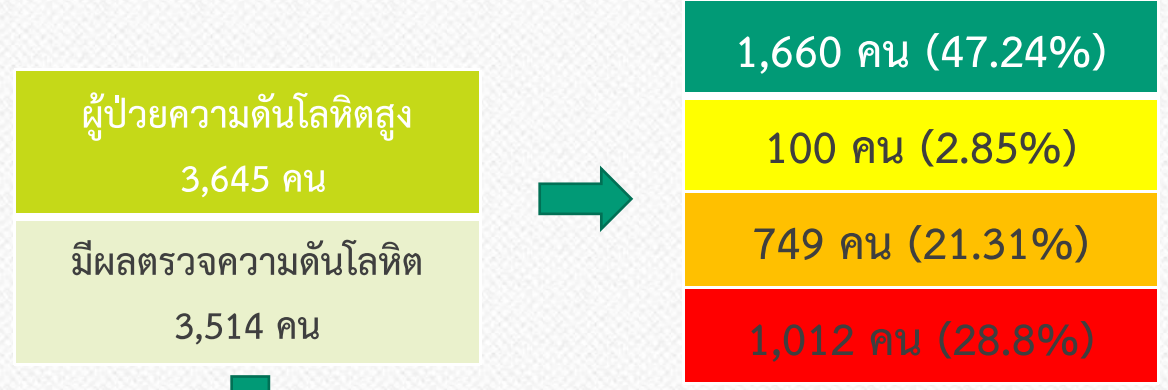
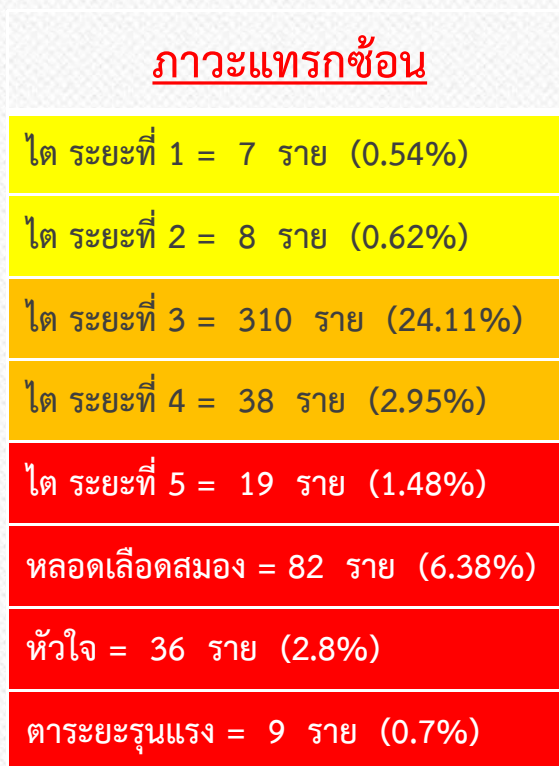
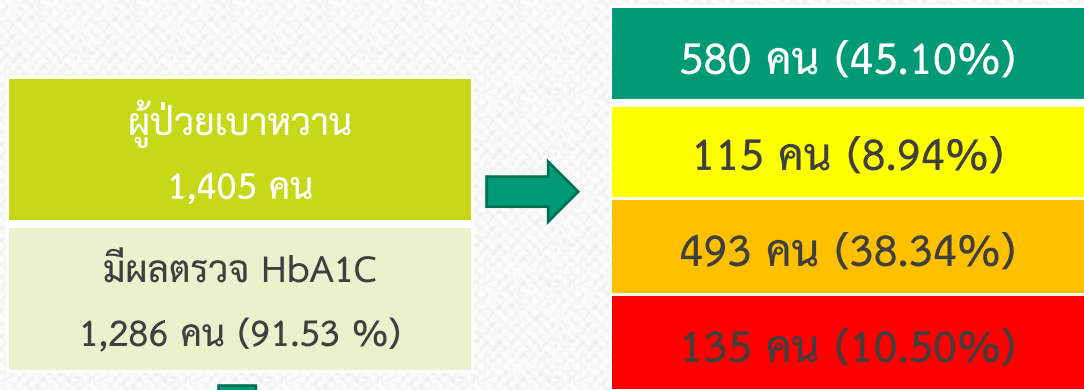
ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เป้าหมาย  $\geq 90$







