

การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลขามสะแกแสง

Action research for promoting health among hypertension patients by using chronic care (CDM) at Kham Sakeaseang hospital

นิตธิคุณ เขียวอยู่

Nithikun Kyoyu

โรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา

Kham Sakeaseang hospital

*Corresponding author E-mail: nithikun@yahoo.com

(Article submitted: December 25, 2019; Final version accepted: May 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลขามสะแกแสง เพื่อศึกษารูปแบบและปัจจัยความสำเร็จการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลขามสะแกแสง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 190 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 183 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทำการวิจัย ตามขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยคู่มือชุดความรู้การดูแลโรคเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา โดยการบรรยายเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่า ผู้รับผิดชอบคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้ความสามารถหลังการจัดบริการตามวงจรการบริหารงานคุณภาพ การจัดบริการดูแลโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลขามสะแกแสง มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจ การสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value 0.05 พบว่า 1) โรงพยาบาลมีรูปแบบการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพการดูแลโรคเรื้อรัง ตามวงจรการบริหารงานคุณภาพ ได้แก่ ⁽¹⁾ มีการประชุมวางแผนการปฏิบัติการ (P: Plan) ระหว่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขามสะแกแสง ⁽²⁾ มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ (D: Do) โดยคู่มือชุดความรู้การดูแลโรคเรื้อรังตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง ⁽³⁾ มีการตรวจสอบติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน (C: Check) ⁽⁴⁾ มีการปรับปรุงและพัฒนาวางแผนจัดบริการ A: Action ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง 2) มีปัจจัยความสำเร็จของการดูแลโรคเรื้อรัง ได้แก่ ⁽¹⁾ มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ⁽²⁾ มีการออกแบบระบบบริการของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽³⁾ มีการทำงานเป็นทีมโดยใช้ความรู้ของแพทย์ช่วยสนับสนุนการจัดบริการ ⁽⁴⁾ มีการจัดระบบฐานข้อมูลที่ดี และ ⁽⁵⁾ มีการเชื่อมโยงทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ข้อเสนอแนะ 1) โรงพยาบาลขามสะแกแสง ควรสนับสนุนการใช้และปฏิบัติตามขั้นตอนรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์ เกษัชกร และสหวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะทำงานปฏิบัติการสนับสนุนการดำเนินงาน 2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังไปขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายหรือแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีความรู้ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถจัดบริการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, รูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง, วงจรการบริหารงานคุณภาพ

Abstract

Action research for promoting health among hypertension patients by using the chronic care model (CDM) at Kham Sakaesaeng hospital. In order to use the research results and the success factors in providing chronic care services health promotion for patients with hypertension in Kham Sakaesaeng hospital. The sampling group was selected by 190 people, are chronic disease clinic staff 7 people and 183 hypertension patients. The research instrument was the interview. Data were collected before and after the research. Follow the health promotion procedures for patients with hypertension and using the chronic care knowledge manual. Analyze quantitative data using descriptive statistics. Distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis by a descriptive description. The result of the research that after the provision of health promotion services by the chronic care model (CDM). The statistically increasing average score of significant P-value 0.05. 1) Kham Sakaesaeng hospital chronic care model (CDM). Consisted of ⁽¹⁾ Conducting a research meeting (P: Plan) with a sample of non-communicable disease clinic staff members of Kham Sakaesaeng hospital ⁽²⁾ Health promotion (D: Do) is carried out through the chronic disease care knowledge manual follow chronic care steps ⁽³⁾ There are an inspection and review of problems and obstacles in the operation (C: Check) and ⁽⁴⁾ Continuous improvement and development of the draft plan: A: Action according to chronic disease care procedures 2) There are success factors in caring for chronic care model (CDM), including ⁽¹⁾ self-management support model ⁽²⁾ delivery system design model ⁽³⁾ Decision support model ⁽⁴⁾ Clinical information system model ⁽⁵⁾ Community resource linkages model and ⁽⁶⁾ The satisfaction of the chronic care model of Kham Sakaesaeng hospital the highest level. Suggestions from research chronic care model (CDM) 1) procedures should be used and implemented, with physicians, pharmacists, and multidisciplinary groups working as operational support groups, 2) District Health Office should be expanded the process to the results in sub-district health promotion hospital. There is health promotion for patients with hypertension and other chronic non-communicable patients, 3) Provincial Health Office should be a policy or a plan for the development of medical staff, nurses, and multidisciplinary staff to have knowledge, understanding, and health promotion for patients with hypertension and other chronic non-communicable patients. In accordance with the chronic care model (CDM), in order to be able to effectively manage chronic non-communicable diseases. Proposal for the next research should be researched on the effects of health promotion on other non-communicable diseases. By using the chronic care model (CDM) as a research guideline.

