

ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการ โดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

อารีรัตน์ เนติวัชรเวช พย.บ.*

(วันรับบทความ: 25 พฤษภาคม พ.ศ.2563/ วันแก้ไขบทความ: 9 มิถุนายน พ.ศ.2563/ วันตอบรับบทความ: 10 มิถุนายน พ.ศ.2563)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง สองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มก่อนใช้และกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพทีมดูแลต่อเนื่อง การส่งต่อข้อมูลด้วยโปรแกรม Thai COC การให้บริการเชิงรุกเพื่อการประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกันตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย การนิเทศติดตาม การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 6 เดือน โดยใช้แบบวัดความพึงพอใจและแบบประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ไคสแคว์ และทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการ มีอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน และอัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านพบว่าไม่แตกต่างกันแต่มีแนวโน้มลดลง นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีมดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจต่อใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในระดับมาก ในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ ด้านความครบถ้วนของข้อมูล การติดต่อสื่อสารและด้านคุณภาพของการให้บริการ ดังนั้นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพต่อเนื่อง โปรแกรมสารสนเทศ โรคเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

*ผู้ประสานการตีพิมพ์เผยแพร่ Email: areeyaso@hotmail.com Tel: 081-9994982

Effectiveness of an Integrated Continuous Health Care Model using Informational Programs in Chronic Disease Patients, Yasothon Provincial Public Health Office Network

Areerat Netiwatcharavej B.N.S.*

(Received Date: May 25, 2020, Revised Date: June 9, 2020, Accepted Date: June 10, 2020)

Abstract

This study was a 2-group quasi-experimental comparing before and after design. The purpose of this study was to evaluate the effects of the integrated continuous health care model using an informative program for patients with chronic diseases in Yasothon Provincial Health Office Network. The study participants were patients with chronic disease that were divided into 2 groups, pre-program and post-program groups. The integrated continuous health care model consisted of continuing care team development, data transferring using Thai COC program, proactive services for collaborative assessment and care planning based on individual context, and care supervision. Data were collected for 6 months using the satisfaction evaluation form and home visit evaluation form. The data were analyzed using descriptive statistics, chi-squares, and independent t- test.

The results showed that the post-program group had the significantly higher rates of home visit, self-care ability, home visits within 14-days of hospital discharge, and level 3-patients returned to the destination unit within 5 days than the pre-program group ($p < .05$). However, the incidence of complications at home was not different between the groups despite the trend to decrease was found. In addition, both the patients with chronic disease and the continuing care team were highly satisfied with the use of the integrated continuous health care model in terms of the process/service steps, data completeness, communication, and quality of service. Consequently, the model should be employed to improve the quality of continuing care services for patients with chronic illness.

Keywords: continuous health care, informative program, chronic disease

*Registered Nurse, The department of quality and service development, Yasothon Provincial Public Health Office

*Corresponding Author, Email: areeyaso@hotmail.com Tel: 081-9994982

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) นั้นถือเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และที่สำคัญยังถือเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในจำนวนนี้เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหรือเสียชีวิตระหว่างอายุ 30-69 ปี ประมาณ 15 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 85 ของการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ซึ่งมีแนวโน้มการเสียชีวิตก่อนวันอันควรกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน[1] โดยพบอุบัติการณ์มากในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยและเกิดโรคต่างๆ ตามมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย จำเป็นต้องให้การดูแลต่อเนื่อง ซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยจากการสำรวจประชากรสูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2560 พบร้อยละ 16.5[2] แต่ปัจจุบันจำนวนเตียงในโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด รวมทั้งเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงต้องจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อช่องว่างการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับบ้าน จึงต้องมีรูปแบบการดูแลที่ต่อเนื่องจากสถานบริการเชื่อมโยงถึงชุมชน โดยการบูรณาการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (The Chronic Care Model, (CCM)[3] พัฒนาโดยกลุ่มนักวิจัยของ MacColl Center for Health Care Innovation นำโดย เอ็ดเวิร์ด วากเนอร์ (Edward Wagner) โดยเสนอรูปแบบการจัดระบบดูแลโรคเรื้อรังซึ่งปรับจากการดูแลสุขภาพในระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและเน้นการป้องกันมากขึ้น โดยมีแนวคิดว่า กระบวนการดูแลและผลลัพธ์การรักษาดูแลที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมไปถึงการดูแลตัวเองที่บ้าน ร่วมกับวางแผนการจำหน่ายอย่างเป็นระบบ มีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนใกล้บ้าน พยาบาลวิชาชีพได้รับการยอมรับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการโรคเรื้อรัง The International Council of Nurses (ICN)[4] ได้กำหนดบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของพยาบาลวิชาชีพ โดยการบูรณาการบทบาทและกิจกรรมการพยาบาลกับแนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเน้นการให้บริการเชิงรุก เพื่อระบุหรือค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังตั้งแต่เริ่มแรกของการเกิดโรค ป้องกันไม่ให้โรคพัฒนารุนแรงมากขึ้น และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง และสถานบริการให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพในการให้การดูแลต่อเนื่อง โดยสภาการพยาบาล[5] ได้กำหนดให้การจัดการดูแลต่อเนื่องนั้น เป็นมาตรฐานที่ 4 ในข้อที่ 3 ของมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการดูแลตนเอง และสามารถใช้แหล่งประโยชน์ในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวคิดการจัดการพยาบาลเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงของการดูแลสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยร่วมกับชุมชน การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยลดระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของอัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ[6] ที่ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์ พบว่าคุณภาพในการดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาลลดลง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา การดูแลต่อเนื่องถือเป็นบทบาทอิสระของวิชาชีพพยาบาล ที่นำกระบวนการพยาบาลมาเป็นเครื่องมือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยมีการวางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยพยาบาลเป็นกลไกสำคัญช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อให้การดำเนินการดูแลต่อเนื่องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ[7]

จากผลการดำเนินงานการดูแลต่อเนื่องของเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ผ่านมาพบปัญหาการใช้วิธีการส่งข้อมูลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิล่าช้าหรือสูญหาย

ทำให้การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ขาดการเชื่อมโยงไปยังหน่วยบริการในพื้นที่ ผู้ป่วยร้อยละ 83 ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และร้อยละ 87 ได้รับการติดตามเยี่ยมล่าช้าเกินกว่า 15 วัน รวมถึงเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ 5.8 การติดตามเยี่ยมบ้านยังทำได้ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง ขาดการดูแลแบบองค์รวมที่มีรูปแบบชัดเจน[8] กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้เล็งเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังของประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทีมผู้ปฏิบัติงานได้ร่วมทำ SWOT analysis ในภาพรวม โดยวิธีการประชุมกลุ่ม ระดมสมอง พบจุดแข็งคือ ทุกฝ่ายให้ความร่วมมือดี จุดอ่อน คือ ข้อมูลขาดความสมบูรณ์ ล่าช้า และผู้ปฏิบัติงานความเข้าใจและทักษะในการดูแลต่อเนื่อง ขาดการนำเทคโนโลยีมาพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดทำฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย การรายงานผลการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน ขาดความเยื่อมโยงในเครือข่ายจากโรงพยาบาลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบศูนย์ดูแลต่อเนื่องเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ได้ส่งเสริมให้มีการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน โดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) เพื่อให้การบริการมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จึงได้นำแนวคิดการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังมาบูรณาการกับศูนย์จัดการข้อมูลและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการใช้โปรแกรม Thai COC เพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและตอบกลับการดูแลผู้ป่วย จากโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิทำให้ทีมดูแลต่อเนื่องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน รวดเร็วสามารถติดตามเยี่ยมบ้านได้ทันท่วงที ตอบกลับการดูแลและสามารถแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

สมมติฐานการวิจัย

1. ผลลัพธ์ได้แก่ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน และอัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ในกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลตามปกติและกลุ่มใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมดูแลต่อเนื่องต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศอยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงมากที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง The Chronic Care Model (CCM)[3] ในองค์ประกอบที่ 2 การออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery system design) มีระบบติดตามตรวจเยี่ยมดูแลผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้การดูแลผู้รับบริการบนพื้นฐานความเข้าใจและเหมาะสมกับพื้นฐานทางวัฒนธรรม เป็นการดูแลแบบองค์รวมและการบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อช่วยลดช่องว่างของรอยต่อระหว่างการบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยการส่งเสริมการให้ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสมร่วมกับการใช้โปรแกรม Thai COC ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและตอบกลับการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบ Quasi-experimental research ชนิด pre and post-test with control group ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลยโสธร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลตามปกติคือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2562 และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการดูแล

สุขภาพ ต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2561-กันยายน พ.ศ. 2562 การคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากสูตรของ Cohen[9] กำหนดให้ Power =.80, medium effect size, alpha = 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 ราย และเพื่อป้องกันการไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 ราย ใช้วิธีการสุ่ม (Random sampling) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง 2) สามารถรับรู้และสื่อสารเข้าใจ 3) ผู้ป่วยหรือญาติที่เป็นผู้แทนตามกฎหมายสมัครใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ในระหว่างเข้าร่วมโครงการมีภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิต 2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการ

2. ทีมดูแลต่อเนื่องเครือข่ายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำนวน 9 อำเภอๆ ละ 3 คน จำนวน 27 คน มีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ปฏิบัติงานในการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ปี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีเลขที่ 621010 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนได้รับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย สิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ให้ลงนามด้วยความสมัครใจ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ การรายงานผลการวิจัย นำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หรือหน่วยงานที่กลุ่มตัวอย่าง ปฏิบัติงานอยู่ และจะทำลายทิ้งเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก และโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน[10] ได้แก่ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน และอัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน

1.3 แบบวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ ประกอบด้วย 4 ด้านๆ ได้แก่ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพของการให้บริการ

1.4 แบบวัดความพึงพอใจของทีมดูแลต่อเนื่องต่อการใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ ความครบถ้วนของข้อมูล การติดต่อสื่อสาร และด้านคุณภาพของการบริการ

แบบวัดความพึงพอใจมีลักษณะประมาณค่า 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Likert scaling technique และนำมาพิจารณาความถี่ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณาดังนี้[11]

ค่าเฉลี่ย 4.21-5.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.41-4.20 มีความพึงพอใจมาก
ค่าเฉลี่ย 2.61-3.40 มีความพึงพอใจปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.81-2.60 มีความพึงพอใจน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index; CVI) เท่ากับ .90 และ .92 นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .90 และ .93 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศร่วมกับ1) คู่มือการใช้โปรแกรม Thai COC ส่งผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง 2) คู่มือการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3) สื่อนำเสนอภาพนิ่งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน นำไปทดสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรง

คุณวุฒิจำนวน 3 ท่านได้แก่ แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตรวจสอบความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ รูปแบบ และการจัดลำดับความสำคัญของเนื้อหา (Index of item objective congruence; IOC) เท่ากับ .91

รายละเอียดของรูปแบบการดูแลสุขภาพพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ

ระยะเวลา	กิจกรรม
เดือนที่ 1 ระยะเวลา 1 วัน	-จัดอบรมทีมดูแลต่อเนื่องประจำรพท. รพช. สสอ. และรพ.สต. เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการร่วมกับอบรมการใช้โปรแกรม Thai COC ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องทำงานผ่าน Thai Care Cloud -ประสานเครือข่ายวางแผนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งต่อข้อมูลด้วยโปรแกรม Thai COC
เดือนที่ 2-6 ระยะเวลา 1 วัน	-ทีมดูแลต่อเนื่องติดตามเยี่ยมตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย โดยการให้บริการเชิงรุก เพื่อการประเมินและวางแผนการดูแลร่วมกันตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย -สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองให้คำปรึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการคิดตัดสินใจในการจัดการกับอาการผิดปกติ การดูแลตนเอง -ประเมินความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหา -ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองได้ภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญคือ ผู้ดูแล ครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่บ้าน แหล่งประโยชน์ในชุมชน -สรุปภาวะสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัญหาที่มีผลกระทบต่อการดูแลที่บ้านให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบและให้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและกลวิธีการปฏิบัติ หรือการจัดการกับปัญหา -บันทึกผลการดูผลข้อมูลผู้ป่วย รายงานปัญหาของผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Thai COC (Mobile Application) ส่งต่อข้อมูล -นิเทศติดตามงานการดูแลต่อเนื่องทุก 3 เดือน -สรุปปัญหาอุปสรรค -การประสานงาน กับ แพทย์เจ้าของผู้ป่วย และทีมสุขภาพที่รับผิดชอบผู้ป่วย -ส่งต่อแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตามที่ต้องการ -ประเมินผลลัพธ์การดูแลต่อเนื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

1) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัยชี้แจงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน

2) กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศระยะเวลา 6 เดือน

3) เมื่อสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและทีมดูแลต่อเนื่อง

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เสร็จสิ้นการศึกษาผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน ความพึงพอใจของผู้รับบริการและทีมดูแลต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแคว์ และสถิติทดสอบค่าทีที่เป็นอิสระต่อกัน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติไคสแคว์

3. คะแนนความพึงพอใจนำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มทดลองคงอยู่ 96 คน และกลุ่มควบคุมคงอยู่ 92 คน การทดสอบข้อมูลส่วนบุคคลด้วยค่าไคสแควร์และสถิติค่าทีแบบอิสระ แสดงให้เห็นว่าทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			.887
ชาย	37 (38.54)	31(33.70)	
หญิง	59 (61.46)	61(66.30)	
สถานภาพ			.317
โสด	2(2.08)	5(5.43)	
สมรส	89(92.71)	79(85.87)	
หม้าย/หย่า/แยก	5(5.21)	8(8.70)	
ระดับการศึกษา			.642
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	88 (91.67)	81 (88.04)	
มัธยมศึกษา	6 (6.25)	6 (6.52)	
ปวส./อนุปริญญา	1 (1.04)	4 (4.35)	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1 (1.04)	1 (1.09)	
อาชีพ			.917
เกษตรกรรม	75(78.12)	69 (75.00)	
รับจ้าง/โรงงาน	17 (17.71)	19 (20.66)	
รัฐวิสาหกิจ/ราชการ	3 (3.13)	2 (2.17)	
ไม่ได้ทำงาน	1 (1.04)	2 (2.17)	
ผู้ดูแลหลัก			.551
บุคคลในครอบครัว	87 (90.63)	84 (91.31)	
ญาติพี่น้อง	8 (8.33)	5 (5.43)	
ดูแลตนเอง	1 (1.04)	3 (3.26)	
โรคประจำตัว			.492
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	44 (45.83)	47 (51.08)	
หลอดเลือดสมอง	12 (12.50)	16 (17.39)	
หัวใจ/หลอดเลือด	19 (19.79)	14 (15.21)	
ไตเรื้อรัง	3 (3.13)	2 (2.17)	
เบาหวาน/ความดัน	28 (29.17)	33 (35.87)	
อายุเฉลี่ย (ปี)*	X = 52.73	X=54.23	.571
	SD=5.48	SD=4.54	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)*	X=2,574.62	X=2,768.21	.534
	SD=1,963.28	SD=2,055.13	

* independent t-test

2. การเปรียบเทียบผลลัพธ์พบว่า กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศ มีอัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน และอัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มใช้รูปแบบการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านพบว่า ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแคว์

ผลลัพธ์	กลุ่มก่อนใช้รูปแบบ		กลุ่มใช้รูปแบบ		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน	68	62.96	93	82.30	5.681[a]	.017*
ผู้ป่วยได้รับการควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้	41	37.96	60	53.09	5.097[a]	.024*
ผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน	17	15.74	62	54.86	36.806[a]	.000*
อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน	78	72.22	96	84.95	5.347[a]	.021*
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้าน	12	11.11	6	5.31	2.484[a]	.115

3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและทีมดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจต่อใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในระดับมาก ในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ ด้านความครบถ้วนของข้อมูล การติดต่อสื่อสารและด้านคุณภาพของการให้บริการ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการ

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลต่อเนื่อง	ค่าเฉลี่ย (X)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ระดับ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการรับบริการ	4.32	0.81	มากที่สุด
ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ	4.05	0.48	มาก
ด้านการให้ข้อมูล	4.14	0.73	มาก
ด้านคุณภาพของการให้บริการ	4.17	0.61	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.17	0.72	มาก
ทีมดูแลต่อเนื่อง			
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ	4.11	0.54	มาก
ความครบถ้วนของข้อมูล	4.33	0.77	มากที่สุด
การติดต่อสื่อสาร	4.21	0.63	มากที่สุด
ด้านคุณภาพของการบริการ	4.14	0.56	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.19	0.72	มาก

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ดังนี้

1. กลุ่มที่ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศมีผลลัพธ์ดีขึ้นได้แก่ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน อัตราผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคสามารถดูแลตนเองได้ อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก

โรงพยาบาลได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน อัตราข้อมูลผู้ป่วยระดับ 3 ส่งถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน 5 วัน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน มีการเชื่อมโยงข้อมูลแบบไร้รอยต่อ แม่ข่ายสามารถควบคุมกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้ง่าย สะดวก เนื่องจากโปรแกรม Thai COC สามารถประมวลผลได้ในหลายมิติ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ข้อมูล Real Time สามารถบันทึกและวิเคราะห์ได้ช่วยให้ทีมดูแลต่อเนื่องมีข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน รวมทั้งมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูหงส์ มหรรทัศนพงศ์[12] ถึงผลของการใช้โปรแกรม Smart COC ในการตอบกลับเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยพบว่า มีความสะดวกและเป็นประโยชน์ในการส่งต่อและจัดการข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการตอบกลับเยี่ยมบ้านและสามารถเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย นอกจากนี้ยังรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการ ทีมดูแลต่อเนื่องมีการให้ความรู้ ประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย การบริหารยาที่บ้าน ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล รวมถึงส่งเสริมการเผชิญปัญหา การปรับตัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจัดการดูแลตนเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านแบบเสริมพลังโดยใช้ผังเครือญาติเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดยโสธรของสถาพร มุ่งทวีพงษา และคณะ[13] พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น จากการศึกษาเปรียบเทียบพบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านพบว่าไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องจาก ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุแต่มีแนวโน้มลดลง

2. ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และทีมดูแลต่อเนื่อง มีความพึงพอใจต่อใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในระดับสูงมากในด้านกระบวนการ/ขั้นตอนให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ด้านการให้ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวก ความครบถ้วนของข้อมูล การติดต่อสื่อสารและด้านคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ[6] ที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยปัจจัย 3 ปัจจัย คือ การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ การพัฒนาระบบข้อมูลคลินิก และการพัฒนานวัตกรรมในการดูแลต่อเนื่อง พบว่า การให้บริการมีมาตรฐานคุณภาพและประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ผู้รับบริการแสดงความพึงพอใจต่อการบริการต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงมาก ระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล เฉลี่ย 5.2 วันและไม่พบการแทรกซ้อน ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการศึกษาของ พิศสมัย บุญเลิศ และคณะ[14] การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้เกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยรวมคิดเป็นร้อยละ 78.6 และทีมดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศทำให้บุคลากรมีศักยภาพในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นรวมทั้งการส่งต่อข้อมูลเป็นแบบ Real Time เมื่อส่งกลับแล้วก็แจ้งพื้นที่ได้ทันที และสามารถบอกพิกัดผู้ป่วยที่ส่งกลับได้ ที่สำคัญยังสามารถใช้วิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาทราบจำนวนผู้ป่วย วิเคราะห์สุขภาพชุมชนได้จึงนับเป็นการสร้างความสมดุลให้กับระบบสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องแบบบูรณาการโดยใช้โปรแกรมสารสนเทศในการจัดการผู้ป่วยกลุ่มอื่นของหน่วยบริการที่มีบริบทแตกต่างกัน ทั้งนี้เพื่อให้ทราบข้อจำกัดหรือจุดเด่นของการจัดบริการเพื่อนำสู่การพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

2. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 6 เดือน และประเมินผลหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มระยะติดตามผล เพื่อประเมินความต่อเนื่องและผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมดูแลต่อเนื่องเครือข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ช่วยให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ

References

1. Bureau of Non-Communicable Diseases. Annual report 2018. Department of Disease Control. Ministry of Public Health; 2018.
2. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand. Ministry of Digital Economy and Society; 2018.
3. The MacColl Center for Health Care Innovation. The Chronic Care Model; 2006. [Internet]. [Cited 2019 Nov 22]. Available from: http://www. improving-chroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
4. Luciana GF, Maria ML. Model of care in chronic disease: inclusion of a theory of nursing. Text Context Nursing, Florianopolis 2013 Oct-Dec; 22(4): 1197-204. doi: 10.1590/50104-07072013000400039.
5. Thailand Nursing and Midwifery Council. Announcement of the Nursing Council on Nursing and Midwifery Service Standard at Secondary and Tertiary Level. [Internet]. [Cited 2019 Nov 22]. Available from https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/A444.pdf.
6. Teranuch A, Saensom D, Methakanjanasak N, et al. Development of a holistic continuing care model for elderly with chronic illnesses: A case study in one tertiary care hospital. Journal of Nurse association of Thailand, North-Eastern Division 2012; 27(2): 65-77.
7. Bureau of Nursing. Nursing of patients at home. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand; 2013.
8. The department of quality and service development, Yasothon Provincial Public Health Office; 2017.
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Second Edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
10. Likitluecha N, Kladchomphong P. Home visit quality criteria. Bangkok: Agricultural Cooperative Assembly of Thailand; 2014.
11. Sisa-at B. Statistical methods for researching (5th edition). Bangkok: Suwiriyasarn; 2013.
12. Mahantussanapong C. Successful increase in home visit care response rates by using an information program for continuum of care. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center 2018; 35(4): 355-62.
13. Mongthaweepongsa S, Ratsamithong R. The effect of empowering home visit using the family genogram for prevention of diabetes mellitus and hypertension among high risk population. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(4); 148-56.
14. Boonles P, Proarak T, Thaewpia S. Continuous care model development for disability elders in Bandongmone health promotion hospital Tumbon Singkok Aumphur Kasetwisai Roi-Et Province. Journal of The Office of ODPC 7 Khon Kaen 2015; 23(2): 79-87.