บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

THE DEVELOPMENT OF A CASE MANAGEMENT MODEL FOR CARE COLLABORATION FROM A HOSPITAL TO A COMMUNITY FOR HYPERTENSION PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

เพชรรัตน์ ทัดเทียม พย.ม. (Phetrat Thutthaim, M.N.S.)[1]
สุทธีพร มูลศาสตร์ ส.ด. (Sutteeporn Moolsart, Dr.P.H.)[2]
กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา ปร.ด. (Kitsanaporn Tipkanjanarakha, Ph.D)[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม 2) พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม 3) ประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแล จำนวน 22 คน ในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์และพยาบาล จำนวน 12 คน และระยะที่ 3 การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 5 คน กลุ่มตัวอย่างถูกคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแล 2) แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ซึ่งมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .94 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบวิลคอกซันไซน์แรงค์ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนฯ ประกอบด้วย เป้าหมายการจัดการรายกรณีคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมทุกราย โดยพยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่แจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บเค้นหน้าอกและ/หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ใช้ยาไม่ถูกต้อง อยู่บ้านคนเดียว อ่านหนังสือไม่ออก ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความต้องการการดูแลก่อนประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพและส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพในชุมชน เพื่อวางแผนการดูแล เยี่ยมบ้าน และประเมินผลร่วมกัน 3) หลังได้รับการจัดการรายกรณีตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของความดันเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่แตกต่างกับก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบ, การจัดการรายกรณี, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดหัวใจ

[1] *นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: karn33190@gmail.com*

[2] *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteeporn@gmail.com*

[3] *อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ E-mail: kitsanaporn.t@bcn.ac.th*

Abstract

The purposes of this research and development were to: 1) study problems and needs of care for hypertension patients with coronary artery disease, 2) develop a case management model for care collaboration from hospital to community for hypertension patients with coronary artery disease, and 3) evaluate the developed case management model for care collaboration from hospital to community for hypertension patients with coronary artery disease.

The sample was justified according to the study phases. 1) Phase I: Study on problems and needs of care, the sample consisted of 22 hypertension patients with coronary artery disease and caregivers at Yang Chum Noi district, Sisaket province. 2) Phase II: Model development, 12 physicians and nurses were recruited. 3) Phase III: Evaluation on the effectiveness of model, 5 hypertension patients with coronary artery disease were recruited. The sample was selected using purposive sampling method. The research instruments comprised of: 1) a focus group guideline for investigating problems and needs of care, 2) a focus group guideline for model development, and 3) a self-management questionnaire that content validity indexes were .94 and Cronbach's alpha coefficient was .82. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon singed rank test. Content analysis was used to analyze qualitative data.

The findings were as follows. 1) Hypertension patients with coronary artery disease reported problems and needs of care in terms of physical, mental, spiritual, social aspects, and access to a healthcare service system. 2) The model comprised of the following issues. Hypertension patients with coronary artery disease were target group for case management. Professional nurses reported patients' sign and symptoms of chest pain and/or uncontrolled blood pressure, non-adherence medication, living alone, or illiteracy to nursing managers. Nursing managers assessed the priority for needs of care for these patients before coordinating with a multidisciplinary team as well as community nurses, as a result, nurses could plan, conduct home visits, and evaluate. 3) After implementing case management model, self-management behavior scores of hypertension patients with coronary artery disease were significantly better than those scores before implementation ($p < .05$). The mean score of the arterial pressure was at the average level, and there was no significant difference between before and after implementation ($p > .05$).

Keywords: model, case management, hypertension, coronary artery disease

บทนำ

ความชุกของความดันโลหิตสูงในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น ในพ.ศ. 2553-2557 มีความชุกเพิ่มจาก 3,356.37 เป็น 7,235.27 ต่อประชากรแสนคน โดยในพ.ศ. 2557 ภาคเหนือมีความชุกเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) จากข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2559) ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2556-2559 เท่ากับ 8,357.62, 8,311.76, 8,802.65 และ 8,906.99 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศและมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ และจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดหนึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคนี้สูงเช่นเดียวกัน โดยมีอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในพ.ศ. 2556-2559 เพิ่มจาก 6,288.39 เป็น 7,926.70 ต่อประชากรแสนคน และโดยเฉพาะอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มของความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น โดยพบถึง 7,440, 6,530, 6,550 และ 8,310 คนต่อแสนประชากร ในพ.ศ. 2556-2559 ตามลำดับ

ความดันโลหิตสูงหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับความดันโลหิตสูงร้อยละ 47 (Aekplakorn, 2014) ในพ.ศ. 2557-2559 อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ร้อยละ 0.13, 1.33 และ 1.58 ตามลำดับ (Bureau of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health, 2016) ถึงแม้ว่าภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจพบมากเป็นอันดับสองรองจากโรคไต แต่เป็นภาวะที่ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่า ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในวัยผู้สูงอายุ โดยอัตราการเสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองจากโรคความดันโลหิตสูง (Bureau of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health, 2016) ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการจัดการการดูแลที่เหมาะสม

การจัดการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายและกลวิธีของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังต่างๆ ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2565 มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ลดภาระโรคจากการป่วยและการตาย ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ซึ่งในปัจจุบันการจัดการรายกรณี คือกระบวนการประสานความร่วมมือในการดูแลการประเมินสุขภาพ ระหว่างองค์ประกอบที่สำคัญในกระบวนการตอบสนองการดูแลทางสุขภาพที่มีเป้าหมายของบุคคลแต่ละบุคคลอย่างมีเงื่อนไข ด้วยการสื่อสารและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามกำหนด เชื่อมโยงการช่วยเหลือผู้ป่วยจากสถานพยาบาลไปยังพื้นที่ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมพักอาศัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม สำหรับการจัดการรายกรณีของโรงพยาบาลยางชุมน้อยซึ่งเป็นพื้นที่ศึกษา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการจัดการผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Patient Care Team, Yangchumnoi Hospital, 2016) ยังไม่มีรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยในชุมชนที่ชัดเจน ซึ่งการเชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะผู้ป่วยมักจะรู้สึกกลัวในช่วงที่เปลี่ยนผ่านการดูแลรักษาจากอีกคนไปอีกคนโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน (Department of Health, 2008 cited in Snoddon, 2010) ซึ่งในปัจจุบันการดำเนินการในแต่ละขั้นตอนของการดูแลยังไม่มีความต่อเนื่องอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจจากแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยจะได้รับการจัดการรายกรณีเฉพาะผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ซึ่งการจัดการรายกรณีมักเน้นผู้ป่วยที่เข้านอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยิ่งไปกว่านั้น พยาบาลที่รับผิดชอบงานกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลมักจะไม่ทราบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดหัวใจในพื้นที่ เนื่องจากการประสานส่งต่อข้อมูลจะได้รับเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ทำให้ข้อมูลที่ส่งต่อมาไม่เป็นปัจจุบันทันเหตุการณ์ บางรายกรณีเมื่อทราบข้อมูลได้ไปติดตามพบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว การจัดการรายกรณีผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเสมือนจะเน้นในส่วน

ของโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการนำทีมสุขภาพในพื้นที่และในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ไม่มีการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานและทีมงาน การประสานงานความร่วมมือกับชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยยังมีไม่มากนัก ทำให้ไม่มีรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในการศึกษาครั้งนี้จึงคาดว่าจะเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลดความกลัวของผู้ป่วยในชุมชนได้

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณี ได้แก่ การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการค้นพบปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องตั้งแต่เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว มีการประเมินความจำเป็นความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล ได้รับการรักษาที่รวดเร็วตามมาตรฐาน มีการประสานส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ (Sindhu & Wongrod, 2014) ซึ่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมักมีความต้องการการดูแลที่หลากหลายและเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือรุนแรง ดังนั้นถ้ามีการนำทรัพยากรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล รวมทั้งมีผู้จัดการรายกรณีที่มีความสามารถในการประเมินปัญหา ประสานงานวางแผนการดูแลและติดตามดูแลผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง จะทำให้การบริการมีคุณภาพมากขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่ามีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเป็นส่วนมาก ดังการศึกษาของ Nualtim (2012) ที่ได้พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน โดยศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ผู้ดูแล จากแบบบันทึกภาวะสุขภาพและการสัมภาษณ์ปัญหา และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ พัฒนาเป็นแผนการดูแล ประกอบด้วยการจัดอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามดูแลต่อเนื่องโดยทีมผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกำหนดระยะเวลาในการดูแล 3 เดือน โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี พบปัญหาไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การรับประทานยาและการมาตามนัด จึงมีการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และการศึกษาของ Sarakshetrin, Ekkarat, Chinkhanaphan, & Samphawamana (2015) ที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมโดยให้ชุมชนเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกขั้นตอน พบว่าสามารถพัฒนาความรู้ เกิดการเรียนรู้ในบทบาทหน้าที่ ทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ นอกจากนั้นเป็นการศึกษาในโรคที่เกี่ยวข้องกับหัวใจ ดังการศึกษาของ Jaunwanpen, Siritarungsri, & Saejueng (2014) ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในโรงพยาบาล พบว่า มีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน แต่การดำเนินการยังขาดการประสานและส่งต่อระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ Banathong (2011) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ มีการสร้างแนวทางปฏิบัติระหว่างทีมผู้ปฏิบัติงาน หลังใช้โปรแกรม พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในโปรแกรมดังกล่าว ทั้งนี้การศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งการศึกษาโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ส่วนใหญ่เป็นการจัดการรายกรณีในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วม โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมนั้นยังมีไม่มากนัก

ดังนั้น การศึกษานี้จึงได้ประยุกต์แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณีของโคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) ซึ่งเป็นการจัดการรายกรณีที่มีการผสมผสานทักษะและการสร้างบทบาทการจัดการรายกรณีจากความรับผิดชอบทั้งสามทีม ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมจัดการสิทธิประโยชน์ ที่มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ในชุมชนและสมาชิกในครอบครัว มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมให้มีรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อสามารถนำไปปฏิบัติในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management) ของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) มีทั้งหมด 9 ขั้นตอน แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย 3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน 5) เลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง 8) การดำเนินตามรูปแบบ และ 9) การประเมินผลรูปแบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประชากร เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแล จำนวน 22 คน

ระยะที่ 2 ประชากร เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 23 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาลยางชุมน้อย ได้แก่ แพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน

ระยะที่ 3 ประชากรมี 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ประชากร เป็นแพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งหมดจำนวน 23 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ พัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 17 คน

2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 5 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกระยะใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

เครื่องมือการวิจัย ได้แก่

1. แนวทางสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาความต้องการการดูแล ประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านจิตวิญญาณ ด้านสังคม และการบริการสุขภาพ

2. แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วยการระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี การระบุพื้นที่เป้าหมาย การออกแบบโครงสร้างตามพื้นที่ที่เลือกสรร การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน และการเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี จากหนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2

ข้อมูลการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ซึ่งส่วนที่ 3 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .94 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจากการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อพบว่าข้อมูลมีความอิ่มตัวจึงยุติ ถอดเทปและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยจัดระบบข้อมูลและลงรหัสเนื้อหา

ระยะที่ 2 รวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มพัฒนารูปแบบโดยการสนทนากลุ่ม ตามแนวคิดของรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จนได้ข้อมูลที่ครบทุกองค์ประกอบของการจัดการรายกรณี

ระยะที่ 3 รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบโดยการใช้แบบสอบถามก่อนและหลังใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้น และประชุมสรุปผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีร่วมกับกลุ่มพัฒนารูปแบบ

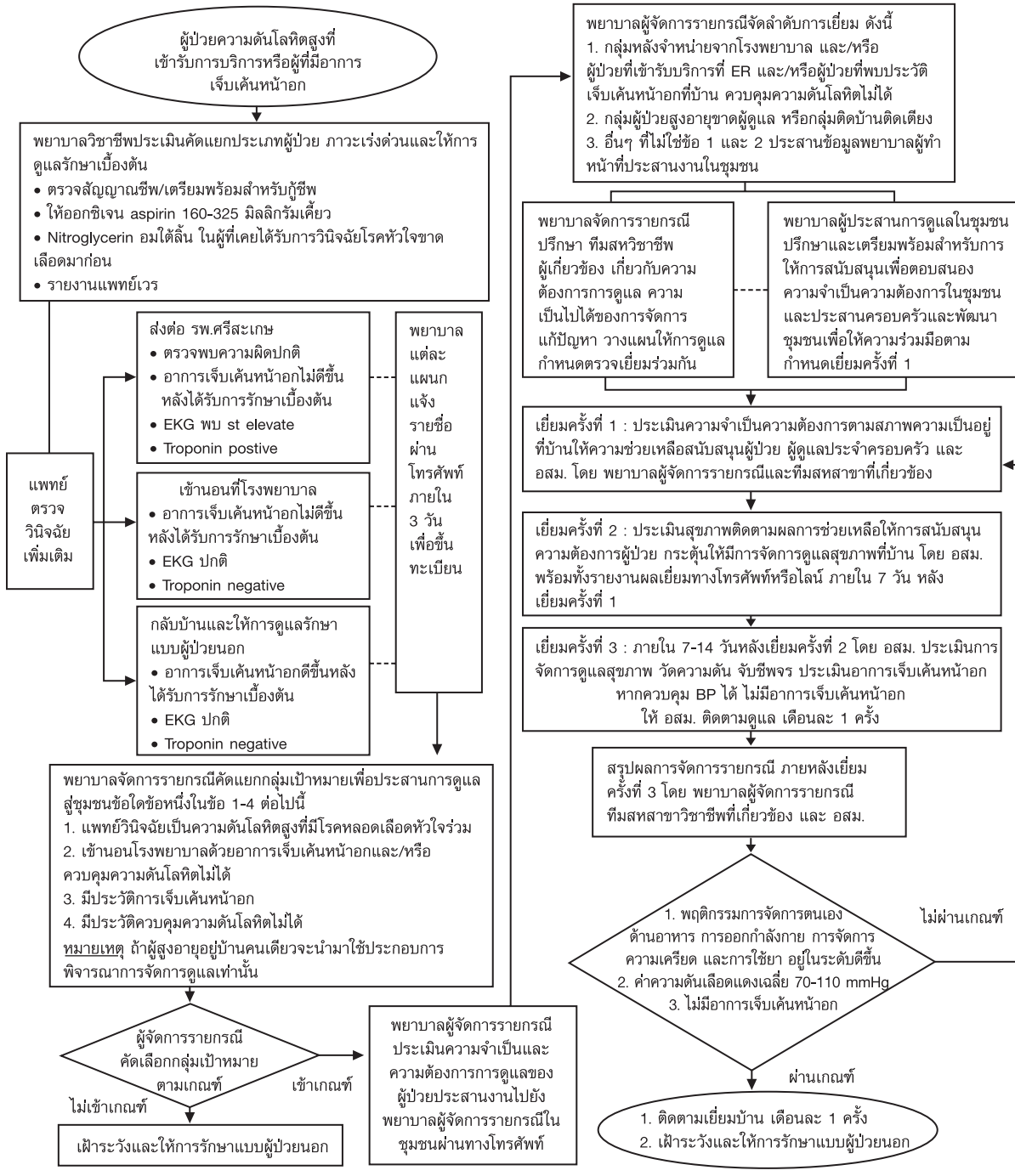
การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันเลือดแดงเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซันไซน์แรงค์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร ใจสั่น นอนไม่หลับ ปัญหาในการดูแล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ กลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพื่อนำมาใช้ในการดูแลจัดการกับพฤติกรรมของตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ต้องอาศัยการดูแลจากบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัวมีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเครียด อาย วิตกกังวล เหงา น้อยใจ เศร้า ต้องการกำลังใจ ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ผู้ป่วยสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว ต้องการพบหมอดู ปฏิบัติตามคำบอกจากหมอดู ทั้งนี้ชุมชนเป็นส่วนสำคัญในการตอบสนองความต้องการได้ พบปัญหาด้านสังคม ได้แก่ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว มีรายได้น้อย ความต้องการการดูแลด้านสังคมคือกลุ่มเพื่อน บริการรับส่งกรณีฉุกเฉินที่รวดเร็วมีผู้ประสานส่งต่อที่ชัดเจน นอกจากนี้แล้วการบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ พบปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง คุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดการประสานส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ไม่มีการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว จากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการวิเคราะห์ข้อมูลได้ในระยะที่ 1 ได้นำมาออกแบบรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มประสานส่งต่อข้อมูลการดูแล กลุ่มการจัดการรายกรณีที่บ้านและชุมชน แสดงดังภาพที่ 1 ทั้งนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อประสานส่งต่อข้อมูล มีการสื่อสารทิศทางเดียวกันและให้การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมต่อเนื่อง โดยอาศัยกลุ่มประสานส่งต่อข้อมูล



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

ก่อนใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังใช้รูปแบบฯ คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ซึ่งดีกว่าก่อนใช้รูปแบบฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ก่อนใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยเท่ากับ 97.46 อยู่ในระดับปกติ และภายหลังใช้รูปแบบฯ ความดันเลือดแดงเฉลี่ยเท่ากับ 96.76 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผลการศึกษาในเรื่องความต้องการด้านร่างกายของผู้ป่วยนั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Nualtim (2012) ที่พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด นอกจากนี้ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเช่นเดียวกัน ผลการศึกษาอภิปรายได้ว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวอาหาร การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง โดยเฉพาะคนที่ได้รับยาขับปัสสาวะอาจมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้จุกแน่นท้องเบื่ออาหารได้ นอกจากปัญหาดังกล่าวแล้ว ยังพบปัญหาด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวเพื่อเป็นพลังอำนาจในการดำเนินชีวิต ประกอบกับกำลังใจจากผู้ดูแลในครอบครัวและเพื่อนบ้านชุมชนในสังคมเดียวกันที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีมีคุณค่าสมวัยผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและความต้องการด้านบริการสุขภาพโดยเฉพาะการได้รับบริการที่ประทับใจ ได้มาตรฐานบริการรักษาที่ถูกกับโรคที่เจ็บป่วย มีการส่งต่อประสานข้อมูลการดูแลรักษา และได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับเฝ้าระวังติดตามอาการ อาทิเช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เป็นต้น ซึ่งการศึกษาของ Jaunwanpen, Siritarungsri, & Saejueng, (2014). ที่ได้พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และพบว่าแม้ระบบการดูแลจะมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วย แต่การดำเนินการยังขาดการประสานและการส่งต่อระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และการศึกษาของ Banathong (2011) ที่ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกพยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลว่า ยังขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น ขั้นตอนการดูแลไม่ชัดเจน ในส่วนผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องมีการประสานส่งต่อข้อมูลและระบบการดูแลที่เป็นแนวทางปฏิบัติชัดเจนร่วมกันทั้งผู้ดูแลในชุมชนและทีมดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแล

2. รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผลการศึกษาอภิปรายได้ดังนี้ รูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นทำให้ระบบการจัดการรายกรณีพัฒนาขึ้นจากเดิม ดังนี้ 1) เป็นการจัดบริการที่มีการบูรณาการการดูแลตามแนวคิด Innovative Care for Chronic Conditions (WHO, 2002) ที่เน้นการบูรณาการการดูแลในระดับผู้ป่วย ครอบครัวหรือระดับเล็ก (Micro level) และระดับชุมชน (Meso level) ซึ่งตอบสนองนโยบายการจัดบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและทีมดูแลในระดับชุมชนสอดคล้องกับการศึกษาของคริมม์ และคณะ (Klimmm et al., 2009) ในมุมมองของแพทย์สำหรับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยหัวใจวาย โดยให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจวายปกติ ติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาสุขภาพ เช่นเดียวกันกับที่พยาบาลวิชาชีพเคยปฏิบัติ พบว่าสัมพันธภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดีขึ้น มีผลต่อความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย นอกจากนี้แล้วการบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชนต่อการสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) มีการเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ารับการรักษาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการอย่างเหมาะสม เป็นการบริการที่คุ้มค่าใช้จ่ายภายใต้ทีมบุคลากรที่มีศักยภาพ ตามแนวคิดของ Kaiser Permanent's Strategy for Sustainable Affordability (Michael & David, 2008 อ้างถึงใน Pariyatareuka, 2015; Russell et al, (2009) ที่อธิบายว่ามีการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีปัญหาซับซ้อนชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญของทีมสุขภาพร่วมกันออกแบบการจัดการดูแลตามปัญหาเฉพาะการจัดการ