Keywords: Health promotion on hypertension patients, Chronic Care Model (CDM), Quality management Deming Cycle: PDCA.

องค์การอนามัยโลกเล็งเห็นว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ จากสถิติผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2560 พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 63 ที่เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา และที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽¹⁾

ข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุ ประเทศไทย จากการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตนเองผู้สูงอายุด้าน “ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้ตัว” หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน ทั้ง 3 เรื่องได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องมีใครช่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุต่ำกว่า 80 ปี กว่า ร้อยละ 95 ยังสามารถกินอาหาร ใส่เสื้อผ้า (แต่งตัว) อาบน้ำ / ล้างหน้า (รวมการใช้ห้องน้ำ) ได้โดยไม่ต้องมีการช่วยเหลือ แต่เมื่ออายุ 80 ปีขึ้นไป

แล้ว จำนวน 2 ใน 10 ของผู้สูงอายุวัยนี้ ไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานเหล่านี้ได้ด้วยตนเอง จากการสำรวจ ปี 2560 พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 95 ยังสามารถทำกิจวัตรพื้นฐานที่ใกล้เคียงได้ด้วยตนเอง เท่ากับว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 5 ที่ต้องการการดูแล ผู้สูงอายุประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 มีปัญหาสุขภาพ เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาจเป็นผลมาจากพฤติกรรมของคนไทย ตั้งแต่ก่อนวัยสูงอายุ เช่น การกินอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้ การเสียชีวิตด้วยภาวะ ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบอัตราการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงและอัตราการตายก่อนวัยอันควรอายุ 30-69 ปี เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 12.2 ต่อแสนประชากร และ 7.4 ต่อแสนประชากร และพบอัตราการตายก่อนวัยอันควร อายุ 30-69 ปี จากภาวะความดัน โลหิตสูง เท่ากับ 9.8 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

จังหวัดนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนประชากร จำนวน 2,635,318 คน ประกอบด้วย เพศชาย 1,299,611 คน เพศหญิง 1,335,707 คน อัตราส่วนการเป็นภาระเท่ากับ 37 เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราส่วนพึ่งพิงกับระดับประเทศ พบว่า จังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยปี พ.ศ. 2557-2560 อัตราส่วนผู้สูงอายุ เท่ากับ 14.63, 17.73, 18.39 และ 19.12 ตามลำดับ⁽³⁾

อำเภอขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2560 มีประชากร จำนวน 43,348 คน ประกอบด้วย เพศชาย จำนวน 21,599 คน เพศหญิง จำนวน 21,749 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 3,944 คน (ร้อยละ 9.1) เป็นเพศชาย 1,561 คน (ร้อยละ 3.6) เพศหญิง 2,384 คน (ร้อยละ 5.5) สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ 10 อันดับ ของอำเภอขามสะแกแสง ปี พ.ศ. 2560 พบโรค ความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการป่วยอันดับหนึ่งและมีอัตราเพิ่มขึ้นจำนวน 726 คน (ร้อยละ 18.4 ของจำนวนผู้สูงอายุ)⁽⁴⁾

จากสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ร้อยละ 85 ผู้ที่ป่วยขาดความตระหนักใน การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการจัดบริการและดูแลของโรงพยาบาลขามสะแกแสงยังไม่มีรูปแบบการติดตามสนับสนุน การรักษาอย่างต่อเนื่อง ด้านการวินิจฉัยการรักษา การให้คำปรึกษาและติดตามสนับสนุนการรักษาแบบมีส่วนร่วมของ สหวิชาชีพ ในระบบบริการยังต้องได้รับการพัฒนาและปรับปรุงให้มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง โดยการนำรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model: CDM)⁽⁵⁾ ไปปรับปรุงการจัดบริการ และดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองการควบคุมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมพฤติกรรมมิติทางกาย ใจ และการสนับสนุนการจัดบริการจากแพทย์ สหวิชาชีพ ซึ่ง จะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรค เรื้อรัง ในโรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขามสะแกแสง จำนวน 7 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป รับการรักษาที่โรงพยาบาลขามสะแกแสงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ถึง

ปัจจุบัน จำนวน 726 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย

1) เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลขามสะแกแสง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ถึงปัจจุบัน มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ และการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 7 คน

2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมานานกว่า 12 เดือน ได้รับการวินิจฉัยและรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลขามสะแกแสงโดยแพทย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 มีที่พักอาศัยในพื้นที่อำเภอขามสะแกแสง เลือกด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากรของทาโรยามาเน⁽⁶⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 183 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์การวิจัย โดยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้วยวงจรบริหารงานคุณภาพ⁽⁷⁾ เป็นแบบสัมภาษณ์ จำนวน 2 ชุด ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้านความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามองค์ประกอบรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้านความรู้ ความเข้าใจ ในการสนับสนุนดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 40 ข้อ

ตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือ โดยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach⁽⁸⁾ เท่ากับ 0.75 ขึ้นไป

3. ชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลขามสะแกแสง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการปฏิบัติตามขั้นตอน วิเคราะห์โดยสถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น .05 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยการบรรยายเชิงพรรณนาประกอบ การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2561 มีขั้นตอน ดังนี้

1) ขั้นตอนการเตรียมการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ดำเนินการจัดทำโครงการวิจัย เลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย พัฒนาเครื่องมือการวิจัยและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล

2) ขั้นตอนการวิจัย ตามวงจรคุณภาพ จำนวน 2 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1 ขั้นที่ 1 P: Plan 1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติการวิจัย ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลขามสะแกแสง 2) การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test) 3) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4) จัดทำแผนการปฏิบัติงานบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง 5) จัดทำร่างชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 D: Do 1) ดำเนินการปฏิบัติตามแผนส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง 2) เก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ (Pre-test) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) การปฏิบัติ

งานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 3 C: Check 1) ตรวจสอบติดตามปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน 2) ประชุมติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 4 A : Action ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1) ปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานเป็นแผนการปฏิบัติงาน 2) ปรับปรุงร่างรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 2) ปรับปรุง ชุดเอกสารคู่มือการส่งเสริมสุขภาพ 3) จัดตั้งคณะทำงานติดตามสนับสนุนการดำเนินงาน

วงรอบที่ 2 ขั้นที่ 1 P: Plan ร่วมกับกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหาร 1) ประชุมวางแผนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 2) เก็บข้อมูล หลังดำเนินการวิจัย (Post -test) กลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) จัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) จัดทำชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย ⁽¹⁾ แนวทางปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาและการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽²⁾ การบริหารจัดการกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽³⁾ แผนงานการจัดการภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁴⁾ คู่มือทักษะที่ใช้ในการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁵⁾ องค์ประกอบของการดูแลสุขภาพ ⁽⁶⁾ กรอบแนวคิดการจัดบริการของทีมสุขภาพในการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁷⁾ พื้นที่การให้บริการในโรงพยาบาลที่ไร้ขอบเขต ⁽⁸⁾ องค์ประกอบของการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ⁽⁹⁾ การบริหารจัดการระบบบริการดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นที่ 2 D: Do 1) ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) ปฏิบัติงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง 3) เก็บข้อมูล หลังการรับบริการ (Post-test) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขั้นที่ 3 C: Check 1) ตรวจสอบติดตามปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน 2) ประเมินการปฏิบัติงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูลแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง

ขั้นที่ 4 A: Action 1) พัฒนารูปแบบการดำเนินงานเป็นแผนการปฏิบัติงาน ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง 2) ประชุมสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง จัดทำแผนปฏิบัติงาน 3) นำเสนอแผนและสรุปผลปฏิบัติงานแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลขามสะแกแสง 4) สรุปสังเคราะห์ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

เจ้าหน้าที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรัง จำนวน 7 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุระหว่าง 45-50 ปี ร้อยละ 71.4 สถานะภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 100 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 100 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 25,001-35,000 บาท ร้อยละ 100 ลักษณะงานเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานรักษาส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 100 การสนับสนุนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ความสามารถ ก่อนและหลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.31	.30	3.62	.038*
การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	4.30	.54		
การออกแบบระบบบริการ (delivery system design)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.69	.49	3.87	.024*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.81	.50		
ความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน (Decision support)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.36	.58	3.62	.000*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.90	.63		
ระบบฐานข้อมูลที่ดี (Clinical information system)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.42	0.62	3.31	.000*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	4.12	0.69		
การเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (Community resource linkages)				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.65	.51	2.39	.021*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.79			

*P-value < 0.05

ผลการเปรียบเทียบหลังการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับมากที่สุดทุกด้าน (1) เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน [t = 3.62, Sig = .000] (2) มีระบบฐานข้อมูลที่ดี [t = 3.32, Sig = .000] (3) มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง [t = 3.62, Sig = 0.38] (4) มีการออกแบบระบบบริการ [t = 3.87, Sig = .024] และ (5) มีการเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด [t = 2.39, Sig = .021]

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 183 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 64.48 สถานภาพมีคู่สมรส ร้อยละ 56.83 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 37.16 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.53 มีรายได้ระหว่าง 3,001-5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 40.44 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับลูกหลาน ร้อยละ 67.76 ประวัติสุขภาพน้ำหนักโดยเฉลี่ย 65.75 กิโลกรัม ส่วนสูงโดยเฉลี่ย 159.25 เซนติเมตร ได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่คลินิกโรคติดต่อไม่เรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง หลังการเข้าร่วมการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ P- value < 0.05

**ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจการสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจ ก่อนและหลังการรับ
บริการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**

การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	$\bar{X}$	S.D.	t	Sig
การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.63	.50	-5.49	.002*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.80	.51		
ความพึงพอใจในการพัฒนาการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง				
ก่อนการส่งเสริมสุขภาพ	3.6	.50	-1.99	.011*
หลังการส่งเสริมสุขภาพ	3.78	.51		

*P-value < 0.05

ความรู้ความเข้าใจการสนับสนุนการดูแลตนเองและความพึงพอใจ หลังการรับบริการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับมากที่สุดทุกด้าน ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการสนับสนุนการดูแลตนเอง [$t = -5.49$, Sig = .002] ⁽¹⁾ มีแรงจูงใจ ในการสนับสนุนการดูแลตนเอง 2) มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง 3) มีความรู้ความเข้าใจโรคของตนเอง 4) มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง และ 5) มีการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร ⁽²⁾ มีความพึงพอใจในการพัฒนาการดำเนินงานรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาล ขามสะแกแสง ตามวงจรบริหารงานคุณภาพ [$t = -1.99$, Sig = .011]

ปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง ได้แก่

1. การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ด้าน (1) การสนับสนุนให้มีแรงจูงใจ และความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง (2) การสนับสนุนความรู้ความเข้าใจในโรคของตนเอง (3) การสนับสนุนให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง (4) การสนับสนุนให้ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อลดอุปสรรคหรือความขาดแคลนทรัพยากร
2. การออกแบบระบบบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลขามสะแกแสง (1) มีการออกแบบการทำงานเป็นทีม (2) มีการออกแบบการเชื่อมเสริมพลังการดำเนินงานตามแผน (3) มีการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ในจัดการรายกรณี
3. ความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุน (1) มีวิธีการเสนอแนวทางทางการดำเนินงาน (2) มีวิธีการสนับสนุนการตัดสินใจให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาล (3) มีวิธีการใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาผู้ป่วย
4. ระบบฐานข้อมูลที่ดี (1) มีข้อมูลช่วยเตือนการดำเนินงานตามขั้นตอนแก่ผู้ให้บริการและผู้ป่วย (2) มีข้อมูลที่สามารถแยกแยะผู้ป่วยในฐานข้อมูลเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยงเพื่อวางแผนป้องกันได้ (3) มีข้อมูล ที่สามารถช่วยให้ออกแบบการรักษที่เหมาะสมแต่ละรายบุคคล (4) มีข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีม ผู้ให้บริการและผู้ป่วยในส่วนที่จำเป็น (5) มีข้อมูลที่สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีม และระบบงานได้
5. การเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ (1) แนวทางการทำความเข้าใจทรัพยากรร่วมกับชุมชน (2) แนวทางการเชื่อมโยงทรัพยากรโรงพยาบาลขามสะแกแสง กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) แนวทางการเชื่อมโยงทรัพยากรโรงพยาบาลขามสะแกแสง กับองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน
6. ข้อเสนอการจัดระบบบริการสุขภาพ (1) ด้านแนวทางการปฏิบัติงานภายในองค์กร (2) ด้านความสามารถของผู้นำระดับสูงในการเป็นแกนนำการดำเนินงานตามแผน (3) ด้านการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจ (4) ด้านการจัดทำแผนระยะยาวในการดูแลโรคเรื้อรัง

วิจารณ์ผล

จากผลการศึกษาทำให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติงานได้ ดังนี้

1) P: Plan (1) มีการประชุมวางแผนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ร่วมกับเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและคณะกรรมการบริหาร (2) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบโรคเรื้อรัง ร่วมกับคณะทำงานติดตามสนับสนุนด้านการแพทย์และทีมรักษาพยาบาล สอดคล้องกับ ศิริเนตร สุตี⁽⁹⁾ พบว่า รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน เริ่มตั้งแต่ (1) การประชุมผู้ร่วมวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาบริบท ปัญหาและสาเหตุการดูแลสุขภาพ (2) ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนการดำเนินการแก้ปัญหา (3) พัฒนาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยผู้ร่วมวิจัย (4) จัดกิจกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (5) ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และ (6) สะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR)

2) D: Do การจัดทำชุดเอกสารคู่มือการดูแลโรคเรื้อรัง ของโรงพยาบาลขามสะแกแสง และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนการดูแลโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับ ณัฏฐินี เสือโต และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงอายุ 35-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ แรงจูงใจ และการรับรู้มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และในระยะติดตามผลมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรม การควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3) C: Check มีการตรวจสอบติดตามทบทวนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานบริการดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับ วิภาพร อุดตมะ⁽¹¹⁾ พบว่า แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรมีทีมนิเทศ กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน มีการทบทวนนโยบายและวางแผนการพัฒนา องค์ความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง การปรับปรุงระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ที่เชื่อมโยงข้อมูลได้ทั้งระบบ (รพ. และรพ.สต.) เพิ่มช่องทางการสื่อสารในระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ และควรมีงบประมาณในการดำเนินงานที่เพียงพอ

4) A: Action (1) มีปรับปรุงและพัฒนาโดยการประชุมสรุปผลการพัฒนารูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง และจัดทำแผนปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (2) การนำเสนอแผนและสรุปผลปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตามรูปแบบดูแลโรคเรื้อรัง แก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล สอดคล้องกับ พิศมัย บุญเลิศ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง มีการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผล โดยทีมเจ้าหน้าที่และทีม สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพ พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยครั้งนี้ มีปัจจัยความสำเร็จที่สามารถพัฒนาสู่กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ ในการสนับสนุนการดูแลตนเองโดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ดำเนินการสนับสนุนให้มีทักษะในการดำเนินชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง การสนับสนุนให้มีแรงจูงใจและความมั่นใจที่จะดูแลตนเอง การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในโรคของตนเอง สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้ ของนวลชนิษฐ์ ลิขิตลีธ⁽¹³⁾

ปัจจัยความสำเร็จที่สามารถนำไปจัดระบบบริการดูแลโรคเรื้อรังได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1. การออกแบบระบบบริการ โดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ การให้คำปรึกษาของแพทย์ในการจัดการรายกรณี การทำงานเป็นทีม การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินตามแผน สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก⁽¹⁴⁾ พบว่า องค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง ได้แก่ บทบาทใน

การกำหนดทิศทางและนโยบายการจัดการโรคเรื้อรัง และบทบาทในการจัดระบบการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2. การพัฒนาความรู้วิธีที่ช่วยสนับสนุนของเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยแพทย์และ สหวิชาชีพ ได้แก่ การเสนอแนะทางการดำเนินงาน การสนับสนุนการตัดสินใจให้แพทย์และทีมรักษาพยาบาล และการใช้ความรู้ที่ทันสมัยในการรักษาผู้ป่วย สอดคล้องกับ วีรัชย์ บริบูรณ์⁽¹⁵⁾ พบว่า กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงบริการของสถานบริการ สาธารณสุขได้มากขึ้น มีการตัดสินใจร่วมกันของผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกละเลยที่ต้องทำไม่ เป็นการบังคับแต่เป็นความสมัครใจ และเป็นปัญหาของตนเอง นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนต่อไป

