**แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด รอบที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

**หัวข้อ NCD**

**จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพที่ 1**

**1. ประเด็นการตรวจราชการ**

**ตัวชี้วัดที่ 2.2** : **ร้อยละ 80 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง**

**2. สถานการณ์**

ถึงไตรมาสที่ 3 ของปี 2565 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 32,007 คน (ลดจากปี 2564 ที่มีจำนวน 35,103คน) คิดเป็น 7,366.39 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.45 (ลดจากปี 2564 ที่มีอัตราเท่ากับร้อยละ 4.37) และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 70,460 คน (ลดจากปี 2564 ที่มีจำนวน 77,928 คน) คิดเป็น 16,213.35 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.37 (ลดจากปี 2564 ที่มีอัตราเท่ากับร้อยละ 3.44) โดย 3 ไตรมาสที่ ผ่านมา ของปี 2565 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90.40 พบกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน 2,494 คน ได้รับการตรวจติดตาม ร้อยละ 53.31 พบผู้ป่วยรายใหม่ 2,889 คน ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.91 พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 13,265 ราย ได้รับการตรวจติดตามร้อยละ 72.36 พบผู้ป่วยรายใหม่7,147 คน (ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

**ตารางที่ 1** ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและพบกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2565

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **เป้าหมาย** | **คัดกรอง** | **ร้อยละ** | **สงสัยป่วย** | **ร้อยละ** |
| เมืองแพร่ | 51,756 | 47,618 | 92.0 | 429 | 0.9 |
| ร้องกวาง | 19,411 | 16,688 | 85.97 | 364 | 2.18 |
| ลอง | 22,368 | 19,299 | 86.28 | 288 | 1.49 |
| สูงเม่น | 32,241 | 29,989 | 93.02 | 745 | 2.48 |
| เด่นชัย | 13,369 | 11,960 | 89.46 | 119 | 0.99 |
| สอง | 21,327 | 19,432 | 91.11 | 69 | 0.36 |
| วังชิ้น | 19,870 | 18,064 | 90.91 | 323 | 1.79 |
| หนองม่วงไข่ | 7,748 | 6,979 | 90.07 | 157 | 2.25 |
| **รวม** | **188,090** | **170,029** | **90.4** | **2,494** | **1.47** |
| **เขต 1** | 2,298,202 | 1,973,603 | 85.88 | 24,401 | 1.24 |
| **ประเทศ** | 22,705,808 | 18,923,227 | 83.34 | 147,996 | 0.78 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**ตารางที่ 2** ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและพบกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2565

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **เป้าหมาย** | **คัดกรอง** | **ร้อยละ** | **สงสัยป่วยด้วย** | **ร้อยละ** |
| เมืองแพร่ | 41,411 | 38,911 | 93.96 | 1,788 | 4.6 |
| ร้องกวาง | 13,848 | 12,142 | 87.68 | 2,319 | 19.1 |
| ลอง | 18,522 | 16,124 | 87.05 | 2,221 | 13.77 |
| สูงเม่น | 23,815 | 22,447 | 94.26 | 2,764 | 12.31 |
| เด่นชัย | 10,112 | 9,578 | 94.72 | 387 | 4.04 |
| สอง | 16,453 | 15,873 | 96.47 | 1,510 | 9.51 |
| วังชิ้น | 15,175 | 14,220 | 93.71 | 1,455 | 10.23 |
| หนองม่วงไข่ | 5,839 | 5,590 | 95.74 | 821 | 14.69 |
| **รวม** | **145,175** | **134,885** | **92.91** | **13,265** | **9.83** |
| **เขต 1** | 1,828,681 | 1,582,752 | 86.55 | 109,545 | 6.92 |
| **ประเทศ** | 19,559,780 | 16,396,772 | 83.83 | 676,581 | 4.13 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**ตารางที่ 3** อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2565

