

โครงการการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเบญพาด อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

นางทิพวันย์ เทียรณโรจน์

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)

หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเบญพาด อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ดูแลประชากรในพื้นที่ 10 หมู่บ้านจำนวน 4,144 คน มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 178 ราย โรคความดันโลหิตสูง 223 ราย อัตราความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 4.29 โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 5.38 และมีอัตราอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวานเท่ากับร้อยละ 0.29 โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับร้อยละ 0.34 ตามลำดับ ในด้านการควบคุม ฝ้าระวังโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง รพ.สต.บ้านเบญพาดได้ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มเสี่ยงคืออายุ 35 ปีขึ้นไปจากเป้าหมาย 1,565 คน ดำเนินการตรวจคัดกรองได้ทั้งสิ้น 1,319 คนคิดเป็นร้อยละ 84.28 ซึ่งผลจากการตรวจคัดกรองพบว่า มีผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานคือ มีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100 – 125 mg% จำนวน 446 คนคิดเป็นร้อยละ 33.81 และพบว่า มีผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงโดยมีค่า Systolic BPอยู่ในช่วง 120 – 139 mmHgและ/หรือ Diastolic BPอยู่ในช่วง 80-89 mmHg จำนวน 506 คน คิดเป็นร้อยละ 38.36 ของจำนวนคนที่ได้รับการตรวจคัดกรองทั้งหมด ซึ่งจากการวิเคราะห์บริบทของรพ.สต.บ้านเบญพาดพบว่า มีการจัดคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพียงเดือนละ 1 ครั้ง (ทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน)โดยมีทีมสุขภาพจากรพ.เจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวนมาร่วมให้บริการ นำโดยแพทย์ GP 1 คน ซึ่งการจัดแพทย์ลงปฏิบัติงานในรพ.สต.ของรพ.เจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน จะจัดแพทย์ให้ประจำรพ.สต.แต่ละแห่ง (ทั้งอำเภอมี 9 รพ.สต.แต่มีแพทย์ลงปฏิบัติงานเพียง 4 แห่ง) ในวันที่แพทย์ไม่ได้ออกปฏิบัติงานที่รพ.สต.เมื่อมีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องพบแพทย์ จะได้รับการส่งต่อไปยังรพ.เจ้าคุณไพฑูริย์ พนมทวน ซึ่งมีแพทย์ทั้งหมด 5 คน เป็นแพทย์ GP ทั้งหมด โดยรพ.จะเปิดบริการคลินิกความดันโลหิตสูงในวันจันทร์ ,อังคารและเปิดบริการคลินิกเบาหวานในวันพุธ,พฤหัสบดี ทั้งนี้โดยส่วนใหญ่ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไปจากรพ.สต.เมื่อไปถึงรพ.มักจะถูกส่งต่อไปให้แพทย์ที่ประจำรพ.สต.แห่งนั้นๆเป็นผู้ดูแล การออกปฏิบัติงานของทีมสุขภาพจากรพ.พนมทวนนอกจากแพทย์แล้ว ทีมที่มาร่วมให้บริการ ได้แก่ เกษัชกร 1 คน เจ้าหน้าที่พนักงานเกษัช 1 คน ส่วนที่เหลือเป็นทีมสุขภาพของรพ.สต.บ้านเบญพาด ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 2 คน นักวิชาการ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คนและอสม.จิตอาสา 4-5 คนให้บริการทั้งผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเฉลี่ยเดือนละ 80-100 คน การตรวจภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงจะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปีละ 1 ครั้ง โดยจนท.รพ.สต.จะมีจดหมายนัดผู้ป่วยให้มาเจาะเลือด เก็บปัสสาวะที่รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้นำส่งรพ.พร้อมนำผลที่ได้มาลงในประวัติผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการตรวจเท้าปีละ 1 ครั้งด้วย monofilament และได้รับการตรวจตาเมื่อมีโครงการตรวจตาของรพ. หรือองค์กรเอกชน โดยเฉลี่ยปีละ 1 ครั้ง การตรวจ CXR , EKG จะทำในรายที่แพทย์มี

ใบส่งตัวไปตรวจที่รพช.เท่านั้น ผู้ป่วยรายที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี แพทย์จะส่งกลับไปรับยาที่ รพช. ส่วนผู้ป่วยที่อยู่รพช.เมื่อควบคุมโรคได้สามารถขอแพทย์ที่รพช. กลับมารับยาที่รพ.สต.ได้โดยทำหนังสือ refer กลับมา สำหรับผู้ป่วยที่ขาดนัด จนท.รพ.สต.จะใช้การโทรศัพท์ติดตาม หรือให้หอสม.ติดตามมารับยา และนัดให้มาพบแพทย์ในเดือนต่อไป

จากข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ ทั้ง 80 ราย พบว่าในผู้ป่วยเบาหวาน 30 ราย มีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย DM with HT with DLP จำนวน 19 คน, DM with HT จำนวน 6 คน, DM with HT with DLP with IHD จำนวน 1 คน , DM with HT with Gout จำนวน 1 คน ,DM with DLP จำนวน 1 คนและ DM with HT with DLP with CRF จำนวน 2 คน มี FBS อยู่ในช่วง 130 -180 mg% จำนวน 10 ราย (33.33%) มี FBS >180 mg% จำนวน 11 ราย (36.67%) อยู่ในกลุ่ม Uncontrolled DM (HbA1C >7) จำนวน 25 ราย (83.3%) ,มีผลตรวจ Cholesterol > 170 mg% จำนวน 23 คน(76.67%),ผลตรวจ Triglyceride > 150 mg% จำนวน 20 คน (66.67%),ผลตรวจ LDL > 100 mg% จำนวน 16 คน (53.33%)Uncontrolled Systolic BP(SBP>130mmHg) 21 ราย (70.00%) และUncontrolled Diastolic (DBP>80mmHg) จำนวน 12 ราย (40%), CKD stage 3 (GFR = 30 - 59 ml/min/1.73m²) จำนวน 20 ราย (66.7%) CKD stage 4 (GFR = 15-29 ml/min/1.73m²) จำนวน 3 ราย (10%) ยังไม่ได้รับการตรวจตาประจำปีนี้ทั้ง 30 ราย (100%)ซึ่งใน 30 รายเคยตรวจตาในปีที่ผ่านมา 18 รายผลปกติทั้ง 18 ราย ได้รับการตรวจเท้าแล้ว 25 ราย (83.33%) พบเท้าผิดปกติ 6 ราย (Bunion=5,Caw toe=1) ตรวจ monofilamentผลผิดปกติ 1 ราย ยังไม่ได้รับการตรวจเท้า 5 ราย (16.66%) ด้านปัจจัยเสี่ยงที่พบ ได้แก่ มีค่าดัชนีมวลกาย เกินเกณฑ์มาตรฐาน(ค่า BMI>23) 16 คน(53.33 %) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ จำนวน 1 คน (3.3%) ดื่ม Alcohol จำนวน 2 คน (6.7%) ออกกำลังกายน้อยกว่าเกณฑ์/ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 28 คน (93.33%) มีพฤติกรรมกินยาไม่ตรงตามเวลาและกินยาไม่ครบตามแพทย์สั่ง 7 ราย (23.3%)

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนผู้ป่วย 30 ราย มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วม ได้แก่ HT with DLP จำนวน18 ราย HT with DLP with CRF 1 ราย, HT with IHD จำนวน 1 ราย, HT with DLP with gout จำนวน 1 ราย , HT with DLP with CRF with BPH จำนวน 1 ราย เข้าถึงบริการการตรวจ Lab ตามมาตรฐาน(FBS, Lipid Profile, Cre, Uric acid, Urine protine)ครบ 30 ราย (100%) ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (SBP>130mmHg) 26 ราย (86.67.00%) และUncontrolled Diastolic (DBP>80mmHg) จำนวน 17 ราย (20%), % , มีFBS > 125 mg% จำนวน 3 ราย (30%) มีFBS 100-125 mg% จำนวน 11 ราย (36.67%) มี FBS ≥126 mg% จำนวน 18 ราย (60.00%) FBSเฉลี่ย 120 mg% CKD Stage 3 (GFR = 30 - 59 ml/min/1.73m²) จำนวน 23 ราย (76.7%) ,มีCKD stage 4 (GFR = 15-29 ml/min/1.73m²) จำนวน 3 ราย (10%) HT ,มีผลตรวจ Cholesterol ≥ 170 mg% จำนวน 26 คน ,ผลตรวจ Triglyceride > 150 mg% จำนวน 12 คน ,ผลตรวจ LDL > 100 mg% จำนวน 12 คน มีค่า BMIเกินเกณฑ์มาตรฐาน(ค่า BMI>23) 19 ราย (63.33%) และมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การสูบบุหรี่ จำนวน 1 ราย (3.3%) ดื่ม Alcohol จำนวน 2 ราย (6.7%) ออกกำลังกายน้อยกว่าเกณฑ์คือออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งและออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์ /ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 28 ราย(93.30%) มีพฤติกรรมกินยาไม่ครบตามที่แพทย์สั่งจำนวน 4 ราย (13.3%)

สำหรับในกลุ่มก่อนป่วยเบาหวานจำนวน 10 ราย พบว่า มีรอบเอวเกิน(ชาย ≥ 90 cms.,หญิง ≥ 80 cms.) จำนวน 8 คน (80%) มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่า BMI >23) เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 7 คน (70 %) มีFBS > 125 mg% จำนวน 2 ราย (20%) มีFBS 100-125 mg% จำนวน 8 ราย (80%) มี FBS เฉลี่ย 120 mg% (Min=101mg%, Max=172 mg%) และมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่า30 นาทีต่อครั้งและออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์/ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 10 คน (100%) และในกลุ่มก่อนป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 10 ราย พบว่า มีรอบเอวเกิน(ชาย ≥ 90 cms.,หญิง ≥ 80 cms.) จำนวน 6 คน(60%) มีค่า BMI เกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่า BMI >23) จำนวน 5 คน (50 %) (ชาย 1 คน หญิง 4 คน) มี SBP > 140 mmHg จำนวน 7 คน (70%) มีSBP 120-139mmHg จำนวน 3 คน (30%) มี DBP > 90 mmHg จำนวน 5 คน (50%) มีDBP 80-89 mmHg จำนวน 5 คน ระดับ SBP เฉลี่ย 141 mmHg (min=130mmHg, max=150mmHg) ระดับ DBP เฉลี่ย 88 mmHg (min=84mmHg, max=92mmHg) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 1 ราย (10%) มีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2 ราย (20%) และการออกกำลังกายน้อยกว่าเกณฑ์คือออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้งและออกกำลังกายน้อยกว่า 3 วันใน 1 สัปดาห์/ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 10 คน (100%) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ถึงบริบทชุมชนของรพ.สต.บ้านเบญจพาดแล้ว พบว่า ประชาชนนิยมการซื้ออาหารสำเร็จรูปจากตลาดนัด ซึ่งมีทุกวัน อาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารหวาน มัน เค็ม ประกอบกับการขาดการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย จึงส่งผลต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดการให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองในด้านต่างๆ อาทิ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้องตามเวลาและขนาดของยา รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจะช่วยควบคุมโรคได้ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงลดการเกิดโรคร่วม ดังนั้น หากมีการจัดการให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยได้รับการจัดการรายกรณีตามมาตรฐานและความจำเป็นที่ควรได้รับ ย่อมเกิดการควบคุมโรคที่ดี ลดการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ตลอดจนช่วยให้การใช้ทรัพยากรทางสุขภาพเป็นไปตามความจำเป็น คุ่มค่า และเหมาะสม

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อให้กลุ่มก่อนป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถเข้าถึงการคัดกรอง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและได้รับการจัดการให้เข้าถึงการวินิจฉัยและการส่งเสริม ป้องกันการเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความจำเป็นในการรับบริการสุขภาพการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการได้รับการติดตาม และส่งต่อตามความจำเป็น
- 3.เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการจัดการตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิต และชะลอภาวะแทรกซ้อน
- 4.เพื่อส่งเสริมสนับสนุนความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวของผู้ป่วย
- 5.เพื่อลดความความสูญเปล่าในด้านระยะเวลา เวชภัณฑ์ และค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและระบบบริการ

เป้าหมาย

(ระบุในตารางผลลัพธ์)

กลยุทธ์

1. การจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
2. การจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม คำนึงตามความจำเป็น
3. ส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

วิธีดำเนินการ

1. ค้นหา คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM HT และกลุ่มป่วย ร่วมกับการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่การยืนยันการวินิจฉัยโรค
2. การประเมินความจำเป็นในการเข้าสู่ระดับการบริการสุขภาพที่เหมาะสม การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
3. การจัดการรายกรณีผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยที่ควบคุมโรคได้ กลุ่มป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ และกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน โดยให้ความสำคัญในการค้นหา คัดกรอง การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยรายกรณี ความจำเป็นในการจัดการ การประสานการดูแลต่อเนื่อง การทบทวนความจำเป็นในการใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีและความคุ้มค่า
4. การจัดการรายกรณีโดยใช้บริการมาตรฐานสุขภาพตามกระบวนการโรค การเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัย ความจำเป็นและความเหมาะสมของการจัดบริการดูแลรักษาพยาบาล ลดความสูญเปล่าของการใช้ทรัพยากร
5. การจัดการให้ผู้ป่วย ครอบครัวมีความรู้ มีส่วนร่วมและมีความสามารถในการดูแลตนเอง
6. การประสานการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ระยะเวลาในการดำเนินการ

พฤษภาคม 2555 – ตุลาคม 2555

สถานที่ดำเนินการ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเบญพาด อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

งบประมาณ

งบประมาณจากงบผู้ป่วยนอก งบส่งเสริมป้องกัน งบฟื้นฟูและกองทุนสุขภาพตำบล

สรุปผลการจัดการรายกรณีกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเบญพาด

(เดือนพฤษภาคม 2555– ตุลาคม 2555)

1.กลุ่ม Pre DM

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
1.กลุ่ม Pre DM มีรอบเอวเกิน(ชาย ≥ 90 cms.,หญิง ≥ 80 cms.) จำนวน 8 คน(80%)	-ประเมินผลการ ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยน Life Style modification	ร้อยละ 100 (8 ราย)	5 ราย 62.50%	CM ลงเยี่ยมบ้าน รวม 18 ครั้ง
2.กลุ่ม Pre DM มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่า BMI>23) เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 7 คน (70 %)	ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย	ร้อยละ 100 (7 ราย)	4 ราย 57.14%	-ค่าบริการเฉลี่ย 90.00 บาท/คน/ครั้ง (ค่าบริการ+ค่าเดินทาง) - เวลาที่ใช้เฉลี่ย 32 นาที
3.กลุ่ม Pre DM มี FBS > 125 mg% จำนวน 2 ราย(20.%) FBS 100-125 mg% จำนวน 8 ราย (80%) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 120 mg% (Min=101mg%, Max=172 mg%)	-ประเมินผลการ ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยน Life Style modification ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย -จัดอสม.เป็นพี่เลี้ยงติดตามชุมชน	กลุ่มที่ FBS > 125 mg% ยังอยู่กลุ่ม Pre DM ไม่ให้เป็น DM ร้อยละ 100 (2 ราย)	2 ราย (100%)	ลด Cost DM รายใหม่ได้ 6,331.00 บาท/คน/ปี
		กลุ่มที่ FBS 100-125 mg% จำนวน 8 ราย ให้เป็นกลุ่มปกติ < 100 mg% ร้อยละ 50 ยังให้อยู่ในกลุ่ม Pre DM 3 ราย	กลุ่มปกติ 2 ราย ยังอยู่ในกลุ่ม Pre DM 7 ราย	ลด Cost DM รายใหม่ได้ 6,331.00 บาท/คน/ปี

2.กลุ่ม Pre HT

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
1.กลุ่ม Pre HT มีรอบเอวเกิน(ชาย ≥ 90 cms.,หญิง ≥ 80 cms.) จำนวน 6 คน(60%)	-จัดการให้กลุ่ม Pre HT ที่มีรอบเอวเกิน(ชาย ≥ 90 cms.,หญิง ≥ 80 cms.) จำนวน 6 คนได้รับการจัดการแล้ว รอบเอวลดลง 10%	ร้อยละ 100 (6 ราย)	4 ราย 66.67%	CM ลงเยี่ยมบ้าน รวม16 ครั้ง -ค่าบริการเฉลี่ย 90.00 บาทต่อคน (ค่าบริการ+ค่าเดินทาง) - เวลาที่ใช้เฉลี่ย 30 นาที
2.กลุ่ม Pre HT มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่า BMI>23) เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 5 คน (50 %)	-จัดการให้กลุ่ม Pre HT มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ค่า BMI>23) ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ให้ได้	ร้อยละ 100 (5 ราย)	3 ราย 60%	
3.กลุ่ม Pre HT มี FBS > 125 mg% จำนวน 3 ราย(30%) FBS 100-125 mg% จำนวน 7 ราย (70%) ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 120 mg% (Min=101mg%, Max=172 mg%)	-ประเมินผลการ ให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยน Life Style modification เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย -จัดอสม.เป็นที่เลี้ยงติดตามชุมชน	ผู้ป่วยที่มี FBS > 125 mg% ให้อยู่ในกลุ่ม Pre DM ร้อยละ 100(3 ราย)	3 ราย (100%)	ลด Cost DM รายใหม่ได้ 6,331.00 บาท/คน/ปี
		-กลุ่มที่ FBS 100-125 mg% จำนวน 7 ราย ให้เป็นกลุ่มปกติ และ ยังให้อยู่ใน ร้อยละ 100 (7 ราย),กลุ่ม Pre DM 3 ราย	กลุ่มปกติ 4 ราย Pre DM 3 ราย	ลด Cost DM รายใหม่ได้ 6,331.00 บาท/คน/ปี

2.กลุ่ม Pre HT (ต่อ)

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
4.กลุ่ม Pre HT มี SBP > 140 mmHg จำนวน 7 คน (70%) มีSBP 120-139mmHg จำนวน 3 คน (30%) มี DBP > 90 mmHg จำนวน 5 คน (50%) มีDBP 80-89 mmHg จำนวน 5 คน	ติดตามเยี่ยมบ้านให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยน Life Style modification ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย ประสานงานอสม.ในการเป็นพี่เลี้ยงติดตาม	กลุ่มที่มี SBP > 140 mmHg จำนวน 7 คน ให้SBP ไม่เกิน 140 mmHg ยังอยู่กลุ่ม Pre HT ได้ได้ร้อยละ 80 (4ราย)	5 ราย (100%)	ลด Cost HT รายใหม่ได้ 4,236.00 บาท/คน/ปี
		กลุ่มที่ SBP 120-139mmHg จำนวน 3 คน ให้เป็นกลุ่มปกติ ได้ร้อยละ 100 (3ราย)	1 ราย	
		กลุ่มที่มี DBP > 90 mmHg จำนวน 5 คน ให้DBP ไม่เกิน 90 mmHg ยังอยู่กลุ่ม Pre HT ได้ได้ร้อยละ 50 (3ราย)	4 ราย (100%)	ลด Cost HT รายใหม่ได้ 4,236.00 บาท/คน/ปี
		กลุ่มที่ DBP 80-89 mmHg จำนวน 5 คน ให้เป็นกลุ่มปกติ ได้ร้อยละ 100 (5ราย)	4 ราย (80%)	ลด Cost HT รายใหม่ได้ 4,236.00 บาท/คน/ปี

3.กลุ่ม DM

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
-มี FBS อยู่ในช่วง 80-130 mg% จำนวน 9 ราย (30%) FBS อยู่ในช่วง 130-200 mg% จำนวน 14 ราย (46.67%) FBS อยู่ในช่วง 201-300 mg% จำนวน 5 ราย (16.67%) FBS >300 mg% จำนวน 2 ราย (6.67%)	-การจัดการปรับเปลี่ยน Life Style modification ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย เสริมสร้างกำลังใจให้ ผู้ป่วย	ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ 10 % ให้ได้ ร้อยละ 100 (9 ราย)	4 ราย	CM ลงเยี่ยมบ้าน รวม 60 ครั้ง -ค่าบริการเฉลี่ย 105.00 บาท/คน/ ครั้ง(ค่าบริการ+ ค่าเดินทาง) - เวลาที่ใช้เฉลี่ย 30 นาที/ครั้ง
		ลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ 10 % ให้ได้ร้อยละ 80 (11 ราย)	7 ราย	
		สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้ 10 % ให้ได้ร้อยละ 100 (5 ราย)	5 ราย	
		สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือด ได้ 10 % ให้ได้ร้อยละ 100 (2 ราย)	2 ราย	
-ผู้ป่วย DM ที่มี เกินเกณฑ์ มาตรฐาน (ค่า BMI>23) 14 ราย (46.67%)				
-CKD stage 3 (GFR = 30 - 59 ml/min/1.73m ²) จำนวน 20 ราย (66.7%)	-เจรจาต่อรองกับแพทย์เพื่อให้เข้าถึงDx -จัดการให้ความรู้เรื่องการคำนวณอาหาร โปรตีนต่ำ,ลดอาหารเกลือสูง,ลดการใช้ยาส เตียรอยด์	-เข้าถึงการ Dx 100% -ได้รับการจัดการเองการชะลอ ภาวะไตเสื่อม	-ได้รับการ Dx CKD stage 3 20 ราย -ได้รับการจัดการเองการชะลอ ภาวะไตเสื่อม 20 ราย	

3.กลุ่ม DM

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
CKD stage 4 (GFR = 15-29 ml/min/1.73m ²) จำนวน 3 ราย (10%)	-เจรจาต่อรองกับแพทย์เพื่อการส่งต่อ -จัดการให้ความรู้เรื่องการคำนวณอาหารโปรตีนต่ำ,ลดอาหารเกลือสูง,ลดการใช้ยาสเตรียรอยด์	-ได้รับการส่งต่อพบอายุรแพทย์/แพทย์เฉพาะทาง 100% -ได้รับการจัดการเองการชะลอภาวะไตเสื่อม 100%	-ยังไม่ได้รับการส่งต่อไปรพศ. ผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่รพช. ทั้ง 3 ราย -ได้รับการจัดการเองการชะลอภาวะไตเสื่อม 3 ราย	

4. กลุ่ม HT

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
1.ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (SBP>130mmHg) 26 ราย (50.00%) Uncontrolled Diastolic (DBP>80mmHg) จำนวน 17 ราย (20%) สามารถลดระดับBPลงให้ได้ร้อยละ 80 (21 ราย)	-ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการปรับเปลี่ยน Life Style modification ทบทวนกรใช้ยาของผู้ป่วย เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วย -จัดอสม.เป็นที่เลี้ยงติดตามชุมชน	ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (SBP>130mmHg) 26 รายสามารถลดระดับความดันโลหิตได้ 10 % ให้ได้ร้อยละ 80 (18 ราย)	18 ราย	CM ลงเยี่ยมบ้าน รวม 30 ครั้ง -ค่าบริการเฉลี่ย 103.00 บาท/คน/ครั้ง(ค่าบริการ+ค่าเดินทาง) - เวลาที่ใช้เฉลี่ย 38 นาที/ครั้ง
		ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ (DBP>80mmHg) จำนวน 17 รายสามารถลดระดับความดันในเลือดได้ 10 % ให้ได้ร้อยละ 100 (17ราย)	8 ราย	

4. กลุ่ม HT (ต่อ)

ปัญหา	การจัดการ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	Cost
2.ผู้ป่วย HT มี FBS 100-125 mg% จำนวน 11 ราย (36.67%) มี FBS \geq 126 mg% จำนวน 18 ราย (60.00%)	2.ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินวิถีชีวิต แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย	ผู้ป่วย HT มี FBS 100-125 mg% ยังอยู่ กลุ่ม Pre DM ไม่ให้ เป็น DM ร้อยละ 100 จำนวน 11 ราย	กลุ่มปกติ 5 ราย กลุ่ม pre DM 6 ราย	
3.ผู้ป่วย HT มี FBS \geq 126 mg% จำนวน 18 ราย (60.00%)	3.ติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินวิถีชีวิต แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วย	กลุ่มที่ FBS \geq 126 mg% ให้ เป็นกลุ่ม ปกติ 18 ราย	15 ราย (83.33%) ได้รับการ ส่งต่อ เข้าถึงการ วินิจฉัย DM 1 ราย	ลด Cost DM ราย ใหม่ได้ 6,331.00 บาท/คน/ปี

4.ผู้ป่วย HT มี ผล ตรวจ Cholesterol ≥ 170 mg% จำนวน 26 คน (86.67%)	ประเมินวิถีชีวิตให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 50 (13 ราย)	รพ.สต.ส่ง ตรวจปีละ 1 ครั้ง	
5.ผู้ป่วย HT มี ผล ตรวจ Triglyceride > 150 mg% จำนวน 12 คน (40%)	ประเมินวิถีชีวิตให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 50 (6 ราย)	รพ.สต.ส่ง ตรวจปีละ 1 ครั้ง	
6.ผู้ป่วย HT มี ผล ตรวจ LDL > 100 mg% จำนวน 12 คน (40%)	ประเมินวิถีชีวิตให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 50 (6ราย)	รพ.สต.ส่ง ตรวจปีละ 1 ครั้ง	
7.ผู้ป่วย HT ที่มี เกินเกณฑ์ มาตรฐาน (ค่า BMI>23) 19 ราย (46.67%)	ประเมินวิถีชีวิตให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ร้อยละ 50 (10 ราย)	0	

