

การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร

อังศุมาลิน โคตรสมบัติ , เพชรรัตน์ ศรีสุรัตน์¹

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลวการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนาาร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้พบไตเรื้อรังระยะ3bและหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวจำนวน 45 คน ใช้กลุ่มเดียวและสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลจำนวน 30 คน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2562-กุมภาพันธ์ 2563 ใช้เครื่องมือประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้ของพยาบาล ความพึงพอใจ และแนวคำถามเชิงโครงสร้างที่ใช้สำหรับสนทนากลุ่มของสหสาขาวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ pair t-test ในกิจกรรมสนทนากลุ่มวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษากาวิจัยได้รูปแบบการจัดการรายกรณีผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และพบผลลัพธ์ทางคลินิกระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือด ไขมันลดลง ชะลอความเสื่อมของไตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ข้อเสนอแนะ ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องการในด้านหนึ่งคือความคุ้มค่าคุ้มทุน

คำสำคัญ : รูปแบบการจัดการ, ความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, ไตเรื้อรังระยะ 3b , หัวใจล้มเหลว

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยโสธร

Corresponding Author: Aungsumalin Kotsombat , Email: nungning09@gmail.com

DEVELOPMENT OF CARE MANAGEMENT MODEL FOR UNCONTROLLED HYPERTENSIVE AND DIABETES WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE3B AND/OR HEART FAILURE PATIENTS

Aungsumalin Kottsombat , Petcharat Srisurat¹

ABSTRACT

The research and development study aimed to development of care management model for uncontrolled hypertensive and diabetes with chronic kidney diseases stage3b and /or heart failure patients on analysis health literacy and clinical outcome of patients. The conceptual framework model were research and development with case management model from CMSA 2016 combine health literacy and self –management program. This study in patients 45 case from medical physician diagnosis uncontrolled hypertensive and diabetes with chronic kidney diseases stage3bor/and heart failure patients and multidisciplinary total number 30 case. The study was carried out during February 2019 to February 2020. The equipment of this study divides into 2 categories : 1). The form for patient of test health literacy and self–management, clinical outcome information and questionnaires quality of life. 2) The form for multidisciplinary test of nurse' knowledge and satisfaction, the questionnaires on structural operational of focus group discussion. Data analysis were using percentage for descriptive, mean and standard deviation which test hypothesis by pair-t-test at the level of statistical significance were set $P < 0.05$. The operational of focus group discussion was data analysis using by content analysis. The result of this study were as follow : The case management model combine health literacy and self–management program. Mean score of health literacy total dimension of patients after development case management model higher than before. The clinical outcome that glycemic and blood pressure and lipid in blood stream and estimated glomerular filtration rate (eGFR) decrease level in to delaying progression of chronic kidney disease as the result of good quality of life. The suggestion that next research study about value for money of case management model.

Key words : care management, uncontrolled hypertensive and diabetes mellitus, chronic kidney disease stage3b, heart failure

¹ Registered Nurse, Profession Level, Yasothon Hospital

บทนำ (Introduction)

โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อเป็นปัญหาระดับโลก และระดับประเทศ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ประชากรโลกมีภาวะโรคเบาหวานจำนวน 221 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2010 เพิ่มขึ้นสองเท่าในปี ค.ศ. 2030¹ สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ คาดการณ์ในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 156 พันล้านคน เพราะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตประชากรทั่วโลกก่อนวัยอันควรประมาณ 8 ล้านคนต่อปี และยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ 50 ด้วยโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ และโรคหัวใจ² การควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวานเป็นไปได้ค่อนข้างยากประมาณ 70% คือ กลุ่มประชากรที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลที่ไม่เป็นระบบ³ ในประเทศไทยโรคความดันโลหิตสูงพบผู้ป่วยจำนวน 1,725,719 ราย มีอัตราความชุกสูงสุด 2,709.06 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคเบาหวาน พบผู้ป่วย 888,580 ราย อัตราความชุก 1,394.91 ต่อประชากรแสนคน คิดร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งจากสถิติในปี 2552 พบความชุกร้อยละ 6.9 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.9 ในปี 2557 วิเคราะห์สถานการณ์ได้ถึงแนวโน้มในปีต่อไปโรค

ความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและส่วนใหญ่มิไคร่วมมากกว่า 1 โรค⁴

ในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ส่งผลทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง ในประเทศไทยพบสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเกิดจากโรคเบาหวานมากที่สุดร้อยละ 34.0 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.0⁵ สุดท้ายในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการจัดการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีมีคุณภาพและเป็นระบบ ผู้ป่วยสามารถพัฒนาโรคเลวลงอย่างรวดเร็วและพบภาวะแทรกซ้อนคือหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้เกิดอาการและอาการแสดงต่างๆ จากมีการคั่งของเหลวในระบบไหลเวียนเลือดเช่น อาการหายใจลำบาก อาการอ่อนล้า บวม ขี้น้ำ เหนื่อย หน้าอกวิตกกังวล และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยลดลง การรักษาพยาบาลเป็นไปได้ด้วยความลำบาก ต้องใช้บุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความชำนาญ และรูปแบบวิธีการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพให้การพยาบาลแบบองค์รวม มีการประสานงานร่วมทีมที่เป็นระบบ ความต่อเนื่องในการติดตาม และการวางแผนจำหน่ายทางการพยาบาลที่ชัดเจน⁶

จังหวัดยโสธรจากข้อมูลทางสถิติในปี 2560-2562 พบระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C) คือ 22.24, 24.34 และ 23.36 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเมื่อนำข้อมูลของ

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (ความดันโลหิต > 140/90 มม.ปรอท และ FBS > 200 mg%) และโรคไตเรื้อรังระยะ 3 b หรือ และมีภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 34.97, 34.70 และ 35.80 ตามลำดับ คาดการณ์ได้ถึงแนวโน้มที่สูงขึ้น พบผู้ป่วยต้องกลับเข้ามานอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้นและอาการหนักร้อยละ 40 ภายในระยะเวลา 3 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอัตราการตายสูง โดยเฉลี่ยมีชีวิตรอดร้อยละ 50 ภายใน 4 ปี ต้องอาศัยการดูแลที่ซับซ้อน จึงก่อให้เกิดภาระทั้งด้านกำลังคนผู้ดูแล เวลา ทรัพยากรทางสาธารณสุขอื่นๆ และนำไปสู่การสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาล

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในปี 2557 ได้ทำการวิจัยเรื่อง “พัฒนาระบบเครือข่ายผู้จัดการรายกรณีโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน จังหวัดยโสธร” ต่อมาในปี 2559 ได้ทำการวิจัยเรื่อง “พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร” และได้นำผลงานวิจัยมาใช้ในการงานคลินิก พบวิจัยดังกล่าวสามารถแก้ไขระบบบริการพยาบาลในระดับหนึ่ง ดังนั้นในปี 2561-2562 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา เรื่อง “สำรวจสภาวะสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการควบคุมระดับความดันโลหิต” ผลการวิจัยพบผู้ป่วยควบคุม

ความดันโลหิตไม่ได้พฤติกรรมสุขภาพส่วนมากการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงและใช้ผงชูรส และดื่มสุรา สูบบุหรี่ และรับประทานยาไม่ตรงเวลา และพบเมื่อความดันโลหิตลดลงผู้ป่วยหยุดยาด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวมีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับความรู้ทางสุขภาพ ต่อมาผู้วิจัยได้มีการทดลองใช้ชุดแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำนวน 100 คน ผลจากการเก็บข้อมูลพบผู้ป่วยมีความรู้ทางสุขภาพ ระดับไม่เพียงพอ ความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุงคือความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ (ร้อยละ 78.5) เมื่อได้รวบรวมข้อมูลงานวิจัยที่ผ่านมา และผลการสำรวจสุขภาพทั้งหมด และความสำคัญการพัฒนาแบบแผนการจัดการที่มีอยู่ในปัจจุบันจะหาอย่างไรให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีในระยะยาวบนพื้นฐานความรู้ทางสุขภาพ สำหรับประเทศไทยได้ให้คำนิยามความรู้ทางสุขภาพ คือ “ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดี

ของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ”⁸ ด้วยเหตุผลและข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้ทำการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ร่วมกับภาวะไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือภาวะหัวใจล้มเหลว ในจังหวัดยโสธร”

วัตถุประสงค์ (Objective)