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **ประชากรเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยรายใหม่** | **อัตราต่อแสนประชากร** |
| เมืองแพร่ | 115,466 | 861 | 745.67 |
| ร้องกวาง | 47,766 | 276 | 577.82 |
| ลอง | 53,190 | 330 | 620.42 |
| สูงเม่น | 72,567 | 588 | 810.29 |
| เด่นชัย | 34,412 | 181 | 525.98 |
| สอง | 48,645 | 282 | 579.71 |
| วังชิ้น | 45,372 | 234 | 515.74 |
| หนองม่วงไข่ | 17,162 | 137 | 798.28 |
| **รวม** | **434,580** | **2,889** | **664.78** |
| **เขต 1** | 5,870,882 | 26,846 | 457.27 |
| **ประเทศ** | 59,099,636 | 264,579 | 447.68 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**ตารางที่ 4** อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ 2565

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **ประชากรเป้าหมาย** | **ผู้ป่วยรายใหม่** | **อัตราต่อแสนประชากร** |
| เมืองแพร่ | 115,466 | 2,386 | 2,066.41 |
| ร้องกวาง | 47,766 | 699 | 1,463.38 |
| ลอง | 53,190 | 933 | 1,754.09 |
| สูงเม่น | 72,567 | 1,007 | 1,387.68 |
| เด่นชัย | 34,412 | 496 | 1,441.36 |
| สอง | 48,645 | 776 | 1,595.23 |
| วังชิ้น | 45,372 | 576 | 1,269.51 |
| หนองม่วงไข่ | 17,162 | 274 | 1,596.55 |
| **รวม** | **434,580** | **7,147** | **1,644.58** |
| **เขต 1** | 5,870,882 | 58,840 | 1,002.23 |
| **ประเทศ** | 59,099,636 | 552,851 | 935.46 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**ตารางที่ 5** ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปี 2565

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **โรคเบาหวาน** | | | **โรคความดันโลหิตสูง** | | |
| **อำเภอ** | **จำนวน** | **ควบคุมได้ดี** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ควบคุมได้ดี** | **ร้อยละ** |
| เมืองแพร่ | 9,020 | 2,383 | 26.42 | 20,948 | 6,348 | 30.3 |
| ร้องกวาง | 2,726 | 732 | 26.85 | 8,768 | 5,579 | 63.63 |
| ลอง | 3,752 | 597 | 15.91 | 8,218 | 4,700 | 57.19 |
| สูงเม่น | 6,588 | 683 | 10.37 | 15,554 | 6,511 | 41.86 |
| เด่นชัย | 2,402 | 350 | 14.57 | 6,035 | 3,252 | 53.89 |
| สอง | 3,083 | 695 | 22.54 | 8,488 | 4,057 | 47.8 |
| วังชิ้น | 2,623 | 534 | 20.36 | 7,685 | 2,873 | 37.38 |
| หนองม่วงไข่ | 1,298 | 212 | 16.33 | 3,359 | 1,723 | 51.3 |
| **รวม** | **31,492** | **6,186** | **19.64** | **79,055** | **35,043** | **44.33** |
| **เขต 1** | 331,047 | 68,475 | 20.68 | 838,271 | 367,030 | 43.78 |
| **ประเทศ** | 3,268,936 | 882,011 | 26.98 | 6,742,718 | 3,414,009 | 50.63 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

### ตารางที่ 6 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ปี 2565

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **เป้าหมาย** | **ได้รับการตรวจติดตาม** | **ร้อยละ** |
| เมืองแพร่ | 470 | 346 | 73.62 |
| ร้องกวาง | 380 | 103 | 27.11 |
| ลอง | 303 | 98 | 32.34 |
| สูงเม่น | 761 | 572 | 75.16 |
| เด่นชัย | 121 | 23 | 19.01 |
| สอง | 75 | 25 | 33.33 |
| วังชิ้น | 353 | 165 | 46.74 |
| หนองม่วงไข่ | 163 | 68 | 41.72 |
| **รวม** | **2,626** | **1,400** | **53.31** |
| **เขต 1** | 27,738 | 14,107 | 50.86 |
| **ประเทศ** | 181,471 | 93,612 | 51.59 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

### ตารางที่ 7 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ปี 2565

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **อำเภอ** | **เป้าหมาย** | **ได้รับการตรวจติดตาม** | **ร้อยละ** |
| เมืองแพร่ | 1,745 | 1,553 | 89 |
| ร้องกวาง | 2,304 | 1,477 | 64.11 |
| ลอง | 2,189 | 1,137 | 51.94 |
| สูงเม่น | 2,847 | 2,008 | 70.53 |
| เด่นชัย | 406 | 323 | 79.56 |
| สอง | 1,566 | 1,299 | 82.95 |
| วังชิ้น | 1,424 | 1,193 | 83.78 |
| หนองม่วงไข่ | 835 | 646 | 77.37 |
| **รวม** | **13,316** | **9,636** | **72.36** |
| **เขต 1** | 113,482 | 105,407 | 92.88 |
| **ประเทศ** | 750,856 | 676,972 | 90.16 |

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 28 มิ.ย.65)

**4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม**

1. ประเด็นเรื่องการบูรณาความร่วมมือในการทำงานกับภาคีเครือข่ายในชุมชน หน่วยงานอื่นในภาครัฐ อย่างหน่วยงานสถานศึกษา ท้องถิ่น ปกครอง ร้านค้า และเอกชน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- ประเด็นนี้ กลุ่มงาน NCD ได้เริ่มบูรณาการการทำงานร่วมกับกลุ่มงานปฐมภูมิ เพื่อเข้าถึงแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนอย่าง อสม. ให้มากยิ่งขึ้น โดยร่วมประชุมหารือพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิเชื่อมกับประเด็นNCD (Phrae model)ใน PCUต้นแบบทั้ง 14 แห่ง ของจ.แพร่ ในประเด็น 6 กลยุทธ์ อาทิ การสร้างนโยบายสาธารณะของแต่ละชุมชน เช่น กิจกรรม ลดหวาน ลดเค็ม ลดเหล้าในงานศพ ที่ PCU ต้นแบบ อ.สอง กิจกรรมร้านกาแฟอ่อนหวานลดราคา 5 บาท ในพื้นที่ PCU ต้นแบบ อ.วังชิ้น และกิจกรรมจำหน่ายผักปลอดสารพิษและออแกนิคเพื่อสุขภาพที่กาดขี้เมี่ยง ในพื้นที่ PCU ต้นแบบ อ.ลอง)

2. ประเด็นเรื่องความครอบคลุมเพียงพอของอุปกรณ์และบุคลากรผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค NCD

- ประเด็นความครอบคลุมเพียงพอของอุปกรณ์ประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น เครื่องความดันโลหิต เครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด และเครื่องวัดความเค็มในอาหาร จากการสำรวจอุปกรณ์(ใช้เกณฑ์ อสม. 7 คน/อุปกรณ์ 1 เครื่อง) พบว่าจังหวัดแพร่ยังมีอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ จึงขอจัดสรรเพิ่มจาก ล้านนา 2 มาเพิ่มเติม ร่วมกับ แนะนำให้พื้นที่ขอจัดสรรงบจัดซื้อจากท้องถิ่นร่วมด้วย

- ประเด็นบุคลากรผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน ได้สนับสนุนการทำงานของหมอคนที่ 1/อสม. ร่วมดูแลสุขภาพคนในชุมชน ผ่านรูปแบบ Health station ของชุมชนเช่น ที่ ร้านค้า วัด กิจกรรมวันสำคัญของชุมชนเช่นวันเงินล้าน ประเมินสุขภาพเบื้องต้น แจ้งผล ให้ชาวบ้านรู้ข้อมูลสุขภาพ รู้ความเสี่ยงเพื่อการปรับพฤติกรรมตนเอง รู้จักการบันทึกติดตามข้อมูลสุขภาพ ทั้งแบบ Analog และ digital (App H4U /Smart อสม./หมอพร้อม) นอกจากนี้ยังริเริ่มสร้าง Health Coach ประจำชุมชน จาก บ.ว.ร. มาช่วยสร้าง Health literacy กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ในโครงการนำร่องคือ โครงการสธทศ.เด่นชัย จ.แพร่ และยังมีการนำรูปแบบ care process based on Digital transformation อย่างโปรแกรม telemedicine มาริเริ่มใช้ใน 14 PCU นำร่องของจังหวัดแพร่ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงกระบวนการรักษาของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมีความยากลำบากในการเข้ารับบริการ ในรพช.

