

๑. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา: การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสิรินธร

๒. คำสำคัญ: พัฒนา / เบาหวาน/ทีมสหสาขาวิชาชีพ/การให้ความรู้โรคเบาหวาน

๓. สรุปผลงานโดยย่อ: เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีประสิทธิภาพตามเป้าหมาย ทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวานได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาเบาหวานตามมาตรฐานอย่างครบวงจร พัฒนาการให้ความรู้ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยนำมาตรการการป้องกันและวางแผนการจัดการโรคเรื้อรังมาพัฒนาการดูแลผู้ป่วยคือการวางแผนป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินเริ่มตั้งแต่การสร้างสุขภาพ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โภชนาการ การออกกำลังกาย ลดภาวะอ้วน หรือการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเพื่อเพิ่มผลสำเร็จในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

๔. ชื่อและที่อยู่องค์กร/ภาควิชา: ศูนย์เบาหวาน โรงพยาบาลสิรินธร ๒๐ ซ.อ่อนนุช๕๐ แขวงประเวศ เขตประเวศ กทม.๑๐๒๕๐

๕. สมาชิกทีม: ๑. นายแพทย์เอกสิทธิ์ วาณิชเจริญกุล ๒.นางศิริภาณี เจียมสกุล ๓.นางศิริวารรณ สุธหนองบัว

๔.นางวนกมล เศษโพธิ์ ๕.นายเกรียงไกร ทองศิริประภา ๖.นายร่ำเพย ศักดิ์พงษ์๗.นส.ลดาประไพ คุณาวงค์ และคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๖. เป้าหมาย ๑. ดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานให้มีคุณภาพที่ดีตามมาตรฐาน

๒. ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลควบคุมเบาหวานเพิ่มขึ้น

๓. ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเป้าหมาย

๗. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ:โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังพบว่าร้อยละ ๓๐ โดยประมาณที่สามารถควบคุม น้ำตาลได้ในระดับที่เหมาะสม จากสถิติเวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลสิรินธรปี ๒๕๕๙,๒๕๖๐,๒๕๖๑ มีจำนวน ๖,๐๑๒,๖,๗๗๑ และ ๗,๕๔๕ รายคน ตามลำดับ พบมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และมีผลการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเป้าหมายตัวชี้วัด จากการศึกษาพบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยเบาหวานมีสาเหตุที่พบบ่อยคือผู้ป่วยขาดความรู้และความตระหนักในการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนไม่ว่าจะเป็นที่หลอดเลือดใหญ่ (macrovascular complication) หรือหลอดเลือดขนาดเล็ก (microvascular complication)ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิรินธรเป็นรูปแบบเชิงรับไม่ครอบคลุมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมสุขภาพ

เป้าประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมิใช่เพื่อการตรวจเลือดและจ่ายยาเท่านั้นแต่แก่นที่แท้จริงน่าจะเป็นโอกาสที่ผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและครอบครัวได้ประเมินความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพร่วมกันและเรียนรู้การจัดการโรครวมทั้งปัญหาอื่นที่เกี่ยวข้อง เสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสมและยั่งยืนป้องกันและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อลดอัตราการเกิดอันตรายจากโรคแทรกซ้อน ความพิการ หรือการเสียชีวิต จากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้

๘. กิจกรรมการพัฒนา: พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ดังนี้

๑. พัฒนาด้านคลินิก

- ๑.๑. เปิดคลินิกพิเศษโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงทุกวันพุธแบบครบวงจร
- ๑.๒. เปิดศูนย์เบาหวานคัดกรองสุขภาพเท้าเบาหวานทุกวันพฤหัสบดีโดยพยาบาลวิชาชีพและนักรกายอุปกรณ์
- ๑.๓. เปิดคลินิกคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตาทุกวันพฤหัสบดีตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา

๒. พัฒนาด้านการให้ความรู้Diabet self-Management Education and support (DSME/S)