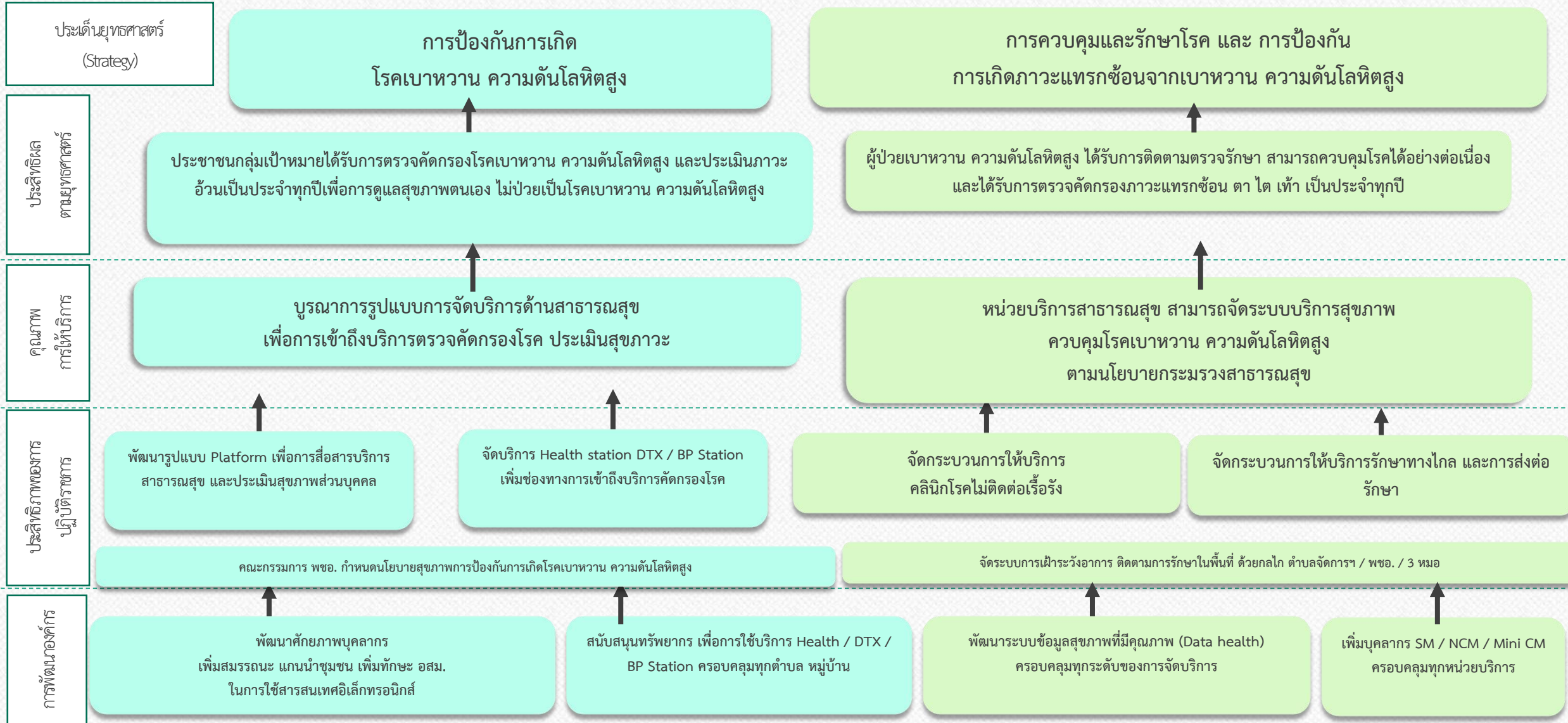
# สถานการณ์ : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง





# Strategic Mapping : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย : ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราตาย จากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง





# Strategic Mapping : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative	
1. การป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	- เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประเมินภาวะอ้วนเป็นประจำทุกปีเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1. ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	94.47	≥ 90	- คณะกรรมการ พชอ. กำหนดนโยบายสุขภาพการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง - บูรณาการรูปแบบการจัดบริการด้านสาธารณสุขเพื่อการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองโรค ประเมินสุขภาพ - พัฒนารูปแบบ Platform เพื่อการสื่อสารบริการสาธารณสุข และประเมินสุขภาพส่วนบุคคล - จัดบริการ Health station DTX / BP Station เพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการคัดกรองโรค - สนับสนุนทรัพยากร เพื่อให้บริการ Health / DTX / BP Station ครอบคลุมทุกตำบล หมู่บ้าน - โครงการจัดตั้งสถานีสภาพดิจิทัล Digital Health Station	
		2. ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	94.44	≥ 90		
		3. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	96.97	≥ 90		
		4. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	98.66	≥ 93		
	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร เพิ่มสมรรถนะ แกนนำชุมชน เพิ่มทักษะ อสม. ในการใช้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์	5. ร้อยละของอสม.ได้รับการอบรมการใช้ Application	NA	≥ 50		- โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการใช้ Application
		6. ร้อยละของบุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ	NA	≥ 50		- โครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร





# Strategic Mapping : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
2. การควบคุมและรักษาโรค และการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	- เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการติดตามตรวจรักษา สามารถควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าเป็นประจำทุกปี	7. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	61.55	≥ 60	- จัดกระบวนการให้บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
		8. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ดี	74.40	≥ 60	- จัดกระบวนการให้บริการรักษาทางไกล และการส่งต่อรักษา
		9. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	81.81	≥ 80	- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ (Data health) ครอบคลุมทุกระดับของการจัดบริการ
		10. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตาด้วย Fundus camera	77.36	≥ 60	- จัดระบบการเฝ้าระวังอาการ ติดตามการรักษาในพื้นที่ ด้วยกลไก ตำบลจัดการสุขภาพ / พชอ. / 3 หมอ
		11. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	77.50	≥ 60	- แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
		12. ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/ ml/min/1.73 m2/	69.45	≥ 66	- ทำ Home BP ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
		13. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	91	≥ 90	- บุคลากรเข้ารับการอบรม SM / NCM / Mini CM ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ



## Strategic Mapping : โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
2. การควบคุมและรักษาโรคและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	- หน่วยบริการสาธารณสุข จัดระบบบริการสุขภาพ ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข	14. ผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus	ดีมาก	ดีเด่น	- ประเมินตนเองและพัฒนาตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus





# ประเด็นที่ 4 อุบัติเหตุ

# อุบัติเหตุ



เป้าหมาย : ลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน



# สถานการณ์การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนอำเภอปางศิลาทอง ปี 2566

จำนวนผู้เสียชีวิต ปีงบประมาณ 2566

8 ราย

26.56 ต่อแสนประชากร

จักรยานยนต์ 77.38%

จักรยาน 8.03 %

รถกระบะ 5.61 %

รถเพื่อการเกษตร 2.80%

เดินเท้า 1.87%

สามล้อ 1.31%

รถเก๋ง 0.38%

รถบรรทุก 0.19%

รถโดยสาร 0.19%

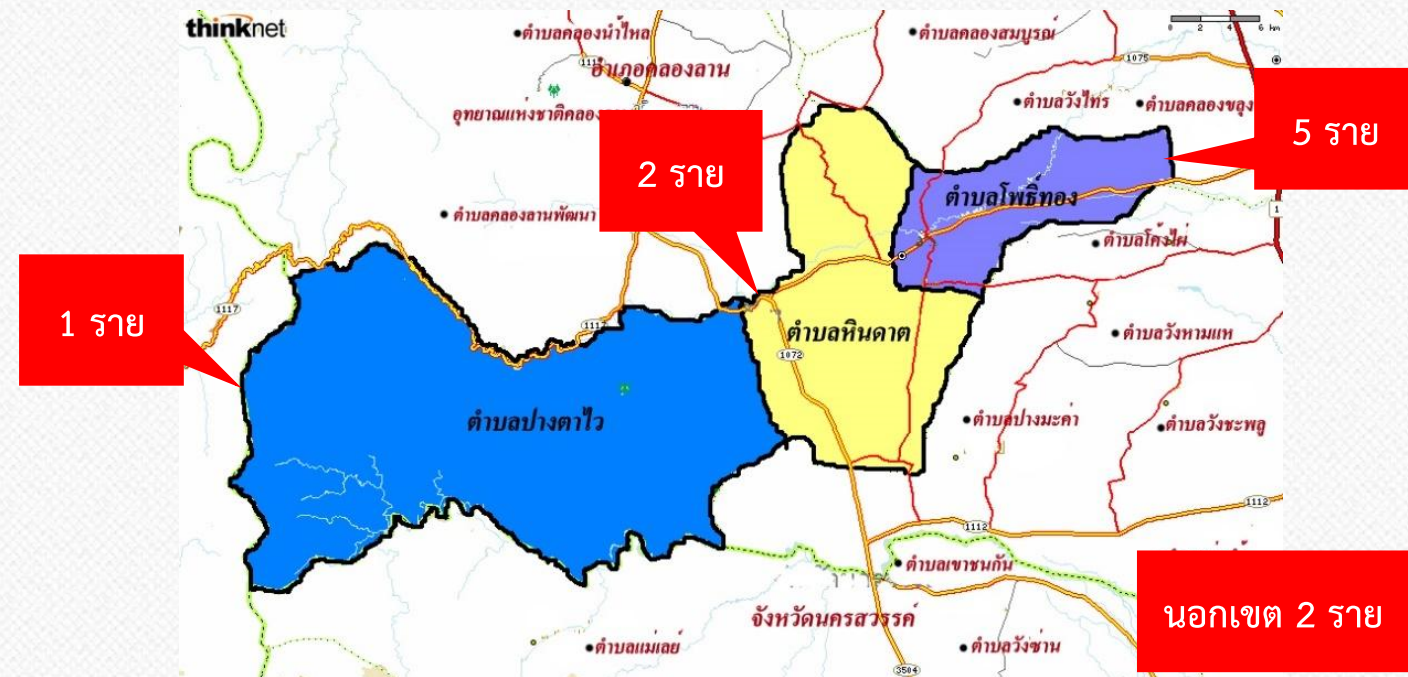
อื่นๆ 2.24%

## พฤติกรรมเสี่ยง

ไม่สวมหมวกนิรภัย 90.82%

ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย 85.42%

ดื่มแอลกอฮอล์ 14.39%



## ช่วงอายุที่เกิดอุบัติเหตุ

อายุ 0 – 15 ปี 27.66 %

อายุ 16 – 29 ปี 23.55%

อายุ 30 – 59 ปี 31.96%

อายุ 60 ปีขึ้นไป 16.82%

## Dead ใน รพ. 1 ราย

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



# Strategic Mapping อุบัติเหตุทางถนน

เป้าหมาย : ลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

ประเด็นยุทธศาสตร์

พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแบบครบวงจร  
มีคุณภาพได้มาตรฐาน

พัฒนาระบบการส่งต่อมีคุณภาพได้มาตรฐาน  
(Emergency medical service)

ประสิทธิผลตามยุทธศาสตร์

ลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (PS > 0.75)

คุณภาพการให้บริการ

ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินรวดเร็วและปลอดภัย

หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินระดับ BLS, FR มีศักยภาพในการช่วยเหลือและรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน

ผู้ป่วยในระบบปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาลได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย

ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพ

ระบบข้อมูลและสารสนเทศเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระดับ

ประสิทธิภาพของงานปฏิบัติการ

เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชนในหมู่บ้านและตำบล

พัฒนาเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความพร้อมรองรับสถานการณ์อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

