การพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ลพบุรี

*วลีรัตน์ สุธนนันท์ **

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและศึกษาผลของการจัดรูปแบบระบบบริการที่พัฒนาขึ้นมา โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางจิตสังคม แบ่งเป็น 2 ระยะ

ในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 7 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 20 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและบันทึกรายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย ได้รูปแบบระบบบริการพยาบาล โดยใช้การบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ ร่วมกับมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบประกอบด้วย การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบในทีมสหสาขาวิชาชีพ ใช้แนวปฏิบัติที่ทันสมัย กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ และสร้างระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการ 3 แห่ง สุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มได้แก่ กลุ่มทดลอง 100 รายได้รับการดูแลรักษาโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่พัฒนาในระยะที่1 เป็นเวลา 6 เดือน และกลุ่มควบคุม 100 รายได้รับการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้แบบวัด ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที (Independent T-test) และแมนวิทนีย์ ยูเทสต์ ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบในการดูแลการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ ร่วมกับมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ในกลุ่มทดลอง มีผลลัพธ์ทางคลินิก (ค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

ข้อเสนอแนะ การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการจัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี รูปแบบการดูแลนี้ส่งผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ : ระบบบริการพยาบาล, รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ, แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

---

*ศษ.ม. (สิ่งแวดล้อมศึกษา), ศศ.ม. (การพัฒนาสังคม) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ. ลพบุรี

Development of Nursing Service System by using Integrated Disease Management Model and Case Management Concept among Patients with Hypertension at King Narai Hospital Contracting Unit of Primary Care, Lop Buri

*Waleerat Suthananan**

Abstract

The qualitative and quasi-experimental study was aimed to develop the nursing service system by using integrated disease management model and case management concept for patients with hypertension and to test the effect of this developed model on clinical outcomes and psycho-social outcome of patients. This research was divided in 2 phases.

The 1st phase, the samples included 7 persons of administrative team of King Narai Hospital CUP, 11 persons of multidisciplinary team, 3 persons of Sub-district Administrative Organization (SAO), and 20 hypertension patients. Collecting data using individually semi-structure interviewed with tape recorded and analyzed data using content analysis. The result showed the model of nursing service developed by using Integrated disease management collaborated with Nurse case managers. The model included: a job description and accountability of multidisciplinary team, updated practice guideline, outcome indicator with network of continuing care and treatment.

The 2nd phase, the samples were patients with hypertension who were treated at medical unit of out-patient department at three health care settings. 100 samples were randomly assigned to an experimental and 100 samples were control group. The experimental group received treatment and care using Integrated Disease Management Model and Case Management (IDMM and CM) developed in the 1st phase for six month. The control group received the routine care. Clinical outcome, cost of care, self care behaviors, patient satisfaction, and quality of life were collected pretest and posttest of both groups. Data was analyzed using Independent T-test, and Mann Whitney U Test. The results showed that after using the IDMM and CM model in post experimental intervention, clinical outcomes (Blood Pressure, Cholesterol level, Fasting Plasma Glucose), cost of care, self care behaviors, patient satisfaction, and quality of life of experimental group and control groups were significantly different at $p<0.05$.

Recommendation : This study shed light the evidence-based practice of nursing service system using integrated disease management model and case management concept. The model could improve clinical outcomes, cost of care, self care behaviors, patient satisfaction, and quality of life of patents with hypertension.

Keywords : Nursing Service System, Integrated Disease Management Model, Case Management Concept Hypertensive Patients

---

* M.Ed (Environmental Education), (Social Development), Director of Nursing Organization, King Narai Hospital, Lop Buri Province

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

ความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีการระบาดไปทั่วโลกองค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลกจาก 194 ประเทศ มีจำนวนถึง 970 ล้านคน โดย 330 ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ 640 ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี 2025 คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน นอกจากนี้ ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเกิดจากความดันโลหิตสูง[1] สำหรับในประเทศไทยจากการสำรวจสถานภาพสุขภาพประชากรไทย[2] อายุมากกว่า 15 ปี พบแนวโน้มการลดลงของอัตราความชุกจากโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุมากกว่า 15 ปี จากร้อยละ 22.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 21.4 ในปี 2552 และจากสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบว่า มีจำนวน 2,719,113 คน และส่วนเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบผู้ป่วยอยู่ใน 5 อันดับโรคแรกมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2552-2554 (8,193 คน 10,009 คน และ11,631 คน ตามลำดับ)[2] แม้ว่าเรายังไม่ทราบแน่ชัดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการเกิดความดันโลหิตสูง แต่จากหลายการศึกษาพบว่า กาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์แบบหนัก (heavy drink) ความเครียด เชื้อชาติ และคนในครอบครัวมีประวัติป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง[3]

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมเช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ขาดการออกกำลังกายภาวะเครียดจากภาวะเศรษฐกิจสังคม การเมือง การสูบบุหรี่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ซึ่งทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและหลอดเลือดและโรคอ้วน[4] สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งประเทศ พ.ศ. 2548- 2552 มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น คือ 544.08, 659.57, 778.12,860.53 และ1,230.16 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2548-2552 พบว่า อยู่ในอัตราคงที่ไม่แตกต่างกันมากในแต่ละปี คือ 3.90, 3.80, 3.64, 3.90 และ3.62 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[5]

ปัญหาในการให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี ได้แก่ 1) แนวทางการปฏิบัติยังไม่ทันสมัย 2) มีการบริการที่แยกส่วนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน 3) การดูแลอย่างต่อเนื่องยังทำได้ไม่ครอบคลุมทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ 4) ระบบการส่งต่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการส่งกลับเข้ารับรักษาในชุมชนยังไม่ ชัดเจน 5) การเก็บรวบรวมข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยยังทำได้ไม่ค่อยเป็นระบบ การนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้เพื่อลดระยะเวลาการทำงานหรือช่วยในการตัดสินใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วยยังทำได้น้อย 6) การให้ความรู้ผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบ การ มีส่วนร่วมจากผู้ป่วยและครอบครัวยังทำได้ค่อน ข้างน้อย และ 7) ผลลัพธ์การดูแลยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าพยาบาล มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการภารกิจด้านการพยาบาล ให้มีคุณภาพคุ้มค่าใช้จ่ายเพื่อให้บริการพยาบาลมีคุณภาพการตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน[6] จึงสนใจที่จะนำแนวคิดการบริหารจัดการโรค มาประสานความร่วมมือจากทีมผู้บริหาร สหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น[7] เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพิ่มความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

แนวคิดการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการเป็นการนำแนวคิดการบริหารจัดการโรค (Disease

management)[8-10] ซึ่งประกอบด้วย 1) กระบวนการค้นหาปัญหา 2) การใช้แนวทางการดูแลรักษา 3) ความร่วมมือในการดูแลรักษาของแพทย์และทีมสุขภาพ 4) การให้ความรู้เรื่องการจัดการการดูแลตนเองของผู้ป่วย 5) การวัดผลการดูแลจากกระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแล และ 6) การรายงานผลและการป้อนข้อมูลย้อนกลับ มาบูรณาการ การได้ข้อมูลจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการในการนำแนวคิดการบริหารจัดการโรคมาประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพ สร้างรูปแบบบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง จนทำให้งานประสบความสำเร็จ[7]

แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case management) เป็นแนวคิดที่ใช้พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Nurse Case Manager) เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงาน ระหว่างผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ติดตามควบคุมให้การดูแลรักษาเป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งแนวทางที่กำหนดนั้น เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยของผู้ให้บริการทุกสาขาวิชาชีพ[11] ตลอดระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย โดยทีมผู้ให้บริการสหสาขาวิชาชีพร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักมีคุณภาพชีวิตต่ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคร่วมมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม เนื่องจากคุณภาพชีวิต เป็นเรื่องสำคัญในการดำเนินชีวิต เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาแม้อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เป็นเป้าหมายหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากการดูแลรักษาผู้ป่วยในปัจจุบันไม่ได้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือมีชีวิตรอดเพียงอย่างเดียวแต่ต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย เพื่อให้ชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยสามารถก่อประโยชน์แก่ตนเองครอบครัวและสังคมได้[12-16]

ผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญที่ใช้ในการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไต[1,17,18]

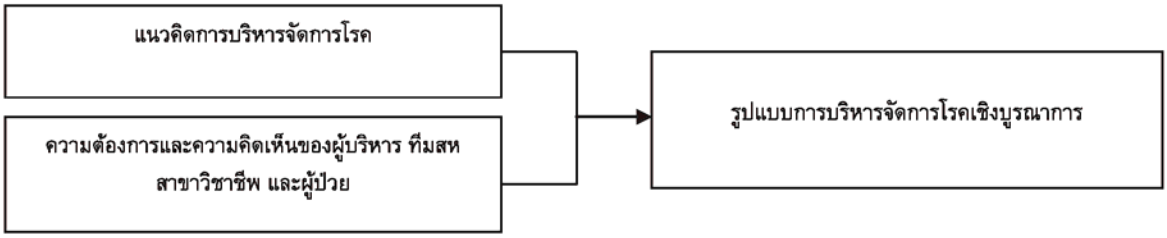
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. เพื่อศึกษาผลของการจัดระบบบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

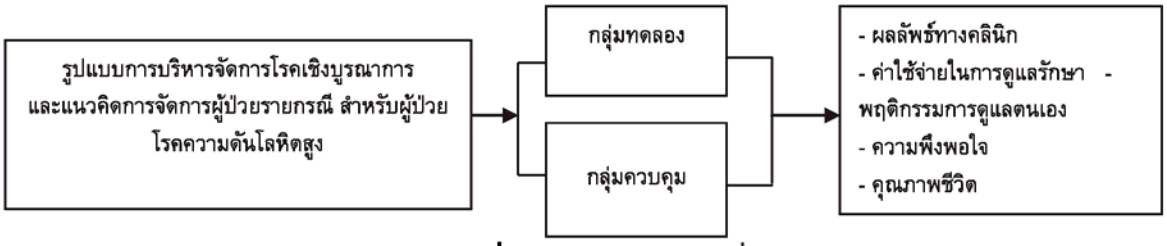
กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการนำแนวคิดการบริหารจัดการโรค[8,9] มาประยุกต์ใช้ในการจัดระบบบริการพยาบาล (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดระยะที่ 1

ระยะที่ 2 เพื่อศึกษาผลของการจัดระบบบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (แผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดระยะที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยที่ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดบริการพยาบาล ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 7 คน ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 11 คน เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จำนวน 20 คน

เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้การสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ทำงาน โรคร่วมและโรคแทรกซ้อน
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เกี่ยวกับความคิดเห็นและความต้องการในการนำแนวคิดการบริหารจัดการโรคมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการจัดระบบบริการพยาบาล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยมีการปรับข้อคำถามให้ใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อขอสัมภาษณ์เชิงลึกทีมผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2555 - 31 พฤษภาคม 2555

2. การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที มีการขออนุญาตผู้ให้สัมภาษณ์ในการขอบันทึกเทป

การวิเคราะห์ข้อมูล

สร้างรูปแบบระบบบริการพยาบาล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ถอดเทปแล้ว

ผลการวิจัย: ระยะที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสร้างรูปแบบระบบการบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ประกอบด้วย

1. มีการระบุหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องและมอบหมายงานอย่างชัดเจน

ทีมบุคลากร ได้แก่ ผู้บริหาร แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสุขศึกษา นักโภชนาการ ได้ให้ข้อคิดเห็นด้านการดูแลแบบบูรณาการ ควรมีรูปแบบที่มีทีมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลตามความเชี่ยวชาญ และมีการมอบหมายงานชัดเจน มีการทำงานประสานงานกันโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมีพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยรายกรณีเป็น ผู้ประสานงานการรักษาระหว่างวิชาชีพอื่นๆ บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของตนเองอย่างชัดเจน

2. มีการใช้แนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย

กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนให้ข้อมูลและได้ร่วมมือกันใช้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเครือข่ายโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช แนวทางการดูแลรักษาควรจัดทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองโรค การดูแลรักษา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การส่งต่อ และการส่งปรึกษาทีมสหสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง ดังคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์

"แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควรทันสมัยและครอบคลุมทุกขั้นตอน เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานแก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ"

3.กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์และสร้างระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วย โดยร่วมกันแสดงความคิดเห็นว่าควรมีระบบเครือข่ายการส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลไปยังชุมชน ทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ใบ บส.2 และติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษาตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ดังคำพูดของกลุ่มตัวอย่าง

"การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับ ควรมีการส่งต่อ เชื่อมโยงกัน เป็นระบบเครือข่ายของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วย และควรมีการกำหนดตัวชี้วัดให้ชัดเจน เพื่อสามารถติดตามผลลัพธ์การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง"

การดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่พัฒนาขึ้นมาในระยะที่ 1 กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการจัดระบบบริการพยาบาลแบบปกติ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับการรักษาในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านข่อย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2555 - 31 ธันวาคม 2555

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าอำนาจทดสอบ (Power) ที่ 0.80 ค่าขนาดอิทธิพล (Estimated Effect) ที่ 0.50 ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ 0.011[9] ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน กลุ่มละ 95 คน

เพื่อป้องกันผู้ป่วยสูญหายและไม่สามารถติดตามผู้ป่วยมาเข้าร่วมการวิจัยได้ จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็น 100 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 100 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1).ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มารับการตรวจมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้งขึ้นไป 2). อายุ 35 ปีขึ้นไป สามารถอ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ และช่วยเหลือตนเองได้ 3). ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

การแบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ใช้วิธีการสุ่ม (Random Sampling) โดยการจับสลากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตามเกณฑ์ที่กำหนด จับคู่ (Match Paired) เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาที่เป็นโรค โรคร่วม และโรคแทรกซ้อน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนกลุ่มละ 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การจัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการวิจัยระยะที่1 ประกอบด้วย 1) มีการระบุหน้าที่รับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงาน 2) การใช้แนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย โดยปรับปรุงจากแนวทางดูแลของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย[18] 3) กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ใช้ระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย และการติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา ระยะเวลาเป็นโรค โรคร่วม และโรคแทรกซ้อนสูง

2.2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย แบบบันทึกระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.3 แบบบันทึกค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายทางยา และอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาโดย ปฐมาภรณ์ ลาลุน[20] ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความเครียด เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ (2, 1 และ 0 คะแนน ตามลำดับ) จำนวน 23 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.82

2.5.แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงพัฒนาโดยอุมาภรณ์ หาญรุ่งชโลธร[21] ที่ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ โดยปรับข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด มาก พอใช้ และน้อยที่สุด (4, 3, 2, และ 1 คะแนน ตามลำดับ) จำนวน 19 ข้อ มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.79

2.6. แบบสอบถามคุณภาพชีวิต[22] ที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านความพึงพอใจในชีวิต ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย และด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีจำนวน 40 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีข้อคำถามในทางบวก 25 ข้อ และข้อคำถามในทางลบ 15 ข้อ คะแนนรวมมาก แสดงว่า คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง มีค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยอธิบายถึงขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

2. กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับดูแลตามปกติจากแพทย์และพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก เก็บข้อมูลในวันที่เป็นเลขคู่ มีการใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโดยการดึงข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็น Electronic File และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ตั้งแต่แรกเริ่มดำเนินการวิจัย (Pre-test) และเมื่อดำเนินการวิจัยไป 6 เดือน (Post-test)

3. กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการฯที่พัฒนาจากการวิจัยระยะที่ 1 ร่วมกับการใช้แนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการดำเนินการดังนี้

4.1 ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายด้านสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้องในทีมดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการมอบหมายงานและความรับผิดชอบ และมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่พัฒนาโดยทีม

4.2 การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ และจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดกรอง ได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยรายเก่า ในรายที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ระดับความดันโลหิต $\geq$ 180/110 มิลลิเมตรปรอท) มีการค้นหาสาเหตุแท้จริงร่วมกับผู้ป่วย และส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาที่พบโดยเน้นการให้ความรู้เรื่องการจัดการดูแลตนเอง และพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้นำในการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเดือนละ 1 ครั้ง มีผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมครั้งละ 10 ราย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ผู้ป่วย 1 รายได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มรวม 6 ครั้ง) ในแต่ละแห่งที่เก็บข้อมูล

ทีมบุคลากรที่ร่วมในการดูแลแบบบูรณาการประกอบด้วย

1) อายุรแพทย์ ตรวจรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ รายที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคไตจะได้การดูแลรักษาจากแพทย์โรคไตเพิ่ม ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไต

2) เภสัชกร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาและการสังเกตอาการข้างเคียง ร่วมจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามวัน-เวลาที่กำหนด

3) โภชนากร ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ร่วมจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามวัน-เวลาที่กำหนด

4) พยาบาลเวชกรรมสังคม คัดกรองโรคและติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร่วมจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามวัน-เวลาที่กำหนด

5) พยาบาลจิตเวช ให้คำปรึกษากรณีผู้ป่วยที่ท้อแท้ เบื่อหน่ายจากโรค

6) นักสุขศึกษา ให้คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามวัน-เวลาที่กำหนด

7) นักสังคมสงเคราะห์ ให้คำแนะนำ/ ช่วยเหลือสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ สังคมร่วมจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มตามวัน-เวลาที่กำหนด

4.2 ได้รับการดูแลโดยแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัย ซึ่งจัดทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองโรค การดูแลรักษา การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน เกณฑ์การส่งต่อ และการส่งปรึกษาทีมสหสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.3 มีการใช้ระบบเครือข่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลชุมชน โดยมีทีมสุขภาพดูแล ทั้งส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้ใบ บ.ส.2 และติดตามผลลัพธ์การดูแลรักษาตามตัวชี้วัดที่กำหนด (ผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต)

5. เก็บข้อมูลในวันที่เป็นเลขคี่ มีการใช้แบบ

บันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา โดยการรวบรวมข้อมูลจากระบบคอมพิวเตอร์ของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เป็น Electronic File และใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และมีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา มีการลงนามในใบยินยอมตามความสมัครใจก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลถูกเก็บเป็นความลับ และใช้เพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้เท่านั้น แบบเสนอโครงการวิจัยนี้ ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล (ใบอนุมัติจริยธรรม เลขที่ 2/2555)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติ แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ

2. ตรวจสอบการกระจายข้อมูล ถ้าการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ ใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent T-test) ถ้าตรวจสอบการกระจายข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลไม่เป็นแบบโค้งปกติใช้สถิติ แมนวิทนีย์ ยูเทสต์ เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ และคลินิกของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1.ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณลักษณะเหมือนกันและจำนวนเท่ากัน ทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ใช้สถิติแมนวิทนีย์ ยูเทสต์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) กลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มเป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.00 มีอายุในช่วง 45-74 ปี ร้อยละ 53 มีอายุในช่วง 55-64 ปี ร้อยละ 15 มีอายุมากกว่า 65 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 87.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.00 มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมร้อยละ 44 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อยละ 34.00 ทั้งหมดมีสิทธิเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 84.00 ใช้สิทธิการรักษาของประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะเวลาที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดคือ น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 63 ในช่วงเวลามากกว่า 10 ปี ร้อยละ 37.00 เป็นโรคเบาหวานร่วมด้วย ร้อยละ 27.00 มีไขมันสูงและเบาหวาน ร้อยละ 19 มีโรคแทรกซ้อนคือ ไตวาย ร้อยละ 5.00 โรคแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.00

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ก่อนการทดลอง ผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย) ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีค่าผลลัพธ์ต่างๆ ก่อนทดลองความเท่ากัน (ตารางที่1)

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง (ตารางที่1)

2.2.1 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง โคเลสเตอรอลรวม ไขมัน เอช ดี แอล

ไขมันแอล ดี แอล ไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลในเลือด ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต

2.2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย บี ยู เอ็น และครีอะตินิน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต และค่าใช้จ่ายการดูแลรักษาของกลุ่มทดลอง (n=100) กับกลุ่มควบคุม (n=100) ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		p value	หลังการทดลอง		p value
	[a]กลุ่มทดลอง	[b]กลุ่มควบคุม		[a]กลุ่มทดลอง	[b]กลุ่มควบคุม	
	Mean ± S.D.	Mean ± S.D.		Mean ± S.D.	Mean ± S.D	
การตรวจร่างกาย						
ความดันโลหิต						
ความดันโลหิตตัวบน[1]	134.05 ± 16.55	135.40 ± 17.89	0.56	125.10 ± 12.32	131.61 ± 18.04	0.01*
ความดันโลหิตตัวล่าง[2]	71.77 ± 10.20	72.38 ± 8.78	0.69	65.80 ± 9.74	70.50 ± 8.88	0.01*
ดัชนีมวลกาย[2]	26.50 ± 4.72	26.38 ± 4.58	0.75	26.61 ± 4.65	26.21 ± 4.48	0.50
ระดับไขมันในเลือด						
โคเลสเตอรอลรวม[1]	198.36 ± 41.64	197.71 ± 48.98	0.72	177.23 ± 34.49	203.94 ± 44.42	0.00*
ไขมัน เอช ดี แอล[2]	55.14 ± 14.66	56.60 ± 14.29	0.69	51.42 ± 13.21	56.70 ± 16.03	0.04*
ไขมัน แอล ดี แอล[2]	122.88 ± 47.26	127.71 ± 53.78	0.77	117.29 ± 46.50	148.87 ± 101.28	0.01*
ไตรกลีเซอไรด์[2]	138.88 ± 61.88	136.41 ± 70.99	0.38	128.79 ± 70.74	145.30 ± 60.27	0.01*
ระดับน้ำตาลในเลือด[2]	134.20 ± 25.13	136.36 ± 29.75	0.83	145.20 ± 49.34	161.38 ± 54.88	0.01*
การทำหน้าที่ของไต						
บี ยู เอ็น[2]	17.05 ± 5.48	16.35 ± 5.86	0.25	15.42 ± 5.30	16.16 ± 4.63	0.39
ครีอะตินิน[2]	0.93 ± 0.23	0.94 ± 0.21	0.84	0.88 ± 0.22	0.89 ± 0.22	0.40
พฤติกรรมการดูแลตนเอง[2]	0.93 ± 0.09	0.99 ± 0.12	0.99	1.00 ± 0.14	0.99 ± 0.12	0.00*
ความพึงพอใจ[2]	3.41 ± 0.06	3.40 ± 0.05	0.17	3.50 ± 0.11	3.40 ± 0.05	0.00*
คุณภาพชีวิต[2]	2.98 ± 0.11	2.96 ± 0.10	0.18	3.24 ± 0.10	3.05 ± 0.10	0.00*
ค่าใช้จ่ายการดูแลรักษา[2]	4168.50 ± 2201.23	4733.79 ± 2504.18	0.16	3917.00 ± 1702.13	4786.32 ± 2275.27	0.01*

*$p < 0.05$, a, b (n=100 ราย)

[1]เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Independent T-test

[2]เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้ Mann Whitney U Test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการและแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและชุมชน กลุ่มผู้ป่วย และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นร่วมกันให้ความคิดเห็นและมีความต้องการในการนำแนวคิดการบริหารจัดการโรคมาประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพ มีการสร้างรูปแบบบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการฯอย่างมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่โรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายสุขภาพในชุมชน จนส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การดูแลตามที่ตั้งเป้าหมาย ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model) ที่ประกอบด้วย การจัดระบบบริการสุขภาพ การออกแบบระบบการให้บริการ การสนับสนุนการตัดสินใจ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การจัดระบบข้อมูลทางคลินิก แหล่งสนับสนุนจากชุมชน ทำให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลที่มีความเชื่อมโยง และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งสามารถเชื่อมต่อกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพให้ผู้ป่วยมีศักยภาพและสามารถจัดการปัญหาสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ยั่งยืนโดยแต่ละหุ้นส่วนมีความเชื่อมโยง เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน แม้จะมีบทบาทและศักยภาพที่แตกต่างกัน[23-25]

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการจัดบริการโดยใช้รูปแบบบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการฯในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตตัวบน-ล่าง โคเลสเตอรอลรวม ไขมัน เอช ดี แอล ไขมันแอล ดี แอล ไตรกลีเซอไรด์ ระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากผู้วิจัยได้จัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการ และแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยทีมสุขภาพใช้แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูงที่ร่วมพัฒนาขึ้นมา มีการจัดกิจกรรมกระบวนการกลุ่มเน้นการจัดการกับตนเองและฝึกทักษะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรค อาหาร ยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด โดยเน้นให้ผู้ป่วยสามารถจัดการดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยทุกรายมาเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและได้รับคำปรึกษาจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณีทุก 1 เดือน ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (ระดับความดันโลหิต ≥ 180/110 มิลลิเมตรปรอท) พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี และผู้ป่วยร่วมกันค้นหาสาเหตุและแก้ไขปัญหาร่วมกัน และส่งปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพตามปัญหาที่พบ มีผลให้ผลลัพธ์ทางคลินิกหลังการทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และเมื่อติดตามค่าใช้จ่ายรายบุคคลแล้ว สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[26-28]

2. ผลลัพธ์ทางจิตสังคม ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รูปแบบการจัดบริการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนี้ นอกจากมีการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่องโดยมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกันแล้ว กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ให้ทั้งความรู้และสันทนาการ ซึ่งส่งเสริมการจัดการกับตนเอง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรค อาหาร ยา การออกกำลังกาย และอื่นๆ รวมทั้งมีการสาธิตและทดลองทำเองเป็นรายบุคคลและเป็นกลุ่มทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ทำให้มีผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง[29,30]

นอกจากนี้การร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วยได้มีโอกาสรู้จักกับผู้ป่วยอื่น มีกลุ่มเพื่อนโรคเดียวกันได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลตนเองจากผู้ที่ประสบความสำเร็จ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็น โดยมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้อำนวยความสะดวก สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้กลุ่มผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าซักถามปัญหาเกี่ยวกับการดูแลรักษาและข้อสงสัยต่างๆ และพยาบาลฯและทีมสุขภาพได้ร่วมกันแก้ไขปัญหากับกลุ่มผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยคะแนนความพึงพอใจดีขึ้น[31] ส่วนการจัดกิจกรรมกลุ่มให้ผู้ป่วยเข้าร่วมเดือนละ 1 ครั้ง/เดือน และมีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีคอยติดตามผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กำลังใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีผู้ป่วยความมั่นใจสามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับโรคได้ดี ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่เข้าโครงการ ไม่มีภาวะโรคแทรกซ้อนรุนแรง และไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[32]

อย่างไรก็ตามผลของการจัดรูปแบบการบริการฯนี้ ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ ได้แก่ดัชนีมวลกาย บี ยู เอ็น และครีอะตินิน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเป็นโรคมากกว่า 10 ปี และมีโรคเบาหวานและไขมันสูงร่วมด้วย เป็นผู้สูงอายุมีอายุค่อนข้างมากกว่า 60 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพ และเป็นแม่บ้าน/ พ่อบ้าน ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการออกกำลังกายเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก และให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยกลับไปออกกำลังกายต่อที่บ้านเอง ถึงแม้จะมีทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน แต่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุและไม่ได้ประกอบอาชีพก็ไม่ได้ออกกำลังกายแบบเต็มรูปแบบ ยังคงรับประทานอาหารประเภทแป้งมากกว่าผักและผลไม้ จึงทำให้ผู้ป่วยยังมีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ เมตร^2 จัดว่า อ้วน[18] และมีค่าไตรกลีเซอไรด์สูง ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยเพียง 6 เดือน อาจทำให้ยังไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว[33]

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

ควรสนับสนุนให้มีการประยุกต์ใช้รูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการและแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในพื้นที่อื่นๆ และโรคเรื้อรังอื่นๆ เนื่องจากรูปแบบการบริหารจัดการโรคเชิงบูรณาการสร้างจากความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย เช่น ผู้บริหาร ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาล และชุมชน นอกจากนี้การนำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ร่วมด้วย ทำให้มีพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งด้านผลลัพธ์ทางคลินิก ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิต

ควรสนับสนุนให้หน่วยบริการสุขภาพมีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำหรับลงทะเบียนผู้ป่วย และติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อสามารถนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างสะดวก รวดเร็วและถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Heath Organization. World heath statistics 2012 [cited 2013 Sept 1]: Available from: www.who.int.
2. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. รายงานสถิติผู้ป่วย. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2556.
3. คณะทำงานพยากรณ์โรคและภัยสุขภาพสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานการพยากรณ์โรคความดันโลหิตสูงปี 2555. เอกสารอัดสำเนา; 2555.
4. Aronow WS, Fleg JL, Pepine C J, Artinian NT, Bakris G, et al. Expert consensus document: ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly, a report of the American College of Cardiology foundation task force on clinical expert consensus documents. J. Am. Coll. Cardiol published online Apr 25, 2011;57(20). doi:10.1016/j.jacc.2011.01.008
5. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
6. สุภาณี อ่อนชื่นจิตร, สุนันท์ ศรีวิรัตน์. บทบาทของผู้บริหารการพยาบาลด้านการจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. สงขลานครินทร์เวชสาร 2550; 5(5) :415-24.
7. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care 2002; 2(e12):1-6.
8. DMAA. DMAA Definition of Disease Management 2008 [cited 2013 10 July]: Available from: www.DMAA.com.
9. Todd WE, Nash D. Disease Management: A system approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Association Publishing, Inc.; 1977.
10. Ellrodt G, Cook DJ, Lee J, Cho M, Hunt D, Weingarten S. Evidence-based disease management. JAMA 1997; 278 (20):1687-91.
11. Snowden F. Case Manager's Desk Reference. 2nd, edition. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.; 2001.
12. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. Public Health 2009;123(34):534-9.
13. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA. A cross-sectional assessment of health-related quality of life (HRQoL) among hypertensive patients in Pakistan. Health Expect 2012 Mar 6.
14. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA, Atif M, Ul Haq N, Aljadhey H. Disease related knowledge and quality of life: a descriptive study focusing on hypertensive population in Pakistan. South Med Rev 2012; 5(1):47-52.
15. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. J Hypertens 2011; 29(2):179-88.
16. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açıkel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Evaluation of the quality of life perceived by hypertensive patients and of the factors affecting the quality of life. Gulhane Med 2008; 50(3):172-9.
17. ไยวรรณ ธนะมัย, สมเกียรติ โพธิสัตย์, สิทธิชัย อาชายินดี, สุรีพร คนละเอียด (บรรณาธิการ). คู่มือการให้ความรู้เพื่อการจัดการภาวะความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2556.

18. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 (Thai Hypertension Society: Guidelines in the Treatment of Hypertension 2012). (ม.ป.ท.); 2555.
19. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essential of Nursing research: Method, apprial, and utilization. Philadelphia: Lippincott; 2001.
20. ปฐญาภรณ์ ลาลุน. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ. กรุงเทพมหานคร: [illegible] 2554

J Clin Hypertens (Greenwich) 2009; 11(3) :116-24.

27. Lu KY, Lin PL, Tzeng LC, Huang KY, Chang LC. Effectiveness of case management for elderly with hypertension, diabetes mellitus, and hypercholesterolemia in Taiwan: a record review. Int J Nurs Stud 2006; 43(34):1001-10.
28. Kim Y, Lee K, Shin E, Kim H, June KJ. Evaluation of the hypertension disease management program in Korea. Asia Pac J Public Health 2010; 22(3):365-74.
29. ศิริวัฒน์ วงค์พุทธคำ. ผลของการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ และความดันโลหิตของผู้ป่วย [illegible]

quality of life of clients with type 2 diabetes. [Master Thesis]. Nakorn Pathom: Mahidol University; 2001.

22. จีรนุช สมโชค. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเบาหวาน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
23. สุพัตราศรี วณิชชากร, สตางค์ ศุภผล, ทัศนีย์ ญาณะ, รัชดา พิพัฒน์ศาสตร์, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, ผการัตน์ ฤทธิ์ศรีบุญและคณะ. การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด; 2553.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA 2002; 288(14):1775-9.
25. Bodenheimer T. Interventions to improve chronic illness care: evaluating their effectiveness. Dis Manag 2003; 6(2):63-71.
26. Ly D, Fu AZ, Hebert C. Cost effectiveness analysis of a hypertension management program in patients with type 2 diabetes.

เชียงใหม่; 2551.

30. พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ. 2553; 14(27) :21-36.
31. Litaker D, Mion L, Planavsky L, Kippes C, Mehta N, Frolkis J. Physician - nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on costs, clinical effectiveness, and patients'perception of care. J Interprof Care 2003; 17(3):223-37.
32. Jurjevic A. Effective models and interventions for chronic disease management in the primary care sector. Department of Human Services, Victoria; 2000.
33. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev 1997; 84(2):191-215.