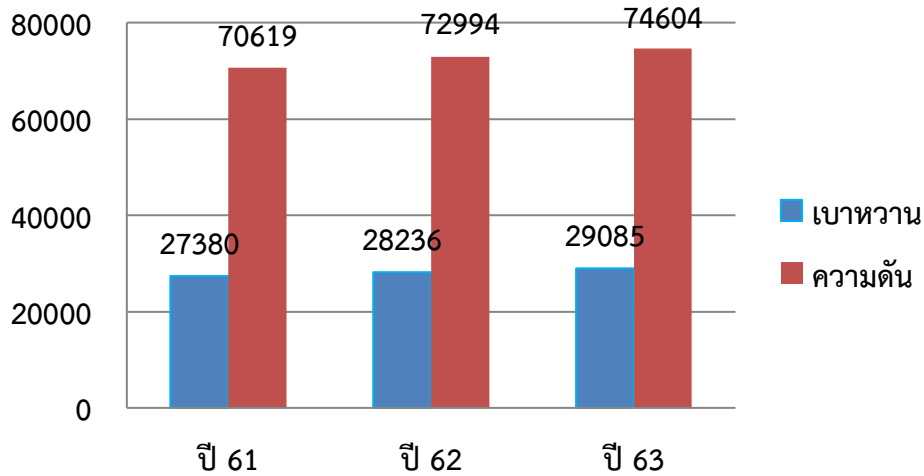


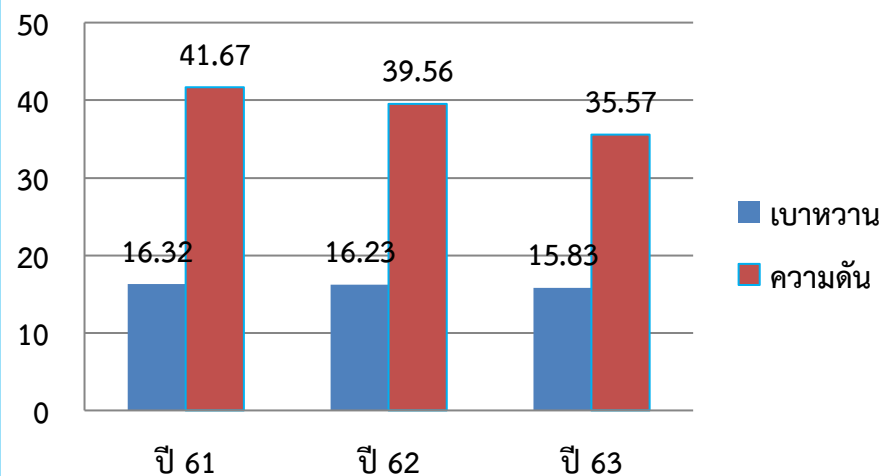


กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

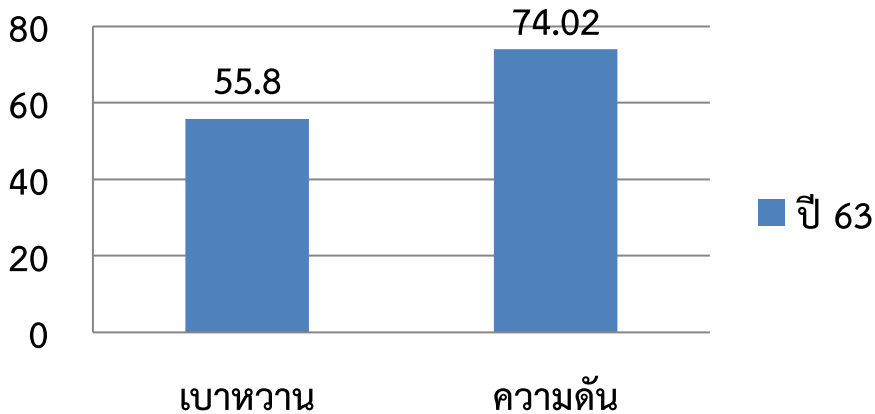
จำนวนผู้ป่วย NCD



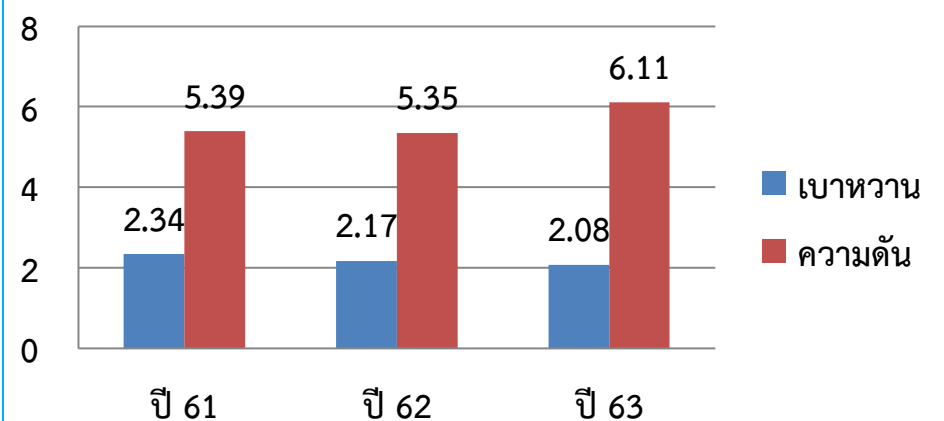
ร้อยละผู้ป่วย NCD ที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดี



ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย NCD



อัตราผู้ป่วย NCD รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง



01 : ลดผู้ป่วย NCD รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย

Kr1: กลุ่มสงสัยป่วย ได้รับการตรวจติดตาม DM \geq ร้อยละ 60 HT \geq ร้อยละ 80

Kr2: กลุ่มสงสัยป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) ร้อยละ 80

ลดผู้ป่วย NCD รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย

ระดับความสำเร็จรายเดือน

1. จัดทำทะเบียนประชาชนที่ต้องคัดกรอง, คัดกรอง
2. ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน
3. จัดทำทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วย NCD ตามเป้าหมาย
4. ทบทวน แนวทางการดำเนินงาน (CPG) และแนวทางการทำ HL ในกลุ่มสงสัยป่วย

ระดับความมั่นใจ

- 1: ลดผู้ป่วย NCD รายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วย
- Kr 1 : กลุ่มสงสัยป่วย ได้รับการตรวจติดตาม DM \geq ร้อยละ 60 HT \geq ร้อยละ 80
- Kr 2: กลุ่มสงสัยป่วย มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (HL) \geq ร้อยละ 80