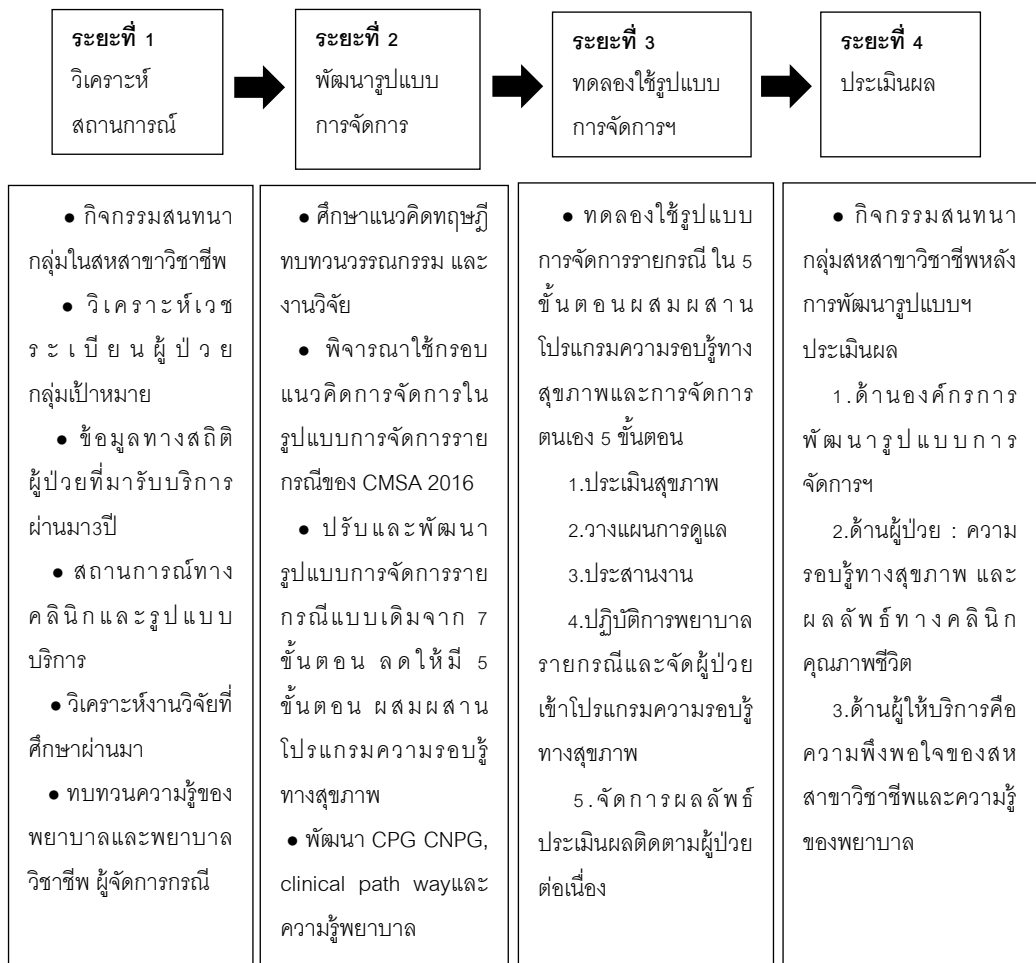
เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3b และ

หรือภาวะหัวใจล้มเหลวการวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา มี 4 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) พัฒนารูปแบบ 3) ทดลองและปรับปรุงรูปแบบการจัดการฯ 4) ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดของการจัดการรายการของ CMSA 2016⁷ ผสมผสานใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากงานวิจัยของสวितวี วิษณุโยธิน⁹

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1.ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา กลุ่มศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ทำการคัดเลือกตามเกณฑ์ ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มที่ 1 คือ พยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของแผนกอายุรกรรมจำนวน 15 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการรายการกรณีโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลไธสง และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดยโสธร จำนวน 10 คน สหสาขาวิชาชีพจำนวน 5 คน ประกอบด้วย เกษตรกร โภชนากร นักกายภาพบำบัด และอายุรแพทย์ รวมทั้งหมดจำนวน 30 คน

1.2 กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ มีโรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว ทำการคัดเลือก ตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้ามาในกลุ่มศึกษา คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานชนิดที่ 2 และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (2) กลุ่มศึกษาได้รับการรักษาที่คลินิกนานมากกว่า 1 ปี และมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 -180/99 มม.ปรอท ย้อนหลัง 3-4 เดือนติดต่อกัน 2 ครั้ง ในการมาตรวจรักษาตามนัด และพบระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร (FBS/FPBG) สูงกว่าปกติในช่วง 180-350 มก./ดล และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง (HbA1C)