พัฒนาระบบ Fast Track -Trauma fast track

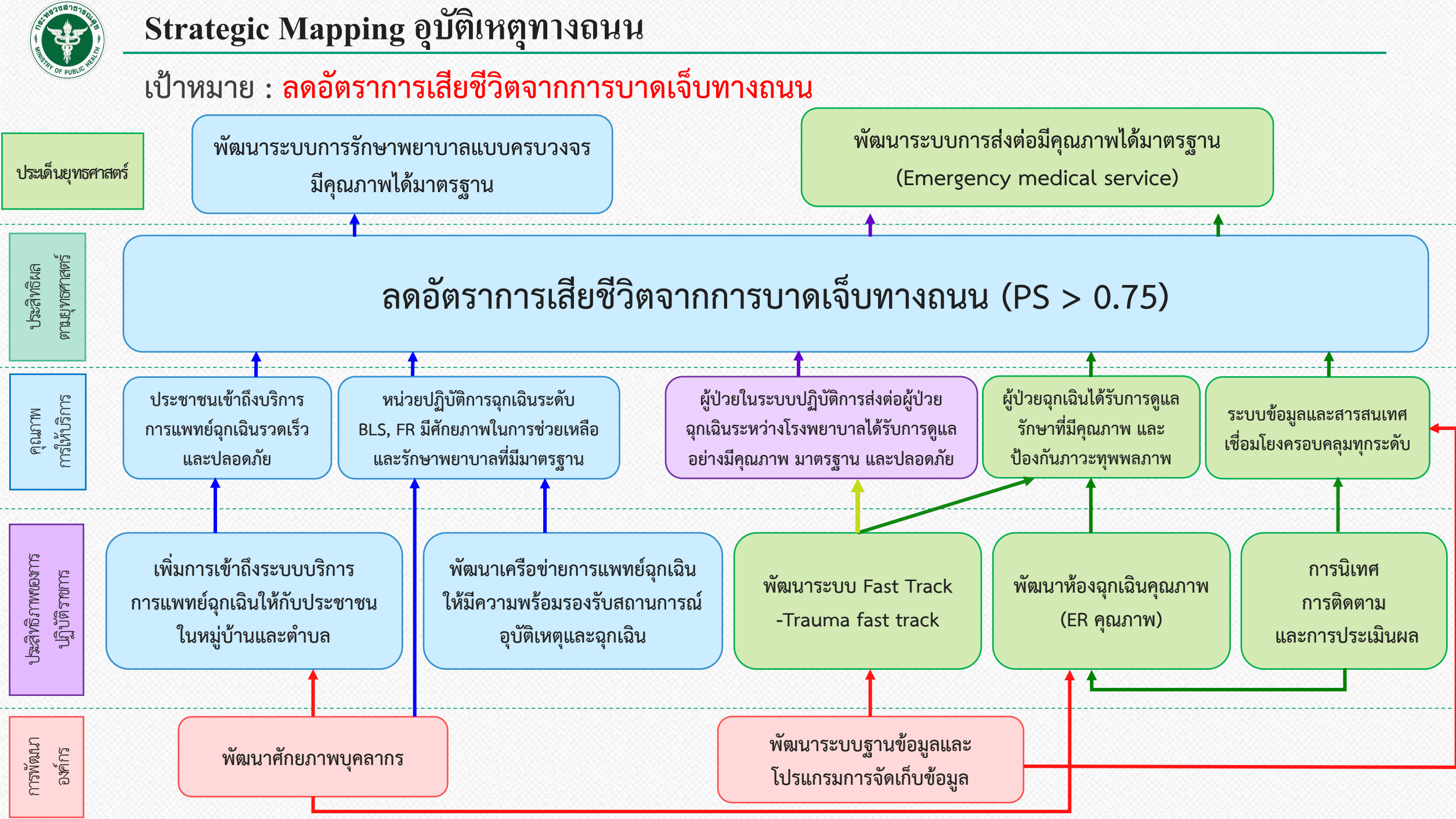
พัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ)

การนิเทศการติดตามและการประเมินผล

การพัฒนาองค์กร

พัฒนาศักยภาพบุคลากร

พัฒนาระบบฐานข้อมูลและโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูล





# Strategic Mapping อุบัติเหตุทางถนน

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1. พัฒนาระบบการรักษาพยาบาลแบบครบวงจรมีคุณภาพได้มาตรฐาน	1. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและห้องฉุกเฉิน	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	26.56 ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน 18 : 100000 ประชากร	1. จัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกเดือน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหาจุดเสี่ยงในพื้นที่ 2. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนนในพื้นที่ 3. ลงพื้นที่จุดเสี่ยงเชิงรุกในการดำเนินการสอบสวนสาเหตุการตายของการเกิดอุบัติเหตุ และเก็บข้อมูล เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาคัดเสี่ยง ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ 4. ประชุมสร้างมาตรการองค์กร ผลักดันให้เกิดการดำเนินงานตำบลต้นแบบการป้องกันอุบัติเหตุ
	2. เพื่อให้บุคลากรในเครือข่าย EMS มีความรู้และทักษะการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	อัตราเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม	100	100%	1. อบรมและฟื้นฟูหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2. ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ระดับอำเภอ ร่วมกับเครือข่าย EMS อำเภอ ตำรวจ อปท.
	3. เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้กับประชาชน	อัตราผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินมาโดยระบบ EMS	0	ร้อยละ 60	ประชาสัมพันธ์ช่องทาง การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)



# Strategic Mapping อุบัติเหตุทางถนน

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
2. พัฒนาระบบการส่งต่อมีคุณภาพได้มาตรฐาน	ผู้ป่วยฉุกเฉินส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย	อัตราผู้ป่วยสีแดงที่ส่งต่อได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	80	ร้อยละ 100	อบรมและฟื้นฟูบุคลากรในโรงพยาบาล
	เพื่อพัฒนาระบบECSคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ECS คุณภาพ	52.80	ร้อยละ 60	เพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทำแผนปฏิบัติการ
	เพื่อพัฒนาระบบ Trauma fast track	อัตราของdead case conference กรณีที่ PS $\geq$ 0.75	100	ร้อยละ100	1.มีทบทวน dead case กรณีที่ PS $\geq$ 0.5 ทุกcase 2.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุ
	ระบบข้อมูลและสารสนเทศเชื่อมโยงครอบคลุมทุกระดับ	1.อัตราการคืนข้อมูลจุดเสี่ยงให้พื้นที่ 2.อัตราการลงIS online ในผู้ป่วยอุบัติเหตุทุกราย 3.อัตราการใช้ระบบ Telemedicineในการส่งต่อ(case Emergency)	100 100 NA	ร้อยละ 100 ร้อยละ 100 ร้อยละ 80	1.การประสานส่งต่อข้อมูลและแก้ไขในภาพอำเภอ 2. การใช้โปรแกรม IS online รายงานค่า PS score ในแต่ละเดือน 3. ใช้ระบบTelemedicineในการส่งต่อ ((case Emergency))