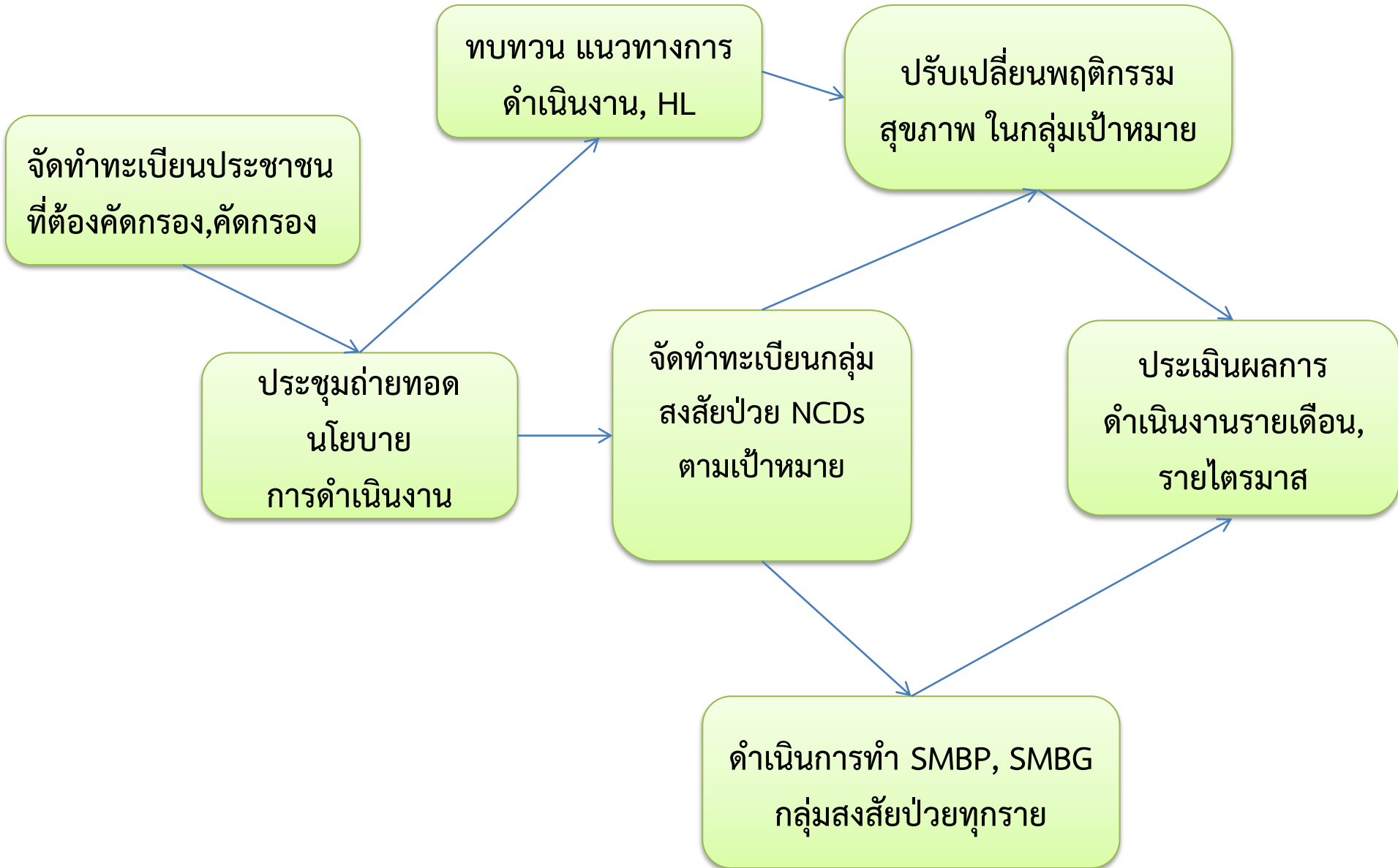
ระดับความสำเร็จรายไตรมาส

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย
2. ดำเนินการทำ SMBP, SMBG กลุ่มสงสัยป่วยทุกราย

ตัววัดด้านสุขภาพ

- ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่
- การมีส่วนร่วมของทีมงาน

01: ลดผู้ป่วย NCD รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงป่วย



O2 : ผู้ป่วย NCD มีสุขภาวะด้านสุขภาพที่ดี

Kr1: ผู้ป่วย NCD ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน \geq ร้อยละ 80

Kr2: ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ \geq ร้อยละ 40

ผู้ป่วย HT ระดับความดันโลหิตได้ \geq ร้อยละ 60

ผู้ป่วย NCD มีสุขภาวะด้านสุขภาพที่ดี

ระดับความสำเร็จรายเดือน

1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย
2. ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน
3. ทบทวน แนวทางการดำเนินงาน ตามCPG
4. ให้การบริการผู้ป่วยตามมาตรฐาน
5. มีทะเบียนผู้ป่วย Uncontrolled ส่งพบแพทย์/พยาบาล CM

ระดับความมั่นใจ

- 1: ผู้ป่วย NCD มีสุขภาวะด้านสุขภาพที่ดี
- Kr 1 : ผู้ป่วย NCD ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐาน \geq ร้อยละ80
- Kr 2 : ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ \geq ร้อยละ40
ผู้ป่วย HT ระดับความดันโลหิตได้ \geq ร้อยละ60