3. ประเด็นงบประมาณการดำเนินงาน มีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายล่าช้า ส่งผลต่อการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานโครงการในระดับพื้นที่ขาดกำลังใจในการทำงาน

**5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| 1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง  Pre – DM / Pre - HT  มีจำนวนมากทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครอบคลุมทุกคน บางคนปฏิเสธให้ความร่วมมือ | **-** สร้างความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนให้กับประชาชน สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุคคลโดยครอบครัวและชุมชน รวมถึงภาคีเครือข่าย (โรงเรียน โรงงาน อบต. สถานบริการภาครัฐ /เอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการลดปัจจัยเสี่ยง DM / HT ช่วยจัดกิจกรรม หรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ รวมถึงการติดตามข้อมูลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง  - พัฒนารูปแบบกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ น่าสนใจ เห็นผลได้จริงมากขึ้น | - ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาโรคNCDs บูรณาการการมีส่วนรวมแก้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมายมาตั้งแต่ระดับกระทรวง ทบวง กรม ในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ไม่เห็นว่าโรคNCDsเป็นเรื่องของปัจเจก)  - เร่งพัฒนาบุคลากร(หมอคนที่3) สนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ ให้เพียงพอสำหรับการดำเนินงานในระดับชุมชน (หมอคนที่1และ2) เชิงรุกเพิ่มมากขึ้น |
| 2. ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม | **-** ส่งเสริมการจัดบริการตรวจคัดกรอง  ภาวะแทรกซ้อนให้ครอบคลุมมากขึ้น  - การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง | - พัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ  - จัดหางบประมาณ และบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน |

**6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย**

1. เร่งพัฒนาบุคลากร(หมอคนที่3)ในการสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิด้าน NCDs

2. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเองรวมถึงการมีกลุ่มสนับสนุนที่ดีในชุมชน เช่นครอบครัว เพื่อนบ้าน อสม. ให้สามารถรับแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมต่อข้อมูล นำไปสู่การปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งกลุ่มสงสัยป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เป็นไปได้จริง

3. สนับสนุนรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาโรคNCDs กระตุ้นส่งเสริมบูรณาการการมีส่วนรวมแก้ปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย มาตั้งแต่ระดับกระทรวง ทบวง กรม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ไม่เห็นว่าโรคNCDsเป็นเรื่องของปัจเจก)

4.สนับสนุนการดำเนินงานTelemedicine โดยการสนับสนุน Hardware Software บุคลากร อุปกรณ์ ระเบียบสั่งการที่เป็นเชิงประจักษ์ชัดเจน ปลอดภัยกับทุกฝ่าย

**7. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

สร้าง Health Coach ประจำชุมชนจากกลุ่มชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน มาช่วยสร้าง Health literacy กระตุ้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ในโครงการ สร้างสุขภาพดี วิถีใหม่ วิถะรรม วิถีไทย วิถีเศรษฐกิจพอเพียง อ.เด่นชัย จ.แพร่

ผู้รายงาน น.ส.ศุทธินี รุจิระพงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วัน/เดือน/ปี วันที่ : 28 มิ.ย.65

โทร : 0804950099 E-mail : Aomi\_ko@hotmail.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **• ประเด็นตัวชี้วัดร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จ.แพร่** | | | | | | | | | | | | | | |
| **(ที่ไตรมาส 3/2565 ข้อมูล 30 มิ.ย. 2565)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **อำเภอ** | **จำนวนผู้ป่วยDMทั้งหมดในพื้นที่** | **จำนวนผู้ป่วยDMที่มารับบริการ** | **% จำนวนผู้ป่วยDMที่มารับบริการ จากผู้ป่วยทั้งหมดในพื้นที่** | **จำนวนผู้ป่วยDMที่ได้เจาะHbA1c** | **%เจาะHbA1CจากDMที่มารับบริการ** | **%เจาะHbA1CจากDMทั้งหมด** | **จำนวนผู้ป่วยDMที่เจาะHbA1cแล้วผลปกติ** | **%เจาะHbA1CปกติจากDMที่ได้เจาะA1C** | **%เจาะHbA1CปกติจากDMทั้งหมดในพื้นที่** | **จำนวนผู้ป่วยDMที่เจาะFPG** | **(%เจาะFPGจากDMที่มารับบริการ)** | **จำนวนผู้ป่วยDMที่เจาะFPGแล้วผลปกติ** | **%เจาะFPGผลปกติจากDMที่เจาะFPG** | **%เจาะFPGผลปกติจากDMทั้งหมดในพื้นที่** |
|
| **เมือง** | **9,019** | 9017 | **100%** | **4,945** | **55%** | **55%** | **2,385** | **48%** | **26%** | 4944 | **55%** | 2387 | **48%** | **26%** |
| **ร้องกวาง** | **2,726** | **1,612** | **59%** | **1,608** | **100%** | **59%** | **732** | **46%** | **27%** | **1,612** | **100%** | **798** | **50%** | **29%** |
| **ลอง** | **3,752** | **3,264** | **87%** | **1,307** | **40%** | **35%** | **597** | **46%** | **16%** | **3,264** | **100%** | **1,965** | **60%** | **52%** |
| **สูงเม่น** | **6,587** | **4479** | **68%** | **1416** | **32%** | **21%** | **683** | **48%** | **10%** | **4479** | **100%** | **2044** | **46%** | **31%** |
| **เด่นชัย** | **2,402** | **1566** | **65%** | **839** | **54%** | **35%** | **350** | **42%** | **15%** | **1566** | **100%** | **992** | **63%** | **41%** |
| **สอง** | **3,082** | **2212** | **72%** | **1252** | **57%** | **41%** | **694** | **55%** | **23%** | **2086** | **94%** | **942** | **45%** | **31%** |
| **วังชิ้น** | **2,585** | **2,585** | **100%** | **579** | **22%** | **22%** | **315** | **54%** | **12%** | **1,873** | **72%** | **702** | **37%** | **27%** |
| **นมข.** | **1,298** | **1125** | **87%** | **317** | **28%** | **24%** | **212** | **67%** | **16%** | **1125** | **100%** | **524** | **47%** | **40%** |
| **รวม** | **31,451** | **25,860** | **82%** | **12,263** | **47%** | **39%** | **5,968** | **49%** | **19%** | **20949** | **81%** | **10354** | **49%** | **33%** |

### อภิปรายประเด็น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

**หมายเหตุ**

1.จังหวัดแพร่มีแนวทางในการจัดการผู้ป่วยว่าเป็น **DM ที่ control ได้** หรือไม่ 2 แนวทาง คือ

- แนวทางที่ 1 ใช้การเจาะHbA1c แล้วผลปกติ เป็นการยืนยัน DM ที่ control ได้ คือ รพ.แพร่

- แนวทางที่ 2 ใช้การเจาะ FPG เป็นเกณฑ์ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน หากผลปกติ 2 ครั้ง จึงส่งเจาะHbA1c (ซึ่งหาก HbA1c ผลปกติ จะเป็นการยืนยันว่าเป็น DM ที่ control ได้ )

คือ รพ. แห่ง ที่เหลือ คือ ร้องกวาง ลอง สูงเม่น เด่นชัย สอง วังชิ้น หนองม่วงไข่ วิธีส่งตรวจ HbA1c ในการยืนยันผู้ป่วย DM control /// ส่วนค่า FBS ที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการควบคุมเบาหวานคือ 70-130 mg/dl และใช้ผลน้ำตาลล่าสุดที่มารับบริการในสถานพยาบาลเป็นตัววัด ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

แนวทางการจัดการกรณีพบผู้ป่วย DM ที่ control ไม่ได้ (DM ที่ control ได้ หมายถึงผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ HbA1c กรณีไม่มีโรคร่วม นั้น ≤7 **,**ระดับ HbA1c กรณีมีโรคร่วม นั้น ≤8**,** ระดับ FPG 70-130 mg/dl)

**1.ผู้ป่วยรายใหม่**

- ผู้ป่วยDM รายใหม่ ส่งพบพยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับโรค โรคแทรกซ้อนและการดูแลตนเอง

**2.ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด <70mg%**

- FBS ≤70mg% เจาะ DTX ซ้ำถ้ายัง ≤ 70mg% ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Hypoglycemia ทบทวนพฤติกรรมให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการและแก้ไขภาวะน้ำตาลต่ำด้วยตัวเองที่บ้าน

**3.ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด สีเขียว(<125mg%)**

-

**4.ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด สีเหลือง(126-153 mg%)**

-FBS 126-153 mg% แจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือดและ brief education คร่าวๆที่โต๊ะหน้าห้องตรวจพร้อมทั้งแจ้งนัดหมายครั้งต่อไป โดยทีมมีพยาบาล เภสัชกร และนักโภชนากรมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**5.ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด สีส้ม(154-182 mg%)**