# ประเด็นที่ 5 สุขภาพจิต

# สถานการณ์ : สุขภาพจิต

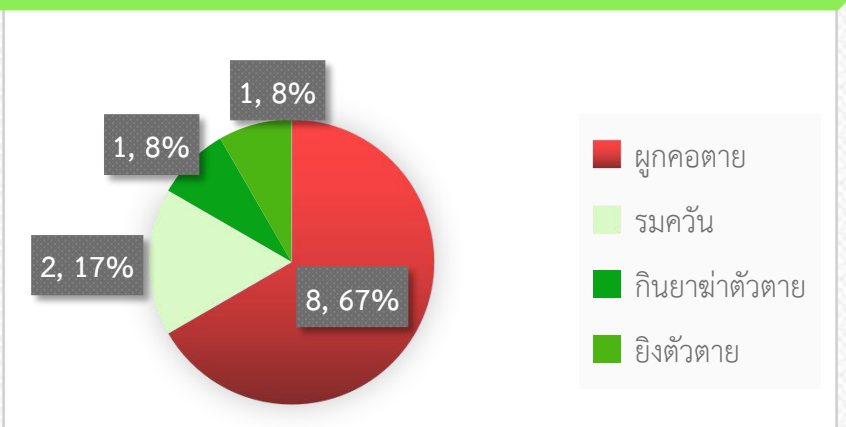
ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 80

เครือข่ายบริการ	ปีงบประมาณ 2564			ปีงบประมาณ 2565			ปีงบประมาณ 2566		
	พยายามฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปี (คน)	ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ(คน)	ร้อยละ	พยายามฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปี (คน)	ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ(คน)	ร้อยละ	พยายามฆ่าตัวตายซ้ำใน 1 ปี (คน)	ได้รับการช่วยเหลือป้องกันไม่กระทำซ้ำ (คน)	ร้อยละ
อำเภอปางศิลาทอง	3	3	100	9	9	100	7	6	86

ตัวชี้วัด : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ  $\leq 8.0$  ต่อประชากรแสนคน