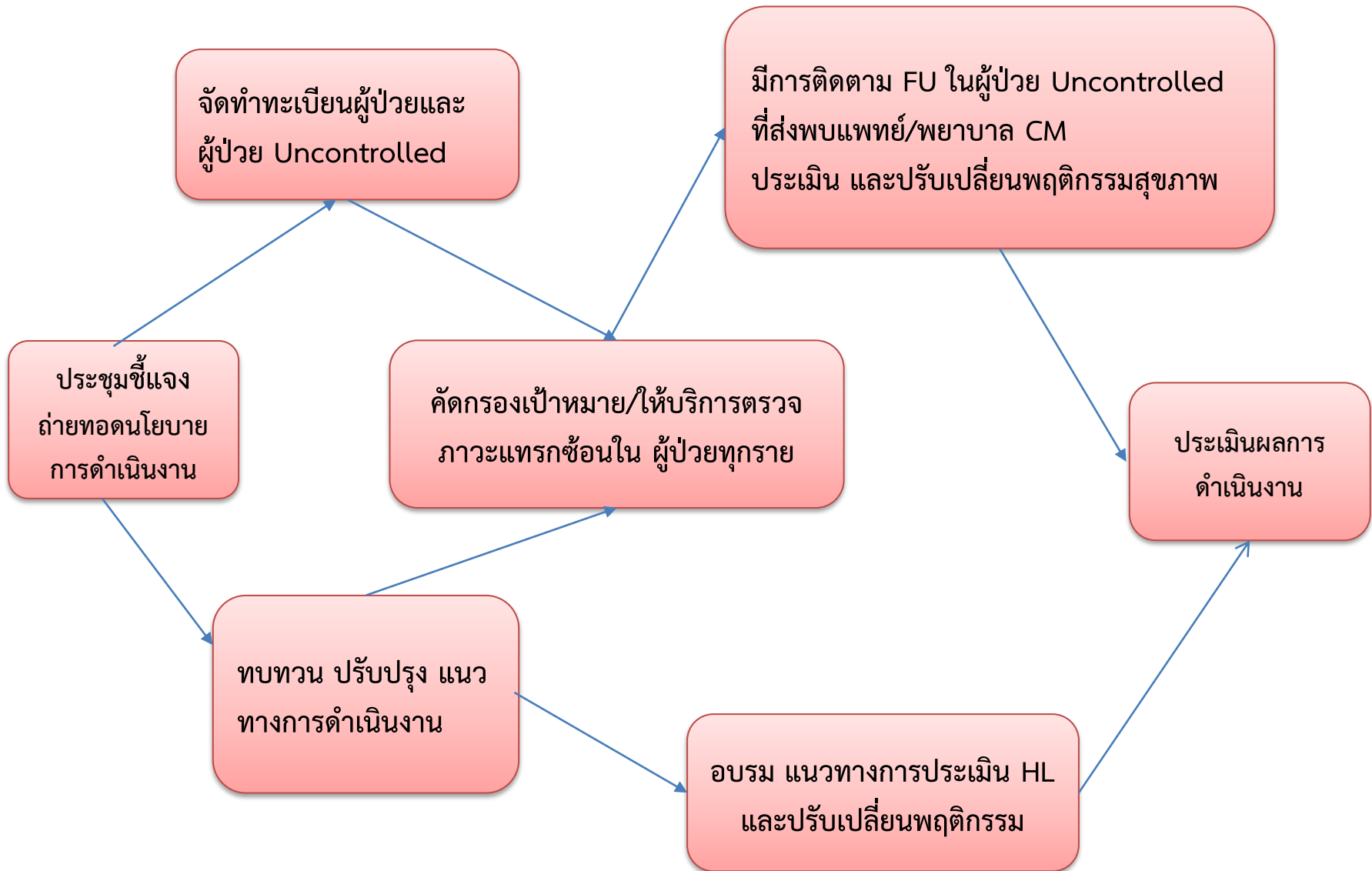
ระดับความสำเร็จรายไตรมาส

1. ดำเนินการตรวจภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า CVD risk กลุ่มเสี่ยงป่วยทุกราย
2. มีการติดตาม FU ในผู้ป่วย Uncontrolled m ที่ส่งพบแพทย์/พยาบาล CM

ตัววัดด้านสุขภาพ

- ขวัญกำลังใจของเจ้าหน้าที่
- การมีส่วนร่วมของทีมงาน
- การครอบคลุมการรักษา

O2 : ผู้ป่วย NCD มีสุขภาพด้านสุขภาพที่ดี





COPD

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

Database COPD

ตัวชี้วัด	2561	2562	2563
ร้อยละการได้รับยา ICS/LBA หรือ LAMA ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการกำเริบเฉียบพลัน	65.42	62.19	58.32
ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่ได้รับ Influenza vaccine	42.39	55.53	31.49
ร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการตรวจ PFT	40.46	53.14	77.09
ร้อยละสถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม spirometry กับ สมาคมอุรเวชช์	100 (n=10)	100 (n=14)	100 (n=14)