รายกรณี ตามสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของแต่ละรายในแต่ละสถานการณ์ การวางแผนและการประเมินผล โดยการเชื่อมประสานการดูแลกับหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า โมราเลส-อเซ้นสิโอและคณะ (Morales-Asencio et al.,2010) ได้สร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีกับโรคเรื้อรัง โดยสร้างแบบจำลองและการวินิจฉัยขององค์ประกอบหลักของรูปแบบผ่านผู้ป่วยหัวใจวายปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการจัดการรายกรณี ประสานการดูแล เป็นผู้จัดการบริการและกำหนดบทบาท/โปรแกรมการจัดการโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนอำเภอยางชุมน้อย เนื่องจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าวได้มาจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมพัฒนารูปแบบในการจัดทำรูปแบบการจัดการรายกรณีดังกล่าว และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ ดังที่ Sindhu & Wongrod (2014) ได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมไว้ 1 ใน 5 ข้อ นั่นคือ การประสานการส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้จริง และ“ระบบสุขภาพที่ถูกออกแบบการจัดบริการโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักถือว่าเป็นการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ”(International Alliance of Patients’ Organisations [LAPO], 2007 cited in Snoddon, 2010) นั่นเอง ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบครั้งนี้จะต้องอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสมาชิกในครอบครัวที่มีองค์ความรู้ให้ความสำคัญ มีความอดทนติดตามเฝ้าระวังตามรูปแบบที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่จะนำรูปแบบไปใช้ต้องคำนึงถึงศักยภาพบุคลากรในทีมที่จะต้องพัฒนาให้ได้คุณภาพและมีการสื่อสารรูปแบบการจัดการรายกรณีให้ชัดเจนเข้าใจตรงกันในทีม มีการประชุมทีมดูแลอย่างสม่ำเสมอเพื่อประสานการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. การประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบและมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติเหมือนกับก่อนการใช้รูปแบบ โดยมีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับมากที่สุดในด้านการใช้ยาความดันโลหิตสูงและยาโรคหลอดเลือดหัวใจ การใช้ยาเมื่อมีอาการผิดปกติเจ็บเค้นหน้าอก การเก็บรักษา มีการจัดกิจกรรมอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา จัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการใช้ยาเฝ้าระวังสังเกตการณ์เก็บรักษายาที่บ้าน ให้คำแนะนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คอยให้คำปรึกษาประสานการดูแลจากชุมชนไปยังเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางแอพพลิเคชั่นไลน์ นอกจากนี้ อสม. ได้ไปเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในด้านการออกกำลังและการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบมีการจัดกิจกรรมอบรมโดยมีนักกายภาพบำบัดสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายขณะออกกำลัง หรือขณะพัก ด้วยการจับชีพจรด้วยตนเอง และพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เรื่องผลกระทบทางด้านจิตใจต่อระดับความดันโลหิตและการเจ็บเค้นหน้าอก พร้อมทั้งสอนเทคนิคคลายเครียด และได้มีการประเมินติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย และยังมีการสอนผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังแจ้งประสานข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Sujamnong, Therawiwat, & Imamee (2013). ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำ กิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tipkanjanaraykha, Kangchai, & Hengudomsub (2016). ที่ได้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง

ในผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมแทบอลิก โดยมีการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับงานวิจัยนี้ โดยได้มีการสอบถามปัญหาความต้องการของกลุ่มทดลอง มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองในด้านต่างๆ มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน พบว่า พฤติกรรมมีการปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นในด้านการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แตกต่างกัน Himmelfarb, Mensah, Baltimore & Atlanta (2009) ได้ขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการปรับปรุงการดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วโลก (ใน 50 ปีที่ผ่านมา) โดยปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม พบว่าการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมาก เช่นเดียวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ได้พัฒนาขึ้นตามปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนที่ศึกษาทำให้การจัดการพฤติกรรมตนเองดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรง พ-ยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ สถานบริการอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสามารถประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

1. รูปแบบการจัดการรายกรณีที่ได้จากการศึกษานี้ควรนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรม และศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรแกรม

2. โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการจัดการรายกรณีในการศึกษานี้ ควรใช้ระยะเวลาในการดำเนินการให้มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้การปรับพฤติกรรมการจัดการตนเองมีความต่อเนื่องยั่งยืน และส่งผลต่อตัวแปรทางคลินิกอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

References

Aekplakorn, W. (Ed.). (2014) *Thai National Health Examination Survey, NHES V*. (5th ed.). Nonthaburi: Health Systems Research Institute.