อยู่ในช่วงมากกว่า 7-10 มก./ดล. (3) ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงที่อยู่ในภาวะวิกฤติ (4) ผู้ป่วยสามารถอ่าน จำ และโต้ตอบสื่อสารได้ สามารถเป็นผู้ให้ข้อมูลได้หลายมิติ (5) ยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างและเซ็นลายมือชื่อยินยอมของการวิจัยครั้งนี้ลงในแบบฟอร์มพิกขสิทธิ์สำหรับกลุ่มตัวอย่าง และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ใช้โปรแกรม Power Analysis for Sample Size ผ่านโปรแกรม G* star Power ใช้สถิติ dependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่แอลฟา (α) = 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.95 , สำหรับขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณจากรายงานการวิจัยที่คล้ายคลึงกับการวิจัยในครั้งนี้ได้เท่ากับ 0.5 โปรแกรมประมวลผลกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนเท่ากับ 45 คน ซึ่งผู้ป่วยได้มาจากคลินิกผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไธสง ซึ่งมีภูมิลำเนาตามที่อยู่นอกเขตอำเภอเมืองยโสธร ใช้กลุ่มศึกษากลุ่มเดียวทำการวัดเปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการทดลองพัฒนารูปแบบฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 เครื่องมือที่ใช้สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ 1) แบบประเมินภาวะสุขภาพซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลทางคลินิก คือ ระดับความดันโลหิต น้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำและอาหาร

น้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดง ไชมันในเลือด ผลการคำนวณGFR ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 2) แบบทดสอบความรอบรู้ทางสุขภาพมีการ ปรับและพัฒนาเครื่องมือมาจากการงานวิจัยของ ดร.นริมาลย์ นิละไพจิตร และ ผศ.ดร.ชนวน ทอง ธรสุภาญจน์¹⁰ 3) แบบสัมภาษณ์ คุณภาพชีวิต ของ Minisota ผู้วิจัยได้ทำการ ทดลองเครื่องมือกับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้าย กับผู้ป่วยกลุ่มศึกษาจำนวน 10 คน และ ทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

2.2 เครื่องมือที่ใช้สำหรับสหสาขา วิชาชีพ ได้แก่ 1) แนวคำถามเชิงโครงสร้างที่ ใช้สำหรับสนทนากลุ่มมีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามปลายเปิดเป็นข้อคำถาม หลักเกี่ยวกับ ความต้องการที่จะพัฒนา รูปแบบการจัดการในระบบการดูแลผู้ป่วยโรค เรื้อรังไม่ติดต่อ ความต้องการอื่นๆ ที่จะ พัฒนาศักยภาพของสหสาขาวิชาชีพ รูปแบบ การจัดการรายกรณีในแบบเดิมและรูปแบบที่ ต้องการพัฒนา ความเป็นไปได้ในการ ผสมผสานโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ และการจัดการตนเองใช้ร่วมกับรูปแบบการ จัดการรายกรณี ความคิดเรื่องความรู้ ทางสุขภาพกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วย วิธีที่ต้องการการส่งต่อผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาล ชุมชน ประโยชน์ที่ได้จากรูปแบบที่ได้รับการ พัฒนาฯ ความคาดหวังผลลัพธ์ที่ได้ทาง คลินิก ความคิดเห็นของสหสาขาวิชาชีพต่อ รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาฯ 2) แบบวัดความ

พึงพอใจสหสาขาวิชาชีพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.82 และ 3) แบบวัดความรู้พยาบาลวิชาชีพและพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทดสอบ ความเที่ยงโดยใช้ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 ซึ่งเครื่องมืองานวิจัยทั้งหมด ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ได้ทำการทดลอง เครื่องมือกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่ม ศึกษาจำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการ ดำเนินงานจัดทำเครื่องมืองานวิจัยทั้งหมด ในช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2562

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล และ วิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานที่ คือ คลินิกความดันโลหิตสูงและ เบาหวาน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จังหวัดยโสธร โดยผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูลจากหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลยโสธร ในระยะเวลาช่วงเดือน พฤษภาคม 2562 –มกราคม 2563 หลังจาก หัวหน้าพยาบาลได้พิจารณาอนุมัติให้เก็บ รวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยงานวิจัยได้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการ ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในระยะที่ 3 ของการดำเนินงานวิจัยเป็นระยะของการ ทดลองพัฒนารูปแบบฯ โดยทำการเก็บข้อมูล ก่อนและหลังทดลองพัฒนารูปแบบฯ ก่อน

การนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSSpc ใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิงคือ pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลกิจกรรมसनทนากลุ่มโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

4. การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยโสธร โดยคณะกรรมการฯ ได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในหมายเลขที่ 2/2562 ลงวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2562 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์กลุ่มศึกษา โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ทำตามขั้นตอนของการพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย กลุ่มศึกษาสามารถขอยุติเข้าร่วมการวิจัยก่อนครบกำหนดได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล กลุ่มศึกษาเข้าใจในรายละเอียดสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มศึกษาให้อ่านแบบคำชี้แจงและลงนาม

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินงานเพื่อการวิจัยและพัฒนาอยู่ในช่วงเดือนมีนาคม 2562-มกราคม 2563 แบ่งเป็น 4 ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีตามกรอบแนวคิดของ CMSA 2016 ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่ปรับและพัฒนาเรียบร้อยแล้วจาก

ระยะที่ 2 ระยะที่ 4 ประเมินผล มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

- จัดประชุมทีมพยาบาล พยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสหสาขาวิชาชีพจำนวน 30 คน และผู้บริหาร วิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกและรูปแบบเดิมที่ให้บริการ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้, โรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว และข้อมูลทางสถิติที่ผู้ป่วยมารับบริการใน 3 ปีย้อนหลัง ตัวชี้วัดทางคลินิก

- ทบทวนความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลผู้จัดการรายกรณีของกลุ่มศึกษา 25 คน

- จัดกิจกรรมसनทนากลุ่มในกลุ่มศึกษาสหสาขาวิชาชีพจำนวน 30 คน ก่อนการพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน เชิงสนทนาแบบกลุ่มเดี่ยว ตามข้อคำถามหลัก 10 ข้อ ที่ผู้นำกลุ่มกำหนด และให้ผู้ร่วมสนทนาอภิปรายเชิงโต้ตอบในประเด็นที่กำหนดเวลาในการทำกิจกรรมไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจบการสนทนาผู้นำกลุ่มทำการสรุปผลและทำการนัดหมายกิจกรรมसनทนากลุ่มครั้งต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ แนวทางปฏิบัติ, แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณี

- ศึกษาแนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ และความรอบรู้ทางสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีไตเรื้อรังและหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว

- พิจารณาใช้กรอบแนวคิดการจัดการรายการกรณีของ CMSA 2016 ผสมผสานโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง

- พัฒนาและปรับปรุงแบบการจัดการรายการกรณีของ CMSA จาก 7 ขั้นตอน ปรับลดให้มี 5 ขั้นตอน และพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง พัฒนาความรู้พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายการกรณี จัดประชุมทางวิชาการและเพิ่มพูนทักษะการอบรมเรื่องการจัดการรายการกรณี ความรอบรู้ทางสุขภาพ และการจัดการแบบบูรณาการโรค และผู้วิจัยได้พัฒนาแบบทดสอบการวัดความรู้ของพยาบาล โดยทดสอบความรู้กลุ่มศึกษาก่อนและหลังการประชุม

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณีผสมผสานการใช้โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพ และปรับปรุงพัฒนารูปแบบฯ ครั้งที่ 2

3.1 ทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณีซึ่งมี 5 ขั้นตอน ผสมผสานการใช้โปรแกรมความรอบรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มศึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีภาวะ

ไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาคลินิกอายุรกรรมเฉพาะโรค งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร ในไตรมาสที่ 1 (ในช่วง 3 เดือนแรก ของการทดลองใช้รูปแบบฯ) หลังจากนั้นในไตรมาสที่ 2 (ช่วง 3 เดือนที่สอง) ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนตามภูมิลำเนาเดิมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในปัจจุบัน โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรงพยาบาลยโสธรประสานงานร่วมกับพยาบาลผู้จัดการรายการกรณีโรงพยาบาลชุมชนทำหน้าที่จัดการดูแลผู้ป่วยตามแผนการดูแลทั้งหมดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนถึงชุมชน

ขั้นตอนที่ 1 ประเมิน คัดกรอง จำแนกผู้ป่วย ตามแบบฟอร์มการประเมินภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการดูแล และแผนปฏิบัติการพยาบาล เป็นแผนการจัดการที่กำหนดไว้ในแผนการดูแล โดยเน้นให้เป็นไปตามแผนการดูแล ในกรณีที่ไม่นเป็นไปตามแผนการดูแลให้ระบุความแปรปรวนที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 ประสานงาน หลังประเมิน คัดกรอง จัดการตามแผนพบผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพ ที่ไม่เป็นไปตามแผนการดูแล หรือ แนวทางการปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการประสานแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือ ส่งต่อแผนกอื่นตามแนวทางปฏิบัติ เช่น แผนกฉุกเฉิน หรือประสานสหสาขาวิชาชีพ หลังจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพที่

เหมาะสมเป็นไปตามแผนการดูแลทำการส่งต่อไปรับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านตามภูมิลำเนาของผู้ป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประสานไปที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนเพื่อทำการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการดูแล ผู้วิจัยทำการตรวจร่างกาย ประเมินภาวะสุขภาพ และให้การจัดการลดระดับความดันโลหิตลดลงตามเกณฑ์กำหนด และระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จัดการพยาบาลให้ได้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีในระยะสั้น หลังจากผู้ป่วยได้รับการจัดการภาวะสุขภาพให้สมดุล จัดผู้ป่วยเข้าโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพฯ หลังจากนั้นเก็บข้อมูลแบบทดสอบความรู้ทางสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการรายการณผสมผสานโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

ขั้นที่ 5 ติดตามผลการจัดการของการพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณฯ ประเมินผลลัพธ์ ความรอบรู้ทางสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกในระยะยาว (ในไตรมาสที่ 2) ในกิจกรรมที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องคือ วัดความดันโลหิตที่บ้าน (Home Blood Pressure Monitoring = HBPM), ตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (Self – Monitoring Blood Glucose = SMBG) ซึ่งน้ำหนักทุกวัน ,ประเมินอาการบวม และผู้ป่วยจัดการตนเอง ประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง และบันทึก

ข้อมูลในสมุดประจำตัวของผู้ป่วย โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทาง Line กลุ่ม ในการติดตามผลลัพธ์

3.2 เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณฯ

ระยะที่ 4 ประเมินผลและการจัดการผลลัพธ์หลังการพัฒนาารูปแบบ

ประเมินผลโดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มวิเคราะห์บทสนทนาเชิงเนื้อหาของสหสาขาวิชาชีพภายหลังการพัฒนาารูปแบบการจัดการฯ ประเมินความพึงพอใจ และความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายการณฯ สำหรับผู้ป่วยวิเคราะห์ความรอบรู้ทางสุขภาพในไตรมาสที่ 1 ไปถึงไตรมาสที่ 2 และผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต

ผลการวิจัย (Result)

1. **ระยะที่ 1** วิเคราะห์สถานการณ์จากการวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก วิเคราะห์ผลการสำรวจทางสุขภาพและงานวิจัยที่ศึกษาผ่านมา รวมทั้งวิเคราะห์ในผู้ป่วยกลุ่มศึกษาดังกล่าวพบผู้ป่วยมีความซับซ้อนทางสุขภาพ ผลสำรวจความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา ซึ่งรูปแบบของการจัดการทางคลินิกมีการใช้รูปแบบการจัดการรายการณฯแต่ไม่ได้ปรับหรือพัฒนาให้มีประสิทธิภาพตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

2. **ระยะที่ 2** พัฒนารูปแบบ การผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้นำมาพัฒนา

รูปแบบการจัดการรายกรณีฯ โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ แนวทางปฏิบัติ แผนการดูแลผู้ป่วย (clinical pathway) ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพและผู้จัดการรายกรณีประกอบด้วย

2.1 จัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม สหสาขาวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสรุปให้มีการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในกรอบแนวคิดของ CMSA 2016 มาปรับและพัฒนา

2.2 การจัดการรายกรณีของ CMSA ลดขั้นตอนการดำเนินการจาก 7 ขั้นตอน ให้มี 5 ขั้นตอน ผสมผสานความรู้ทางสุขภาพ และการจัดการตนเอง

2.3 พัฒนาความรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย กลุ่มศึกษา และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี จำนวน 25 คน

3. ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 9 เดือน และ ประเมินผล หลังการพัฒนาแบบฯ จากกิจกรรมสนทนากลุ่มในสหสาขาวิชาชีพ มีความพึงพอใจในรูปแบบดังกล่าวเหมาะสมในการนำไปใช้ใน ระบบบริการพยาบาล เพราะรวดเร็วและการ

จัดการที่กระชับมากขึ้น จากการลดขั้นตอนของการจัดการ มีการจัดการโรคร่วมกันเชิงบูรณาการโรคในครั้งเดียวที่มารับบริการ ลดความซ้ำซ้อนของการประเมินพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้พัฒนาความรู้เพิ่มเติม ผลจากการพัฒนาแบบฯ ส่งผลให้ความรอบรู้ทางสุขภาพ ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปรากฏตามตาราง

4. ระยะที่ 4 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย

1. ประเมินความพึงพอใจ ของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีฯ 3.30 (0.95), และ 8.96 (1.09) ตามลำดับ คะแนนความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (95% CI -6.13, -5.20) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=30)

ความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ, พยาบาลผู้จัดการรายกรณี	\bar{X}	SD	\bar{d}	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.30	0.95	-5.66	-6.13, -5.20	29	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	8.96	1.09				

*p-value <0.05

2. ประเมินความรู้ ของพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.56 (5.91) และ 36.28 (2.24) ตามลำดับ คะแนนความรู้ก่อน และหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (-24.2, -19.1) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้จัดการรายกรณี ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ (n=25)

ความรู้ของสหสาขาวิชาชีพ, พยาบาลผู้จัดการฯ	\bar{X}	SD	\bar{d}	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	14.56	5.91	-	-24.2, -19.1	24	<0.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	36.28	2.24	21.72			

*p-value <0.05

3. ประเมินความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความรู้ทางสุขภาพโดยรวม ก่อนการพัฒนา คือ 57.0 (5.5) คะแนน หลังการพัฒนา ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 คะแนนเท่ากับ 184.9 (9.1), และ 210.2 (1.9) ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (-131.2, -124.6 และ -154.7, -151.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพโดยรวมทุกด้าน ก่อนพัฒนารูปแบบ และหลังพัฒนารูปแบบ ในไตรมาสที่ 1 และไตรมาส ที่ 2 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ที่ควบคุมไม่ได้ (n=45)

คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพทุกด้าน	\bar{X}	SD	\bar{d}	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนา	57.0	5.5	-127.9	-131.2, -	44	<0.001*
หลังพัฒนา ไตรมาสที่ 1	184.9	9.1		124.6		
ก่อนพัฒนา	57.0	5.5	-153.2	-154.7, -	44	<0.001*
หลังพัฒนา ไตรมาสที่ 2	210.2	1.9		151.7		

*p-value <0.05

4. ประเมินค่าเฉลี่ยคะแนนมาตรฐานคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ 25.48 (11.58) และ 76.86 (14.43) ตามลำดับ คะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.001$ (95%CI -55.4,-47.29) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=45)

คะแนนคุณภาพชีวิต	\bar{X}	SD	\bar{d}	95% CI of μd	df	p-value
ก่อนพัฒนา	25.48	11.58	-51.3	-55.4,-47.29	44	<0.001*
หลังพัฒนา	76.86	14.43				

*p-value <0.05

5. ประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ระดับความดันโลหิตคือ 157/91 มม.ปรอท (11.7, 8.3), และ 127/72 มม.ปรอท (10.0, 9.3) ตามลำดับ ระดับน้ำตาลในเลือด หลังดื่มน้ำและอาหาร คือ 240.5 (53.8) และ 146.8 (30.3) ตามลำดับ, ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงตลอดระยะเวลา 2-3 เดือน (HbA1C) คือ 8.9 (2.0) และ 7.6(1.6) ตาม

ลำดับ,ระดับไขมันในเลือดชนิดไม่ดี (LDL) คือ 128.0(22.9) และ 104.0(19.2) ตามลำดับ ค่าประมาณอัตราการกรองของไต eGFR คือ 56.0 (27.7) และ 65.6 (26.5) ตามลำดับ

ค่าเฉลี่ยพบผลลัพธ์ทางคลินิกทุกรายการก่อน และหลังพัฒนารูปฯ พบว่า แตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P<0.001$ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว (n=45)

รายการทางด้านคลินิก	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา		\bar{d}	95% CI of μd	df	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD				
- ความดันโลหิต (mmHg)								
- Systolic blood pressure	157.3	11.7	127.5	10.0	29.8	26.4, 33.1	44	<0.001*
- Diastolic blood pressure	91.1	8.3	72.1	9.3	19.0	15.1, 22.8	44	<0.001*
- ระดับน้ำตาลในเลือด หลังดื่มน้ำและอาหาร (FBS/FPG)	240.5	53.8	146.8	30.3	93.6	78.4, 108.8	44	<0.001*
- ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงตลอดระยะเวลา 2-3 เดือน	8.9	2.0	7.6	1.6	1.29	1.01, 1.58	44	<0.001*
- ระดับไขมันในเลือดชนิด LDL	128.0	22.9	104.0	19.2	24.0	17.4, 30.6	44	<0.001*
ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณ eGFR	56.0	27.7	65.6	26.5	-9.6	-12.5, -6.7	44	<0.001*

*p-value <0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

รูปแบบการจัดการรายกรณี ผสมผสานการใช้โปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้มีโรคไตเรื้อรังระยะ 3b และหรือมีภาวะหัวใจ

ล้มเหลว เชี้นำบูรณาการโรคมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในระบบบริการพยาบาลเพราะมีความรวดเร็ว และการจัดการที่กระชับมากขึ้นจากการลดขั้นตอนของการจัดการ มีการจัดการโรคร่วมกันเชิงบูรณาการโรคในครั้งเดียวที่มารับบริการ ลดความซ้ำซ้อนของการประเมิน พยาบาลวิชาชีพ และพยาบาล

ผู้จัดการรายกรณีได้ความรู้เพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สมคิด สุภาพันธุ์¹¹ เมื่อได้รับความรู้เพิ่มเติมส่งผลให้มีความมั่นใจในเชิงวิชาการที่จะนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้นรวมทั้งคะแนนความพึงพอใจของสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และสหสาขาวิชาชีพเป็นหนึ่งในสี่ขององค์ประกอบที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องพัฒนาควบคู่ไปพร้อมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบฯ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อรุณี ไชยฤทธิ์¹ และงานวิจัยของ นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา⁵ ซึ่งหลังจากที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสมดุลเมื่อได้รับการจัดการเข้าโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพและการจัดการตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเรียนรู้พัฒนาความรู้ทางสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มศึกษาเป็นบุคคลที่สูงอายุความรู้ด้านสุขภาพที่ต้องปรับปรุงคือ ความสามารถในการอ่านและจดจำประเด็นหลักที่สำคัญ (ร้อยละ 78.5) ทำให้การวิจัยต้องมีจำนวนการทดสอบความรู้ทางสุขภาพหลังการพัฒนารูปแบบฯ 2 ครั้ง เพื่อเพิ่มความทรงจำให้ผู้ป่วยโดยไม่เร่งรีบ ทำให้ผลของคะแนนหลังการพัฒนารูปแบบฯ เพิ่มขึ้นโดยรวมในทุกด้าน เป็นผู้ที่มีความรู้ทางสุขภาพสูงหรือ “รู้แจ้ง” อภิปรายได้เมื่อผู้ป่วยมีความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น มิติทางสุขภาพสามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางบวกพบผลลัพธ์ทาง

สุขภาพดีขึ้นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถลดระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือด ไขมันในเลือดลดลง สามารถชะลอความเสี่ยงของไตได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุขมาพร พึ่งผาสุก⁴ และงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ⁶

ข้อเสนอแนะ

ในงานวิจัยครั้งนี้ต่อไป ควรมีการศึกษาในค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพเนื่องจากประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ต้องการในด้านหนึ่งคือความคุ้มค่าคุ้มทุน

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยมหาสารคามที่นำเครื่องมือจากการทำวิจัยในครั้งนี้ไปใช้เป็นประโยชน์ต่อการศึกษานักเรียนพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. อรุณี ไชยฤทธิ์, วิมล จึงสมบัติ. บทบาทสำคัญของผู้จัดการรายกรณีต่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง : เบาหวานและความดันโลหิตสูง. **พยาบาลสาร** 2560;44(4):195-205.

2. รุ่งทิวา ชันทมูล, สมจิตร แคนสีแก้ว. การจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ** 2560; 2: 89-97.
3. Anderson.,R.M. Rice, T.R., and Kominski,G.F. **Health Care System**. Third Edit. Jossey – Bass; 2017.
4. สุขมาพร พิงผาสุก, นภาพร วาณิชยกุล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว, เกศรินทร์ อุทริยะประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ของความแตกต่างทางสุขภาพ ผลการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและอิทธิพลทางสังคมกับผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหรือความดันโลหิตสูง. **วารสารสหการพยาบาล** 2560; 32(2): 111-25.
5. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลี้อา, อัมรภัทร์ อรรถชัยวัจน์, สมจิตต์ วงศ์สุวรรณศิริ, ธีรพร สติธังกูร, ศิริมา ลีละวงศ์. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. **วารสารกองการพยาบาล** 2560; 44(2): 141-58.
6. วาสนา สุวรรณรัตน์, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล,วิชชุดา เจริญกิจการ,ฉัตรกนก ทุมวิภาค. ประสพการณ์และการจัดการกับ, อาการแสดง, สภาวะสุขภาพในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. **วารสารการพยาบาลทรงอกไทย** 2556; 24(1):1-16.
7. Case Management Society of America. **Standards of Practice for Case Management**. n.d. 2016.
8. Tachavijitjaru C., Health Literacy: A Key Indicator towards Good Health Behavior and Health Outcomes. **Journal of The Thai Army Nurses** 2018; 19: 1-9.
9. สาวิตรี วิษณุโยธิน. **ประสิทธิผลของโปรแกรมผสมผสานความแตกต่างทางสุขภาพและการจัดการตนเองสำหรับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเขตเมือง จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย**. ปริญญาสาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต; สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560.
10. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, นรีมัลย์ นีละไพจิตร. **การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ**. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยมหิดล. 2558.
11. สมคิด สุภาพันธ์. การพัฒนารูปแบบการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ. **วารสารการพยาบาลสาธารณสุข** 2562;28(5).857-66.