ร้อยละสถานบริการที่มีเครื่อง spirometer	100 (n=10)	100 (ลอง-สูงเม่น- เด่นชัย=2) (n=11)	100 (ลอง-สูงเม่น-เด่น ชัย=2) (n=11)

O:ผู้ป่วย COPD มีสุขภาวะสุขภาพชีวิตที่ดี

- Kr1: ผู้ป่วย COPD รายใหม่ได้รับการตรวจ Spirometry \geq ร้อยละ 95
- Kr2: ผู้ป่วย COPD ได้รับยา ICS/LABA, LAMA \geq ร้อยละ 90 ตามข้อบ่งชี้
- Kr 3: ผู้ป่วย COPD Assessment Test (CAT) <10 คะแนน $>$ ร้อยละ 80
- Kr4: ผู้ป่วย COPD ได้รับ Vaccine ไข้หวัดใหญ่ \geq ร้อยละ 90

O:ผู้ป่วย COPD มีสภาวะสุขภาพชีวิตที่ดี

ระดับความสำเร็จรายเดือน

1. ประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน
- 2 จัดทำ Smart plan ตามแนวทาง 2P Safety สำหรับตรวจสอบสมรรถภาพปอด
3. คัดกรองผู้ป่วย COPDโดยตรวจ Spirometer
4. ทวนสอบการใช้เครื่อง Spirometer และทวนสอบการใช้
5. CMทบทวน ปรับปรุง CPG - แนวการวินิจฉัยโรค COPD
 - การส่งต่อ การใช้ยา กลุ่ม ICS/LABA , LAMA
 - พัฒนาการจัดเก็บวัด วิเคราะห์ CAT Score Visit

ระดับความมั่นใจ

O:ผู้ป่วย COPD มีสภาวะสุขภาพชีวิตที่ดี

- Kr1: ผู้ป่วย COPD รายใหม่ได้รับการตรวจ Spirometry \geq ร้อยละ 95
- Kr2: ผู้ป่วย COPD ได้รับยา ICS/LABA, LAMA \geq ร้อยละ 90 ตามข้อบ่งชี้
- Kr 3: ผู้ป่วย COPD Assessment Test (CAT) <10 คะแนน $>$ ร้อยละ 80
- Kr4: ผู้ป่วย COPD ได้รับ Vaccine ไข้หวัดใหญ่ \geq ร้อยละ 90

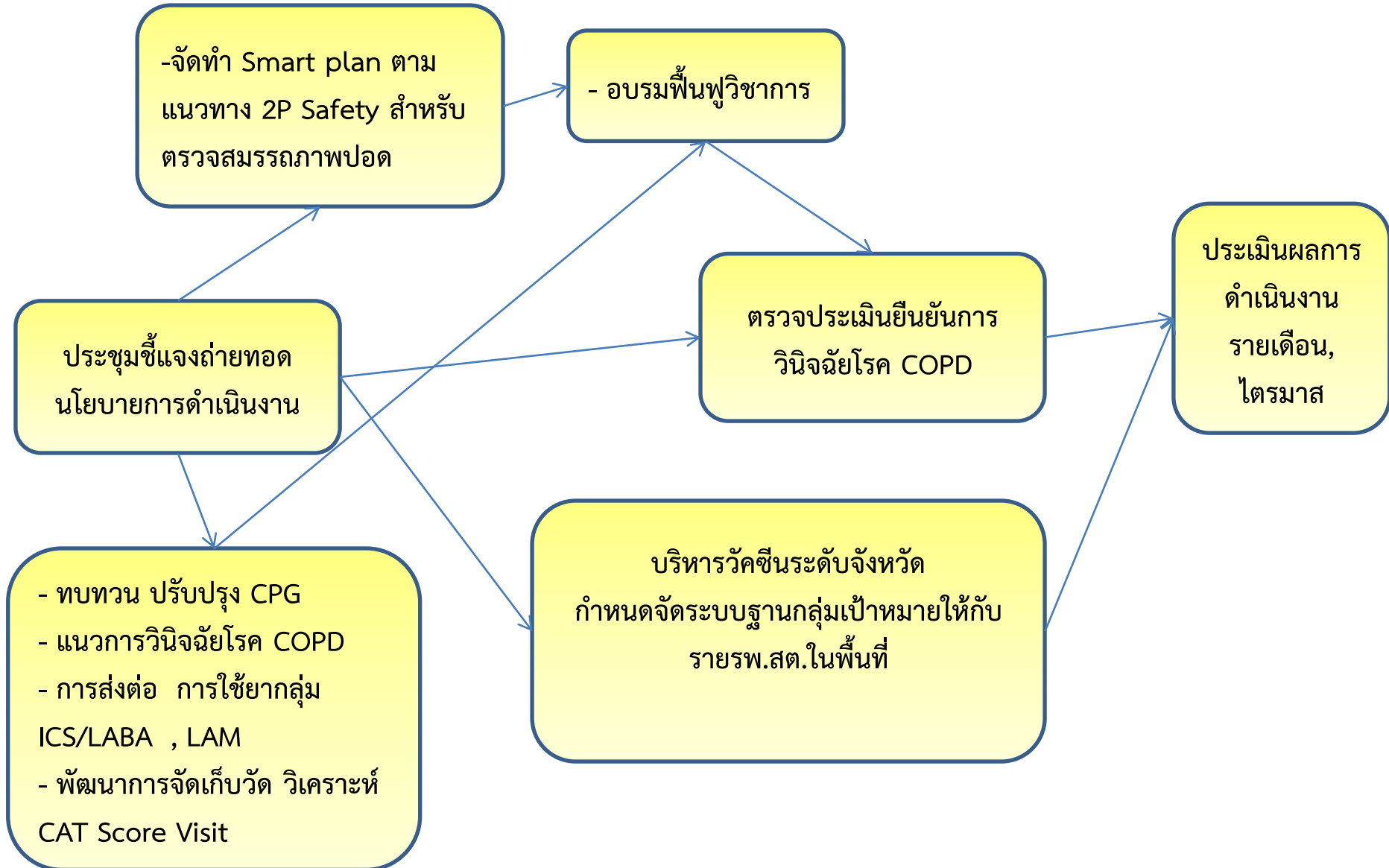
ระดับความสำเร็จรายไตรมาส

1. บริหารวัคซีนระดับจังหวัดกำหนดจัดระบบฐานกลุ่มเป้าหมายให้กับรพ.สต.ในพื้นที่
2. ให้บริการฉีดวัคซีนให้ผู้ป่วยทุกราย