Banathong, P. (2011). *A Development of Patient Care Program for Acute ST elevation Myocardial Infarction in Accidental and Emergency Department at Jainad Narendra Hospital*. (Master Thesis). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, (2015). *Annual epidemiology surveillance report 2014.* Bangkok, Thailand: Printing Agriculture Cooperatives of Thailand. Retrieved from http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/aesr2557/Part%201/ncd/hypertension.pdf

Bureau of Non Communicable Diseases Ministry of Public Health. (2016). *ANNUAL REPORT 2015.* Bangkok: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King. Retrieved from http://www.thaincd.com/ document/ file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf

Cohen, E. & Cesta T. (2005). Nursing case management from essentials to advanced practice applications (4th ed.) Missouri, MO: Elsevier Mosby.

Cooney, N. (Ed.).(2014). *Literary review: Current situation and non-communicable disease service patterns.* Nonthaburi: Art Equity.

Health Data Centre. (2016). *Indicators of Ministry of Public Health. Retrieved from* https://hdcservice.moph.go.th/hdc/documents/document.php

Himmelfarb, C.D., Mensah, Y., & Hill, M.N. (2009). Expanding the role of nurse to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global health. 82*(2), 243-253.

Jaunwanpen, K., Siritarungsri, B. & Saejueng, B. (2014). The Development of a Case Management Model for Patients with Acute Myocardial Infarction. (Master Thesis). *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima,* 20(1), 80-94. (in Thai)

Klimm, F., Olbort, R., Campbell, S., Mahler, C., Miksch, A., Baldauf, A., et al. (2009). Physicians' View of primary care base case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care,* 21(5), 363-371.

Morales-Asencio, J., Martin-Santos, F., Morilla-Herrera, J., Fernández-Gallego, M., Celdrán-Mañas, M., Navarro-Moya, F. et al. (2010). Design of a case management model for people with chronic disease (Heart Failure and COPD). Phase I: modeling and identification of the main components of the intervention through their actors: patients and professionals (DELTA-icE-PRO Study). *BMC Health Services esearch, 10*(324), 1-7.

Nualtim, R. (2012). *Development of Care Map for New Patients with Hypertension Using Case Management:* A Case Study at Banhun Health Promoting Hospital, Nonsila District, Khon Kaen Province. (Thesis is not published.). Khon Kaen University, Khon Kaen. (in Thai)

Pariyatareuka, P. (2015). Unit 9 Caring for chronically ill patients at home and community. In Nuysrie, M. (Ed.), *Epidemiology, Advanced Community Health Nursing and Community Nurse Practitioner Practice II* (pp. 25-57.). Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)

Patient Care Team, Yangchumnoi Hospital. (2016). *Reported risk management January 2016 (reproduce).* Srisaket Province: Yangchumnoi Hospital. (in Thai)

Sindhu, S. & Wongrod, P. (2014). *Case management in diabetes and hypertension* (2nd ed.). Bangkok, Thailand: Wattana Printing House. (in Thai)

Snoddon, J. (2010). *Case management of long term condition: principles and practice for nurses.* Oxford: KHL printing Co Sdn Bhd.

Sarakshetrin, A., Ekkarat, C., Chinkhanaphan, C. & Samphawamana, O. (2015). Competency Development of Community in Caring for Persons with Hypertension: A Case Study in Surathani Province. *Rama Nurs J, 21*(1), 110-121. (in Thai)

Sujamnong, S., Therawiwat, M., & Imamee, N. (2013). Factors related to self-management of hypertensive patients, Taladkwan District Heath Promoting Hospital, Nonthaburi Province. *Journal of Boromarajonani college of Nursing, Bangkok, 29*(2), 20-30. (in Thai)

Tipkanjanaraykha, K., Kangchai, W., & Hengudomsub, P. (2016). A metabolic syndrome self-management program for older adults: A randomizaed controlled trial. *Journal of Boromarajonani college of Nursing, Bangkok, 32*(2), 12-27.

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. Retrieved from http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf