

การนำเสนอผลงาน “งานมหกรรมคุณภาพ ประจำปี 2563”

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

การติดตามระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการเปิดคลินิกครบวงจร

ศูนย์สุขภาพ (PCU) สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background)

จากการดำเนินการบริการสุขภาพในชุมชน พบว่า ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชลประทาน คือ หมู่ 1 ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 16,818 คน ชาย 7,910 คน หญิง 8,908 คน ประชากรส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35-59 ปี มีจำนวน 7,971คน คิดเป็นร้อยละ 47.39 และมีผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวน 1,362 คน คิดเป็นร้อยละ 8.10 พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 453 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 มีโรคประจำตัว จำนวน 909 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 7.20 และเป็นคนพิการจำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 17.25 จากข้อมูลดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อการดูแลสุขภาพ เช่น ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังขาดนัด บางคนไปพบแพทย์คนเดียวทำให้เป็นลมขณะรอตรวจ และเกิดอุบัติเหตุระหว่างการเดินทาง เป็นต้น

ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน จึงได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น เพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว และสร้างความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพให้ประชาชนในชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบสุขภาพมากขึ้น ในทั้ง 4 มิติ คือ การรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับบริการวิชาการสู่สังคม ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) : สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายอย่างชาญฉลาด (Smart Hospitality and Collaboration)

3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบ Historical Controlled time series ชนิด therapeutic ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 45 คน โดยสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยครบ 12 ครั้ง

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

- 1.อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก
- 2.ตรวจสอบสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะเลือด (Lab 1)และตอบแบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ตอน

ตอน 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอน2 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

ตอน 3 ข้อเสนอแนะ

- 3.ให้สุขศึกษารายเดี่ยวและรายกลุ่มตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ทุก2 สัปดาห์ รวม 12 ครั้ง โดยใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์
- 4.ตรวจสอบสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต เจาะเลือด (Lab 2)



2 วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัด

- 1.เพื่อศึกษาระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกครบวงจร
- 2.เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยระหว่างเปิดคลินิกครบวงจรกับไม่เปิดคลินิก

4 ผลลัพธ์การดำเนินงาน

- 1.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกสามารถคุมระดับความดันโลหิตสูงไม่เกิน 140/90 mmHg และระดับน้ำตาล A1C ไม่เกิน 7.5 ได้

รายการ	ปี2560	ปี2561	ปี2562
ผู้ป่วยโรค HT	สามารถคุมระดับความดันโลหิตสูง 53.1%	สามารถคุมระดับความดันโลหิตสูง 62.5%	สามารถคุมระดับความดันโลหิตสูง 71.9%
ผู้ป่วยโรค DM	สามารถคุมระดับน้ำตาล 12%	สามารถคุมระดับน้ำตาล 23%	สามารถคุมระดับน้ำตาล 30%

- 2.เปรียบเทียบระดับความดันโลหิตสูงและระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างเปิดคลินิกครบวงจรในชุมชนกับไม่เปิดคลินิก

รายการ	จำนวนผู้ป่วย(คน)	ก่อนเปิดคลินิก 2559		หลังเปิดคลินิก 2560		หลังเปิดคลินิก 2561		หลังเปิดคลินิก 2562	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขาดนัด	45	38	84.44	0	0	0	0	0	0
BPลดลง	32	3	9.83	17	53.1	20	62.5	23	71.9
A1cลดลง	13	0	0	2	12	3	23	4	30

สรุปได้ว่า หลังจากมีคลินิกในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ไม่มีการ ขาดนัด และมีการดูแลตนเองมากขึ้น ดูได้จากที่ ความดันโลหิตสูง ลดลง และA1C ลดลงได้ดีกว่าไม่มีคลินิกในชุมชน

5 ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

-ต้องเป็นความต้องการของผู้ป่วย และความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

6 แนวทางการแก้ไขปัญหา / การขยายผล

- ต้องปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ตามผู้ฟัง
- ควรปรับเปลี่ยนวิทยากร