ตัววัดด้านสุขภาพ

1. ความครอบคลุมการรักษา
2. ขวัญและกำลังใจในการทำงาน

01: ผู้ป่วย COPD มีสถานะสุขภาพชีวิตที่ดี





ฆ่าตัวตาย

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

Database base ฆ่าตัวตาย

ตัวชี้วัด	2561	2562	2563
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	13.90	14.08	15.95
ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	95.89	96.52	98

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

O1: การคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดสุราเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ 90%

Kr1: ผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดสุราเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆได้รับการประเมิน 3Q ร้อยละ 90

Kr2: ผู้ป่วย 3Q Positive ได้รับการประเมิน 9Q,8Q 100%

Kr3: กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย

O1: การคัดกรองความเสี่ยงในผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคทางจิตเวช ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดสุราเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ 90%

ลำดับงานสำคัญประจำเดือน

1. ประชุมชี้แจงนโยบาย ถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน
2. วิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่
3. จัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย

คาดการณ์ที่จะเกิดขึ้นในไตรมาสนี้

1. คัดกรองกลุ่มเป้าหมายตามแบบประเมิน 3Q และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายที่มี 3Q Positive และบันทึกข้อมูลการติดตามในแบบบันทึกข้อมูล
3. กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย

ลำดับความมั่นใจของ OKRs

Kr1: ผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ติดสุราเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆได้รับการประเมิน 3Q ร้อยละ 90

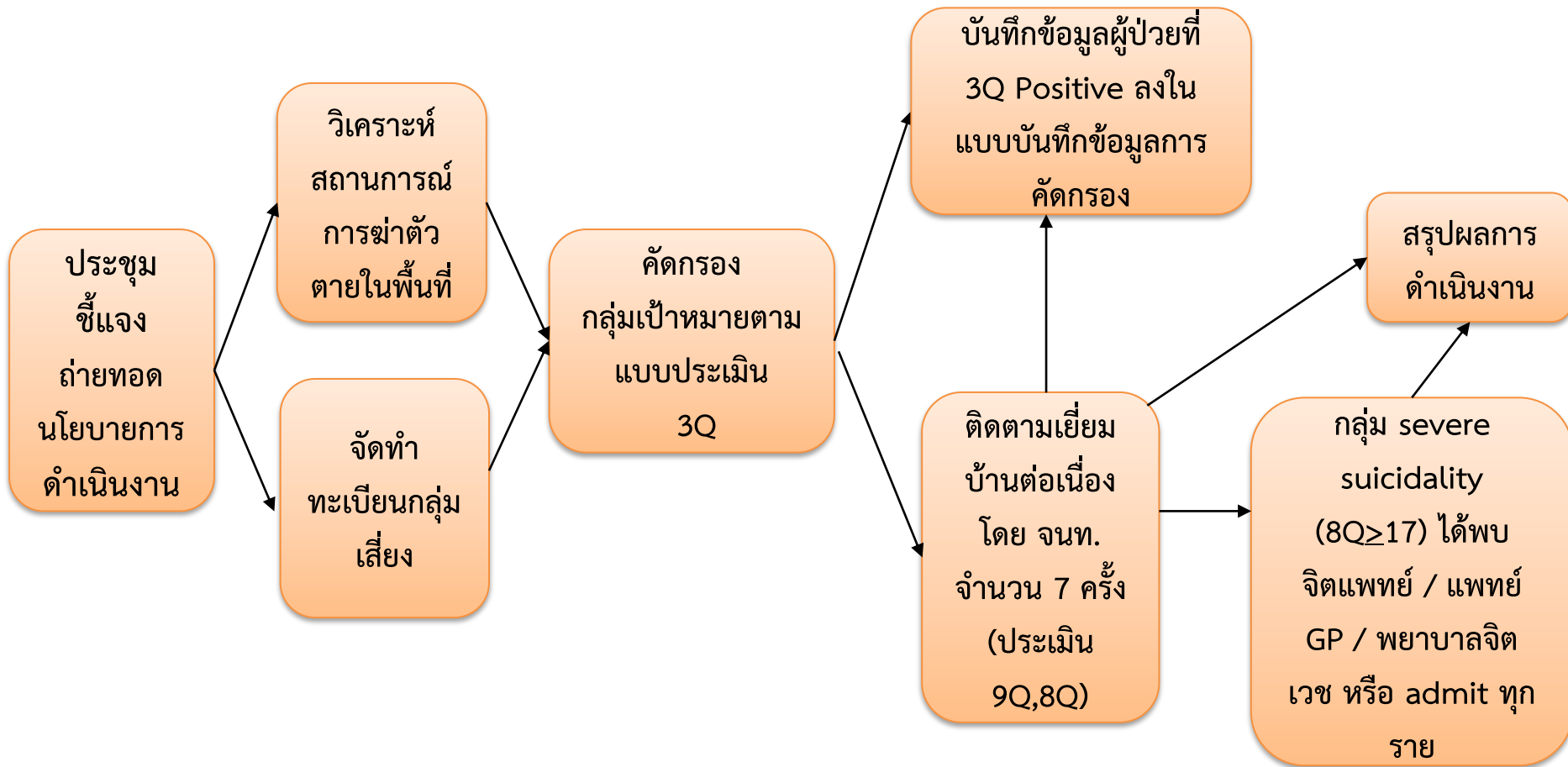
Kr2: ผู้ป่วย 3Q positive ได้รับการประเมิน 9Q,8Q 100%

Kr3: กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย

ตัววัดด้านสุขภาพ

1. ขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน
2. ความร่วมมือของทีมงานและเครือข่าย
3. รูปแบบการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลและแนวทางการส่งต่อ

แผนผังข่ายงาน



แผนผังคุมกำหนดงาน

ลำดับ	กิจกรรม												หมายเหตุ		
		ตค.63	พย.63	ธค.63	มค.64	กพ.64	มีค.64	เมย.64	พค.64	มิย.64	กค.64	สค.64		กย.64	
1	ประชุมชี้แจงนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงาน														
2	วิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายในพื้นที่และจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยเรื้อรังทางกาย ผู้ป่วยเรื้อรังทางจิต ผู้ติดสุราเรื้อรังและกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ														
3	คัดกรองกลุ่มเป้าหมายตามแบบประเมิน 3Q														
4	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ 3Q Positive ลงในแบบบันทึกข้อมูลรายบุคคลในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย														
5	ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องโดย จนท. จำนวน 7 ครั้ง (ประเมิน 9Q,8Q)														
6	ส่งกลุ่ม severe suicidality (8Q>17) พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย														
7	สรุปผลการดำเนินงาน														

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร

O2: ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ 100%

Kr1: ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตามประเมินและดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง 100%

Kr2: กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย

Kr3: ผู้นำในตำบล/อสม/แกนนำชุมชน/สมาชิกครอบครัวเสี่ยงสูง ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการจัดกิจกรรมป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 100%

O2: ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ฆ่าตัวตายซ้ำ 100%

ลำดับงานสำคัญประจำเดือน

1. ประชุมชี้แจงนโยบาย ถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน
2. วิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่
3. จัดทำทะเบียนผู้พยายามฆ่าตัวตาย

คาดเดางานที่จะเกิดขึ้นในไตรมาสนี้

1. ติดตามประเมินความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยใช้แบบประเมิน 3Q
2. ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายที่มี 3Q Positive และ บันทึกข้อมูลการติดตามในแบบบันทึกข้อมูล
3. กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย

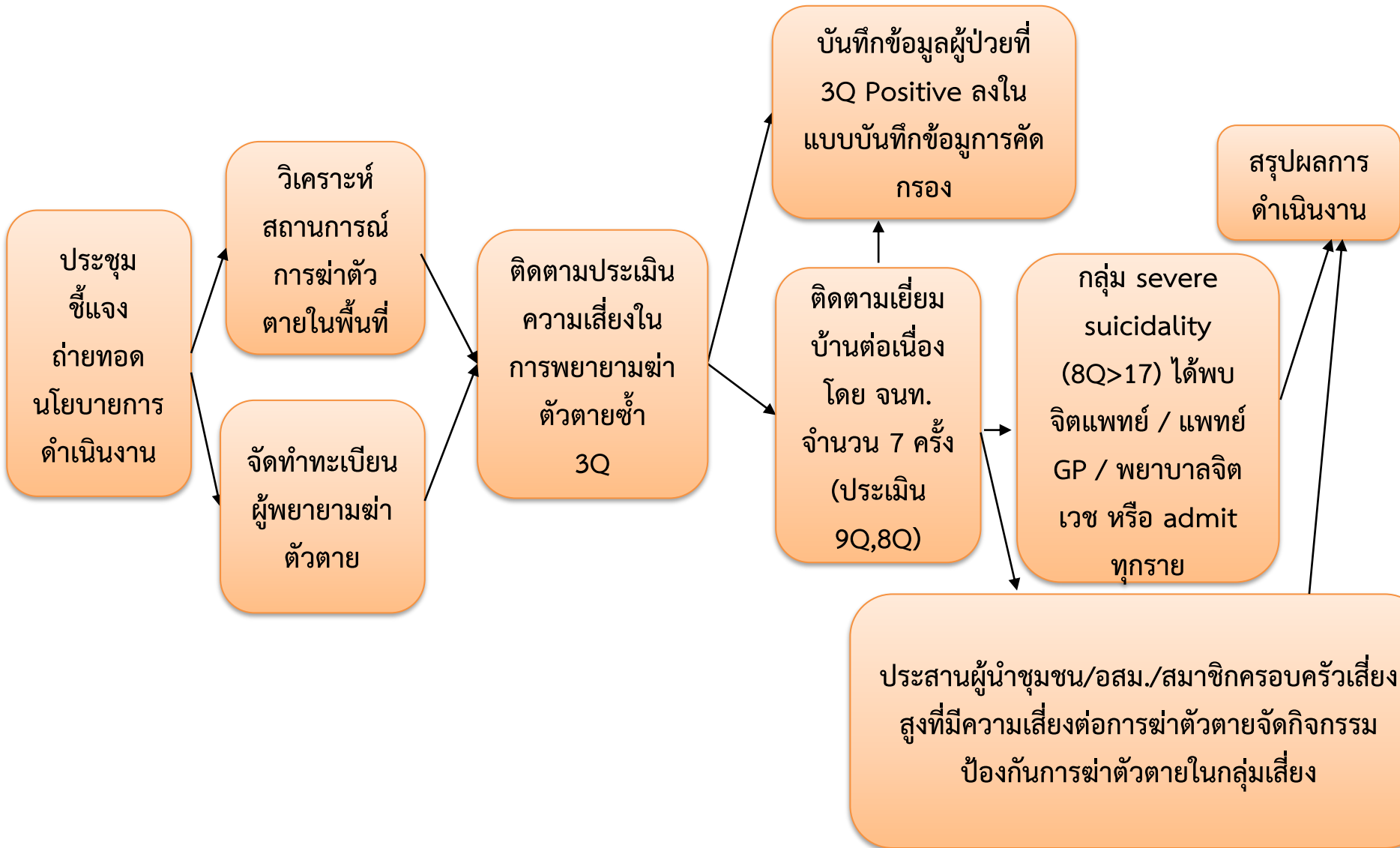
ลำดับความมั่นใจของ OKRs

- Kr1: ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับติดตามดูแลจากเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง 100%
- Kr2: กลุ่ม severe suicidality ($8Q \geq 17$) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย
- Kr3: ผู้นำในตำบล/อสม/แกนนำชุมชน/สมาชิกครอบครัวเสี่ยงสูง ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการจัดกิจกรรมป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 100%

ตัววัดด้านสุขภาพ

1. ขวัญกำลังใจผู้ปฏิบัติงาน
2. ความร่วมมือของทีมงาน เครือข่ายและชุมชน
3. รูปแบบการคัดกรอง การบันทึกข้อมูลและแนวทางการส่งต่อ
4. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่และความร่วมมือของชุมชน

แผนผังข่ายงาน



แผนผังคุมกำหนดงาน

ลำดับ	กิจกรรม												หมายเหตุ		
		ตค.63	พย.63	ธค.63	มค.64	กพ.64	มีค.64	เมย.64	พค.64	มิย.64	กค.64	สค.64		กย.64	
1	ประชุมชี้แจงนโยบาย ถ่ายทอดนโยบายแนวทางการดำเนินงาน		■												
2	วิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายในพื้นที่และจัดทำทะเบียนผู้พยายามฆ่าตัวตาย		■												
3	ติดตามประเมินความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ 3Q			■	■	■	■	■	■	■					
4	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ 3Q Positive ลงในแบบบันทึก ข้อมูลรายบุคคลในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย			■	■	■	■	■	■	■					
5	ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องโดย จนท. จำนวน 7 ครั้ง (ประเมิน 9Q,8Q)			■	■	■	■	■	■	■					
6	ส่งกลุ่ม severe suicidality (8Q>17) ได้พบจิตแพทย์ / แพทย์ GP / พยาบาลจิตเวช หรือ admit ทุกราย			■	■	■	■	■	■	■					
7	ผู้นำชุมชน/อสม./สมาชิกครอบครัวที่มีความเสี่ยงสูง ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง				■	■	■	■	■	■					
8	สรุปผลการดำเนินงาน			■			■			■			■		