3. การจัดระบบฐานข้อมูลที่ดี โดยเจ้าหน้าที่งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นผู้ดำเนินการ (1) จัดทำ ข้อมูลที่สามารถช่วยในการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับรายบุคคล (2) จัดทำฐานข้อมูลที่ใช้ร่วมกันได้ระหว่างทีมผู้ให้ บริการและผู้ป่วย (3) มีข้อมูลที่สามารถแยกแยะผู้ป่วยเป็นกลุ่มย่อยตามความเสี่ยงเพื่อการวางแผนป้องกัน (4) มีข้อมูลที่สามารถวัดประเมินประสิทธิภาพการทำงานของทีมนและระบบงานได้ (5) มีข้อมูลช่วยเตือนการดำเนินงานตามขั้นตอนแก่ผู้ ให้บริการและผู้ป่วย สอดคล้องกับ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก พบว่า องค์ประกอบที่แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญใน การดำเนินการจัดการโรคเรื้อรัง คือ บทบาทในการใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง และบทบาทในการใช้ข้อมูล เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดการโรคเรื้อรัง

4. รูปแบบการเชื่อมโยงทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ มีการจัดทำแผนการเชื่อมโยงทรัพยากร ระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการทำข้อตกลงการใช้ทรัพยากรร่วมกับชุมชน และมีแนวทาง เชื่อมโยงทรัพยากรระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน สอดคล้องกับ ภิญญา ไปมูลเปี่ยม และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วย เกิดการยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ถูกต้อง และสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยมาก ขึ้น จนส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถลดน้ำตาลในเลือดได้ ร้อยละ 86.0

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำกระบวนการไปขยายผลการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการใช้และปฏิบัติตามขั้นตอน รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง มีแพทย์ เภสัชกร และสหวิชาชีพ ร่วมเป็นคณะทำงานปฏิบัติการสนับสนุนการดำเนินงาน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีนโยบายหรือแผนพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง เพื่อให้สามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. 2013; 61–63.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. สถานการณ์และการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. ในสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกฟิคแอนด์ดีไซน์; 2560: 25–29.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. เอกสารประกอบการบรรยายสรุปตรวจราชการกรณีปกติ ประจำปี ปิงบประมาณ 2560. การประชุมตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติจังหวัดนครราชสีมา รอบที่ 1/2560; 1 กุมภาพันธ์ 2560; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. นครราชสีมา: 2560. หน้า 7–15.

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขามสะแกแสง. เอกสารรับการตรวจราชการ รอบ 1/2561. การประชุมตรวจราชการและ
นิเทศงานกรณีปกติอำเภอขามสะแกแสง รอบที่ 1/2561; 16 กุมภาพันธ์ 2561; โรงพยาบาล ขามสะแกแสง. นครราชสีมา:
2560. หน้า 9-10.
5. Marta Gorina and Maria Alvarez. Effectiveness of primary healthcare educational interventions undertaken
by nurses to improve chronic disease management in patients with diabetes mellitus, hypertension and
hypercholesterolemia: A systematic review. International Journal of Nursing Studies. 2018; 86: 139-150.
6. Yamane, T. Statistic: An Introductory Analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
7. Deming, W.E. PDCA cycle a quality approach. Cambridge: MA MIT; 1993.
8. สุวิมล ติรภานันท์. การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.
9. ศิริเนตร สู่ดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วน
ร่วมของชุมชน. [ปริญญาณิพนธ์ ปรัชญาคุณภิธานิต (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
10. ณัฏฐินี เสือโต และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการควบคุมความดันโลหิต ในกลุ่มอายุ 35 - 59 ปี ที่
ควบคุมความดันโลหิตสูงไม่ได้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560; 32: 95-114.
11. วิภาพร อุตตมะ. การประเมินผลการดำเนินงานระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. อำเภอจตุรพักตรพิมาน
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11 2560; 4: 2-16.
12. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภาวดี แถวเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง
สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย
จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น 2559; 23: 79-87.
13. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควบคุมไม่ได้. วารสารกองการ
พยาบาล 2560; 44: 141-158.
14. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในการจัดการโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์
2560; 37: 154-159.
15. วีรชัย บริบูรณ์. การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี. วารสาร
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2559; 6: 61-70.
16. ภิญญา ไปมูลเปี่ยม, พัทธนี อินใจ, วินัย ปันทะนะ และไชยวัฒน์ น้ำเย็น. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบา
หวานและโรคความดันโลหิตสูงแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
แม่สาคร อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารระบบสาธารณสุข 2560; 25: 394-400.