

ที่มาของโครงการและสถานการณ์ก่อนเริ่มโครงการ
สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก เฉลี่ย 22% ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจ และไต จากปัญหาดังกล่าว คลินิกปฐมภูมิ ได้หาแนวทางการพัฒนาและดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง 5 อันดับแรก ระบบการดูแลจะครอบคลุมจากโรงพยาบาลถึงชุมชน ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้ มาตรการ 3P Safety สำหรับผู้ป่วยกลุ่มป่วย คือ Hypertensive Urgency ค่าความดัน $\geq 180/120$ mmHg Hypertensive Emergency ค่าความดัน $\geq 180/120$ mmHg + อวัยวะเป้าหมายเสียหาย และความดันปกติแต่มีความเสียหายของอวัยวะ ประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยการคัดกรองโรคและจัดกิจกรรมให้ความรู้ในชุมชน

วัตถุประสงค์และผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (BP < 140/90 mmHg)
- ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตได้รับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง
- ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตในพื้นที่เทศบาลเมืองคอหงส์ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง
- ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่ขาดนัดได้รับการติดตามและมาตรวจตามนัดครั้งใหม่

รูปแบบการดำเนินงาน PDCA ดังนี้

PDCA รอบที่ 1 (ปี 2561-2563) Plan : เติมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตไม่มีแนวทางและระบบข้อมูลที่ชัดเจน จึงจัดทำโครงการนำร่องเพื่อเก็บข้อมูลและรายงานผลเป็นรายไตรมาส Do : คลินิกปฐมภูมิและสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ตั้งทีม PCT (Patient Care Team) พัฒนาแนวปฏิบัติ และนำมาทดลองใช้ Check: พบข้อจำกัดด้านการจำหน่ายผู้ป่วย และการให้คำแนะนำการดูแลตนเอง Act: พัฒนาแนวทางให้คำแนะนำก่อนจำหน่าย และจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย

โอกาสพัฒนา : ขยายการดูแลให้ครอบคลุมและส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย

PDCA รอบที่ 2 (ปี 2564-2565)

Plan : ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ เพิ่มการเสริมพลังผู้ป่วย และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม Do: พัฒนา 3 ด้าน 1) การเรียนรู้การวัดและบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน 2) การดูแลต่อเนื่องผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน 3) ทดลองและปรับปรุงสมุดบันทึกค่าความดันโลหิต Check: พัฒนาชุดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสื่อแผ่นพับความรู้ Act: ขยายการดูแลผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มควบคุมความดันโลหิตตั้งแต่แรกเริ่มจนถึงจำหน่าย โดยใช้ สมุดประจำตัวผู้ป่วย ควบคู่กับบัตรนัด

โอกาสพัฒนา: จัดกิจกรรมคัดกรองในชุมชน ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และให้ความรู้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง

PDCA รอบที่ 3 (ปี 2566-2567)

Plan: ขยายความร่วมมือกับสาขาวิชาจักษุวิทยาและนักโภชนาการ เพื่อดูแลภาวะแทรกซ้อนของโรค Do : ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยง Hypertensive Retinopathy ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ให้ครอบคลุม และ ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีร่องรอยการทำลายอวัยวะ (Target Organ Damage) Check: ติดตามผลการดูแลและปรับปรุงการให้บริการ Act: เพิ่มการสื่อสารในทีมเพื่อปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

โอกาสพัฒนา: ใช้เทคโนโลยีการให้ความรู้ผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจการดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น

ผลการดำเนินงาน (ย้อนหลัง 3 ปี)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ปีพ.ช. 2565	2566	2567
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (BP < 140/90 mmHg)	50	43.34	46.12
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤต (BP $\geq 180/120$ mmHg) ในชุมชนตำบลคอหงส์ได้รับการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแล	80	50	100
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตได้รับการดูแลตนเองตามแผนการดูแล	100	100	100
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการแนะนำการปฏิบัติตัว	90.65	90	86.99
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดนัดได้มาตรวจตามนัดใหม่	80	90	70.20

ประเด็นและจุดเด่นที่เสนอเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ

การพัฒนาระบบการดูแลที่เป็นองค์รวมและต่อเนื่อง เริ่มจากการเก็บข้อมูลเชิงระบบ → สร้างแนวปฏิบัติ → ปรับปรุงกระบวนการ
- พัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วย PDCA ใช้ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
- เสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมสร้างระบบ-
- เชื่อมโยงการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและให้ความรู้

แผนการดำเนินการต่อไป

ถอดบทเรียนกลุ่มผู้ป่วยร่องรอยของการทำลายอวัยวะและการพัฒนาสื่อการสอน ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย

งบประมาณ (ไม่มี)

กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ได้รับผลประโยชน์

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัว และประชากรในชุมชนกลุ่มเสี่ยง เทศบาลเมืองคอหงส์

แบบฟอร์มการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดี ระดับวิทยาเขต

1. แนวปฏิบัติที่ดี เรื่อง การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของคลินิกปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ

2. โครงการ/กิจกรรมด้าน

☒ การประกันคุณภาพ

3. คณะ/หน่วยงาน คลินิกปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์/วิทยาเขตหาดใหญ่

4. ประเภทของโครงการ แนวปฏิบัติที่ดีระดับคณะ/หน่วยงาน (ผ่านการคัดเลือกโดยคณะ) 4.2 สายอำนวยการ

5. ผู้ร่วมโครงการ

- คุณสมาลี วัฒนกร ผู้ตรวจการพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล : เป็นที่ปรึกษาและให้การสนับสนุนโครงการ

- ศูนย์สุขภาพปฐมภูมิ ฝ่ายบริการพยาบาล : จัดบริการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง อย่างเป็นระบบตั้งแต่ขั้นตอนเข้ารับ เข้าถึงการบริการ คัดแยกอาการและความเร่งด่วน ประเมินอาการเบื้องต้น เข้าพบแพทย์ รับคำแนะนำ ก่อนจำหน่ายจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

- ทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : คลินิกปฐมภูมิร่วมกับสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ร่วมประชุมเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสอดคล้องตามมาตรฐาน AHA

6. ที่มาของโครงการ : ประเมินปัญหา/ความเสี่ยง

จากรายงานองค์การอนามัยโลกความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในระดับโลก เฉลี่ยความชุกภาพรวมของโลก เท่ากับร้อยละ 22 โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หนึ่งในเป้าหมายการลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ การลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่คุมโรคไม่ได้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ พร่องการทำงานของไต นำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ในขณะที่บริบทผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกปฐมภูมิ เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยใน 5 โรคแรกของคลินิก เป้าหมายการดูแลโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่การดูแลผู้ป่วยในอดีต เป็นการดูแลอาการทั่วไป ยังไม่มีแนวปฏิบัติและแผนการดูแลที่ชัดเจน ทีมวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เป็นโรคหลักสำคัญจึงได้ร่วมมือจัดตั้งทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขึ้น มีการจัดทำแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง และประชุมหารือเพื่อกำหนดการดูแล จนผู้ป่วยมีแนวโน้มควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น เกิดการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันอย่างชัดเจน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้คำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัย (3P Safety) ของผู้ป่วย ได้แก่ 1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเร่งวิกฤตด่วน (Hypertensive urgency) คือ ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตค่าใดค่าหนึ่ง มากกว่าหรือเท่ากับ 180/120 mmHg 2) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตฉุกเฉิน (Hypertensive emergency) คือ ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตค่าใดค่าหนึ่งมากกว่าหรือเท่ากับ 180/120 mmHg ร่วมกับมีความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (Target of damage) และ 3) ผู้ป่วยที่มีค่าระดับความดันโลหิตไม่เกิน 180/120 mmHg แต่มีความเสียหายของอวัยวะเป้าหมาย (Target of damage) มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงดังกล่าว และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อค้นหาและการป้องกันการป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

7. เป้าหมาย/วัตถุประสงค์ของโครงการ

เป้าหมาย

1. มีแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการระดับปฐมภูมิอย่างเป็นองค์รวม
2. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพได้มาตรฐานครอบคลุมด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรคและการฟื้นฟู
3. ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงให้ได้มาตรฐานตามตัวชี้วัดที่กำหนด
4. ค้นหาองค์ความรู้จากการสร้างงานวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (BP <140/90 mmHg)
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive urgency: BP ≥ 180/120 mmHg) และครอบครัวได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive urgency) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคอหงส์ ได้รับการดูแลตามแผนการดูแล
4. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
5. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดได้รับการตรวจตามนัดใหม่

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP <140/90 mmHg)
2. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) (BP ≥ 180/120 mmHg) และครอบครัวได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง
3. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgency) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคอหงส์ ได้รับการดูแลต่อเนื่องตามแผนการดูแล
4. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองใน 6 เดือน หลังการวินิจฉัย
5. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดได้รับการติดตามและมาตรวจตามนัดครั้งใหม่

9. การออกแบบกระบวนการ

9.1 วิธีการ/แนวทางปฏิบัติจริง (PDCA) ในอดีตและที่ได้ปรับปรุงใหม่ในปัจจุบัน

PDCA รอบที่ 1 (ปี 2561-2563)

Plan: เดิมการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตไม่มีแนวทางและระบบข้อมูลที่ชัดเจน จึงจัดทำโครงการนำร่องเพื่อเก็บข้อมูลและรายงานผลเป็นรายไตรมาส

Do: คลินิกปฐมภูมิและสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน ตั้งทีม PCT (Patient Care Team) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเริ่มพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลโรคผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤต นำแนวปฏิบัติมาทดลองใช้ วิเคราะห์ จุดอ่อน จุดแข็ง และสรุปผลการใช้แนวปฏิบัติ

Check: พบข้อจำกัดด้านการจำหน่ายผู้ป่วย และการให้คำแนะนำการดูแลตนเองยังมีน้อย

Act: ทีม PCT พัฒนาแนวทางให้คำแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตก่อนจำหน่าย และจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย

โอกาสพัฒนา : ขยายการดูแลให้ครอบคลุมและส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย

PDCA รอบที่ 2 (ปี 2564- 2565)

Plan: ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ เพิ่มการเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤต และนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

Do: พัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ 1) การเรียนรู้การวัดและบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน 2) การดูแลต่อเนื่องที่บ้านในพื้นที่เขตเทศบาลเมืองคอหงส์ผ่านกิจกรรมเยี่ยมบ้าน 3) ทดลองและปรับปรุงสมุดบันทึกค่าความดันโลหิตที่บ้าน ทดลองใช้และปรับปรุง จำนวน 2 ครั้ง

Check: พบว่า การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคได้ดี ต้องเน้นการให้ความรู้ คำแนะนำ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่กับการรักษาด้วยยาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในครั้งแรก (ผู้ป่วยรายใหม่) และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ดี (BP=160/100-179/109 mmHg) จึงพัฒนาชุดความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างสื่อแผ่นพับความรู้การดูแลตนเอง

Act: ขยายการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ และกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ดี ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วย ควบคู่กับบัตรนัด ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินส่งพบพยาบาล ให้ความรู้ คำแนะนำ การดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์

โอกาสพัฒนา: การดูแลโรคแบบบูรณาการยังไม่ครอบคลุม ควรจัดกิจกรรมคัดกรองโรคในชุมชน ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และให้ความรู้แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

PDCA รอบที่ 3 (ปี 2566-2567)

Plan: วางแผนกิจกรรมคัดกรองโรคในชุมชน และความร่วมมือกับสาขาวิชาสุขภาพและนักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

Do: กิจกรรมคัดกรองโรค และให้ความรู้ประชากรกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเทศบาลเมืองคอหงส์ และเพิ่มการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตให้ครอบคลุม โดย ส่งนัดตรวจพบจักษุแพทย์ เพื่อประเมินความเสี่ยง Hypertensive Retinopathy และส่งปรึกษานักโภชนาการในผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป พัฒนาระบบการบันทึกทางการแพทย์ให้ครอบคลุม และทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่มีร่องรอยการทำลายอวัยวะ (Target Organ Damage)

Check: ติดตามผลการดูแลและปรับปรุงการให้บริการ พบว่าการส่งต่อผู้ป่วยพบจักษุแพทย์และนักโภชนาการ ยังไม่เป็นในทิศทางเดียวกัน

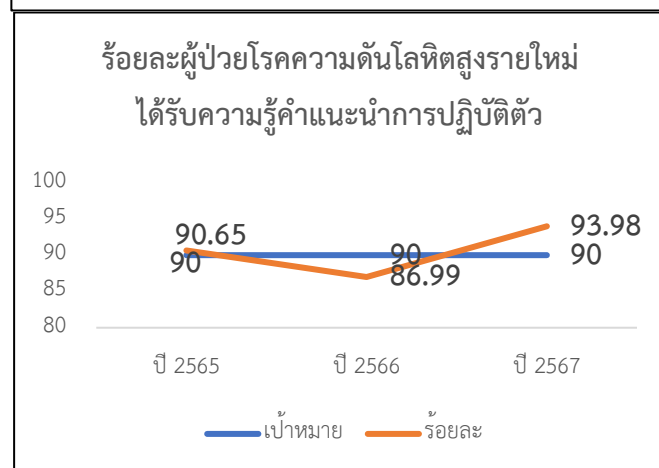
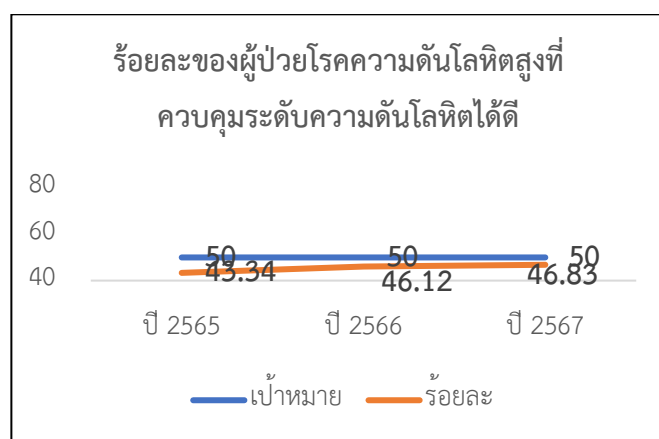
Act: เพิ่มการสื่อสารในสาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน และทีม PCT เพื่อปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน

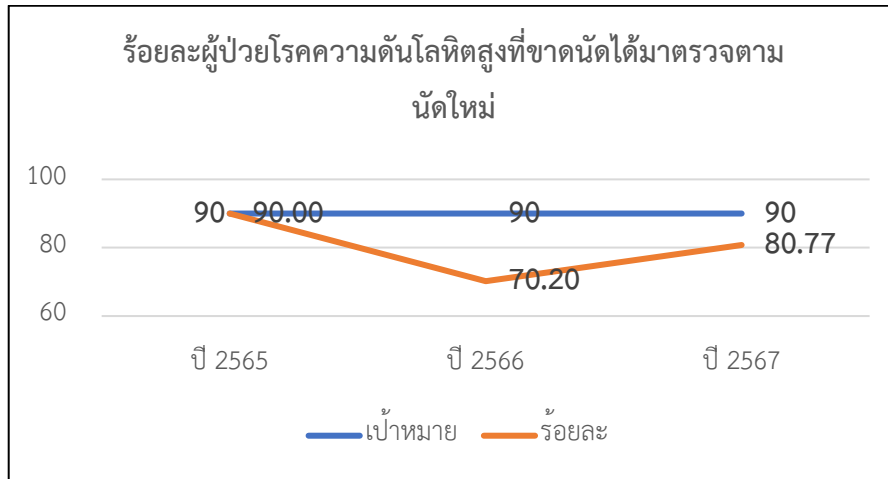
โอกาสพัฒนา: 1) ใช้เทคโนโลยีในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ เพื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจการดูแลตนเองที่บ้านเพิ่มขึ้น และ 2) ถอดบทเรียนกลุ่มผู้ป่วยที่มีร่องรอยของการทำลายอวัยวะ

9.2 งบประมาณที่ใช้ดำเนินโครงการ/กิจกรรม: ไม่มี

10. ผลลัพธ์ย้อนหลัง 3 ช่วงเวลา ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ มีการเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานหรือหน่วยงานภายนอกโดยแสดงเชิงปริมาณ : ตัวชี้วัดผลลัพธ์ย้อนหลังยึดตามมิติคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วย

Continuity	1. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มความดันโลหิตสูงวิกฤต สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในพื้นที่เทศบาลเมืองคอหงส์ ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
Effectiveness	2. ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมทั้งคลินิกสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้
Health promotion	3. ร้อยละ 100 ของผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตสูงวิกฤต และครอบครัวได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง 4. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยกลุ่มโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองใน 6 เดือนหลังวินิจฉัย
People center	5. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดนัดได้รับการโทรศัพท์ติดตามมาตรวจตามนัดครั้งใหม่





11. การเรียนรู้ (study /learning)

11.1 แผนหรือแนวทางพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในอนาคต: พัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยทั้งกลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ/ถอดบทเรียนกลุ่มความดันโลหิตสูงวิกฤตที่มีร่องรอยของการทำลายอวัยวะ (Target organ damage) ทุกราย

11.2 จุดแข็ง (Strength) หรือสิ่งที่ทำได้ดีในประเด็นที่นำเสนอ : ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤตได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติเฉพาะอย่างเป็นรูปธรรม

11.3 กลยุทธ์หรือปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ : การทำงานเป็นทีม การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นองค์รวมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

11.4 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข : กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตซ้ำมีข้อจำกัดในการพัฒนาการดูแล เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีความเฉพาะเจาะจง มีข้อจำกัดเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนด้านต่างๆ ในการจัดการดูแลตนเอง และแนวทางแก้ไข โดยประสานความร่วมมือกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน อาสาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศูนย์สาธารณสุขในชุมชน เพื่อมีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยในแต่ละราย

12. ประเด็นจุดเด่นที่เสนอเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและการเผยแพร่แนวปฏิบัติสู่ภายในหรือภายนอกมหาวิทยาลัย รวมถึงงานวิจัยที่ตีพิมพ์ที่เกิดจากแนวปฏิบัตินี้

การดูแลที่ได้มาตรฐาน แนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย มีการพัฒนาต่อเนื่อง และการทำงานเป็นทีม

13. เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562
2. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2567
3. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (Hospital Healthcare Standard) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล พ.ศ.2565
4. แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวิกฤตในบริบทคลินิกปฐมภูมิ (ปรับปรุง 2564)