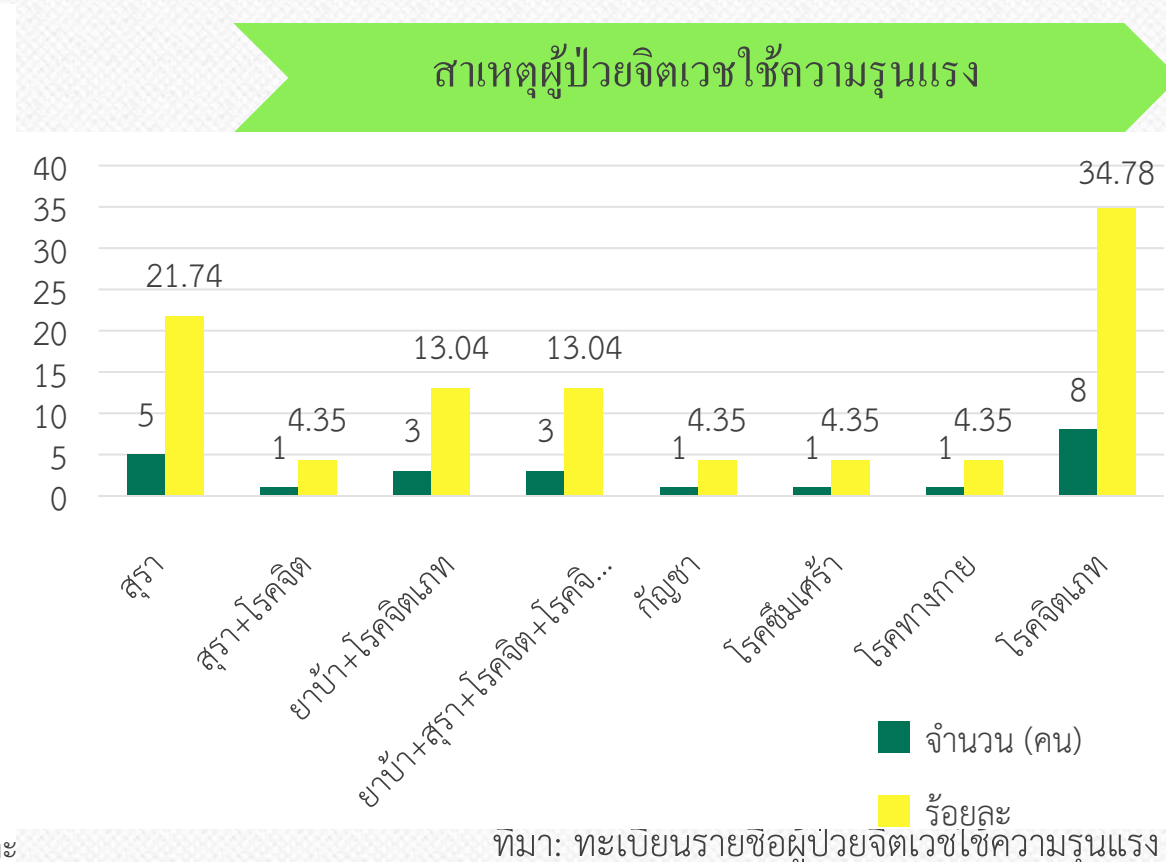
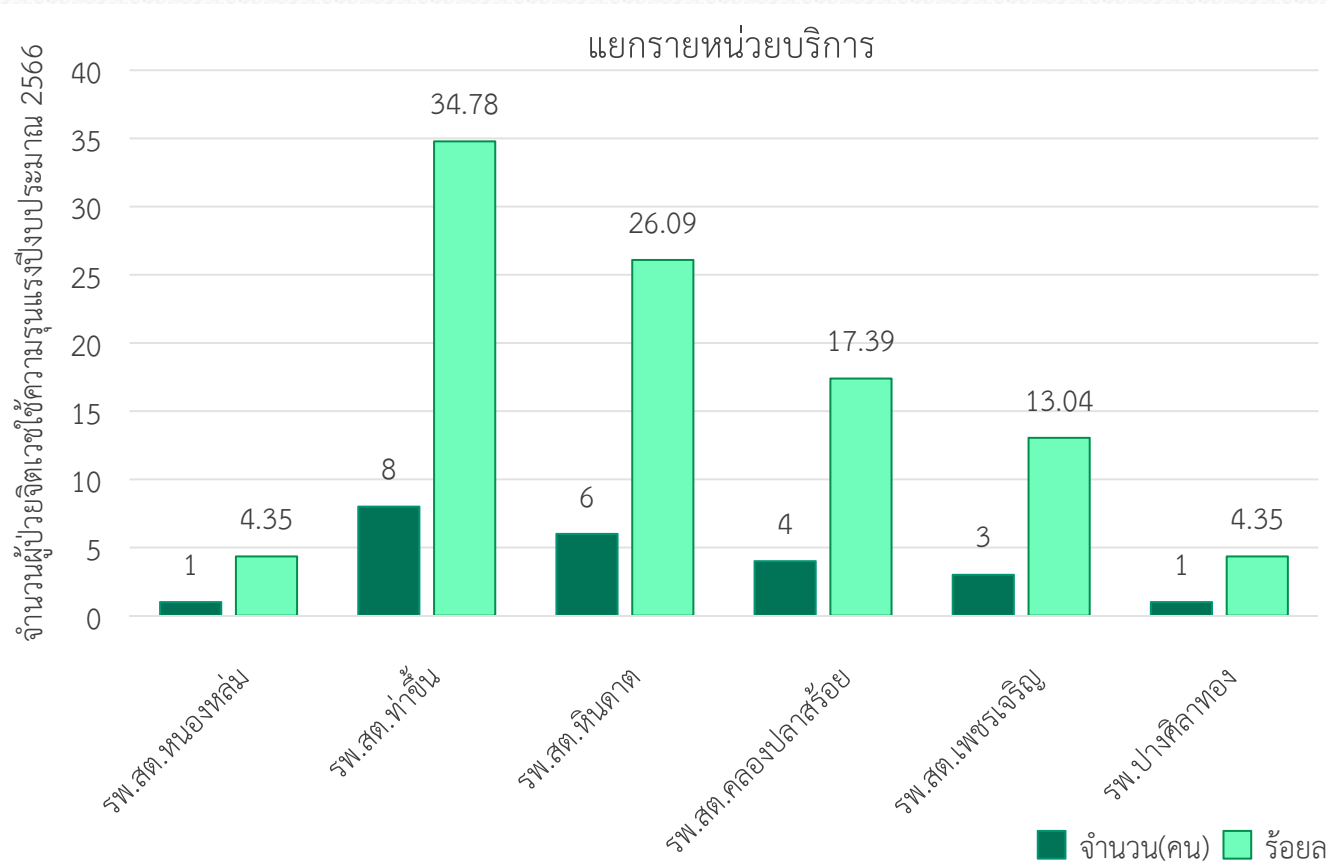
เครือข่ายบริการ	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566	
	จำนวน(คน)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	จำนวน(คน)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	จำนวน(คน)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
อ.ปางศิลาทอง	3	9.9	5	16.45	4	13.19

• วิธีการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2564 - 2566



# สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

อำเภอปางศิลาทอง	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566
	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)	จำนวน(คน)
SMIV	13	21	23



ที่มา: ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยจิตเวชใช้ความรุนแรง



เป้าหมาย : ประชาชนมีสุขภาพจิตดี ลดการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยจิตเวช

ประเด็น ยุทธศาสตร์

เสริมสร้างศักยภาพประชาชนและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าถึงบริการ

ประสิทธิภาพ ตามยุทธศาสตร์

การเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน (Pre-Hospital)

การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล (In-Hospital)

การติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Post-Hospital)

คุณภาพ การให้บริการ

ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถประเมิน  
1. อาการแสดงที่เสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรง  
2. แนวทางการแจ้งเมื่อมีการก่อความรุนแรงในชุมชน

หน่วยบริการสาธารณสุข สามารถจัดระบบ บริการสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีทัศนคติ ที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเวช

ประสิทธิภาพของ การปฏิบัติงาน

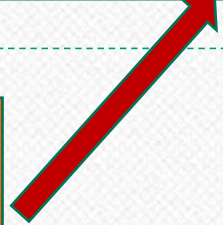
1. การคัดกรองประเมินสุขภาพจิต  
2. การสร้างเครือข่าย(ตำรวจ,ผู้นำท้องที่,ผู้นำท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต

พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การพัฒนา องค์การ

พัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วย/อสม.และบุคลากร ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย

พัฒนาฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช/ระบบรายงาน/ การคืนข้อมูลผู้ป่วยให้ชุมชน





# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
1.การเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเวช ในชุมชน (Pre-Hospital)	- เพื่อให้มีการประเมิน คัดกรองระบบ ฐานข้อมูลสุขภาพจิต ของประชาชนในพื้นที่	1. ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย (ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป) ได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพจิตดังนี้ 2Q ST-5	NA	40	1. ดำเนินการคัดกรองด้านสุขภาพจิต และมีการบันทึกผลการคัดกรองลง ระบบ Hosxp เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล 2. ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจและ สามารถประเมิน 1. อาการแสดงที่เสี่ยงต่อการเกิด ความรุนแรง 2. แนวทางการแจ้งเมื่อมีการก่อ ความรุนแรงในชุมชน
2.การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล (In-Hospital)	- เพื่อให้ผู้ที่ปัญหา สุขภาพจิต ได้รับการ ดูแลทางการแพทย์ อย่างถูกต้อง	1. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี 2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	86  13.19 ต่อแสน	90  ≤ 7.8 ต่อแสน	1. มีการวางแผนจัดระบบการดูแลผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต แนวทางการส่งต่อ และติดตามการดูแลในชุมชน 2. โครงการเสริมสร้างศักยภาพใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช



# Strategic Mapping

Strategic Mapping	Objective	KPI	Baseline Data	Target	Initiative
3. การติดตามผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (Post-Hospital)	<ul style="list-style-type: none"><li>- เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร/ผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต / อสม ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย</li><li>- การสร้างเครือข่าย (ตำรวจ, ผู้นำท้องที่, ผู้นำท้องถิ่นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต</li></ul>	1. ร้อยละของบุคลากร/ผู้ดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต/อสม. ภาควิชาเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต	NA	≥ 50	1. โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ภาควิชาเครือข่ายด้านการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)





ขอบคุณค่ะ