- FBS 154-182 mg% แจ้งผลระดับน้ำตาลในเลือดและ brief education คร่าวๆที่โต๊ะหน้าห้องตรวจพร้อมทั้งแจ้งนัดหมายครั้งต่อไป โดยทีมมีพยาบาล เภสัชกร และนักโภชนากรมาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

**6.สีผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด แดง(> 183 mg%)**

-FBS 183-299 mg% (ระดับน้ำตาลสีแดง) พบพยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อทบทวนพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง แจ้งการนัดหมายและร่วมตกลงสร้างความคาดหวังผลระดับน้ำตาลที่ใกล้เคียงปกติครั้งต่อไป ติดตามผลระดับน้ำตาลครั้งต่อไป ชื่นชมถ้าผลระดับน้ำตาลดีขึ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับสมดุลการรับประทานอาหาร และยา เพื่อคงระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติอยู่เสมอ หากผลระดับน้ำตาลยังคงเดิมหรือแย่ลง ส่งพบพยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อทบทวนพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องอีกครั้ง

**7.ผู้ป่วยระดับน้ำตาลในเลือด ≥300 mg%**

-FBS ≥300mg% ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Hyperglycemia ส่งฉีด RI ที่ ER เจาะ DTX หลังฉีดยา 1ชั่วโมง ระหว่างรอเจาะเลือดซ้ำ พบพยาบาลให้คำปรึกษาเพื่อทบทวนพฤติกรรมและเสริมสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง

**โอกาสพัฒนา** จะนำกลุ่ม FBS 154-182 mg% มาเข้ากลุ่มปรับพฤติกรรม เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกือบจะคุมระดับน้ำตาลได้ดีแล้ว หากมีการช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจ ผลลัพท์น่าจะดีขึ้น (หากมีเจ้าหน้าที่เพียงพอ)

**ปัญหา/อุปสรรค และการจัดการเรื่อง การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค** | **กิจกรรม/แนวทางพัฒนา** |
| **1.การระบาดของโรคโควิด-19** ทำให้ผู้ป่วยขาดการกระตุ้นการปรับพฤติกรรมโดย จนท.หรือขาดการติดตามปัญหา  **2. ในผู้ป่วยติดเตียง มา รพ.ไม่ได้ (มีญาติมาขอรับยาเดิมแทนโดยเจาะDTX ปลายนิ้วมา) มารับยาเดิมไปที่รพ.สต.**เพื่อลดความแออัดในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ทำให้ ขาดการติดตามระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง ไม่update ระดับน้ำตาลอาจเปลี่ยนแปลงแต่ไม่ถูกdetect หรือมีการคุมอาหารให้ระดับน้ำตาลปกติชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยคุมน้ำตาลไม่ได้อย่างแท้จริง บางคนไม่ถูกส่งตรวจ HbA1c บางรายเมื่อมียาเดิมแล้ว ได้ออกนอกพื้นที่ไปอาศัยหรือไปทำงาน ตจว. แล้วไปรับยานอกระบบ ผู้ป่วย DM จึงไม่ได้ตรวจA1C ทุกราย | 1.ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้หรือมีปัญหาซับซ้อนระหว่างเครือข่ายเพื่อดูแลต่อเนื่อง  2.มีช่องทางปรึกษาระหว่างเครื่อข่าย ทางไลน์ โทรศัพท์  3.มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพในสถานบริการ  4.สรุปปัญหารายบุคคล และติดตามปัญหาในนัดต่อไปโดยพยาบาลที่รับผิดชอบ  5.มีการติดตามระดับน้ำตาล โดย จนท.รพ.สต./อสม./ Self management ส่งผลให้ผู้รับผิดชอบเพื่อให้แพทย์พิจารณาปรับแผนการรักษา  6.ให้ รพ.สต.ประสานแจ้งผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ตรวจ HbA1c ให้มาตรวจที่รพ.หรือให้ จนท.เจาะเลือดผู้ป่วยมาส่งตรวจแทน  7.ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มารพ.ให้ได้รับการตรวจ HbA1c |