- ๒.๑. การให้คำปรึกษารายบุคคลโดยพยาบาลผู้จัดการรายการณี
- ๒.๒. การให้สุขศึกษาแบบกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพ มีแพทย์เป็นผู้ให้ความรู้หลักที่ศูนย์เบาหวานทุกวันพฤหัสบดี
- ๒.๓. การให้ความรู้รายบุคคลในผู้ป่วยระดับน้ำตาลค่าวิกฤตที่คลินิกอายุรกรรม

๓. พัฒนาด้านการให้ Self Monitoring Blood Glucose (SMBG)

- ๓.๑. กลุ่มผู้ป่วยที่รักษาด้วยอินซูลินเพื่อติดตามระดับน้ำตาลด้วยตนเอง
- ๓.๒. กลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยารักษาเบาหวานผลการควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย

๙. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ก่อนพัฒนา ปี๒๕๕๙ ๖,๐๑๒ราย	หลังพัฒนา ปี๒๕๖๐ ๖,๗๗๑ราย	หลังพัฒนา ปี๒๕๖๑ ๗,๕๔๕ราย
อัตราผู้ป่วยเบาหวานตรวจ FBS	ร้อยละ๑๐๐	๓,๘๖๐ (๖๔.๒๐)	๕,๐๕๘ (๗๔.๗๐)	๔,๘๔๙ (๖๔.๒๗)
อัตราผู้ป่วยผลตรวจ FBSอยู่ในเกณฑ์ ๗๐-๑๓๐ mg/dl	ร้อยละ๕๐	๑,๒๔๔ (๓๒.๒๒)	๒,๑๙๓ (๓๒.๓๙)	๑,๙๕๔ (๔๐.๓๐)
อัตราผู้ป่วยเบาหวานตรวจ HbA๑C ประจำปี	ร้อยละ๑๐๐	๒,๙๗๙ (๔๙.๕๕)	๓,๖๕๑ (๕๓.๙๓)	๗,๐๘๘ (๙๓.๙๔)
อัตราผู้ป่วยเบาหวานผลตรวจ HbA๑C อยู่ในเกณฑ์<๗%	ร้อยละ๖๐	๑,๘๙๘ (๓๑.๕๘)	๒,๓๖๒ (๖๔.๖๙)	๕,๗๙๗ (๗๖.๘๓)
อัตราผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาด่วนด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	<ร้อยละ๕	๓๔๖/๕,๗๙๐ (๕.๙๗)	๓๔๒/๕,๘๙๖ (๕.๘๐)	๓๙๘/๗,๙๔๘ (๕.๐๐)
อัตราผู้ป่วยเข้ารับตรวจศูนย์เบาหวานมีจำนวนมากขึ้นในแต่ละปี	ร้อยละ๕	๑๕๓	๓๙๓	๗๘๓

ผลการดำเนินงานศูนย์เบาหวาน ปี ๒๕๖๑

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความรู้เรื่องการควบคุมโรคเบาหวานก่อนและหลังการสอน (n=๓๑๙)

ระดับความรู้ความรูู้	ก่อนสอน		หลังสอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๐-๕ คะแนน	๕	๑.๕๗	๐	๐
๖-๑๐ คะแนน	๑๐๒	๓๑.๙๗	๐	๐
๑๑-๑๕ คะแนน	๑๗๒	๕๓.๙๒	๒๙	๙.๐๙
๑๖-๒๐ คะแนน	๔๐	๑๒.๕๔	๒๙๐	๙๐.๙๐
ค่าเฉลี่ย	๑๑.๙๗		๑๗.๕๔	

จำนวนและร้อยละ ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS) (n=๓๑๙)

ระดับน้ำตาลในเลือด(FBS)	ก่อนสอน		หลังสอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อยกว่า๗๐ mg/dl	๒	๑๐.๕๓	๐	๐
๗๐-๑๓๐ mg/dl	๙๔	๒๙.๔๗	๑๒๘	๔๐.๑๓
๑๓๑-๑๘๐ mg/dl	๑๒๙	๔๐.๔๔	๑๒๗	๓๙.๘๑
๑๘๑-๒๕๐ mg/dl	๕๖	๑๗.๕๕	๔๔	๑๓.๗๙
๒๕๑-๔๐๐ mg/dl	๓๔	๑๐.๖๕	๒๐	๖.๒๗
มากกว่า ๔๐๐ mg/dl	๔	๑.๒๙	๐	๐
ค่าเฉลี่ย	๑๗๖.๘๐		๑๕๒.๗๗	

จำนวนและร้อยละ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด(HbA๑C) (n=๓๑๙)

ระดับน้ำตาลสะสม (HbA๑C)	ก่อนสอน		หลังสอน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
< ๖.๕%	๗๐	๒๑.๙๔	๑๐๐	๓๑.๓๕
๖.๖-๗.๐%	๔๓	๑๓.๔๘	๔๔	๑๓.๗๙
๗.๑-๗.๕%	๔๖	๑๔.๔๒	๕๒	๑๖.๓๐
๗.๖-๘.๐%	๒๘	๘.๗๘	๓๐	๙.๔๐
๘.๑-๙.๐%	๕๑	๑๕.๙๙	๓๙	๑๒.๒๓
มากกว่า ๙.๐%	๘๑	๒๕.๓๙	๕๔	๑๖.๙๓
ค่าเฉลี่ย	๙.๐		๘.๑	

๑๐.บทเรียนที่ได้รับ

ปัญหาหรือความท้าทาย:

๑. ค้นหาสาเหตุปัญหาจำนวนการส่งตรวจ FBSลดลงว่ามีปัจจัยใด
๒. การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนพบปัญหาอัตรากำลังไม่พอสอดจำนวนผู้ป่วย
๓. การเปิดบริการที่ศูนย์เบาหวานเปิดเพียง ๑ วัน/สัปดาห์ผู้ป่วยบางท่านไม่สะดวกมาตรวจ

ข้อเสนอแนะหรือสิ่งที่ควรปฏิบัติ:

๑. สถิติจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปีควรมีกิจกรรมการจำแนกผู้ป่วยตามศักยภาพการดูแลตนเอง เพื่อคัดกรองและดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเร่งด่วนได้ทันที่

กลุ่มผู้ป่วย	ระดับน้ำตาล FBS	แนวทางการดูแล
ไม่เร่งด่วน(สีเขียว)	๗๐-๑๓๐ mg/dl	ดูแลตามปกติส่งปรึกษาตามปัญหาที่มี
เร่งด่วนปานกลาง	๑๓๑-๒๐๐mg/dl	ติดตามดูแลปัญหาส่งเข้าศูนย์เบาหวานให้สูขศึกษาแบบกลุ่ม
เร่งด่วน	>๒๐๐mg/dl	ติดตามปัญหาอย่างเร่งด่วนส่งเข้าศูนย์เบาหวานให้สูขศึกษาแบบกลุ่มหรือส่งเข้าคลินิกพิเศษเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้สูขศึกษา/คำปรึกษารายบุคคลภายใน ๑เดือน
เร่งด่วนมาก	<๗๐ หรือ<๔๐๐ mg/dlขึ้นไป	ติดตามปัญหาอย่างเร่งด่วนให้สูขศึกษา/คำปรึกษารายบุคคลส่งเข้าคลินิกพิเศษเบาหวานความดันโลหิตสูงภายใน ๒ สัปดาห์

๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยอายุรกรรมทีมสหวิชาชีพ จัดทำแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พัฒนาระบบคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลน้ำตาลในเลือดต่ำ

๓. พัฒนาคุณภาพบริการและการสร้างเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวาน สร้างทีมสหวิชาชีพ คณะกรรมการ Service plan NCD สำนักการแพทย์และเขตสุขภาพที่๑๓ร่วมกันพัฒนาระบบการส่งต่อรวมถึงคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวาน