

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาล  
สู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2559

The Development of a Case Management Model for Care Collaboration  
from a Hospital to a Community for Hypertension Patients with  
Coronary Artery Disease

Mrs. Phetrat thatthiam



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for  
the Degree of Master of Nursing Science in Community Health Nurse Practitioner  
School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2016

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาล  
สู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ชื่อและนามสกุล นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม

แขนงวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อาจารย์ที่ปรึกษา 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์  
2. อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2560

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ววรรณรัตน์ ลาวัง)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์)



กรรมการ

(อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา)



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมคิด พรหมจ้อย)



**ชื่อวิทยานิพนธ์** การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน  
สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**ผู้วิจัย** นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม **รหัสนักศึกษา** 2585100999 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์  
(2) อาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา **ปีการศึกษา** 2559

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม 2) พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม 3) ประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

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

ผลการวิจัยพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนฯ ประกอบด้วย เป้าหมายการจัดการรายกรณีคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมทุกราย โดยพยาบาลวิชาชีพจะทำหน้าที่แจ้งข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อจัดลำดับความเร่งด่วนตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีประวัติเจ็บเค้นหน้าอกและ/หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ไข้ยาไม่ถูกต้อง อยู่บ้านคนเดียว อ่านหนังสือไม่ออก ผู้จัดการรายกรณีจะประเมินความต้องการการดูแลก่อนประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และส่งข้อมูลให้พยาบาลวิชาชีพในชุมชน เพื่อวางแผนการดูแล เยี่ยมบ้าน และประเมินผลร่วมกัน 3) หลังได้รับการจัดการรายกรณีตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีค่าเฉลี่ยของความดันเลือดแดงอยู่ในเกณฑ์ปกติไม่แตกต่างกับก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ** รูปแบบ การจัดการรายกรณี โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ



**Thesis title:** The Development of a Case Management Model for Care Collaboration from a Hospital to a Community for Hypertension Patients with Coronary Artery Disease

**Researcher:** Mrs. Phetrat thatthiam; **ID:** 2585100999; **Degree:** Master of Nursing Science (Community Health Nurse Practitioner); **Thesis advisors:** (1) Dr. Sutteeporn Moolsart, Assistant Professor; (2) Dr. Kritsanaporn Thipkarnjanarakha; **Academic year:** 2016

### Abstract

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

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

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

**Keywords:** Model, Case management model, Hypertension, Coronary artery disease

## กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มุลศาสตร์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้ให้ความกรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำ วิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิดตลอดมา นับตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสำเร็จเรียบร้อยสมบูรณ์ ผู้วิจัยรู้สึก ซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่ให้การอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรง เจริญเนื้อหาของเครื่องมือและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ให้ มีความสมบูรณ์ครบถ้วน ขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลยางชุมน้อย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ กายภาพบำบัด นักโภชนาการ คณะเจ้าหน้าที่ประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมบึง และผู้ให้ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม

นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่ให้ทุนอุดหนุนใน การทำวิทยานิพนธ์ คณาจารย์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อนนักศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ทุก ท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และให้กำลังใจตลอดมา

เพชรรัตน์ ทัดเทียม  
พฤศจิกายน 2560

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
กิตติกรรมประกาศ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ฌ
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
ขอบเขตของการวิจัย .....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ .....	13
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง .....	14
ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	15
การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	31
การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในพื้นที่ที่ศึกษา.....	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	62
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	67
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	72
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง .....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	77

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....	79
ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	79
ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาล สู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	95
ตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสาน การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	103
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	109
สรุปการวิจัย .....	109
อภิปรายผล .....	113
ข้อเสนอแนะ .....	122
บรรณานุกรม .....	123
ภาคผนวก .....	134
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	135
ข เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ .....	137
ค หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย/ทดลองใช้เครื่องมือ การวิจัย/เก็บข้อมูลและดำเนินการตามงานวิจัย .....	140
ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	144
จ แบบประเมินความต้องการและแบบบันทึกติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	164
ฉ ผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองรายข้อ .....	170
ประวัติผู้วิจัย .....	176

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก .....	19
ตารางที่ 2.2 ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ .....	22
ตารางที่ 2.3 ขั้นตอนของการให้บริการและปัญหาอุปสรรค .....	57
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	80
ตารางที่ 4.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมประสานการดูแลจากโรงพยาบาล สู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม.....	96
ตารางที่ 4.3 ความรู้และทักษะที่พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ควรได้รับ.....	104
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจร่วมก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน .....	106
ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ยสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจร่วมก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน.....	108



## สารบัญญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	8
ภาพที่ 2.1 สามการจัดการกรณี .....	35
ภาพที่ 2.2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	55
ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อการประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	92
ภาพที่ 4.2 การประสานส่งต่อการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี โรคหลอดเลือดหัวใจร่วม .....	95



# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันวิถีชีวิตของคนเราได้เปลี่ยนแปลงไปสู่ความรีบเร่งในการดำเนินชีวิต มีวิถีชีวิตที่จำกัด ภาวะเครียดสูงขึ้น มีการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่เป็นอาหารแปรรูปและปรุงแต่งรสกันมากขึ้น ประชาชนจึงมีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นจำนวนมาก ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอัตราการเจ็บป่วยสูงขึ้นเรื่อย ๆ และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะมีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึง 1.56 พันล้านคน ในประเทศไทยพบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบในปี พ.ศ. 2553-2557 เท่ากับ 3,356.37, 4,149.51, 5,489.85, 6,633.72 และ 7,235.27 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จะพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้น พบมีความชุกกระจายในระดับภูมิภาคต่าง ๆ เมื่อ พ.ศ. 2557 พบภาคเหนือมีความชุกเป็นอันดับหนึ่งอัตราความชุก 2,085.59 รองลงมาเป็นภาคกลาง 1,960 ภาคใต้ 1,715.80 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1,700.33 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2558) จากระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2559) ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง พ.ศ. 2556-2559 เท่ากับ 8,357.62, 8,311.76, 8,802.65 และ 8,906.99 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ที่มีอัตราป่วยด้วยโรคนี้สูงใกล้เคียงกับระดับเขตบริการสุขภาพ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัญหาแนวโน้มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูง โดยพบในปี พ.ศ. 2556-2559 เท่ากับ 6,288.39, 7,330.25, 7,596.78 และ 7,926.70 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โดยเฉพาะอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ มีแนวโน้มความชุกโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเกือบเท่าระดับเขตโดยพบถึง 7,440, 6,530, 6,550 และ 8,310 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกและเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2015) โดยในแต่ละปีมีคนเสียชีวิต เกือบ 8 ล้านคน เป็นประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประมาณ 1.5 ล้านคน (WHO, 2011; WHO,



2013) องค์การอนามัยโลก พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ 7.2 ล้านราย (คิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมด) (เกรียงไกร เสงรัชมี, วิรัช เคหสุขเจริญ, เอนก กนกศิลป์, ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, จรินทร์ อัครหาญฤทธ, พรวลี ปรปักษ์ขาม, และบุญจง แซ่จึ้ง, 2557) ประชากรประเทศไทยพบอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2553-2557 คิดเป็นร้อยละดังนี้ 5.4, 5.73, 7.99, 10.95 และ 12.1 ตามลำดับ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปี พ.ศ. 2553-2557 คิดเป็นร้อยละดังนี้ 20.47, 22.47, 23.45, 26.91 และ 27.33 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทั้งความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ เนื่องจากการตายก่อนวัยอันควรในเพศหญิง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด คิดเป็นร้อยละ 20 และเป็นสาเหตุการตายอันดับสองในเพศชาย ร้อยละ 17 จากสาเหตุการตายทั้งหมด(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) สาเหตุหลักการตายก่อนวัยอันควรในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 22 ร่วมกับสูญเสียคุณภาพชีวิต จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองได้จนต้องพึ่งพิงคนอื่น ดังที่พบว่า ร้อยละ 47 ของโรคหลอดเลือดหัวใจมีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับความดันโลหิตสูง และเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (วิชัย เอกพลากร, 2557)

ใน พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วย โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง เป็น 47,596, 79,263, 154,876, 20,632 และ 32,991 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับ (เนติมา คูณีย์, 2557) ยิ่งไปกว่านั้นหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมภาวะของโรคความดันโลหิตสูงได้จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนทางไต หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น พบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจสูงเป็นอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง หากมีการจัดการรายการกรณีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมเพื่อให้การควบคุมโรคได้ดีขึ้นลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2555 ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจถึงร้อยละ 76.54 (อรธเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, 2555) ในอำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ มีอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งเข้านอนโรงพยาบาลด้วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤตต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2556-2559 ดังนี้ 180, 700, 720 และ 1,100 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยพบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2556-2559 ร้อยละ 0.13, 1.33 และ 1.58 ตามลำดับ (ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย (2559) ได้กล่าวถึง ผลการทบทวนอุบัติการณ์ความ



เสียงสำคัญของผู้ป่วยที่รับบริการในโรงพยาบาลยางชุมน้อย พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปี พ.ศ. 2556-2559 มีจำนวน 23 คน ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าว มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 9 คน เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด แม้ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดหัวใจเป็นภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมาเป็นอันดับสองรองจากโรคไตแต่เป็นภาวะที่ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตสูงมากกว่าซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในวัยผู้สูงอายุ และอัตราการเสียชีวิตจากความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) อีกทั้งทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงมากเป็นอันดับหนึ่ง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสนใจความร่วมมือในการจัดการดูแลที่เหมาะสม

การจัดการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายและกลวิธีของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับโรคเรื้อรังต่าง ๆ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2565 ที่มุ่งเน้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการได้รับยาและเทคโนโลยีที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ลดภาระโรคจากการป่วยและการตาย และเน้นการจัดการบริการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในสถานบริการแบบบูรณาการ รวมทั้งแผนงานยุทธศาสตร์สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญคือ การจัดการโรค ซึ่งความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจเป็น 2 ใน 5 โรคที่จะต้องจัดการเพื่อลดโรคและภัยสุขภาพ (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556) ในปัจจุบันมีการจัดการรายกรณีโรงพยาบาลยางชุมน้อยส่วนใหญ่มุ่งเน้นผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย, 2559) เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท ในแต่ละพื้นที่ สำหรับความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมุ่งเน้น ให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการประสานการดูแลต่อเนื่อง โดยส่งต่อไปยังสถานบริการในระดับที่เหมาะสม การเสริมพลังอำนาจในผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคไม่ได้

อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นชุมชนชนบท ทำการเกษตรกรรม เช่น ทำนาปลูกหอมกระเทียม พริก ผักสวนครัว เป็นต้น มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ นอนดึก ตื่นเช้า วิถีชีวิตที่เร่งรีบทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองเปลี่ยนไป เช่น อาหารที่รับประทานจะซื้อสำเร็จรูป อาหารผัด ๆ ทอด ๆ เป็นต้น สะดวกรวดเร็ว พื้นที่ที่ศึกษาได้เน้นการให้ บริการที่มีมาตรฐาน บูรณาการด้านการแพทย์ทางเลือกอย่างมีคุณภาพ เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความแออัด (ทีมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลยางชุมน้อย, 2559) มีขอบเขตบริการเป็นคลินิกพิเศษสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเครือข่าย 7 แห่งครอบคลุมทุกตำบล ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลตามขั้นตอน ได้แก่ การประเมินคัดกรองจำแนกประเภทและจัดลำดับความรุนแรง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยแพทย์ได้ทำการวินิจฉัยวางแผนการรักษาต่อเนื่องแต่จากการทบทวนสถานการณ์ที่ผ่านมา แม้จะมีการพัฒนาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพผ่านการรับรองคุณภาพบริการ หน่วยงานคลินิกโรคไม่ติดต่อยังต้องมีการพัฒนาบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพ โดยมีกลไกกระตุ้นและกระบวนการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการจัดการรายกรณี จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวส่วนใหญ่ขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสัญญาณอันตรายที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ไม่มีทักษะการสังเกตอาการหรือสัญญาณเตือนภัยที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และมีทัศนคติว่าถ้าไม่มีอาการ หากไม่รับประทานยาคงไม่เป็นอะไร หรือถึงแม้จะเป็นอะไรขึ้นมาคงไม่มีใครช่วยได้ และยินยอมรับสภาพว่าอะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด นอกจากนี้มีบางรายเป็นผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเดินทางลำบากจึงตัดสินใจไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยรู้สึกกลัวในช่วงที่เปลี่ยนผ่านการดูแลรักษาจากอีกคนไปอีกคนโดยเฉพาะจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน (Department of Health, 2008 cited in Snoddon, 2010) การจัดการรายกรณีเป็นบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยลดความกลัวของผู้ป่วยในชุมชนให้เหมาะสมกับบริบท

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับการสร้างองค์ความรู้ การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน พบรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับความดันโลหิตสูง ได้แก่ รูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีซึ่งมุ่งเน้นตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่โดยอาศัยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลต่อเนื่อง 3 เดือน (รุ่งนงภา นวลทิม, 2555) พบรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการแพทย์ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย (ราตรี สีนะกุล, 2005) ใช้รูปแบบอาศัยความร่วมมือจากพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ผู้ให้บริการและผู้จ่ายเงินในระบบสุขภาพ ให้มีความสำคัญกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่มีบทบาทประสานความร่วมมือจะต้องมีความรู้เชิงประจักษ์ ผลลัพธ์ ลดวันนอนในโรงพยาบาล ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่าย จะเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวจะเน้นบริการในโรงพยาบาล

ส่วนรูปแบบการจัดการรายกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่า ได้มีการศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก (ประไพ บรรณทอง, 2554) ใช้แนวคิดการจัด การรายกรณี ใช้ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI โปรแกรมใช้การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมผู้ดูแลใช้โปรแกรมในการให้ความรู้แก่บุคลากรและผู้รับบริการ การคัดกรองผู้ป่วย STEMI ด้วยแบบคัดกรอง จัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ให้เหมาะสมและสร้างแนวปฏิบัติสำหรับผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน โปรแกรมเน้นการให้บริการในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไปยังชุมชน การศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยราย

กรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรงค์, และบุญจง แซ่จิ่ง, 2557) ใช้แนวทางการจัดการเชิงระบบร่วมกับการจัดการรายกรณีในกลุ่มผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายมีแนวทางการจัดการในด้านนโยบาย ด้านผู้ให้บริการทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านผู้รับบริการและผู้ดูแล ชุมชนและโรงพยาบาลใกล้บ้าน อย่างไรก็ตามรูปแบบดังกล่าวขาดการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ คลิมและคณะ (Klimmm et al., 2009) ได้มีการศึกษามุมมองของแพทย์สำหรับการจัดการรายกรณี พื้นฐานการดูแลปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยหัวใจวาย ในกลุ่มผู้ป่วยโปรแกรมที่ใช้ให้การช่วยเหลือทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน คัดกรองให้คำปรึกษา แพทย์ผู้ช่วยเหลือ ทำบทบาทเช่นเดียวกับพยาบาลจัดการรายกรณี พบว่า แพทย์รับรู้ในความยุ่งยากในการส่งมอบ ให้คำปรึกษาและการจัดการรายกรณี มีสัมพันธภาพดีขึ้นกับผู้ป่วย แพทย์ผู้ช่วยเหลือเข้าใจในความหลากหลายของการเปลี่ยนบทบาท ให้ความสำคัญและเสนอให้บรรจุการจัดการรายกรณีเข้าไปในหลักสูตรของแพทย์ผู้ช่วยเหลือ

รูปแบบการจัดการรายกรณีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า โอนิล, คันนิงแฮม, วิลทาล่าและบาร์เลย์ (O'Neill, Cunningham, Wiitala, & Bartley, 2014) ได้มีการศึกษาการจัดการรายกรณีการทำงานร่วมกันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยพยาบาลและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้รูปแบบทีมดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกัน ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ พบว่า การให้บริการจากเภสัชกรเชี่ยวชาญโดยตรงและจากแพทย์โดยตรงร่วมกับพยาบาลจัดการรายกรณีให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงช่วยลดความดันโลหิตได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อประสานความร่วมมือ โมราเลส-แอสเซนซิโอและคณะ (Morales-Asencio et al., 2010) ศึกษาารูปแบบการจัดการรายกรณีกับโรคเรื้อรัง (หัวใจวายและปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ในกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลชาวสเปน โดยพยาบาลจัดการรายกรณีและพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นผู้ประสาน และประเมินความเหมาะสมกับเกณฑ์การคัดเข้าผู้ป่วยและผู้ดูแลจะให้สัมภาษณ์ที่บ้านหรือศูนย์สุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โดยส่วนใหญ่เน้นมีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้บริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลในชุมชนมีน้อย

อย่างไรก็ตาม การวิจัยที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับโรคความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดหัวใจร่วม ไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงทำให้การดำเนินงานการจัดการรายกรณีในระดับชุมชนไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้จะมีบริการดูแลต่อเนื่องที่บ้านซึ่งมุ่งเน้นไปยังกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ติดบ้านติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2553) แต่ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมก็ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านเช่นเดียวกัน ซึ่งควรได้รับการป้องกันการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ได้น้อยหรือติดบ้านติดเตียง นอกจากนี้แล้วระบบการจัดการการดูแลยังต้องการการพัฒนาในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่ชุมชน

เนื่องจากในทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะหลอดเลือดหัวใจร่วม อำเภอยางชุมน้อยยังไม่มี การส่งต่อข้อมูลแบบเป็นปัจจุบัน (real time) (ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย, 2559) ข้อมูลผู้ป่วยจะถูกส่งต่อเมื่อสิ้นปีงบประมาณ ปีละ 1 ครั้งเท่านั้น ดังนั้นรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจึงยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ด้วยประเด็นปัญหาที่สำคัญดังกล่าว การรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมจึงควรมีรูปแบบการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ในการศึกษานี้ได้ประยุกต์แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี ของโคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เนื่องจากแนวคิดนี้มุ่งเน้นการประสานความร่วมมือระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ชุมชนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมี 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย 3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน 5) เลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง 8) การดำเนินตามรูปแบบ และ 9) การประเมินผลรูปแบบ รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้นให้มีรูปแบบที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

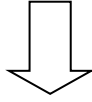
2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

### 3. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (research and development) การวิจัยมี 3 ระยะ ประกอบด้วย **ระยะที่ 1** การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม **ระยะที่ 2** การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management) ของโคเฮนและเคस्ता (Cohen & Cesta, 2005) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี (Define target populations for case management) 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย (Define target areas) 3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร (Agree on design structure for areas selection) 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน (Form collaborative practice group) 5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ (Choose benchmarks) และใน**ระยะที่ 3** ซึ่งเป็นระยะการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management) ของโคเฮนและเคस्ता (Cohen & Cesta, 2005) ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ (Collect pre implementation data) 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง (Provide advanced skills and knowledge) 8) การดำเนินการตามรูปแบบ (Implement model) และ 9) การประเมินผลรูปแบบ (Evaluate model) ซึ่งขั้นตอนที่ 9 โดยมีกรอบดำเนินการแต่ละขั้นตอนตามแนวคิดดังกล่าว แสดงในภาพที่ 1.1



ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยการสนทนากลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแล



ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดรายการณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มทีมพัฒนารูปแบบตามประเด็น ดังนี้

- 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายการณี
- 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย
- 3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร
- 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน
- 5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์



ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบโดย

- 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ
- 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง
- 8) การดำเนินตามรูปแบบ
- 9) การประเมินผลรูปแบบการจัดการรายการณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่

ชุมชน

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

#### 4. ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัยมี ดังนี้

##### 4.1 ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรในการศึกษาวิจัยนี้ แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัยนี้แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ดังนี้

**4.1.1 ขั้นตอนการศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในอำเภออย่างชุนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยและผู้ดูแล 22 คน

**4.1.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ประชากร เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งหมดจำนวน 23 คน กลุ่มตัวอย่าง เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ 12 คน

**4.1.3 ขั้นตอนการทดลองใช้และประเมินผล** ประชากรแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ใช้รูปแบบและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ

1) **กลุ่มที่ใช้รูปแบบประชากร** เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งหมดจำนวน 68 คน กลุ่มตัวอย่าง แพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพ 12 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตำบลบึงบอน อำเภออย่างชุนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 คน

2) **กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ** ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อำเภออย่างชุนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตำบลบึงบอน อำเภออย่างชุนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 คน

##### 4.2 ขอบเขตพื้นที่ในการศึกษา

พื้นที่ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ดำเนินการศึกษาในอำเภออย่างชุนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

##### 4.3 ขอบเขตรระยะเวลา

การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลและทดลองประเมินรูปแบบที่สร้างขึ้น ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560

## 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

**5.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับจากบุคคลอื่นและผู้ให้บริการ รวมทั้งความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมุ่งเน้นปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการบริการสุขภาพ ดังรายละเอียด ดังนี้

**5.1.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (Illness) หรือขาดหายไป และอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ และ/หรือการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เกิดความสบายทางกาย ตอบสนองความต้องการพื้นฐาน และความต้องการที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีผลคุกคามต่อชีวิต ในด้านการประเมินสุขภาพร่างกาย และการดูแลสุขภาพในด้านอาหาร การออกกำลังกาย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน และการรับประทานยารักษาโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**5.1.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (Illness) หรือขาดหายไปและอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความช่วยเหลือที่ต้องการจะได้รับ และ/หรือการดูแลสุขภาพจิตใจของตนเอง ในเรื่องการตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ การควบคุมความเครียด และความสุขทางใจ

**5.1.3 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (Illness) หรือขาดหายไปและอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ และ/หรือการดูแลสุขภาพด้าน ความเชื่อถือนในสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยว ช่วยให้ผู้บุคคลสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรค ความยากลำบากและความยุ่งยากในชีวิต

**5.1.4 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (Illness) หรือขาดหายไปและอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับ และ/หรือการดูแลสุขภาพด้านการอยู่ร่วมกันในชุมชนของตนเอง

**5.1.5 ปัญหาและความต้องการการบริการสุขภาพ** หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วย และ/หรือญาติ และ/หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นความเจ็บป่วย (Illness) หรือขาดหายไปและอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และความช่วยเหลือที่ต้องการได้รับและหรือการดูแลด้าน



พฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ เชื่อมโยงประสานตอบสนองความต้องการของบุคคลให้ได้รับความพึงพอใจ ต่อความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรค หรือทุพพลภาพเท่านั้น

**5.2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน** หมายถึง โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบสำคัญในกระบวนการตอบสนองการดูแลสุขภาพอย่างมีเป้าหมายของบุคคลแต่ละบุคคลอย่างมีเงื่อนไขด้วยการสื่อสารและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามกำหนด เพื่อเชื่อมโยงการช่วยเหลือผู้ป่วยจากสถานพยาบาลไปยังพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย โดยประยุกต์ขั้นตอนที่ 1-7 ตามแนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management) ของโคเฮนและเคस्ता (Cohen & Cesta, 2005 ) ประกอบด้วย 1) ประชากรเป้าหมายเพื่อการจัดการรายกรณี 2) พื้นที่เป้าหมาย 3) การออกแบบโครงสร้างสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนิน และ 5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์

**5.2.1 การระบุประชากรเป้าหมายเพื่อจัดการรายกรณี (Define target populations for case management)** หมายถึง การคัดเลือกผู้ป่วยที่ควรได้รับการจัดการรายกรณีตามเกณฑ์ที่ควรกำหนด ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จำนวนวันนอนตามเป็นจริงของมาตรฐาน ความเป็นไปได้ของการพัฒนาแผนของการจัดการรายกรณี ศักยภาพในการจัดการทรัพยากร และโอกาสสำหรับการปรับปรุงคุณภาพการดูแล

**5.2.2 การระบุพื้นที่เป้าหมาย (Define target areas)** หมายถึง การพิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยสามารถให้การดูแลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**5.2.3 ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร (Agree on design structure for areas selection)** หมายถึง การกำหนดองค์ประกอบของทีม บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและกำหนดทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**5.2.4 การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนิน (Form collaborative practice group)** หมายถึง การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน ทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน และแต่งตั้งเป็นคณะทำงานระดับอำเภอ

**5.2.5 การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ (Choose benchmarks)** หมายถึง การกำหนดเกณฑ์ในการวัดผลของรูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**5.3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน** หมายถึง ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ไปใช้ในการจัดการ

รายการนี้เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ประสงค์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองและการควบคุมความดันเลือดแดงเฉลี่ย โดยมีความหมายดังนี้

**5.3.1 พฤติกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** หมายถึง การกระทำของผู้ป่วยที่แสดงออกเพื่อตอบสนองตามกลวิธี กระบวนการปฏิบัติการควบคุม ป้องกัน รวมถึงการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การประเมินเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะที่ดี ผลกระทบต่อการเจ็บป่วยต่าง ๆ มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านการรับประทานยา ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง มีจำนวน 52 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ การแปลผล คะแนนแปลเป็นระดับน้อยที่สุด น้อย ปานกลาง บ่อยครั้ง เป็นประจำ

**5.3.2 ความดันเลือดแดงเฉลี่ย** หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม วัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน (sphygmomanometer) วัดที่ต้นแขนเหนือข้อศอก โดยการวัดในท่านั่งและมียาค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ ความดันโลหิตช่วงบนหรือความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว และความดันโลหิตช่วงล่างหรือความดันโลหิต ไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว การคำนวณค่าเฉลี่ยแรงดันเลือดแดงเฉลี่ย ทำโดยการนำค่าเฉลี่ยความดันโลหิตทั้งสองค่ามาคำนวณหาค่า mean arterial pressure (MAP) โดยใช้สูตรค่าความดันโลหิตซิสโตลิกบวกด้วยสองเท่าของค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก และหารด้วยสาม หรือ  $[(2 \times \text{diastolic}) + \text{systolic}] / 3$

**5.4 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** หมายถึง บุคคลที่แพทย์ได้ทำการวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม หรือบุคคลที่มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีประวัติเจ็บแน่นหน้าอก บุคคลที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัว โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้หากวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 135/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้หากวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ ร่วมกับมีภาวะที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ เนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) ตีบหรือตันอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือคงที่ (stable angina) หรืออาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในด้านความรุนแรงและความบ่อย แม้ขณะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย หรือขณะพักที่เรียกว่า แอนginaชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina: UA)

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

6.2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นได้

6.3 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อได้



## บทที่ 2

### วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยนำเสนอเป็นลำดับดังต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.2 สาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.3 กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.4 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.5 การรักษาความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 1.6 การดูแลจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
2. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 2.1 ความหมายของการจัดการรายกรณี
  - 2.2 แนวคิดทฤษฎีในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - 2.3 การบูรณาการการดูแลเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน
  - 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
3. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในพื้นที่ที่ศึกษา
  - 3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โรงพยาบาลยางชุมน้อย
  - 3.2 ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โรงพยาบาลยางชุมน้อย

3.3 การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

## 1. ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

### 1.1 ความหมายของความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

#### 1.1.1 ความหมายความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูง (2558) ได้กล่าวถึงความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท หรือวัดความดันโลหิตที่บ้านด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติพบว่า สูง SBP มากกว่า 135 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ DBP มากกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2558) และ เจมส์, โอเพอริล, คาร์เตอร์, คัชแมน, เดนนิสสัน-ฮิมเมลฟาร์บ, แฮนด์เลอร์และคณะ (James, Oparil, Carter, Cushman, Dennison-Himmelfarb, Handler et al., 2013) ได้ให้ความหมายของ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension) เช่นเดียวกันนั้นคือหมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือมากกว่าซึ่งจะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้

จากความหมายข้างต้นผู้วิจัยสรุปว่า ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้ หากวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติ

#### 1.1.2 ความหมายโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease)

เกรียงไกร เสงร์คมี และคณะ (2557) ได้กล่าวว่าโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคจากการที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอระหว่างการออกแรงหรือมีอาการเหนื่อย (dyspnea) ซึ่งเกิดจากการทำงานผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือด อาการดังกล่าวอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือคงที่ (stable angina) หรืออาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในด้านความรุนแรงและความบ่อยจนอาจเกิดอาการ แม้ขณะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย หรือขณะพักที่เรียกว่า แอนเจนาชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina: UA)

พิสิษฐ์ หุตะแพทย์ ,มนัสวี อินทรพินทวัฒน์ และวรินทร์สวาท ชีระวุฒิ (2558) ได้กล่าวว่า โรคหลอดเลือดหัวใจเกิดจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) Typical angina หรือ Classic angina หมายถึง อาการรู้สึกแน่นหนัก ๆ เหมือนมีอะไรมากดทับ หรือแน่นตื้อ ๆ ที่



ตรงหน้าอก เกิดขึ้นเมื่อร่างกายต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่างๆ หลังรับประทานอาหาร เป็นต้น มักบรรเทาด้วยการหยุดทำกิจกรรมหรือพัก มักมีอาการซ้ำหากทำกิจกรรมนั้นใหม่ และ 2) Atypical angina เป็นอาการที่ไม่ค่อยชัดเจน ไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมใด ๆ ไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงถ้าเกิด ในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ด้วย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น จึงจะจัดว่าเป็น Atypical angina

จากความหมายข้างต้นผู้วิจัยสรุปได้ว่า โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอ อันเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) ตีบหรือตันอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือคงที่ (Stable angina) หรืออาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในด้านความรุนแรงและความบ่อย แม้ขณะทำกิจวัตรเพียงเล็กน้อย หรือขณะพักที่เรียกว่า แอนไจนาชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina: UA)

จากความหมายข้างต้นผู้วิจัยสรุปความหมายได้ว่า ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม หมายถึง ภาวะร่างกายที่มีความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและคลายตัวที่มีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท (มม.ปรอท) ขึ้นไป จะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้หากวัดความดันโลหิตชนิดปรอท และ/หรือระดับความดันโลหิตตั้งแต่ 135/85 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป จะเป็นค่าบนหรือค่าล่างก็ได้หาก วัดความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ พร้อมด้วยสถานะที่เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่พอเนื่องจากหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงหัวใจ (Coronary artery) ตีบหรือตันอาจเป็น ๆ หาย ๆ หรือคงที่ (stable angina) หรืออาการเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งในด้านความรุนแรงและความบ่อย แม้ขณะทำกิจวัตรประจำวันเพียงเล็กน้อย หรือขณะพักที่เรียกว่าแอนไจนาชนิดไม่คงที่ (Unstable Angina: UA)

## 1.2 สาเหตุการเกิดความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ความดันโลหิตสูงส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดอย่างช้า ๆ ทั้งในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดโคโรนารีที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จะเริ่มแข็ง คด งอ อ่อนแอและมีการตีบแคบลง (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) ทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง หากไม่ได้รับการควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย จะส่งผลให้การทำลายของหลอดเลือดยังดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่อง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558) ทำให้หลอดเลือดเกิดการอุดตันหรือแตกได้ สำหรับหลอดเลือดขนาดเล็กที่ถูกทำลายทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ และถ้าความดันโลหิตไดเอสโตลิกสูงจะทำให้ผนังชั้นในของหลอดเลือดถูกทำลายเกิดไฟบรินมาสะสม ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดตามมา เป็นผลให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในที่สุด (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2557) สาเหตุการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม สืบเนื่องมาจากการเจ็บป่วยที่เป็นระยะเวลานาน หรือไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จนส่งผลกระทบต่อหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ

### 1.3 กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ความดันโลหิตสูงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดอย่างช้า ๆ ของหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กที่เป็นอยู่นาน จะทำให้ผนังหลอดเลือดหนาตัวขึ้นและรูเล็กลง ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง โดยเฉพาะหลอดเลือดโคโรนารีเป็นหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจจะเริ่มมีการตีบแคบลง คด งอ แข็งตัว ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่ได้ตามปริมาณที่ร่างกายต้องการ หากร่างกายมีระดับความดันโลหิตสูงหรือควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย จะมีผลกระทบทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง เกิดการอุดตันหรือแตกของหลอดเลือดหัวใจได้ ในส่วนของหลอดเลือดเล็ก ๆ ที่ถูกทำลายจะมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหากมีระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกสูงขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดชั้นในถูกทำลาย ส่วนใหญ่เกิดจากการแตกของลิ้มไขมัน คราบ (plaque) ที่สะสมในผนังหลอดเลือดแดงหัวใจ ทำให้เกิดกระบวนการกระตุ้นระบบการแข็งตัวของเลือด กระตุ้นเกล็ดเลือด glycoprotein II b/III a receptor (GP II b/III) ไปจับกับ fibrinogen ซึ่งจะทำให้เกล็ดเลือดจับเกาะกลุ่มกันเป็นร่างแห และกลายเป็นลิ้มเลือดอุดตันขัดขวางการไหลเวียนของเลือดแดงในหัวใจเฉียบพลัน เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ซึ่งระดับความรุนแรงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงขึ้นกับขนาดของลิ้มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดแดงหัวใจ (สุจิตรา ลิ้มอำนาจลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2556) เมื่อดูคราบ (plaque) จะพบว่า เต็มไปด้วยไขมันชนิดโคเลสเตอรอล ไขมันกับเซลล์ เซลล์ และโปรตีน เส้นใยมีแคลเซียมมาสะสม คราบ (plaque) อาจจะทำลายผนังหลอดเลือดแดงตีบแคบลง ทำให้ขัดขวางการไหลของเลือดขึ้น (กาญจนา เกียรติการนนท์, 2558) หรืออาจเกิดการแตกและกระตุ้นให้เกิดกลไกการสร้างลิ้มเลือดจนอุดตันหลอดเลือดในขณะนั้น (Olafiranye et al., 2011) กล้ามเนื้อหัวใจปกติถูกหล่อเลี้ยงโดยเส้นเลือดที่อุดตันนี้จึงขาดเลือด ขาดออกซิเจน ทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก มีการสร้างสารต่าง ๆ ขึ้น เช่น ไคนิน (Kinin) แบริดีไคนิน (Bradykinin) เป็นต้น ออกมาและ สารนี้จะไปกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด (pain receptor) ที่อยู่ในผนังหลอดเลือดชั้นนอกของหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดจะส่งผ่านไปตาม cardiac plexuses ไปสู่ cervical และ thoracic spinal segment เข้าสู่สมองส่วนทาลามัสและคอร์เท็กซ์ แล้วรับรู้เป็นความรู้สึกเจ็บปวดที่บริเวณหน้าอกเป็นบริเวณกว้างตามแนวของเส้นประสาทสันหลังตั้งแต่ C3 ถึง T10 ได้ คือตั้งแต่บริเวณกรามลงมาจนถึงท้องอาจจะมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่คอ กราม ไหล่หรือต้นแขนด้านในหรือร้าวลงมาที่แขนซ้ายหรือปลายมือซ้ายได้ เพราะบริเวณดังกล่าวมีปลายประสาทรับความรู้สึกที่ผิวของร่างกาย (somatic pain) เป็นระดับเดียวกับปลายประสาทรับความรู้สึกจากบริเวณกล้ามเนื้อหัวใจหรือเยื่อหุ้มหัวใจ (visceral pain) (พิสิษฐ์ หุตะแพทย์, 2558) มักจะมีอาการเหนื่อยง่าย อาจเกิดอาการมากขึ้นขณะทำงานหรือออกกำลังกาย หรือมีอาการแสบหรือตื้นตัน (ถ้าตีบน้อยกว่าร้อยละ 50 จะหายไป

ขณะพัก) เมื่อมีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจส่วนนั้นเกิดขึ้นหรือเกิดการเต้นของหัวใจผิดจังหวะอย่างรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตโดยกะทันหัน (Olafiranye et al., 2011)

#### 1.4 การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

การเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้ หากเกิดการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจแบบเฉียบพลันที่ปล่อยให้ระยะเวลาผ่านไปนาน จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายมากขึ้น (เกรียงไกร เสงร์คีมี และคณะ, 2557) เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก โดยไม่มีการบาดเจ็บให้ช้กประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram : EKG) และส่งเลือดตรวจหาระดับเอ็นไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Cardiac biomarkers) นำมาพิจารณาดังนี้

##### 1.4.1 การซักประวัติ

1) อาการเจ็บหรือแน่นหน้าอกด้านซ้าย หรือมีอาการแสดงใช้มือกุมหน้าอกที่พบได้บ่อยอาการเจ็บที่จำเพาะต่อโรคจะมีอาการเจ็บแบบแน่น ๆ หนัก ๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอก (เกรียงไกร เสงร์คีมี และคณะ, 2557) อาจมีอาการแน่นอึดอัด หายใจไม่ออกเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน ร้าวกรามหรือลำคอ อาการเจ็บมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อยและเป็นอยู่นานมากกว่า 15-20 นาที ผู้ป่วยอาจมีอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น นอนราบไม่ได้จากภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เหงื่อแตก อาการใจสั่นจากหัวใจเต้นผิดปกติ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีภาวะช็อกร่วมด้วย การซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บแน่นหน้าอกโดยใช้แนวทางตามตัวอักษรย่อ PQRST (เกรียงไกร เสงร์คีมี และคณะ, 2557) ดังนี้

(1) *P (pain and precipitating factor)* สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก

(2) *Q (quality of discomfort)* ลักษณะอาการเจ็บแน่นหน้าอกเป็นอย่างไร เช่น เจ็บแน่นเหมือนมีของหนักมาทับ เจ็บตื้อ ๆ ทำอย่างไรให้อาการเจ็บทุเลาลง

(3) *R (region and radiation of discomfort)* บริเวณที่มีอาการเจ็บไม่สุขสบาย

(4) *S (severity)* ระดับความรุนแรงของเจ็บแน่นหน้าอกให้ผู้ป่วยบอกระดับความเจ็บด้วยการระบุตัวเลขตั้งแต่ 0-10 โดยที่ 0 คือ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก 1 คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกน้อยที่สุดจนถึงเลข 10 คือ มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกมากที่สุด

(5) *T (timing)* เวลาที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกเริ่มมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกตั้งแต่เวลาเท่าไรและนานถึงเวลาเท่าไรจึงทุเลาลงเพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาให้การรักษาผู้ป่วย



นอกจากนี้ มานาแฮนด์, มาเรียนและกรีน (Monahan, Marianne & Green, 2011) ได้กล่าวถึงการประเมินระดับความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่สัมพันธ์กับการมีกิจกรรมจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยวินิจฉัยความรุนแรงของโรค ดังในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ระดับความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอก

ระดับความรุนแรง	อาการเจ็บแน่นหน้าอก
ระดับที่ 1	เจ็บแน่นหน้าอกขณะทำงานหนักหรือเร็วและแรง
ระดับที่ 2	เจ็บแน่นหน้าอกเมื่อทำกิจกรรมประจำวันเร็วๆ เช่น การเดินหรือขึ้นบันไดอย่างรวดเร็ว การเดินขึ้นเขา การเดินอย่างรวดเร็วหรือขึ้นบันได หลังรับประทานอาหาร อากาศหนาวหรือเย็น ความเครียด
ระดับที่ 3	เจ็บหน้าอกขณะเดินแบบธรรมดา หรือเดินขึ้นบันไดเพียง 1-2 ครั้ง จะทำให้มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
ระดับที่ 4	เจ็บหน้าอกขณะพัก หรือไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้

2) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ อายุมากกว่า 55 ปี ในเพศชายมากกว่า 65 ปี (นิตยา พันธุ์เวทย์, 2554) ในเพศหญิงหรือหมดประจำเดือนแล้ว การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เนื่องจากโรคหัวใจช่วงแรกเป็นการตีบแคบของหลอดเลือด ซึ่งหากตีบลงน้อยกว่าร้อยละ 50 อาจไม่มีอาการได้ หากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวมากเกิน 2 ปัจจัย ควรถือว่าต้องระวังการมีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดยเฉพาชนิดไม่มีอาการ (Silent MI)

#### 1.4.2 การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายโดยเฉพาะการฟังเสียงหัวใจ มักพบลักษณะผิดปกติในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเจ็บแน่นหน้าอกแบบคงที่ (chronic stable angina) โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ การตรวจร่างกายจึงควรตรวจหาอาการและอาการแสดง(เกรียงไกร เสงร์ศรี และคณะ., 2557) ดังนี้

1) การวัดสัญญาณชีพ ได้แก่ การวัดความดันโลหิต การนับความเร็วของชีพจร และการนับการหายใจ ในระยะแรกอัตราการเต้นของหัวใจอาจเร็วถึง 100-200 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ซึ่งเกิดจากอาการปวด วิตกกังวล และประสาทซิมพาเทติก ถูกกระตุ้น ผู้ป่วยอาจหายใจเร็วขึ้นจนกว่าอาการเจ็บหน้าอกและความกังวลจะลดลง

2) การตรวจร่างกายในระบบหัวใจและหลอดเลือด ในขณะที่ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ควรตรวจหาลักษณะที่บ่งชี้ว่ามีหัวใจโต หรือการเป็นตัวที่ผิดปกติของหัวใจ (left ventricular dyskinesia) การตรวจฟังเสียงหัวใจ ต้องตรวจหาการมีเสียงหัวใจเสียงที่สาม (third heart sound)

หรือเสียงหัวใจเสียงที่สี่ (fourth heart sound) ที่บ่งชี้ถึงการบีบและคลายตัวที่ผิดปกติของหัวใจ เสียงลิ้นหัวใจไมตรัลรั่ว (mitral regurgitation) ที่เกิดจากการมีกล้ามเนื้อทำงานผิดปกติจากเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ

3) ตรวจอาการแสดงว่ามีโรคหลอดเลือดแดงเสื่อม (atherosclerotic disease) ที่ตำแหน่งอื่นนอกเหนือจากหัวใจ (peripheral arterial disease) เช่น ลักษณะชีพจรที่เบาหรือหายไปที่บ่งชี้ว่ามีโรคหลอดเลือดแดงของแขนขาตีบตัน การฟังหา carotid bruit ที่บ่งชี้ว่ามีการเสื่อมหรือตีบตันของ carotid artery การตรวจหา pulsatile mass ที่ท้อง เพื่อหา abdominal aortic aneurysm เป็นต้น

4) ตรวจหาลักษณะอื่นที่อธิบายการเจ็บแน่นหน้าอกกว่าเป็นสาเหตุอื่น ๆ เช่น การตรวจพบเสียงฟู่ (murmur) แสดงถึง aortic valve stenosis/regurgitation หรือ hypertrophic cardiomyopathy อาจมีสาเหตุให้เกิดอาการแน่นหน้าอก การตรวจพบจุดกดเจ็บในหน้าอกที่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย อาจอธิบายสาเหตุของการเจ็บแน่นหน้าอกว่าเป็นจากกล้ามเนื้อ เอ็นหรือกระดูกที่บริเวณทรวงอกมากกว่าโรคหลอดเลือดหัวใจ

5) ถ้าผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่บ่งชี้ว่าเป็นลักษณะ “acute coronary syndrome หรือ unstable coronary syndrome” เช่น หัวใจห้องซ้ายล้มเหลว (left ventricular dyskinesia: หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไอมีเสมหะเป็นฟองสีชมพู มีเสียงกรอบแกรบที่ชายปอด) การมี third heart sound (S3) หรือ fourth heart sound (S4) mitral regurgitation, rales เป็นต้น จะช่วยยืนยันว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะฉุกเฉินจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตันเฉียบพลันจริง และบ่งบอกว่าผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่มีอัตราความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง จำเป็นต้องให้การรักษาแบบเร่งด่วน

#### 1.4.3 การตรวจพิเศษเพิ่มเติม

1) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography) สุวรรณิ ศิริแสงตระกูล และชวณพิศ ทำนอง (2557) ได้กล่าวว่า ตามเกณฑ์มาตรฐานต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ภายใน 5-10 นาที จะช่วยในการวินิจฉัย STEMI ตามข้อกำหนดลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก European society of cardiology, American Heart Association ค.ศ. 2015

(1) EKG มี ST-T Change ถ้าพบแสดงว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) (พิสิษฐ์ หุตะแพทย์และคณะ, 2558) แยกผู้ป่วยเป็น 3 ระดับ

ก. Unstable angina (UA) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันทีทันใด EKG ไม่มี ST segment elevation ถ้ามี ST depression หรือ T wave inversion พบค่า cardiac biomarkers ปกติ หรือ negative

ข. *Non-ST-elevation myocardial Infarction (Non Q wave MI หรือ NSTEMI)* ผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกทันทีทันใด EKG ไม่มี ST segment elevation พบ ST depression หรือ T wave inversion และพบ cardiac biomarkers สูงกว่าปกติ (positive) แสดงว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย

ค. *ST-elevation MI (STEMI)* เจ็บหน้าอกทันทีทันใดโดยที่ EKG มี ST segment elevation พบ cardiac biomarkers สูงกว่าปกติ (positive) แสดงว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน

ผู้ป่วยต้องได้รับการส่งไปถ่ายภาพเอกซเรย์หลอดเลือดหัวใจ (coronary angiography) เพื่อตรวจหาการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ และวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

(2) *EKG มี ST-T Change และมี cardiac markers ปกติ* ให้พิจารณาการเต้นของหัวใจห้องล่าง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต มีความผิดปกติหรือไม่ หากผิดปกติ แสดงว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะหัวใจล้มเหลว (CHF) จะต้องส่งต่อเพื่อทำ coronary angiography และการรักษาที่เหมาะสม หากปกติต้องพิจารณาว่าอาการเจ็บแน่นหน้าอกนั้นจริงหรือไม่ หากเป็นอาการเจ็บจริงให้ส่งทำการทดสอบสมรรถภาพหัวใจขณะออกกำลังกาย ควบคู่กับการตรวจหัวใจด้วยวิธีพิเศษ หากไม่ใช่อาการเจ็บแน่นหน้าอก จะพิจารณาการวินิจฉัยโรคอื่นต่อไป (พิสิษฐ์ หุตะแพทย์และคณะ, 2558)

2) *การตรวจเลือดหา cardiac markers* ที่มีความไวและจำเพาะต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายที่นิยม (เกรียงไกร เสงร์ศรี และคณะ, 2557) ได้แก่ CK-MB และ troponin-t ระดับของ cardiac markers ที่สูงเกินค่าปกติเป็นตัวบ่งบอกว่ามีอาการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ ภายหลังกล้ามเนื้อหัวใจตาย ระดับ CK-MB จะเริ่มสูงขึ้นหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายมา 4-6 ชั่วโมง ดังนั้นการตรวจใน 4 ชั่วโมงแรก จึงมีความไวเพียงร้อยละ 50 และจะสูงเกือบร้อยละ 100 ใน 10-12 ชั่วโมง cardiac troponins สามารถอยู่ในร่างกายได้นาน 10-14 วัน สามารถให้วินิจฉัยหลังมีอาการมาแล้วหลายวัน ช่วยบอกความรุนแรงและการเพิ่มขึ้นของอัตราการตาย

3) *ตรวจคลื่นสะท้อนหัวใจ (Echocardiography)* เพื่อประเมินการบีบตัวของหัวใจและภาวะแทรกซ้อน

4) *การตรวจอื่น ๆ* Chest X-ray ประเมินขนาดหัวใจ

### 1.5 การรักษาความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ออร์ฟิราเนย์ และคณะ (Olafiranye et al., 2011) ได้กล่าวว่าควรควบคุมความดันโลหิตในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (primary prevention) รวมทั้งผู้ที่มีประวัติหรืออาการของภาวะหัวใจขาดเลือดอยู่แล้ว (secondary prevention) ระดับความดันโลหิตเป้าหมายในกลุ่มผู้ที่มีประวัติหรืออาการ

ของภาวะหัวใจขาดเลือดอยู่แล้ว คือน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ทั้งในกลุ่ม stable angina, acute coronary syndrome และผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากโรคหลอดเลือดหัวใจ เนื่องจาก DBP มีความสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงหัวใจ (Coronary blood flow) จึงไม่ควรลด DBP ลงอย่างรวดเร็วหรือต่ำเกินไป (น้อยกว่า 60 มิลลิเมตร ปรอท) ในผู้สูงอายุที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีดังนี้

**1.5.1 การรักษาด้วยยา** สุวรรณี ศิริแสงตระกูล และชานพิศ ทำนอง (2557) กล่าวถึงการรักษาที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน คือ การรักษาเพื่อให้หลอดเลือดเปิด (reperfusion therapy) ให้เร็วที่สุดตั้งแต่เริ่มประเมินพบโดยให้รับประทานยา aspirin ขนาด 300-325 มิลลิกรัม และ clopidogrel โดยทำการ loading ยา clopidogrel จำนวน 300 มิลลิกรัม ในรายที่ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 75 ปี และให้ขนาด 75 มิลลิกรัม ในรายที่ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2555) ได้แนะนำการใช้ยาลดความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ดังตารางที่ 2.2  $\beta$  blocker ควรเลือกใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มีประวัติ angina pectoris หรือหลังเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย และควรเริ่มยาเมื่อผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน และไม่มีข้อห้ามของการใช้  $\beta$  blocker

ตารางที่ 2.2 ยาลดความดันโลหิตที่ใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

การวินิจฉัย	ยาที่แนะนำให้ใช้
1. ความดันโลหิตสูงก่อนเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Primary prevention)	- ACEIs, ARBs, CCBs, thiazide type diuretics
2. ความดันโลหิตสูงหลังเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (Secondary prevention)	
2.1 CAD and stable angina	2.1 $\beta$ blocker และ ACEIs หรือ ARBs และ thiazide type diuretics
2.2 ACS unstable angina, NSTEMI, STEMI	2.2 $\beta$ blocker และ ACEIs หรือ ARBs
2.3 Heart failure of ischemic etiology	2.3 $\beta$ blocker และ ACEIs หรือ ARBs และ aldosterone antagonist และ diuretics (thiazide type หรือ loop diuretics)

**หมายเหตุ** ACEIs-angiotensin converting enzyme inhibitors, ARBs-angiotensin II receptor blocker, CCBs-calcium channel blockers, CAD-coronary artery disease, ACS-acute coronary syndrome, NSTEMI- non-ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI-ST- segment elevation myocardial infarction.

**1.5.2 การรักษาโดยทำทางเดินหลอดเลือดใหม่ (Revascularization)** การขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง (percutaneous coronary intervention : PCI) ซึ่งผลการทำ primary PCI เป็นการรักษาหนึ่งในการเปิดหลอดเลือดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่า ถ้าได้รับภายใน 90 นาที (Door to balloon time < 90 นาที) มีข้อแนะนำให้ทำ PCI ในรายที่มีข้อบ่งชี้เนื่องจากมีหลักฐาน พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ของการเกิด recurrent ischemia ได้ดีกว่าการเลือกทำเฉพาะ rescue PCI (สุจิตรา ลิมอำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง, 2556)

การรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วยยาและการทำทางเดินหลอดเลือดใหม่ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับอย่างถูกต้องรวดเร็ว หากผู้ป่วยมีการจัดการตนเองด้านพฤติกรรมสุขภาพจะช่วยให้การควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น

## 1.6 การดูแลจัดการพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการควบคุมความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมหากผู้ป่วยมีการจัดการพฤติกรรมสุขภาพตนเองได้เหมาะสมจะเป็นปัจจัยที่ไปสนับสนุนให้แผนการรักษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่พฤติกรรมสุขภาพดังต่อไปนี้

### 1.6.1 การปรับพฤติกรรมเรื่องการรับประทานอาหาร

1) **การจำกัดปริมาณไขมันในอาหาร** หลีกเลียงอาหารหวาน อาหารที่มีไขมันไม่อิ่มตัวผ่านกรรมวิธี ทำให้มีการสะสมไขมันในหลอดเลือด ก่อให้เกิดแผ่นคราบไขมันตามมา ไขมันในเลือดสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบตัน หลอดเลือดแข็งตัว ซึ่งนำไปสู่โรคหัวใจขาดเลือด แม้กระทั่งโคเลสเตอรอลที่ตับสร้างขึ้นเองหรือได้จากอาหาร ตับจะส่งโคเลสเตอรอลไปสู่เนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกาย ส่งไปสู่ร่างกายพร้อมกับกรดไขมันและไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำมากเรียก วีแอลดีแอล (VLDL) สร้างจากตับ เมื่อถูกส่งไปยังเนื้อเยื่อไขมัน พร้อมกรดไขมัน ตัว VLDL จะมีความหนาแน่นมากขึ้นกลายเป็นไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ เรียกว่า แอลดีแอล (LDL) ซึ่งจะมีโคเลสเตอรอลเกาะ เนื้อเยื่ออื่น ๆ ของร่างกายจะรับโคเลสเตอรอลไปได้ จะต้องมียตัวรับแอลดีแอล (LDL receptor) จากนั้นแอลดีแอลจะถูกพาเข้าเซลล์แล้วถูกย่อยสลายเซลล์จะนำโคเลสเตอรอลไปใช้สร้างหรือซ่อมแซมเยื่อเซลล์ของเนื้อเยื่อนั้น เอสดีแอล (HDL) ทำหน้าที่ตรงกันข้ามกับแอลดีแอลคือขนส่งโคเลสเตอรอลที่มากเกินไปในเซลล์กลับไปยังตับ ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของคนปกติ ควรต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดของคนปกติ ควรต่ำกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับเอชดีแอล ในเลือด ควรสูงกว่า 35 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับแอลดีแอลในเลือดควรต่ำกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ไขมันในอาหารมี 3 ประเภท ดังนี้



(1) กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) เป็นกรดไขมันชนิดร้ายจะทำให้เพิ่มโคเลสเตอรอล พบในน้ำมันสัตว์และพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม กะทิ ข้อเสียของไขมันอิ่มตัวจะเข้าไปขัดขวางการใช้ cholesterol ของเซลล์ ทำให้ cholesterol ไม่ถูกนำไปใช้จึงคงอยู่ในกระแสเลือดในระดับสูง แต่ในทางตรงข้ามไขมันไม่อิ่มตัวจะช่วยเสริมให้เซลล์นำ cholesterol จากเลือดไปใช้ ทำให้ระดับ cholesterol ในเลือดลดลง

(2) กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโมโน (Monounsaturated fatty acid) เป็นกรดไขมันชนิดดีไม่เพิ่มโคเลสเตอรอลในเลือด เช่น กรดโอเลอิกที่พบในน้ำมันมะกอก พบปานกลางในน้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกทานตะวัน ร่างกายสามารถสร้างได้

(3) กรดไขมันไม่อิ่มตัวชนิดโพลี (Poly unsaturated fatty acid) เป็นกรดไขมันชนิดดีปานกลางจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือดลงได้บ้าง เช่น กรดไลโนเลอิกมีมากในน้ำมันดอกคำฝอย ข้าวโพด ถั่วเหลือง และ EPA, DHA ซึ่งจะพบมากในปลาทะเลลึก ร่างกายไม่สามารถสร้างเองได้ ไขมันทรานส์ (Trans-fatty acid) เป็นไขมันที่ได้จาก Hydrogenation ของ poly unsaturated fatty acid ด้วยความร้อนเพื่อให้ได้ไขมันแข็งที่อุณหภูมิห้อง พบในเนยแข็ง มargarin และขนมเบเกอรี่ต่าง ๆ เช่น เค้ก คุกกี้ และไอศกรีม

การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด สามารถปฏิบัติได้ดังต่อไปนี้

(1) ลดการรับประทานอาหารไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันหมู หมูสามชั้น เนย ครีม น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม อาหารที่ทำจากกะทิเพราะกรดไขมันอิ่มตัว ส่วนใหญ่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในเลือดสูงขึ้น

(2) รับประทานอาหารไขมันไม่อิ่มตัวในปริมาณที่พอเหมาะ เช่น เลือกใช้น้ำมันพืช เนยเทียมในการประกอบอาหารแทนน้ำมันจากสัตว์ เพราะน้ำมันพืชที่สกัดจากเมล็ดพืชจะมีกรดไลโนเลอิกที่เป็นตัวนำโคเลสเตอรอลไปเผาผลาญสูงกว่าน้ำมันที่สกัดจากเนื้อพืช ซึ่งน้ำมันพืชที่ดีคือน้ำมันมะกอก รองลงมาคือ น้ำมันถั่วเหลือง และน้ำมันข้าวโพด

(3) จำกัดปริมาณอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานอาหารโคเลสเตอรอลเกิน 300 มิลลิกรัมต่อวัน โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

ก. จำกัดไข่แดงไม่เกินสัปดาห์ละ 2 ฟอง หลีกเลี่ยงเครื่องในสัตว์ เนื้อสัตว์ติดมันให้รับประทานเนื้อปลาและไก่

ข. เลือกรับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดหนังและมัน

ค. เลือกรับประทานเต้าหู้แทนเนื้อสัตว์ในบางครั้ง

ง. เลือกรับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง ย่าง อบ แทนอาหารทอด หรืออาหารผัดที่ใช้ไขมันมาก ๆ

จ. เลือกตีมนมหรือผลิตภัณฑ์จากนมพร่องมันเนย หรือนมขาดไขมัน  
เท่านั้น หรือเลือกตีมน้ำเต้าหู้แทนเลี้ยงการรับประทานกะทิ

(4) รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารให้มากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ  
ข้าวซ้อมมือและเมล็ดถั่วแห้ง เป็นต้น โดยอาหารที่มีเส้นใยสูงจะช่วยลดระดับโคเลสเตอรอล โดยจับ  
กับน้ำดีที่มีโคเลสเตอรอลสูง ทำให้การดูดซึมลดลง

(5) ควรรับประทานผักที่มีเบต้าแคโรทีน เช่น ใบยอ ชะพลู ย่านาง ตำลึง  
บวบก ใบแมงลัก ยอดแค กระเพรา ขึ้นหลิขันธ์ ฟักทอง มีสารแอนติออกซิเดนท์ ไม่ให้ LDL-C ถูก oxidized  
เป็นสารพิษที่ทำให้หลอดเลือดผิดปกติ

(6) ควรรับประทานผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง ผักที่มีวิตามินซีสูง ได้แก่  
มะเขือเทศ ถั่วแขก ผักชี ต้นหอม กะหล่ำปลี ใบบวบ ผักบุ้ง ถั่วฝักยาว ผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง ได้แก่  
ส้มทุกชนิด ฝรั่ง มะละกอ สับปะรด มะกอก มะดัน มะม่วงดิบ เป็นต้น

(7) รับประทานกระเทียมสด วันละ 1/2-1 หัว โดยเคี้ยวให้ละเอียด ในหัว  
กระเทียมมีอัลลิซิน (allicin) อัลลิซินเป็นสารทุติยภูมิที่สำคัญ มีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญของ  
เชื้อจุลินทรีย์ ช่วยลดโคเลสเตอรอลในเลือด ลดความดันโลหิต ช่วยต้านทานอาการอักเสบ และลดการ  
เกาะตัวของเกล็ดเลือด มีการศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงพบว่า กระเทียมสามารถลด  
ระดับความดันโลหิตลงได้ นอกจากนี้ยังมีส่วนช่วยลดระดับความผิดปกติในการทำงานของหัวใจใน  
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (Stabler, Tejani, Huynh & Fowkes, 2012).

(8) หลีกเลี่ยงน้ำหวาน ขนมหวานทุกชนิดที่มีน้ำตาลหรือแป้งมาก  
รับประทานข้าว ก๋วยเตี๋ยว ขนมปังแต่พอควร เนื่องจากจะสะสมเกิดเป็นไขมันไตรกลีเซอไรด์ได้

(9) หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากกระตุ้นให้มีการสร้าง  
ไตรกลีเซอไรด์มากขึ้น

(10) ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโคเลสเตอรอลต่ำหรือไม่สูงมาก แต่มีปริมาณ  
ไขมันจำนวนมาก ซึ่งจะเปลี่ยนเป็นโคเลสเตอรอลในร่างกาย เช่น ถั่ว หนังกุ้ง หนังกุ้ง เนย เป็นต้นซึ่ง  
มีไขมันถึงร้อยละ 60-70

(11) ไขมันจากปลาทะเล สามารถลดระดับไตรกลีเซอไรด์ ทำให้เกล็ด  
เลือดจับตัวน้อยลง และเส้นเลือดบีบตัวน้อยลง แต่มีผลต่อโคเลสเตอรอลและเอชดีแอลโคเลสเตอรอลไม่  
ชัดเจน

(12) ควรลดน้ำหนักตัว หากอ้วนหรือมีน้ำหนักตัวเกิน

2) การใช้ DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) เป็น  
หลักการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง ให้รับประทานผักผลไม้ให้มากลดปริมาณ  
ไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว และอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น ข้าว ข้าวโพด ข้าวสาลี เป็นต้น

โปรแกรมของอาหารแดช (DASH DIET) ลดอาหารรสจัดและมีโซเดียมสูง (จำกัดโซเดียมไม่เกิน 2,300 มิลลิกรัมต่อวัน) โดยลดหรือเลี่ยงเครื่องปรุงรสต่าง ๆ เช่น เกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน หรือน้ำปลาไม่เกิน 3-4 ช้อนชาต่อวัน หรือซีอิ๊วขาวไม่เกิน 5-6 ช้อนชาต่อวัน อาหารแปรรูป เช่น กุนเชียง หมูยอ แยม ไส้กรอก ไส้อั่ว ปลาเค็ม แหนม อาหารกระป๋อง อาหารหมักดอง อาหารที่มีผงฟู เช่น เค้กบราวนี่ ขนมปังไส้ต่าง ๆ เป็นต้น โดยมีหลักการ (สถาบันโรคหัวใจ ปอด และโลหิตวิทยาแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI], 2015) ดังนี้

(1) ลดการรับประทานไขมันอิ่มตัวไขมันทรานส์ โดยเลือกใช้น้ำมันพืชในการปรุง 2-3 ช้อนชาต่อวัน (NHLBI, 2015) (เลี่ยงการบริโภค ไขมันจากสัตว์ หนังสัตว์ เนยเทียม (มาการีน) อาหารจานด่วนต่าง ๆ เช่น พิซซ่า เบอร์เกอร์ มันฝรั่งทอดน้ำมันท่วม

(2) เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารสูงมากขึ้น โดยเน้นผักผลไม้สด ข้าวไม่ขัดสี ธัญพืช ถั่วและเมล็ดถั่วเปลือกแข็ง เน้นอาหารประเภทผัก 3-5 ส่วนต่อวัน (ผัก 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผักดิบ ประมาณ 2 ทัพพี หรือผักสุก 1 ทัพพี) ผลไม้ 3-5 ส่วนต่อวัน (ผลไม้ 1 ส่วน มีปริมาณเท่ากับผลไม้หั่นพอดีคำประมาณ 6-8 ชิ้น หรือผลไม้ผลขนาดกลาง 1 ลูก หรือขนาดเล็ก 2-4 ผล) ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง 2 ช้อนโต๊ะต่อวัน (NHLBI, 2015)

(3) ดื่มน้ำที่ผลิตจากนมพร่องมันเนย หรือไขมันต่ำ 1 แก้วต่อวัน (NHLBI, 2015)

(4) รับประทานเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เนื้อปลา เป็ด และไก่ 3-6 ส่วนต่อวัน (1 ส่วนเท่ากับ 2 ช้อนโต๊ะ) (NHLBI, 2015)

(5) รับประทานของหวานและน้ำตาลเพิ่ม น้อยกว่า 5 ช้อนโต๊ะต่อสัปดาห์ (NHLBI, 2015)

รูปแบบอาหารดังกล่าวจะทำให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหารในปริมาณสูง ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการลดความดันโลหิต จากการลดโซเดียมในอาหาร อย่างไรก็ดี ไม่แนะนำให้รับประทานในรูปผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร กู๊ดและคณะ, สลาสเตอร์และคณะ, แจนนีโร (Goode et al., 1995; Slatter et al., 2000; Janero 1990)กล่าวว่าการศึกษพบว่า การรับประทานผักและผลไม้รวมกันมากกว่า 5 ส่วนต่อวัน สัมพันธ์กับการลดอัตราการเสียชีวิตจากสาเหตุต่าง ๆ โดยเฉพาะจากโรคหัวใจและหลอดเลือด

3) การจำกัดเกลือในอาหาร ให้ลดการรับประทานเกลือโซเดียมให้น้อยกว่า 100 มิลลิโมลต่อวัน หรือ 6 กรัมของโซเดียมคลอไรด์ต่อวัน อาหารรสเค็มซึ่งเชื่อก่อให้เกิดปัญหาความดันโลหิตสูงโซเดียม แม้ว่าจะไม่มีรายงานชัดเจนว่าเกลือที่โซเดียมทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่สามารถอธิบายตามหลักเคมีฟิสิกส์ได้ว่า การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงจะทำให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผนังหลอดเลือดตึงไปทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ การได้รับโซเดียมมากเกินไป



เป็นอันตรายต่อร่างกายและมีความสัมพันธ์กับการเกิดความดันโลหิตสูง ร่างกายมีการสะสมของน้ำตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เกิดภาวะบวม น้ำ ระดับเกลือแร่ในเลือดสูงเกินไปจะทำให้เลือดแข็งตัวได้ และนำไปสู่ภาวะต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เช่น เส้นเลือดในสมองตีบตัน ไตวาย หัวใจวาย ถ้ารับประทานเกลือแกงมากกว่า 1 ช้อนชา (6 กรัม) ต่อวัน จะมีโอกาสเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (วันทนีย์ เกรียงสินยศ, 2555) และการรับประทานเค็มจัดมีโอกาเป็นมะเร็งในกระเพาะอาหาร การรับประทานอาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อย ๆ หรืออาหารจากธรรมชาติ เช่น ผักสดใบเขียว ในแต่ละวันให้มาก เนื่องจากมีสารอาหารในกลุ่มวิตามินบี ที่เรียกว่า กรดโฟลิก ลีวายเป็นและคณะ (Li, Y. et al., 2016) กล่าวว่า กรดโฟลิก ช่วยลดความเสี่ยงของสมองภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตันได้ ร้อยละ 20 และโรคหัวใจได้ร้อยละ 15. นอกจากนี้ยังมีธาตุโพแทสเซียมช่วยรักษาความเป็นกรดต่างในร่างกาย การรับประทานผักใบเขียวสดเป็นประจำในปริมาณที่มากเพียงพอทำให้ร่างกายได้รับวิตามินและแร่ธาตุเหล่านี้ ช่วยป้องกันความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดอุดตันและโรคอัมพาตได้ (วนัญญิรา ทองบัวศิริไล, กุลพร สุขุมลตรระกุล และวีระวัลย์ กรมมงคลลักษณ์, 2555) ตัวอย่างอาหารที่มีโซเดียมเป็นส่วนประกอบ (วันทนีย์ เกรียงสินยศ, 2555). ได้แก่

- (1) เครื่องปรุงรส เช่น เกลือ น้ำปลา ซอสปรุงรส ซีอิ้ว น้ำมันหอย น้ำบูดู น้ำปลาร้า ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ผงหรือก้อนปรุงรสต่าง ๆ เป็นต้น
- (2) สารปรุงแต่งอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เช่น ผงชูรส ผงฟูที่ใช้ทำเบเกอรี่ แป้งที่ใช้ชุบเนื้อหรือผักทอด สารกันบูด สารกันเชื้อราในขนมปัง เป็นต้น
- (3) อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป ดังนี้
  - ก. ประเภทผัก เช่น ผักกาดดอง หัวผักกาดดอง ตั้งฉ่าย มะนาวดอง ขิงดอง กระเทียมดอง หน่อไม้ดอง ผักเสี้ยนดอง เป็นต้น
  - ข. ประเภทผลไม้ เช่น ผลไม้กระป๋อง ลูกบ๊วยเค็ม ลูกบ๊วยหวาน ฝรั่งดอง ลูกสมอดอง มะม่วงดอง มะยมดอง มะขามแช่อิ่ม มะดันแช่อิ่ม เป็นต้น
  - ค. ประเภทเนื้อสัตว์ เช่น ไช้เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ปลาแห้ง ปูเค็ม กุ้งแห้ง กะปิ ปลาร้า ปลาจ่อม หมูยอ หมูแฮม เบคอน ไส้กรอก ปลาหวาน เนื้อสวรรค์ หมูแผ่น หมูหย่อง กุ้งหวาน ไส้กรอกอีสาน แหนม ส้มผัก ปลาแจ่ว ปลาต้ม ปลากระป๋อง เนยแข็งชนิดเค็ม เป็นต้น
  - ง. ประเภทถั่ว เช่น เต้าเจี้ยว ถั่วเน่า เต้าหู้ยี้ เป็นต้น น้ำจิ้มชนิดต่าง ๆ เช่น น้ำจิ้มสุกี้ น้ำจิ้มไก่ น้ำปลาทหวาน เป็นต้น
- (4) น้ำพริกต่าง ๆ เช่น น้ำพริกเผา น้ำพริกปลาอย่าง น้ำพริกปลาร้า น้ำพริกหนุ่ม น้ำพริกกะปิ น้ำพริกแกงทุกชนิด เป็นต้น
- (5) อาหารประเภทขนม เช่น ขนมกรุบกรอบ ข้าวเกรียบ ข้าวตังเสวย ขนมครองแครง ขนมที่ใส่กะทิ รวมทั้งขนมหรืออาหารแปรรูปอื่น ๆ เป็นต้น

(6) เครื่องดื่มและน้ำดื่ม เช่น เครื่องดื่มเกลือแร่ น้ำแร่ น้ำผลไม้ เป็นต้น

(7) อาหารธรรมชาติ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ซึ่งมีโซเดียมน้อยมาก  
หลักการควบคุมปริมาณเกลือในอาหาร สามารถปฏิบัติได้ดังนี้

(1) ลดการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง ปริมาณโซเดียมที่แนะนำต่อวันสำหรับผู้ใหญ่ ให้น้อยกว่า 2,300 มิลลิกรัม (เกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2,000 มิลลิกรัม น้ำปลา 1 ช้อนโต๊ะ มีโซเดียม 1,160-1,490 มิลลิกรัม)

(2) ลดการรับประทานอาหารแปรรูปทุกชนิด อาหารกึ่งสำเร็จรูป รวมทั้งอาหารกระป๋อง

(3) เพิ่มผักสด ผลไม้รสไม่หวาน ที่ให้โพแทสเซียม ดีมนมและผลิตภัณฑ์นม ที่มีแคลเซียมและไขมันต่ำ เน้นข้าวกล้อง/ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็งที่ให้แมกนีเซียมและเส้นใยอาหาร

(4) ลดการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว กะทิ เนื่อติดมัน หนังสัตว์ และลดการรับประทานอาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำ เช่น ปาท่องโก๋ ไข่ทอด ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น อาหารที่ปรุงด้วยเนยขาว มาการีน เช่น คุกกี้ ขนมปัง เป็นต้น

(5) เพิ่มการรับประทานเนื้อสัตว์ที่มีไขมันต่ำ เช่น ปลาเนื้อขาว ปลาดำ เป็นต้น เทคนิคง่าย ๆ ในการลดเค็ม ลดโซเดียมในแต่ละมื้อ สามารถทำได้ดังนี้

(1) ลดการใช้เครื่องปรุงรสในอาหาร เช่น ผงปรุงรส น้ำปลา ซีอิ๊ว เกลือ ซอสปรุงรส เต้าเจี้ยว และผงชูรส รวมทั้งไม่วางถ้วยน้ำพริก น้ำปลา ไว้บนโต๊ะอาหาร (วันทนี เกரியงสินยศ, 2555).

(2) ชิมอาหารก่อนปรุงเพิ่มทุกครั้ง (วันทนี เกரியงสินยศ, 2555).

(3) เลือกรับประทานอาหารสด หรืออาหารที่ผ่านการแปรรูปน้อยที่สุด เช่น รับประทานเนื้อหมูดีกว่า รับประทานไส้กรอก แฮม หมูยอ กุนเชียง (วันทนี เกரியงสินยศ, 2555).

(4) ลดความถี่และปริมาณการรับประทานอาหารที่ใช้น้ำจิ้ม เช่น น้ำจิ้มสุกี้ หมูกระทะ และลดการรับประทานน้ำพริก และอาหารที่ใส่เครื่องแกงต่าง ๆ ที่ใส่เกลือ

(5) ลดการรับประทานขนมหวานที่มีเกลือ เช่น ข้าวเหนียวกะทิ ข้าวหลาม ขนมจาก ผลไม้แช่อิ่ม ขนมอบทุกชนิดที่ใส่ผงฟู เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท เป็นต้น

(6) การรับประทานอาหารรสจัด อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป อาหารกระป๋อง ผงปรุงรสมือกึ่งสำเร็จรูป และขนมขบเคี้ยว ควรอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง ถ้าจำเป็นเลือกควรเลือกชนิดที่มีโซเดียมน้อยที่สุด (วันทนี เกரியงสินยศ, 2555).

(7) อาหารที่อ่อนเค็ม เพิ่มการปรุงรสด้วยสมุนไพร เครื่องเทศ เช่น พริก ยี่หระ ตะไคร้ ใบมะกรูด อาจจะใช้รสเปรี้ยวหรือเผ็ดนำ

**1.6.2 ออกกำลังกายเป็นประจำ** อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง นานครั้งละ 20 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มระยะเวลาและเพิ่มความถี่ในการออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิคอย่างสม่ำเสมอ แนะนำให้ออกกำลังกายความหนักระดับปานกลางอย่างน้อยวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน โดยในแต่ละวันแบ่งออกกำลังกายเป็นช่วงเวลาสั้น ๆ ครั้งละ 10 นาที วันละ 3 ครั้ง และควรกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉง ลดพฤติกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ ไม่ควรงดการออกกำลังกายติดต่อกันเกิน 2 วัน สามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ (เนติมา คูณีย์ , 2555). ดังนี้

1) **ระดับเบา** หมายถึง การออกกำลังกายที่มีการใช้พลังงานน้อยกว่าร้อยละ 40 ของ VO<sub>2</sub>max หรือ น้อยกว่า ร้อยละ 50 ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เช่น การเดินด้วยความเร็วปกติ หรือประมาณ 500 เมตรต่อ 10 นาที อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ เป็นต้น

2) **ระดับปานกลาง** หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220-อายุในหน่วยปี) หรือยังสามารถพูดเป็นประโยคต่อเนื้อได้ (self-talk-test) ระยะเวลาสัปดาห์ละ 150 นาที ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกาย เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำเร็ว เต้นแอโรบิกเบา ๆ เป็นต้น

3) **ระดับหนักมาก** หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 70-80 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 75 นาที หรือครั้งละ 10 นาที เป็นระยะเวลารวมกันอย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน ตัวอย่างรูปแบบการออกกำลังกาย เช่น ปั่นจักรยานอยู่กับที่แบบฝึก ปั่นจักรยานแข่งขัน เป็นต้น

ไม่ควรออกกำลังกายประเภทที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก เนื่องจากอาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้ ยกเว้น กรณีที่สามารถควบคุมโลหิตได้ดีเป็นปกติ การออกกำลังกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะใดภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ควรได้รับคำแนะนำจากแพทย์ก่อนออกกำลังกาย

1) SBP มากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิเมตรปรอท หรือ DBP มากกว่าหรือเท่ากับ 110 มิลลิเมตรปรอท

2) มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกายเล็กน้อย หรือขณะพัก

3) มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ

4) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ

5) ผู้สูงอายุ

**1.6.3 หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ สุรา** เพราะในบุหรี่มีสารนิโคตินและสารอื่น ๆ ที่จะทำอันตรายต่อผนังบุด้านในหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัว การเลิกบุหรี่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ การที่บุคลากรทางการแพทย์ใช้เวลาเพียง 3-5 นาที เพื่อแนะนำหรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกลอยเลิกบุหรี่ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้ ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวนต่อวัน ควรพิจารณาให้ยาเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ ในกรณีที่ไม่มีติ่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ไม่แนะนำให้ติ่ม ถ้าติ่มเครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์ ควรจำกัดปริมาณ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2558). ดังนี้ หญิงไม่เกิน 1 ติ่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ติ่มมาตรฐานต่อวัน ปริมาณ 1 ติ่มมาตรฐานของเครื่องติ่มแอลกอฮอล์ หมายถึง เครื่องติ่มที่มีแอลกอฮอล์ ประมาณ 10 กรัม ได้แก่

- 1) เหล้าแดง 35 ดีกรี ปริมาณ 2 ฝาใหญ่ หรือ 30 มิลลิลิตร
- 2) เหล้าขาว 40 ดีกรี ปริมาณ 30 มิลลิลิตร
- 3) น้ำขาว อุ กระแช่ 10% ปริมาณ 3 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 150 มิลลิลิตร
- 4) สาโท สุราแช่ สุราพื้นเมือง 6% ปริมาณ 4 เป๊ก/ตอง/ก๊ง หรือ 200

มิลลิลิตร

- 5) เบียร์ 5% เท่ากับ 240 มิลลิลิตร
- 6) เบียร์ 6.4% เท่ากับ 1/2 กระป๋อง หรือ 1/3 ขวดใหญ่
- 7) ไวน์ 12% เท่ากับ 100 มิลลิลิตร

**1.6.4 อารมณ์เมื่อมีภาวะเครียด** เมื่อมีภาวะเครียดระบบประสาทอัตโนมัติซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้นและความดันโลหิตสูงขึ้น ควรหาวิธีผ่อนคลายด้วยการฟังเพลง อ่านหนังสือ หากิจกรรมทำไม่ให้ง่วง การออกกำลังกาย การทำสมาธิ หากใครสักคนที่ไว้วางใจบอกเล่าเรื่องที่ไม่สบายใจที่ทำให้มีภาวะเครียด หากมีอาการเครียดมากควรพบบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการด้านให้คำปรึกษา หรือจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา เป็นต้น

**1.6.5 ตรวจสอบสุขภาพตามนัดทุกครั้ง** หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อมยาไต้ลิ้นแล้วไม่ดีขึ้น หรือไม่มียาอมไต้ลิ้น ควรพบแพทย์ก่อนนัดไม่ต้องรอสังเกตอาการ การเฝ้าระวังระดับความดันโลหิตไม่ควรเกิน 130/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าเฉลี่ยของแรงดันเลือด (MAP) อยู่ระหว่าง 70-110 มิลลิเมตรปรอท (Open Stax, 2013)

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม หากได้รับการค้นพบและได้รับการตรวจรักษาอย่างถูกต้อง จะช่วยในการควบคุมโรคได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยดังกล่าวเป็นกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนหากได้รับการจัดการรายกรณีให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการแต่ละคนจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

## 2. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมควรได้รับการประสานความร่วมมือในการดูแลเชื่อมโยงทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละคน ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ควรได้รับการจัดการรายกรณีที่เหมาะสมกับผู้ป่วย บริบทของแต่ละชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย ทั้งนี้การจัดการรายกรณีมีแนวคิดและรูปแบบที่หลากหลาย ซึ่งควรศึกษานำแนวคิดและรูปแบบที่เหมาะสมมาประยุกต์ใช้ตามบริบทแต่ละแห่งจะทำให้การจัดการรายกรณีนั้นมีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

### 2.1 ความหมายของการจัดการรายกรณี

การจัดการรายกรณี หมายถึง กระบวนการประสานความร่วมมือใช้ในการดูแล ผู้ใช้บริการ ประกอบด้วย 1) การประเมินสถานะสุขภาพ การวางแผน 2) การอำนวยความสะดวกสำหรับการปฏิบัติของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง 3) การค้นหาและจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล ผู้ดูแลและครอบครัว 4) การประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการดูแล (ศิริอร สินธุ์ และพิเชต วงรอด, 2557)

การจัดการรายกรณี (case management) หมายถึง กระบวนการทำงานที่อาศัยความร่วมมือในการประเมินบริการที่สอดคล้องและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ การวางแผน การดูแล การอำนวยความสะดวก การประสานการดูแล การประเมินผล การพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการเกี่ยวกับทางเลือก และการบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ ทั้งบุคคลและครอบครัว โดยผ่านการติดต่อสื่อสารและการจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการผลลัพธ์ การดูแลที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า (อภิัญญา จำปามูล, 2558)

จากความหมายข้างต้นผู้วิจัยสรุปว่า การจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม หมายถึง กระบวนการทำให้ความสัมพันธ์ประสานความร่วมมือในการดูแล การประเมินสุขภาพ ระหว่างองค์กรประกอบที่สำคัญในกระบวนการตอบสนองการดูแลทางสุขภาพที่มีเป้าหมายของบุคคลแต่ละบุคคลอย่างมีเงื่อนไข ด้วยการสื่อสารและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ตามกำหนด เพื่อเชื่อมโยงการช่วยเหลือผู้ป่วยจากสถานพยาบาลไปยังพื้นที่ที่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมพักอาศัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยประยุกต์รูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management) ของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) มาใช้เป็นกรอบการดำเนินการ



## 2.2 แนวคิดทฤษฎีในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด (2557) ได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมไว้ ดังนี้ 1) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการค้นพบปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่เริ่มมีอาการ (Early detection) 2) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว (Early diagnosis) 3) การประเมินความจำเป็นหรือความเร่งด่วนในการรักษาพยาบาล (Necessity) 4) การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วตรงตามมาตรฐาน (Early treatment) 5) การประสานการส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

**2.1.1 รูปแบบจัดการรายกรณี** การจัดการรายกรณีมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการแบ่งดังต่อไปนี้ (Finekelman, 2011; Merrill, 2005 อ้างถึงใน อภิญา จำปามูล, 2558)

1) *การจัดการรายกรณีเชิงสังคม (Social case management)* การจัดการผู้ป่วยเป็นรายกรณีด้านสังคม จะเน้นที่การให้บริการสุขภาพระยะยาวแก่ผู้ใช้บริการที่อยู่ในชุมชน เพื่อป้องกันการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล รูปแบบนี้จะให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เหมาะสำหรับการให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเน้นที่การประสานการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

2) *การจัดการรายกรณีแบบปฐมภูมิ (Primary case management)* รูปแบบการดูแลแบบนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาเน้นที่การบำบัดปัญหาสุขภาพเฉพาะโรค และป้องกันการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนาน โดยผู้จัดการดูแลผู้ป่วยจะเป็นบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก และประสานแหล่งบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลและคุ้มค่า

3) *การจัดการผู้ป่วยด้านสังคมการแพทย์ (Medical social case management)* การจัดการรายกรณีรูปแบบนี้ นิยมใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลหลายวิธี การและเสี่ยงต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง โดยมีการนำทรัพยากรจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาผู้ใช้บริการ โดยมีเป้าหมายหลักให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้จัดการรายกรณีอาจเป็นพยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสามารถในการประเมินปัญหา ประสานงานวางแผนการดูแลและติดตามดูแลผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง



4) *การจัดการรายกรณีแบบส่วนตัว (Private case management)* การจัดการดูแลรูปแบบนี้เป็นการแบ่งตามวัตถุประสงค์ สำหรับผู้ใช้บริการที่ไม่ครอบคลุมการบริการในภาครัฐ

5) *การจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์ (Telephonic case management)* รูปแบบนี้นิยมใช้ในกรณีที่ไม่สามารถติดตามเยี่ยมผู้ใช้บริการในพื้นที่ได้ แต่ในทางปฏิบัติการเยี่ยมผู้ใช้บริการในพื้นที่ได้รับการรับรองว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกว่าและคุ้มค่ามากกว่า แต่จะใช้เวลามากหากไม่ได้ตรงกับความต้องการ และ/หรือมีความจำเป็น ผู้จัดการรายกรณีต้องสามารถจำแนกเป้าหมายของการส่งต่อผู้ใช้บริการสู่พื้นที่ หรือผู้ใช้บริการในพื้นที่ที่ต้องการการติดตามควบคุมทางโทรศัพท์ ซึ่งการจัดการรายกรณีทางโทรศัพท์จะมีประโยชน์ทุกรูปแบบของการปฏิบัติการจัดการรายกรณี

6) *การจัดการดูแลโดยใช้ประชาชนเป็นฐาน (Population-based care management)* พยาบาลผู้จัดการรายกรณีได้เน้นการจัดการสุขภาพและริเริ่มการพัฒนาคุณภาพการดูแลโดยใช้ประชาชนเป็นฐาน โดยประเมินการกระจายของผู้ป่วยในชุมชนและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความสำคัญของการใช้ประโยชน์ทรัพยากรในชุมชน ประเมินความเสี่ยงสำหรับการจัดการดูแล จัดการโรคและแนวทางการป้องกันปัญหา โดยประเมินปัจจัยเสี่ยงให้ครอบคลุมปัญหาทางจิตสังคมและติดตามเฝ้าระวังเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการประสานการดูแล

7) *การจัดการดูแลนอกสถานที่ (Ambulatory care case management)* เป็นรูปแบบบริการที่ขยายการให้บริการออกสู่นอกสถานบริการ เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล เช่น การให้วัคซีน การปรับพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

8) *การจัดการดูแลรายกรณีในพื้นที่ชนบท (Rural care case management)* รูปแบบการจัดการรายกรณีในพื้นที่ชนบทที่อยู่ห่างไกล ขึ้นอยู่กับผู้จัดการรายกรณีในพื้นที่มากกว่าผู้จัดการรายกรณีตามระบบที่เดินทางจากตัวเมืองไปสู่พื้นที่ชนบท จากการศึกษาของ สแตนตันและดันกิน (Stanton & Dunkin, 2002) ในสหรัฐอเมริกาพบว่า บทบาทของผู้จัดการรายกรณีในพื้นที่ชนบทต้องการสมรรถนะเฉพาะที่จำเป็น เรียงตามลำดับ คือ ความสามารถในการคิดริเริ่มในการประสานเพื่อให้ได้ทรัพยากรมาสนับสนุนการดูแล ทักษะทางการแพทย์ในหลายมิติ (Multidimensional nursing skills) ทักษะการสื่อสารที่เป็นเลิศ ทักษะทางคอมพิวเตอร์ และการขับรถที่เป็นเลิศ หรืออาจกล่าวโดยรวม คือ ผู้จัดการรายกรณีที่มีความสามารถทางเทคโนโลยีและการรักษาทางไกล โดยการจัดการรายกรณีในพื้นที่ชนบทต้องการองค์ความรู้ที่กว้างและหลากหลายเป็นฐาน ครอบคลุมการป้องกันโรคในทุกกลุ่มอายุ และมีความเฉพาะในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกันในด้านความรู้และทักษะ ซึ่งพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต้องได้รับการเตรียมให้สามารถปฏิบัติการดูแลขั้นสูง สามารถวางแผนการ

ดูแลที่ผสมผสานและบริหารจัดการให้เหมาะสมกับบริบท โดยเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชนบท

**2.2.2 แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี (Collaborative models of case management)** ของ โคเฮนและเคस्ता (Cohen & Cesta, 2005) วิวัฒนาการของรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี พบว่า ในปี ค.ศ. 1994 รัฐเทนเนสซี ได้เผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของรูปแบบการจัดการดูแลของหน่วยบริการประกันสุขภาพของเอกชน ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัย แวนเดอร์บิลท์ (Vanderbilt University Medical Center: VUMC) จำเป็นต้องได้รับการยอมรับสำหรับการปรับเปลี่ยนเพื่อให้แน่ใจในสภาพแวดล้อมใหม่ของการแข่งขันที่ศูนย์การแพทย์ มหาวิทยาลัยแวนเดอร์บิลท์ สิ่งสำคัญค่าใช้จ่ายของการนอนในโรงพยาบาลที่สูงกว่าของสถานพยาบาลอื่นและระยะเวลาในการนอนนานสูงขึ้น ได้มีการพัฒนาและการเริ่มต้นของรูปแบบการจัดการรายกรณี โดยการผสมผสานทักษะที่ไม่พึงประสงค์ และการสร้างบทบาทการจัดการรายกรณี จากความรับผิดชอบทั้งสามทีม ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการ นักสังคมสงเคราะห์ และทีมจัดการสิทธิผลประโยชน์ (ดังภาพที่ 2.1) การจัดการรายกรณีที่กำหนดไว้เป็นกระบวนการข้ามของเงื่อนไขดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทำให้มั่นใจต่อคุณภาพผลลัพธ์ที่เหมาะสมที่สุด ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์กลายเป็นผู้ร่วมมือภายในรูปแบบนี้ แม้ว่ารูปแบบนี้จะตอบสนองและเคารพนับถือเอกลักษณ์ทักษะของแต่ละสาขาวิชา พยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผิดชอบสนับสนุนพื้นฐานสำหรับเงื่อนไขทางคลินิก การใช้ประโยชน์ของทรัพยากร การพัฒนาเส้นทาง และเกณฑ์ผลลัพธ์ นักสังคมสงเคราะห์ผู้ให้บริการประเมินจิตสังคม และคัดกรองภาวะเสี่ยงสูง และวางแผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ ในอดีตขาดแคลนประสิทธิภาพการทบทวนการนำไปใช้ประโยชน์ บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน จึงได้มีการพัฒนาอบหมายประชากรผู้ป่วยเป้าหมาย และรับผิดชอบในการวินิจฉัยเบื้องต้น สำหรับการคัดกรองภาวะเสี่ยงสูง การประเมิน การวางแผน/จัดการและประเมินการดูแล และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง คณะทีมผู้ดูแลทั้งสามควรจะ “ทะเบียนรายการดูแลผู้ป่วย” ของผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง แบ่งงาน รวมไปถึงร่วมกันตัดสินใจเกี่ยวกับการมอบหมายความรับผิดชอบ และออกแบบการดูแลร่วมกัน



ภาพที่ 2.1 สามการจัดการกรณี

การจัดการรายกรณีผลลัพธ์ คือ ความประทับใจ ทำงานได้ดีและผู้ให้บริการ มีวิธีแก้ไขที่มีคุณภาพสูงกว่า ควรเป็นการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริงกับ “รับผิดชอบร่วมกันสำหรับผลลัพธ์” ผู้นำการจัดการรายกรณีมีการสื่อสารกับสมาชิกทีมการจัดการกรณีทั้งสามทีม ความรับผิดชอบสำหรับการทำงานของการจัดการรายกรณี ซึ่งประกอบด้วย การประเมินข้อมูลความแตกต่างของสมาชิกทีม และประเมินเป็นความร่วมมือของสหวิชาชีพ ตามแนวทางการดูแลที่กำหนด”

ปัจจุบันสมาชิกคณะสามการจัดการรายกรณีที่จัดขึ้นเป็นความรับผิดชอบของทีมสำหรับแ่งมุมการจัดการรายกรณีทั้งหมด สร้างความมั่นใจจัดกิจกรรมพอดีกับความต้องการของศูนย์ดูแลผู้ป่วย (กระบวนการบริการ) ใช้ศูนย์ดูแลผู้ป่วยวางแผนเป็นธุรกิจ เช่น การอ้างอิง สมาชิกคัดกรองประชากรผู้ป่วยต่อเนื่องใช้การพัฒนา คณะสามการจัดการกรณี ตัวชี้วัดความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้รับการมอบหมาย และประเมิน วางแผนการดูแล/ประเมินผล และวางแผนการดูแลต่อเนื่อง เป็นผู้ให้บริการพยาบาล สันนิษฐานความรับผิดชอบปฐมภูมิ สำหรับเงื่อนไขการดูแลทางคลินิกของการดูแลทางการแพทย์ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

แพทย์ผู้ให้บริการจะให้ความสำคัญสำหรับการบ่งชี้ ความเสี่ยงสูงของผู้ป่วย และสำหรับคำแนะนำการดูแลที่เกี่ยวข้องและการนำทรัพยากรมาใช้ประโยชน์ การให้คำปรึกษากับ

บุคลากรพยาบาล วางแผนดูแลพัฒนาการช่วยเหลือ ในการสร้างความมั่นใจความคืบหน้าไปอย่างไรบ้าง

พยาบาลอำนวยความสะดวกเส้นทางโดยการให้หลักฐานเชิงประจักษ์ และขบวนการปรับปรุง ยกกระดับความมั่นคง และความเหมาะสมของการดูแล โดยอำนวยความสะดวกจำหน่ายผู้ป่วยทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อน พยาบาลมีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงการดูแล

นักสังคมสงเคราะห์สนับสนุนความรับผิดชอบปฐมภูมิ สำหรับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางจิตสังคม (นั่นคือ จิตเวช และ/หรือมีปัญหาใช้สารเสพติด ครอบครัวมีความขัดแย้ง หรือขาดแคลนทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ รวมไปถึงที่อยู่อาศัยที่จะต้องใช้ในการดูแล) นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ให้บริการช่วยเหลือ ในเงื่อนไขของการดูแล การประเมินจิตสังคม การแทรกแซงวิกฤต การให้คำปรึกษาแบบสั้น การเชื่อมต่อกับทรัพยากร และการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย

ผู้จัดการสร้างประโยชน์ รับรองก่อน และการอนุมัติให้การรับรองปฏิบัติ สำหรับประชากร คณะกรรมการจัดการกรณีและสมาชิกคณะกรรมการจัดการกรณีให้บริการต่อเนื่องกับข้อมูลข้อมูลที่เกี่ยวข้องของผู้จ่ายเงิน ผู้จัดการสร้างประโยชน์สร้างความมั่นใจ นั่นคือ เอกสารความสมบูรณ์ของเวชระเบียนที่ถูกต้องเหมาะสม สนับสนุน รหัส/การเรียกเก็บเงิน

มีการประชุมทุกวัน สร้างความมั่นใจให้สมาชิกคณะกรรมการจัดการกรณี มีโอกาสสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากมุมมองที่เป็นเอกลักษณ์ของเขาเอง

คณะกรรมการจัดการกรณีที่มีการจัดตั้งขึ้นมีแผนควบคุม “ระบบสัญญาณเตือนและเกณฑ์มาตรฐาน เหล่านี้จะมีการติดตามด้วยทีมจัดการรายกรณีเมื่อ ปฏิบัติสำหรับ ประชากรผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายเป็นไปอย่างดีและเมื่อมีปัญหา” มีจำนวนตัวชี้วัดทั่วไปทุกทีมจัดการรายกรณี ระบุค่าใช้จ่าย คุณภาพและความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นเอกลักษณ์ประชากรเหล่านั้น สมาชิกทั้งหมดของคณะกรรมการจัดการกรณีสนับสนุนแผนควบคุมและ แนวโน้มข้อมูล คณะกรรมการจัดการกรณีสามารถระบุพื้นที่สำหรับปรับปรุง และออกแบบปรับปรุงกิจกรรม

การดำเนินงานการจัดการรายกรณีนี้จะต้องร่วมกันกับทุก ๆ คนในองค์กรตั้งแต่เริ่มต้น วิธีการประเมินควรเปิดเผยให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องมีโอกาสรับรู้ข้อมูล การเลือกสถานที่เริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญเพราะมันจะได้เปรียบในการสวดิต ความสำเร็จบางส่วนทันทีทันใด หากเลือกไม่ดีอาจหมายถึงความล้มเหลวหรือยกเลิกของแผน มีการเพิ่มหน่วยหรือทีมรูปแบบ แผนในการเปลี่ยนการดำเนินการ 9 ขั้นตอน ของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) ได้แก่ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย 3) การออกแบบโครงสร้างสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือ ในการดำเนินงาน 5) การเลือกเกณฑ์ในการเทียบเคียงผลลัพธ์ 6) การเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง 8) การดำเนินการตามรูปแบบ และ 9) การประเมินผลรูปแบบ

1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายการณี เป้าหมายประชากรผู้ป่วย เป็นพื้นฐานของการติดตามปัจจัย ได้แก่ (1) ปริมาณที่จำหน่าย (2) ความแตกต่างจากระยะเวลาของการพักมาตรฐาน (3) ความแตกต่างจากระยะเวลาของการพักใกล้เคียงกันของสถาบัน (4) ความเป็นไปได้ของการพัฒนาวางแผนการจัดการรายการณี (5) การควบคุมการใช้ทรัพยากรที่อาจเกิดขึ้น (6) โอกาสพัฒนาในคุณภาพการดูแล

2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย เมื่อคัดเลือกประชากรเป้าหมายแล้ว และผู้ป่วยเหล่านี้ตรงกับเงื่อนไขที่เหมาะสมทางคลินิก ในบางกรณีประเภทของกลุ่มผู้ป่วยที่คัดเลือกมา อาจไม่สามารถพบในบางเงื่อนไขเฉพาะของโรงพยาบาล ดังนั้นทีมจัดการรายการณบนพื้นฐานที่ไม่มีหน่วย อาจเหมาะสมกว่า บางการจัดการรายการณี ออกแบบโดยพื้นฐานของการไม่มีหน่วย โดยติดตามเส้นทางของผลผลิต เส้นทางบริการ กลุ่มโรค ประชากร หรือความต่อเนื่อง

ในกรณีอื่น ๆ อาจมีความเป็นไปได้ในการรวบรวมจากพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่ได้ ออกแบบไว้ ซึ่งยิ่งประชากรผู้ป่วยเหมือนกันมากเท่าไรในแผนกพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องการใช้ทรัพยากรก็ยิ่งน้อยลง ทั้งในส่วนของแพทย์ และแผนการจัดการรายการณี ดังนั้นรูปแบบจะมีผลทางบวกต่อผู้ป่วยมากขึ้น

3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร เมื่อหน่วยพยาบาล พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ หรือประเภทผู้ป่วยได้ถูกคัดเลือก การออกแบบโครงสร้างนั้นจำเป็นต้องมีการกำหนดแนวทางการเริ่มดำเนินงาน โดยถ้าใช้รูปแบบของการใช้หน่วยพื้นฐาน ได้ถูกแนะนำให้ใช้ การพิจารณากำหนดเงื่อนไขต้องทำ ดังเช่น ผู้จัดการเมื่อไหร่ที่แผนกพยาบาล พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ หรือประเภทผู้ป่วยที่ถูกคัดเลือก การออกแบบโครงสร้างนั้นจำเป็นต้องมีการพิจารณาให้ชัดเจน

ถ้าใช้รูปแบบของการใช้แผนกเป็นฐาน การพิจารณากำหนดเงื่อนไขที่ต้องทำ เช่น ผู้จัดการรายการณีควรมีกี่คนในแผนก ช่วงเวลาเฉลี่ยในการอยู่และทรัพยากรที่มี ถ้ามีแค่ตำแหน่งเดียวเพื่อการเปลี่ยนแปลง อาจเป็นปัจจัยในการตัดสินใจ ปัจจัยอื่น ๆ ที่นำมาพิจารณา ได้แก่ บทบาท หน้าที่ของผู้จัดการรายการณี หน้าที่ทั่วไปสำคัญ 3 ประการ ของผู้จัดการรายการณีของระบบโรงพยาบาลเป็นฐาน ได้แก่ การประสานงาน/เอื้ออำนวยทางคลินิก การจัดการที่เป็นประโยชน์ และการวางแผนจำหน่ายรายการณี นอกเหนือจากนี้บทบาทหน้าที่แกนกลางเหล่านี้ผู้จัดการรายการณี อาจรับผิดชอบสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลผล หรืองานวิจัย การวิเคราะห์ความแตกต่าง การจัดการคุณภาพ หรือการศึกษาของผู้ป่วย ยังมีการบูรณาการหน้าที่เข้าไปในบทบาท จะยิ่งทำให้จำนวนงานที่รับผิดชอบ (caseload) ที่จำเป็นน้อยลง

ถ้ารูปแบบการจัดการรายการณีแบบไม่ใช้หน่วยเป็นฐาน ถูกนำมาใช้ในการดำเนินการ ปัจจัยต่าง ๆ ได้นำมาพิจารณา ทีมจัดการรายการณีส่วนใหญ่ มีสมาชิกจากวิชาชีพที่หลากหลาย ดังนั้นทีมแบบนี้อาจต้องการสมาชิกมากกว่าในการดำเนินงาน แพทย์ พยาบาล นักสังคม



สงเคราะห์ และอื่น ๆ ต้องถูกเชิญมาร่วม ซึ่งอาจหมายถึง การดึงบุคลากรกลุ่มนี้ ออกจากงานอื่น ๆ หรืองานที่รับมอบหมาย ดังนั้นการจัดสรรงบประมาณการเงินที่องค์กรต้องรับผิดชอบก็มากขึ้นด้วย นักวิชาชีพต่าง ๆ อาจเป็นตัวแทนขึ้นอยู่กับเฉพาะของประเภทคลินิก ซึ่งต้องปฏิบัติตามโดยทีมงาน ยกตัวอย่างเช่น ทีมเบาหวาน จำเป็นต้องมีนักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ ที่ปรึกษาที่มีความเกี่ยวข้องกับทีมอาจรวมไปถึงผู้เชี่ยวชาญเรื่องการดูแลเท้า จักษุแพทย์ เป็นต้น

ปัจจัยอื่นที่ต้องพิจารณาในระหว่างขั้นตอนนี้ คือ การผนวกรวมของสิ่งทีนอกเหนือจากกรอบทางคลินิก เช่น คลินิก สำนักงานแพทย์ และการดูแลที่บ้านปัจจัยอื่น ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้จัดการรายกรณีแบบโรงพยาบาลเป็นฐานและในคลินิกที่ไม่เฉียบพลันเหล่านี้ ต้องนำไปพิจารณาในการออกแบบ ขอบเขตของการจัดการการดูแลต่อไป

4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ในรูปแบบที่ใช้หน่วยเป็นฐาน ทีมมีโครงสร้างที่มีความสลับและสมาชิกของทีมมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีเฉพาะผู้จัดการรายกรณีที่ใช้แผนกเป็นฐานเท่านั้นที่อยู่ตลอด ผู้ป่วย แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ และอื่น ๆ มีการเปลี่ยน เนื่องจากจากหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของนักวิชาชีพ ตลอดจนผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเช่นกัน สำหรับผู้ป่วยใหม่ ผู้จัดการรายกรณีต้องมีการรวบรวมทีม เลือกว่าใครควรรับผิดชอบในมิติใดของแผนการรักษา และต้องทำให้แน่ใจว่าทุกคนทำงานมุ่งหน้าไปโดยมีวัตถุประสงค์เดียวกัน

ในรูปแบบของการจัดการรายกรณีโดยไม่มีแผนกเป็นฐาน ทีมนักวิชาชีพยังคงที่ และเปลี่ยนแปลงสมาชิก นั่นคือ เปลี่ยนเพียงผู้ป่วยเท่านั้น ในรูปแบบนี้สมาชิกของทีมและลำดับบทบาทหน้าที่ของพวกเขามีการระบุชัดเจนล่วงหน้า ดังนั้นไม่จำเป็นต้องเรียกคนในทีมมารวมกัน

5) การเลือกเกณฑ์ในการเทียบเคียงผลลัพธ์ การเลือกแบบวัดผลการรักษาหรือเกณฑ์มาตรฐานเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เกณฑ์มาตรฐานต้องมีการคัดเลือกตั้งแรกเริ่มให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ และควรเป็นก่อนการดำเนินงาน ส่วนวิธีการของการประเมิน ขึ้นอยู่กับการวัดผลที่เลือกมาใช้และทรัพยากรที่มี เพื่อติดตามข้อมูลทางสถิติ

6) การเก็บข้อมูลก่อนดำเนินการ เมื่อเลือกเกณฑ์มาตรฐานแล้ว วิธีการรวบรวมข้อมูลต้องกำหนดอย่างจริงจัง กรอบเวลาควรมีการวางแผนและรวบรวมเอกสารล่วงหน้า และกำหนดคนรับผิดชอบสำหรับส่วนงานต่าง ๆ ต้องระบุชัดเจน

อาจมีความจำเป็นและความเหมาะสมที่เกณฑ์จะมีส่วนช่วยให้เจ้าหน้าที่จากแผนกอื่น ๆ สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ยกตัวอย่างเช่น ตัวแทนจากฝ่ายสนับสนุนข้อมูล หรือแผนกบันทึกทางการแพทย์ อาจจะได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบเกี่ยวกับการติดตามและดึงข้อมูลของระยะเวลาในการอยู่ ตัวแทนจากแผนกการปรับปรุงคุณภาพ อาจได้รับคัดเลือกให้ติดตามคุณภาพของข้อมูลการดูแลรักษาแต่ละไตรมาส ในบางกรณี อาจเป็นไปได้แม้กระทั่งการใช้นักเรียนช่วยทำ



แบบสอบถามกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย ตัวแทนผู้ป่วยอาจจะทำหน้าที่โดยการช่วยทำเกี่ยวกับแบบสอบถามความพึงพอใจ

ไม่ต้องคำนึงถึงการตรวจสอบข้อมูล ชุดข้อมูลอ้างอิงตั้งต้น ต้องมีการจัดตั้งก่อนที่จะทำการศึกษา หรือดำเนินการขอรูปแบบต่าง ๆ ถ้าเจ้าหน้าที่ได้ถูกทดสอบแล้ว โดยใช้แบบสอบถามแล้ว คำถามเหล่านั้นควรมีถูกเผยแพร่และส่งคืนก่อนดำเนินการ ข้อมูลบางอย่างอาจมีผลย้อนหลัง ดังนั้นช่วงเวลาจริง เมื่อข้อมูลถูกนำมารวมกันจึงไม่มีความสำคัญ

7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง บุคลากรจากทุกแผนกต้องเข้าใจแนวคิดทั่วไปของระบบการจัดการรายกรณีเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จ โปรแกรมการศึกษาอาจถูกเสนอแต่การดำเนินการขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีผู้จัดการรายกรณีควรได้รับการสนับสนุนให้เกิดการขยายโปรแกรมเท่าที่เป็นไปได้ การลงทุนและความมุ่งมั่นจากองค์กร เพื่อจัดหาทักษะและความรู้ขั้นสูงให้แก่บุคลากร จะช่วยพัฒนาการจัดการรายกรณีที่มีประสิทธิภาพสูง

8) การดำเนินการตามรูปแบบ เมื่อขั้นตอนทั้งหมดก่อนหน้านี้ได้ดำเนินการสำเร็จแล้ว รูปแบบสามารถดำเนินงานไปอย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผู้จัดการรายกรณีสามารถเปลี่ยนระบบได้ทันทีหลังจากเข้าไปอยู่ในตำแหน่งแล้ว เมื่อมีผู้จัดการรายกรณีเริ่มต้น การเปลี่ยนแปลง อาจจะเป็นเพียงทางปฏิบัติเท่านั้น เพราะว่าบุคลากรอื่นจะไม่มีเวลาหรือไม่มีทักษะขั้นสูงที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงนี้

ช่วงเวลานี้การสื่อสารกับสมาชิกของกลุ่มที่มดูละเอียดสุขภาพมีความจำเป็นมาก เพื่อให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เข้ามาแทนที่ และให้ข้อมูลที่แน่นอนว่าอะไรที่จะเกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับพวกเขา และองค์กรอย่างไร ยิ่งให้ข้อมูลอย่างเปิดเผยและซื่อสัตย์ในการสื่อสาร ยิ่งมักจะทำให้การเปลี่ยนแปลงได้รับการยอมรับ การเริ่มต้นมักเป็นเมื่อหลายองค์กรไม่กล้าบอกหรือสื่อสาร เพราะว่าพวกเขาคาดหวังว่าการเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นเรียบร้อยแล้ว ซึ่งความคาดหวังนี้เป็นไม่เป็นจริงในทางปฏิบัติ ทุกคนต้องเข้าใจล่วงหน้าว่า วิธีการเปลี่ยนแปลง จะค่อย ๆ เริ่มเข้ามาอย่างช้า ๆ

9) การประเมินผลรูปแบบ การประเมินของรูปแบบเกี่ยวข้องกับการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์อย่างเข้มงวด กระบวนการ กรอบเวลาสำหรับการวิเคราะห์ได้ถูกขับเคลื่อนโดยตัวของข้อมูลเอง บางข้อมูลได้แก่ ช่วงระยะเวลาของการพัก ได้ถูกรวบรวม วิเคราะห์ผลรายเดือน ข้อมูลอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องติดตามทุก ๆ 6 เดือน และการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่รายปีก็เพียงพอแล้ว เป็นต้น

นอกจากนี้การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นทางการ และการประเมินแบบไม่เป็นทางการควรดำเนินการต่อเนื่อง ไม่ควรสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการ ซึ่งทำงานทุก ๆ วันภายใต้รูปแบบ จากการอภิปรายกับเจ้าหน้าที่พยาบาล และคนอื่น ๆ ส่วนที่เป็นปัญหา สามารถ

ระบุและปรับแก้ให้ถูกต้อง และนำไปปฏิบัติได้ การสนทนาที่ยังคงดำเนินต่อไป อาจจะต้องเนื่องเป็น 1 หรือ 2 ปี ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงได้ถูกบูรณาการเข้าไปแล้ว

### 2.3 การบูรณาการการดูแลเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

ในปี ค.ศ. 2002 องค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอในการขยายกรอบแนวคิดรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยการปรับกลยุทธ์ในการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังภายใต้ชื่อว่า “นวัตกรรมการดูแลภาวะเรื้อรัง การปรับกลยุทธ์การป้องกันและการจัดการภาวะเรื้อรังในระบบการดูแลสุขภาพ The Innovation Care for Chronic Condition (ICCC)” (ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ, 2552) โดยกำหนดให้องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องตามระดับในการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย ระดับบุคคล (Micro-level) องค์กรและชุมชน (Meso-level) และนโยบายระดับชาติ (Macro-level) การวางกลยุทธ์เชิงรุกด้านการป้องกันโดยใช้กลุ่มประชากรเป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพการดูแล และกำหนดกลยุทธ์การทำงานให้มีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันในแต่ละระดับเป็นเครือข่าย เพื่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน ใช้เป็นแนวทางในระดับการวางแผนจัดระบบการป้องกันและการจัดการภาวะเรื้อรัง ระดับการดำเนินงานในระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีดังนี้

1) *ระดับจุลภาค: ระดับผู้ป่วยและครอบครัว (Micro level: Patient and family linkage)* ให้ความสำคัญกับการสร้างปฏิสัมพันธ์กันในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยตัวผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรที่รักษา และสมาชิกในชุมชนที่เกี่ยวข้อง ถือเป็นความร่วมมือที่สำคัญในระดับจุลภาค เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบบริการที่เหมาะสม สามารถดำเนินการในการดูแลตามสถานการณ์จริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการประสานการทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับองค์กร ที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่ามีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมตามสภาวะผู้ป่วยและภาวะโรคทั้งนี้ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ ได้แก่ การเตรียมความพร้อม การให้ข้อมูล และการเสริมแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความตระหนักรู้และมีทักษะในปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิต การจัดการดูแลตนเองในภาวะเรื้อรัง การใช้ยาที่จำเป็นและการประเมินอาการแทรกซ้อนด้วยตนเอง ในทีมสุขภาพได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะตามบทบาทและความรับผิดชอบในการจัดการภาวะเรื้อรัง และการเสริมแรงจูงใจของสมาชิกที่ชุมชน ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลสุขภาพเพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในระบบบริการสุขภาพ ช่วยประเมินและติดตามการดูแลต่อเนื่อง ให้ความร่วมมือในการปรับสภาพแวดล้อมในชุมชน และแหล่งประโยชน์ในภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว

สรุปหลักการโดยย่อคือ Micro level (Patient interaction) ปฏิสัมพันธ์ในระดับนี้เป็นระดับตัวบุคคล ประกอบไปด้วยผู้ป่วยและครอบครัว บุคลากรที่รักษา และสมาชิกใน

ชุมชน เป้าหมายคือ การที่ผู้ป่วยได้รับการเตรียมพร้อมทักษะที่จำเป็น (prepared) มีข้อมูลที่เพียงพอ (informed) และมีแรงจูงใจ (motivated) โดยกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพของตัวเอง (self-management support)

2) ระดับกลาง: ระดับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน (Meso level: Health care organization and community linkage) ปัจจัยสำคัญในองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับกลาง คือการพัฒนาความเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันในการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับจุลภาคอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีองค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

(1) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับกลาง ระดับหน่วยบริการสุขภาพ (Meso level: Health care organization) มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

ก. ส่งเสริมความต่อเนื่องและการประสานความร่วมมือ (Promote continuity and coordination) โดยเน้นบทบาทและความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ ในการปรับกระบวนการดำเนินงานที่เน้นการประสานความร่วมมือในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข. ส่งเสริมภาวะผู้นำและแรงจูงใจเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแล (Encourage quality care through leadership and incentives) โดยเน้นการพัฒนาภาวะผู้นำในทีมสุขภาพในการพัฒนาโครงการ/กิจกรรม

ค. การจัดระเบียบและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับทีมสุขภาพ (organization and equip health care team) เน้นการจัดหาสิ่งจำเป็นสำหรับทีมสุขภาพในการจัดการภาวะเรื้อรัง การวางแผนการดูแล การจัดกิจกรรมทั้งเชิงรับและเชิงรุก การออกแบบกิจกรรมการป้องกัน รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพในการประสานงาน การทำงานร่วมกันเป็นทีมทั้งในทีมสุขภาพด้วยกัน และกับเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน

ง. สนับสนุนการจัดการตนเองและการป้องกัน (Support self-management and prevention) การจัดการสนับสนุนตนเองที่มีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว สามารถปฏิบัติตามแผนรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

จ. การใช้ระบบสารสนเทศ (Use information systems)

(2) องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องในการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระดับกลาง: ระดับชุมชน (Meso level: Community) โดยคำนึงถึงวิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้

ก. การสร้างความตระหนักและลดความรู้สึกอายต่อการเปิดเผยความเจ็บป่วย (Raise awareness and reduce stigma) เน้นการพัฒนาบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของผู้นำชุมชน ในการสร้างความตระหนักให้กับสมาชิกชุมชนอย่างทั่วถึง

ข. ส่งเสริมภาวะผู้นำและให้การสนับสนุนเพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแล (Encourage better outcomes through leadership and support) สนับสนุนให้มีทักษะการเป็นผู้นำ ในกลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องและแกนนำชุมชน แนวทางการคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงการบริการ เพื่อให้การสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในระยะยาว

ค. การระดมทรัพยากรและการประสานงาน (Mobilize and coordinate resources) การจัดการและจัดหาทรัพยากร การประสานแหล่งประโยชน์ เพื่อขอการสนับสนุนทั้งอุปกรณ์ เงิน กำลังคน และนโยบาย

ง. การจัดหาบริการเสริม (Provide complementary services) เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการจัดบริการเสริมในชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พัฒนาความร่วมมืออย่างเป็นระบบและต่อเนื่องระหว่างหน่วยบริการ สุขภาพและชุมชน

สรุปได้ว่า การบริหารจัดการภายในหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพ และการเชื่อมโยงกับทรัพยากรในชุมชน เป้าหมายคือส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง (Continuity) มีความถูกต้องตามหลักการ (Consistency) และมีความเชื่อมโยง (Co-ordination) โดยกระบวนการจัดระบบ workflow การให้บริการที่มีประสิทธิภาพ (Delivery system design) การนำหลักฐานหรือบทเรียนมาใช้ในการพัฒนางานบริการ (Decision support) การใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ (Information system) การค้นหาบุคคลสำคัญของชุมชน (Community leadership) สร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อชุมชนต่อผู้ป่วยเรื้อรัง (Reduce stigma) การประสานทรัพยากรรวมถึงองค์ความรู้ร่วมกัน (Coordinate resource) และความร่วมมือกับองค์กรไม่แสวงกำไรต่าง ๆ ในชุมชน (Complementary service)

3) ระดับมหภาค: ระดับนโยบายสภาพแวดล้อมเชิงบวก (Macro level: positive policy environment) เน้นการสร้างสรรค้กำกับแนวนโยบายในหน่วยงานทุกระดับตั้งแต่ระดับวางแผนจัดการเชิงกลยุทธ์ในการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกรม กองที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระดับจังหวัด อำเภอ พื้นที่ จนถึงระดับวางแผนปฏิบัติการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยมีรายละเอียดใน 6 องค์ประกอบ ดังนี้

(1) ให้ความเป็นผู้นำและการสนับสนุน (Provide leadership and advocacy) เน้นการสนับสนุนให้ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจตระหนักในความสำคัญของการกำหนดนโยบาย จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว

(2) การประสานนโยบายร่วมกัน (Integrate policies) เน้นบทบาทในการสนับสนุนนโยบายในการจัดกลุ่มและวางโครงสร้างในการทำงานที่สอดคล้องกันในทุกระดับ

(3) ส่งเสริมความมั่นคงทางการเงิน (Promote consistent financing) ให้ความสำคัญในการสนับสนุนกลไกการจัดการงบประมาณอย่างต่อเนื่อง เน้นระบบกลไกการจัดการทางการเงิน ทั้งกลไกการจัดสรรงบประมาณ การกำหนดข้อตกลงร่วมในการเบิกจ่ายงบประมาณ

(4) การพัฒนาและการจัดสรรบุคลากร (Develop and allocate human resources) เน้นนโยบายสำคัญในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับตั้งแต่ทีมสุขภาพ ทั้งแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการให้บริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(5) สนับสนุนการดำเนินงานตามกรอบกฎหมาย (Support legislative frameworks) เน้นการผลักดันการกำหนดนโยบายเพื่อช่วยเหลือบุคลากรในทีมสุขภาพ ทั้งจากข้อกฎหมายและกฎระเบียบข้อบังคับของหน่วยงานที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ปกป้องสิทธิในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัว

(6) การเสริมสร้างความร่วมมือที่เข้มแข็ง (Strengthen partnerships) เน้นการกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานร่วมกันในการจัดระบบการดูแลโรคเรื้อรังในทุกภาคส่วน

สรุปได้ว่า Macro level: ระดับรัฐบาลหรือผู้กำหนดแนวนโยบายระดับชาติ เนื่องจากการพัฒนาใน ระดับ Meso level และ Micro level ได้รับอิทธิพลจากนโยบายระดับชาติ เป้าหมายคือโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลโรคเรื้อรัง (Positive policy environment) โดยกระบวนการให้ผู้มีอำนาจออกนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ไม่จำกัดแต่กระทรวงสาธารณสุขร่วมกันวางแผนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิตที่ดี (Integrate policies) เพื่อทั้งด้านการสร้างกำลังคน (Develop and allocate human resource) ความต่อเนื่องของนโยบายงบประมาณ (consistent financing) ใช้มาตรการทางกฎหมาย (support legislative framework) รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรภาคประชาชน มีความเข้มแข็งรักษาสีทธิเพื่อสุขภาพของตนเอง (strengthen partnerships)

งานวิจัยครั้งนี้เราได้เน้นระดับการดำเนินงานในผู้ป่วยและครอบครัว (Micro level: Patient and family linkage) ซึ่งให้ความสำคัญกับการสร้างปฏิสัมพันธ์และความร่วมมือในตัวผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน ประจำหมู่บ้าน พัฒนาชุมชนและระดับชุมชน (Meso level: Community) โดยคำนึงถึงวิถีความ



เป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองที่บ้านและชุมชน ในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา การเตรียมศักยภาพของครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ให้มีความพร้อมทั้งผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ดูแลอาสาสมัคร รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสนับสนุน การดูแลตนเอง ไปใช้ในการศึกษาวิจัยร่วมกับการจัดการรายกรณี

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ผู้วิจัยทำการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบและ การจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอย่างหลากหลาย ซึ่งนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องแต่ละประเด็นดังต่อไปนี้

### 2.4.1 งานวิจัยในประเทศ

ประไพ บรรณทอง (2554) ได้ศึกษาเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 22 คน ใช้เวลาในการประเมินผลหลังใช้โปรแกรม 6 เดือน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาโปรแกรม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติมีความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอ ขาดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็น การมอบหมายผู้ดูแลในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน และขาดการนำข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนางาน โปรแกรมประกอบด้วย การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ทีมผู้ดูแล การใช้โปรแกรมให้ความรู้บุคลากรและผู้รับบริการ การคัดกรองผู้ป่วย STEMI ด้วยแบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้น การจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ให้เหมาะสม และการสร้างแนวปฏิบัติ โดยการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรม พบว่า พยาบาลวิชาชีพและทีมผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม เกิดความตระหนักในการคัดกรอง และดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก พบ อัตราผู้ป่วย STEMI ที่แพทย์ผู้ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และอัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากร้อยละ 66 เป็น ร้อยละ 97.37 ( $p=.000$ ) และจากร้อยละ 13.63 เป็น ร้อยละ 33.33 ( $p=.001$ ) ตามลำดับ

ราตรี ลีนะกุล (2005) ได้ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยมีพยาบาลเป็นผู้จัดการการดูแล ทำหน้าที่ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย และการบริหารจัดการค่าใช้จ่าย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ สังเกต และการศึกษา เอกสารที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ และความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีที่อาศัย



ความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย คือ พยาบาลผู้จัดการการดูแล ทีมผู้ให้บริการ และผู้จ่ายเงินในระบบบริการสุขภาพ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และใช้แบบแผนการดูแลที่สร้างร่วมกัน เป็นเครื่องมือในการวางแผน ปฏิบัติ และประเมินผลการดูแลกระบวนการในการพัฒนารูปแบบ พยาบาลผู้จัดการมีความสำคัญ ในการช่วยให้การประสานงานการดูแลเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ป่วยและทีมผู้ให้บริการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่ดีของการบริการ ได้แก่ การลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล อัตราการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ผลการวิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานหลักเพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง และทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมผู้ให้บริการและผู้ป่วย กระบวนการในการ พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีครั้งนี้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลที่ดีและการควบคุมค่าใช้จ่ายบริการที่เหมาะสม

กฤษฎดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และบุญจง แซ่จิ่ง (2557) ได้ทำการศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์หรือเทปบันทึกเสียง ผู้ให้ข้อมูล เลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ กลุ่มพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ป่วยและผู้ดูแลและผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย และกลุ่มประเมินความเหมาะสมในการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย ผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ตรงในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 12 คน พบว่า 1) สถาบันมีแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย แต่การดำเนินการยังขาดการประสานและส่งต่อระหว่างทีมสหวิชาชีพ 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (1) องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล (2) ด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ (3) ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (4) ด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของสถาบันโรคทรวงอก โดยมีค่าคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติเท่ากับร้อยละ 90.19

ภัสพร ขำวิชา, เพ็ญศิริ สันตโยภาส, ภัทรธนิศา ศรีแสง และกาญจนา กิริยางาม (2557) ได้ศึกษา การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนซอยจ๊ากเขตบางซื่อกรุงเทพมหานคร ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 32 คน พบว่า 1) ปัญหาพบว่าขาดความรู้เรื่องความดันโลหิตสูง การสังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง การควบคุมการรับประทานอาหารและการควบคุมน้ำหนักขาดความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายใน ความดันโลหิตสูง 2) ต้องการการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองได้แก่ การจัดอบรมความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค 3) ผลการพัฒนาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวของกลุ่มตัวอย่าง

สูงกว่าก่อนเข้ากิจกรรม กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกที่จะพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องการลดอาหารที่มีเกลือโซเดียม ไม่เติมซอส/น้ำปลามากที่สุดร้อยละ 96.9 และออกกำลังกายร้อยละ 93.3

รุ่งระภา นวลทิม (2555) ได้ศึกษาการพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชนโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน อำเภอโนนศิลา จังหวัดขอนแก่น กลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ทีมพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร และนักโภชนาการ ร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขั้นตอนการศึกษา 1) การศึกษาปัญหาความต้องการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการเก็บรวบรวมจากแบบบันทึกภาวะสุขภาพผู้ป่วย และใช้สัมภาษณ์ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย และ 2) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ (Care map) โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ไม่เหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การควบคุมปัจจัยเสี่ยง การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง นอกจากนี้กลุ่มผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงน้อย 2) การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลบ้านไผ่ร่วมกับเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน โดยนำข้อมูลมาใช้ ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์ของแผนการดูแล คือ (1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (2) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ (3) เพิ่มศักยภาพผู้ดูแล/บุคคลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ทั้งนี้ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแล ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักโภชนาการ ประจำโรงพยาบาลบ้านไผ่ พยาบาลวิชาชีพและนักวิชาการสาธารณสุข ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน กำหนดระยะเวลาในการดูแล 3 เดือน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของแผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน

อติญาณ์ ศรเกษตริน, ชุติพร เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรรวรรณ สัมภว-มานะ (2558) ได้ศึกษา การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. ในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 35 คู่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 2 ราย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 ราย ผู้นำชุมชน 1 ราย เป็น

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วม ของ โคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen&Uphoff, 1980) 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การวางแผนกิจกรรม 3) การดำเนินงานตามแผนกิจกรรม 4) สะท้อนการปฏิบัติกิจกรรม 5) การประเมินผล พบว่า การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองและสามารถทำงานประสานกับบุคลากรทีมสุขภาพในชุมชนได้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามเยี่ยม การประเมินภาวะสุขภาพและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง

#### 2.4.2 งานวิจัยต่างประเทศ

เดอบัสและคณะ (DeBusk et al., 2004) ได้ศึกษาระบบการบริหารจัดการกรณีสำหรับ Coronary ปัจจัยเสี่ยงการปรับเปลี่ยนหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การศึกษาวิจัยแบบทดลองในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับรูปแบบการจัดการรายกรณีแบบพิเศษ (จำนวน 293 คน) หรือได้รับการรักษาแบบปกติ (จำนวน 292 คน) ในระหว่าง 1 ปี หลังจากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจวายแบบเฉียบพลัน ผู้ป่วยชายและหญิง 585 คน อายุไม่เกิน 70 ปี ซึ่งเข้าโรงพยาบาลด้วยกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน กระบวนการจัดการในโรงพยาบาลโดยพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางในการบำบัดเลิกบุหรี่ การฝึกออกกำลังกาย และอาหาร ยา สำหรับบำบัดไขมันในเลือดสูง การจัดการหลังจำหน่าย กระบวนการหลักที่ใช้โดยการใช้โทรศัพท์และการติดต่อทางจดหมายกับผู้ป่วยซึ่งอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิ์ที่จะได้รับ การฝึกออกกำลังกาย ผู้ที่สูบบุหรี่การได้ รับการบำบัดบุหรี่ และได้รับคำปรึกษาเรื่องการบริโภคอาหารและยาลดไขมันในกรณีที่เป็น ผลลัพธ์ ความชุกของการสูบบุหรี่ และความเข้มข้นของความหนาแน่นพลาสมาไลโปโปรตีนคอเลสเตอรอล (LDL) ต่ำ ติดตามหลัง 2 เดือน และ 6 เดือน หลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ผลการศึกษาในการจัดการรายกรณีและการดูแลตามปกติกลุ่มที่สูบบุหรี่ได้รับการยืนยันอัตราการเลิกสูบบุหรี่เป็น 70% และ 53% ( $p=.03$ ) ระดับคอเลสเตอรอลพลาสมา LDL เป็น  $2.77\pm 0.69$  มิลลิโมล/ลิตร และ  $3.41\pm 0.90$  มิลลิโมล/ลิตร ( $107\pm 30$  mg/dL และ  $132\pm 30$  mg/dL) ( $p=.001$ ) และขีดความสามารถ ในการทำงานอยู่ที่  $9.3\pm 2.4$  และ METS  $8.4\pm 2.5$  ( $p=.001$ ) ตามลำดับ สรุปได้ว่า ในองค์กร การดูแลรักษาสุขภาพที่มีขนาดใหญ่มีการพิจารณาระบบการจัดการรายกรณีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าการดูแลทางการแพทย์ปกติสำหรับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยเสี่ยงหลอดเลือดหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย

คริมม์และคณะ (Klimmm et al., 2009) ศึกษาเรื่องมุมมองของแพทย์สำหรับการจัดการรายกรณี พื้นฐานการดูแลปฐม มภูมิสำหรับผู้ป่วยหัวใจวาย: การศึกษาเชิงคุณภาพ ในกลุ่มตัวอย่างชาวเยอรมันที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจวายเรื้อรัง โดยโปรแกรมที่ใช้จะเป็นการช่วยเหลือปกติ ติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาสุขภาพ คัดกรองวินัจฉัย และคู่มือสำหรับผู้ป่วย การช่วยเหลือของแพทย์ปฏิบัติการ (เท่ากับ บทบาทพยาบาล) ที่ได้รับเป็นงานใหม่ของตนและรายงานปกติ

ถึงการจ้างของผู้ประกอบวิชาชีพทั่วไปผลการศึกษาพบว่า แพทย์ปฏิบัติการจัดการองค์ประกอบทั้งหมดและอุปกรณ์สำหรับนำมาจัดการ รายการณี โดยความช่วยเหลือที่เป็นไปได้ของแพทย์ยอมรับสำหรับการประเมินทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยได้รับความเสี่ยงแพทย์ปฏิบัติการรับรู้ในความยุ่งยากในบทบาทการส่งมอบการให้คำปรึกษาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สัมพันธภาพระหว่างแพทย์ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและระหว่างแพทย์ปฏิบัติการและผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้ช่วยเหลือดีขึ้น แพทย์ปฏิบัติการทั้งหมดรับรู้ความหลากหลายของการเปลี่ยนบทบาทในแพทย์ผู้ช่วยเหลือ ประกอบด้วย ความรู้ในเชิงลึกทาง การแพทย์มากกว่า และความรับผิดชอบสูง มีผลมากต่อความรู้ความเข้าใจโดยผู้ป่วยและแพทย์ปฏิบัติการ แพทย์ปฏิบัติการจำนวนหนึ่งเสนอให้ส่งต่อโปรแกรมไปใช้สำหรับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามเงื่อนไข เสนอให้ใช้แบบฟอร์มบางส่วนจัดหลักสูตรศึกษาสำหรับแพทย์ช่วยเหลือ สรุปได้ว่าแบบจำลองการจัดการรายการณีการดูแลปฐมภูมิ โดยตัวแทนผู้บังคับบัญชาของแพทย์ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย นำไปเป็นโอกาสพัฒนาการดูแลการเจ็บป่วยเรื้อรังแต่มีจำเป็นต้องปรับตัวและประเมินผลในอนาคต สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรดีขึ้น น่าจะนำไปบรรจุเป็นหลักสูตร ผู้ช่วยแพทย์ นำไปใช้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

โอนีล, คันนิงแฮม, วิทาลาและบลาสเลย์ (O'Neill, Cunningham, Wiitala & Bartley, 2014) ศึกษาในเรื่องการจัดการรายการณีการทำงานร่วมกันสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดย พยาบาลและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้รูปแบบทีมดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกัน ในกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ 126 คน ในศูนย์การแพทย์กิจการทหารผ่านศึกขนาดใหญ่ ในแถบมิดเวสต์ โดยมีเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญหรือแพทย์ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษาผู้ป่วย พิจารณาข้อบ่งชี้ในการเยี่ยมหรือลงทะเบียน ดูแลที่บ้าน หรือถ้าผู้ป่วยยินยอมให้ติดตามวัดความดันโลหิตและลงทะเบียน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการแผนรักษา (ยา) จำนวน 126 คน จากพยาบาลผู้จัดการรายการณีและเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ (จำนวน 63 คน) ลดความดันโลหิต ได้  $14 \pm 13$  มิลลิเมตรปรอท จากพยาบาลผู้จัดการรายการณีและแพทย์ (จำนวน 63 คน) สามารถลดความดันโลหิตได้  $10 \pm 11$  มิลลิเมตรปรอท วัดหลังเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง สามารถเปลี่ยนแปลงความดันโลหิตไดแอสโตลิกและควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า  $140/90$  มิลลิเมตรปรอท สรุปได้ว่าการให้บริการจากเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญโดยตรงและจากแพทย์โดยตรงร่วมกับพยาบาลจัดการรายการณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงช่วยลดความดันโลหิตได้เช่นกัน ควรมีสันับสนุนให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญจ่ายาร่วมกับพยาบาลจัดการรายการณีสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป

โมราเลส-อเซนซิโอะและคณะ (Morales-Asencio, et al., 2010) ศึกษาเรื่องรูปแบบการจัดการรายการณีกับโรคเรื้อรัง (หัวใจวายและปอดอุดกั้นเรื้อรัง) ระยะที่ 1 : การสร้างแบบจำลองและการวินิจฉัยขององค์ประกอบหลักของรูปแบบผ่านกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหัวใจวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล ชาวสเปน โดยใช้แนวคิด “ข้อเสนอของแคมป์เบลเพื่อ



อธิบายความซับซ้อนของรูปแบบ” มีขั้นตอน ได้แก่ 1) การตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยอาศัยอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากมุมมองของผู้ป่วยและญาติ 2) ทราบสรุปกลไกการพัฒนา โดยผู้ป่วยและผู้ดูแล ตามเรื่องเล่าเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) ทราบกระบวนการเก็บข้อมูลและการใช้ในปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการ 4) เพื่อตรวจสอบการกระทำที่เกิดขึ้นและช่องทางพัฒนา โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลเป็นผู้แก้ไขเอง 5) เพื่อได้รับการอธิบายจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับเส้นทางตามระบบ การดูแลสุขภาพในแง่ของความต่อเนื่อง การเข้าถึง และการดูแลครอบคลุม 6) เพื่อสร้างข้อตกลงในการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยหัวใจวายและปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับข้อมูลในกรอบคำสั่ง ในรูปแบบสำหรับถอดแบบได้และกรอบแนวคิด 7) เพื่อได้รับแบบตรวจสอบในการประเมินตัดสินความเป็นไปได้และความเหมาะสมในบริการดูแลสุขภาพของชาวแอนดิส ผลการศึกษาพบว่า การใช้กรอบแนวคิดและรูปแบบช่วยเหลือสำหรับนโยบายในการให้นิยามบริการ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางกระบวนการของศูนย์สุขภาพ อนาคตจะใช้เป็นตัวบ่งชี้รูปแบบการให้บริการและสนับสนุนพัฒนาความช่วยเหลือความต้องการ สรุปว่า พยาบาลจัดการรายกรณีมีความสำคัญในการจัดการรายกรณี การประสานการดูแลเป็นผู้จัดบริการและกำหนดบทบาท/โปรแกรมการจัดการโรค เป้าหมายผู้ป่วยหัวใจวายหรือปอดอุดกั้นเรื้อรัง ใช้การสื่อสารโดยดูแลทางโทรศัพท์

ฮิมเมอเฟร์บ, เมนซาส, บัลติมอร์และแอตแลนต้า (Himmelfarb, Mensah, Baltimore & Atlanta, 2009) ได้ศึกษาการขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการปรับปรุงการดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วโลก (ใน 50 ปีที่ผ่านมา) ศึกษาในชาวเกาหลีที่อพยพจำนวน 359 คน ใช้หลักแนวคิดของการวิจัยพื้นฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นโปรแกรมกิจกรรมช่วยตนเองสำหรับการดูแลความดันโลหิตสูง ใช้ระยะเวลา 15 เดือน ให้การช่วยเหลือ 6 สัปดาห์ ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมติดตามที่บ้านทางโทรศัพท์ สำหรับความดันโลหิต 12 สัปดาห์พยาบาลโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งพยาบาลจะต้องพูดได้สองภาษา ทีมผู้วิจัยปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง การศึกษา วัสดุอุปกรณ์สำหรับชาวเกาหลีอพยพรุ่นแรก ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อติดตามมากกว่า 12 เดือน จากความดันโลหิตเดิมควบคุมได้เพียง ร้อยละ 30 ของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการ ศึกษา 3 เดือน ควบคุมได้ร้อยละ 73 และ 12 เดือน ควบคุมได้ร้อยละ 83 สรุปว่า พยาบาลมีส่วนร่วมในบทบาทการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและควบคุมการดำเนินงานในแผนกอย่างเป็นทางการเท่าที่จะทำได้ โดยผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ สังคม องค์กรที่อาสาสมัครมีบทบาทการพัฒนา ประกอบด้วย การประเมินกายภาพ การใช้ยา และรายละเอียดวิธีการดำเนินชีวิต สำคัญมากในเรื่องของอิสระในบทบาท ผู้นำในคลินิกและทีมให้การดูแลของรูปแบบ การวิจัยพัฒนาและเพิ่มการมีส่วนร่วมของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการปฏิบัติการควบคุมความดันโลหิตและการดูแลความดันโลหิตที่มีคุณภาพสูงพยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้นำพัฒนาการวิจัย คุณภาพการดูแลความดันโลหิต และลดความเหลื่อมล้ำชาติพันธุ์ โดยการตรวจสอบระบบองค์กรรวม

ทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัจจัยของผลลัพธ์ ของความดันโลหิตสูงและการ ออกแบบกิจกรรมที่ไวมากต่อปัจจัยที่อยู่อาศัยของกลุ่มตัวอย่าง

ซีเย่และคณะ (Xie et al., 2015) ศึกษาเรื่อง การทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายในการออกแบบของการตรวจกระบวนการเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นคณะกรรมการทบทวนสถาบันที่มหาวิทยาลัย Wisconsin Madison โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวคิด family-centered rounds process (FCR) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น พบว่า ผลลัพธ์ของกระบวนการออกแบบร่วมกันคือ ออกแบบผลและผลลัพธ์ของทีม ผลลัพธ์หลักของกระบวนการออกแบบร่วมกัน คือ การออกแบบและการดำเนินงานของการแทรกแซงเพื่อปรับปรุงการมีส่วนร่วมของครอบครัวใน FCR องค์ประกอบหลักของการแทรกแซงเป็นรายการตรวจสอบ FCR ที่สามารถใช้กับบริการทางคลินิกได้และทำงานให้กับบุคลากรทางการแพทย์รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว: “ถ้าคุณทำเครื่องมือห้ามเกินไปเช่นที่คุณไม่สามารถใช้มันในหลาย ๆ กรณีแล้วก็ไม่ได้อีก” นอกจากนี้ขั้นตอนการออกแบบการทำงานร่วมกันอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานของ FCR รายการตรวจสอบ: “เกี่ยวข้องกับทุกคนในการออกแบบตั้งแต่ต้น ทำให้การดำเนินกิจกรรมง่ายขึ้นและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น” สรุปว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น ผู้นำและนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบสุขภาพ ความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการระหว่างตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการสร้างวัฒนธรรมของการทำงานร่วมกันพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันและการดูแลสุขภาพ

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการรายการณ์เพื่อประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ หากแต่พบว่ามีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การพัฒนาแผนการดูแล การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการดูแล โดยใช้แนวคิดการจัดการรายการณ์ การมีส่วนร่วม การปรับพฤติกรรม การขยายบทบาทหน้าที่ มุ่งเน้นการประสานระหว่างหน่วยงาน ใช้การติดตามดูแลทางโทรศัพท์และทางจดหมาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยผู้ดูแล บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่ 6-24 สัปดาห์ พบว่าการควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรกับบุคลากร บุคลากรกับผู้มารับบริการดีขึ้น เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สำหรับโรคหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจขาดเลือดได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย การพัฒนารูปแบบการจัดการรายการณ์ทางโรงพยาบาล ระบบการบริหารจัดการ มุมมองของแพทย์ ส่วนใหญ่ใช้แนวคิดการจัดการรายการณ์ แนวคิดการมีส่วนร่วม โดยใช้โปสเตอร์ แบบฟอร์มสื่อสาร อาศัยความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย การทำงานเป็นทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมีการติดตามทางโทรศัพท์ จดหมาย ระยะเวลาที่ใช้การศึกษา 8-24 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้และการจัดการพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจใน



บริการ ลด มีการศึกษาวิจัย การทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกลุ่มโรคเรื้อรัง ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม พบว่าการที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมบริการสุขภาพและการมีสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการ สร้างวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน จากการศึกษาดังกล่าว หากมีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่เหมาะสมกับบริบทจะช่วยควบคุมโรค ในการชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยที่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาลก่อนเวลาอันควรยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้เช่นกัน ก่อให้เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

### 3. การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในพื้นที่ที่ศึกษา

#### 3.1 วิสัยทัศน์และพันธกิจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมของ โรงพยาบาลยางชุมน้อย

โรงพยาบาลยางชุมน้อย ตั้งอยู่ที่ บ้านเลขที่ 303 หมู่ที่ 7 ตำบลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ ตั้งสังกัดในส่วนกลาง สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ตั้งสังกัดในพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ขนาด 30 เตียง อยู่ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ ไปทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ประมาณ 20 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับตำบลและอำเภอที่ใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดกับตำบลฟ้าห่วน อำเภอค้อวัง และตำบลธาตุน้อย อำเภอเขื่องใน	จังหวัดยโสธร จังหวัดอุบลราชธานี
ทิศใต้	ติดกับตำบลน้ำคำ อำเภอเมือง	จังหวัดศรีสะเกษ
ทิศตะวันออก	ติดกับตำบลอีปาด อำเภอกันทรารมย์	จังหวัดศรีสะเกษ
ทิศตะวันตกติด	กับตำบลสร้างป่า อำเภอราษีไศล และตำบลหนองหมี อำเภอราษีไศล	จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

โรงพยาบาลแห่งนี้เป็นโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข มีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการด้านสุขภาพครบทุกสาขา ซึ่งมีทั้งบุคลากรในระบบราชการและการจ้างนอกระบบราชการ เพื่อให้เพียงพอต่องานบริการด้านสุขภาพ มีเตียงรับผู้ป่วย 30 เตียง ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ 250 ราย

วิสัยทัศน์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในโรงพยาบาลยางชุมน้อย ใช้ร่วมกับวิสัยทัศน์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง “ให้บริการที่มีมาตรฐาน บูรณาการด้านการแพทย์ทางเลือกอย่างมีคุณภาพ เพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความแออัด”

พันธกิจในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในโรงพยาบาลยางชุมน้อยใช้ร่วมกับวิสัยทัศน์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### 3.2 ยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดในการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โรงพยาบาลยางชุมน้อย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพบุคลากร

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนาสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการระบบบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่

1. อัตราความพึงพอใจผู้มารับบริการ OPD มากกว่าร้อยละ 85
2. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 85
3. ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด SK ภายใน 30 นาที มากกว่าร้อยละ 50
4. อัตราการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน EMS มากกว่าร้อยละ 2
6. อัตราผู้สูบบุหรี่ได้รับการบำบัดเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ 80
7. อัตราความพึงพอใจในงานของบุคลากร มากกว่าร้อยละ 80

การจัดการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำแนกตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สุรพันธ์ สิทธิสุข (2557) ได้กล่าวในแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยถึงขีดความสามารถของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งโรงพยาบาลแห่งนี้ได้มีขีดความสามารถดังนี้

#### 3.2.1 บุคลากร

- 1) มีแพทย์ทั่วไปอยู่ประจำ

### 3.2.2 เครื่องมือ

- 1) เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 2) เครื่องกระตุ้นหัวใจ
- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 4) General chemistry และหรือ cardiac markers

### 3.2.3 การติดตามอาการผู้ป่วย

- 1) ไม่มีความสามารถในการเฝ้าสังเกตผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในห้องผู้ป่วยวิกฤต
- 2) ไม่มีสิทธิ์ในการเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วย

### 3.2.4 ขอบเขตการดูแล

- 1) ให้การรักษาในภาวะฉุกเฉิน เช่น การกู้ชีพในภาวะฉุกเฉิน (CPR)
- 2) สามารถจำแนกและคัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อส่งต่อยังสถานพยาบาลระดับถัดไป
- 3) ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ ถึงความสำคัญของโรค แนวทางการวินิจฉัยและรักษาตลอดจนวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
- 4) ประสานงานถึงขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วย ไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมตามสภาพผู้ป่วย
- 5) ให้การวินิจฉัยโรคหัวใจขาดเลือดเบื้องต้น
- 6) แบ่งระดับความรุนแรงและความรีบด่วนในการรักษา โดยใช้ประวัติการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
- 7) สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ ก่อนที่จะดำเนินการส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในกรณีผู้ป่วยเป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

### 3.2.5 ประเภทที่สามารถให้การรักษาได้

ผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดเรื้อรังที่สามารถควบคุมอาการด้วยยาได้

### 3.2.6 ประเภทของผู้ป่วยที่ควรส่งต่อ

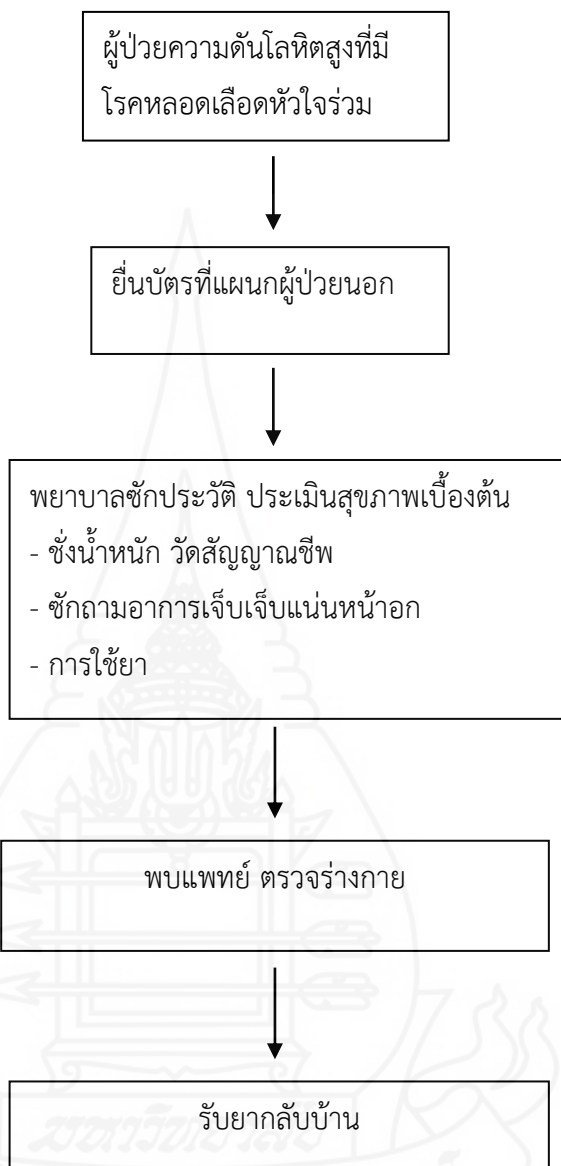
ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนทุกประเภท

## 3.3 การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดหัวใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมการรับประทานอาหารสามารถช่วยลดความดันโลหิตและลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจได้ จากข้อมูลการมารับบริการของผู้ป่วยนอกพบว่าความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ติดอันดับ 1 ใน 5 กลุ่มโรคของผู้เข้ารับบริการในโรงพยาบาลแห่งนี้ (ทีมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลยาง

ชุมชน., 2559). ความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่แห่งนี้ (ทีมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลยางชุมน้อย, 2559) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 88 คน จำแนกเป็นชาย 48 คน หญิง 40 คน กลุ่มอายุต่ำกว่า 60 ปี 20 คน ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 68 คน อายุต่ำสุด 42 ปี สูงสุด 85 ปี ซึ่งผู้ป่วยพร้อมกันทั้งความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 48 คนป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนความดันโลหิตสูง จำนวน 22 คนป่วยเป็นความดันโลหิตสูงก่อนโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 18 คน (ทีมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลยางชุมน้อย, 2559)

จากรายงานทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย. (2559).พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้วยโรคหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ปี พ.ศ. 2556-2559 มีจำนวน 23 คน ในจำนวนผู้ป่วยดังกล่าวมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 9 คน เป็นผู้สูงอายุทุกคน พบว่า มีประวัติขาดยา 3 คน สูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ 2 คน มีอาการสัญญาณเตือนแต่ไม่ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 คน จากข้อมูลดังกล่าวอัตราป่วยด้วยความดันโลหิตสูงที่สูงขึ้นเรื่อยๆมีปัญหาหลากหลาย มีอันตรายสูงต่อการเสียชีวิต มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะทางหลอดเลือดหัวใจแม้จะเพิ่มเป็นอันดับสอง (ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559) แต่ต้องประสบกับปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาพยาบาลที่มีอัตราสูง(เนติมา คุณิย์, 2557) อย่างไรก็ตามได้มีการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมหลากหลายรูปแบบแต่ยังไม่มีระบบการดูแลและรูปแบบการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจที่ชัดเจน ขาดการติดตามการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และยังไม่มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ยังคงให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอกทั่วไป การจัดการรายกรณีมีการดำเนินเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้นแต่ยังไม่มีการดำเนินการในชุมชน



ภาพที่ 2.2 ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วม

จากภาพที่ 2.2 แสดงขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วมในโรงพยาบาล มีแพทย์ทั่วไป 1 คน (หมุนเวียนกันมาขึ้นเวร) พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป (ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น) 2 คน พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางสุขภาพจิตจิตเวช 2 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 1 คน และมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการ 100 คนต่อสัปดาห์ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วมที่มารับบริการ 15 คนต่อสัปดาห์



การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วมในโรงพยาบาลในปัจจุบัน ลักษณะการมอบหมายงานโดยทั่วไป ยังไม่มีระบบการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่ชัดเจน แนวทางการปฏิบัติของแต่ละหน่วยงานจะขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการ ทักษะและประสบการณ์ทำงานของพยาบาลในหอผู้ป่วยนั้น ๆ โรงพยาบาลแห่งนี้ ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วม เช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไป โดยมีความมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลแม่ข่าย กลุ่มผู้ป่วยเป้าหมายบูรณาการร่วมกันกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กำหนดขอบเขตเนื้อหาเป็นการจัดการรายกรณีผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนไม่มีความชัดเจน ทั้งนี้การปฏิบัติการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะตรวจวินิจฉัยรับทราบผลการตรวจ และหรือรับส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายจะต้องเข้ารับบริการที่ห้องตรวจแผนกผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเข้ารับการรักษาต่อเนื่องจากแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากนั้นจะนัดผู้ป่วยให้มารับบริการต่อเนื่อง ที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะรับบริการต่อเนื่อง ตามนัดที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วม เข้ารับบริการกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป เมื่อมารับบริการจะได้รับการซักประวัติเบื้องต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ ก่อนส่งพบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการ และให้การรักษา รับประทานยาที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการที่มิทางคลินิกบริการได้นำอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาทบทวนและสรุปรายละเอียดตามขั้นตอนการให้บริการและปัญหาอุปสรรคที่พบ จากการปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงบริการกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการตามรอยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงซึ่งบันทึกไว้ในรายงานการประชุมที่ดูแลผู้ป่วย ประจำเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2559 ดังในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.3 ขั้นตอนของการให้บริการและปัญหาอุปสรรค

ขั้นตอน	หน่วยงานที่ให้บริการ และการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	
		ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
ขั้นตอนที่ 1 ระยะตรวจวินิจฉัยรับทราบ ผลการตรวจ และหรือรับส่ง ต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย	1. แผนกผู้ป่วยนอก 1) รับผู้ป่วยมาขอรับการตรวจหรือได้รับการ ส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย 2) พยาบาลซักประวัติ ประเมิน สภาพก่อน ส่งแพทย์ตรวจ 3) แพทย์ตรวจร่างกายถ้าพบความผิดปกติ แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยเฝ้า ระวัง สังเกตอาการเตือน เช่นเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยเพลียนอนราบไม่ได้ บวม ซึ่ง จะส่งตรวจ วินิจฉัยแตกต่างกัน 4) พยาบาลแนะนำและส่งผู้ป่วย และนัด เข้ารับบริการคลินิกโรคหัวใจครั้งต่อไป 2. ห้องตรวจพิเศษ การส่งตรวจพิเศษต่าง ๆ 1) ห้องตรวจรังสีCXR	1. แพทย์ที่ให้การดูแล ผู้ป่วยจะเป็นแพทย์ ที่หมุนเวียนมาออกตรวจในแต่ละครั้งไม่ เฉพาะเจาะจงการดูแลรักษา พยาบาล ผู้ดูแลจะ สับเปลี่ยนหมุนเวียนตาม ตารางการขึ้นปฏิบัติงานทำให้เกิดความ ไม่ต่อเนื่อง ในการทราบข้อมูล ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย 2. เกิดความไม่คุ้นเคยไม่ไว้วางใจ สัมพันธ์ภาพไม่ค่อยดีระหว่างกันทำให้ ยากต่อการเข้าถึงปัญหา และความ ต้องการที่แท้จริง ของผู้ป่วย 3. แพทย์แต่ละท่านมีแนวทางการตรวจ วินิจฉัยที่ แตกต่างกัน 4. พยาบาลบางท่านขาด ทักษะในการให้	1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุหากไม่มีคน คอยดูแลไม่สามารถเดินทางมารับบริการ ได้เองทำให้ผู้ป่วย มารับการตรวจเมื่อมี อาการรุนแรงหรือปฏิเสธ การตรวจและ การ รักษาขาดการดูแลต่อเนื่องได้ 2. ผู้ป่วยอาจไม่ได้รับ การตรวจวินิจฉัยที่เท่า เทียมกัน 3. ความกลัวต่อการ เผชิญต่อโรคร้าย 4. กรณีผู้ป่วยที่ไม่มา รับการตรวจตามนัด จะ ไม่ได้รับการ ติดตาม เพื่อแจ้งผล การ ตรวจ หรือ ติดตามเพื่อให้มารับ การ รักษาต่อทำให้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาด โอกาส ซึ่งอาจทำให้ เสี่ยงต่อสภาวะของโรค รุนแรงมากขึ้นยากต่อการดูแลรักษา และ

ที่มา : ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย (2559)

## ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานที่ให้บริการ และการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	
		ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
	2) ส่งตรวจ EKG 3) ตรวจTrop-t 4) ตรวจไขมันในเลือด	ค่าปรึกษา และไม่มีการจัดบริการให้ ค่าปรึกษาเฉพาะ 5. ภาระงานที่มากทำให้เกิด ความเร่งรีบใน การทำงาน ขาดความครอบคลุมใน การ ดูแลผู้ป่วย	สูญเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น
ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาเข้าคลินิกโรคหัวใจ	คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ 2. ออกสมุดประจำตัว 3. แนะนำบริการของคลินิกโรคหัวใจ 4. แนะนำการใช้สมุดประจำตัว 5. แนะนำการปฏิบัติตัวเรื่องการเฝ้าระวัง อาการเจ็บแน่นหน้าอก และบริการ อุกเขิน 1669	1. พยาบาลในหอผู้ป่วยที่ นานๆจะรับ ผู้ป่วย จะขาด ประสบการณ์ความรู้และ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มนี้ 2. ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูลดูแลจาก หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย	1. อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก การดูแลที่ ขาดความต่อเนื่อง ในการดูแลรักษา 2. เสี่ยงต่อการค้นพบปัญหาสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับภาวะโรคหลอดเลือด หัวใจล่าช้า 3. ความไม่คุ้นเคยกับ สถานที่และบุคคล ผู้ป่วยจะกลัวการไป ห้องผ่าตัด

ที่มา : ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย (2559)

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานที่ให้บริการ และการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	
		ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
ขั้นตอนที่ 3 ระยะรับบริการต่อเนื่อง	<b>คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</b> 1. ตามนัดที่คลินิกโรคหัวใจ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหลอดเลือดโรคหัวใจร่วมจะนัดแยกออกจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป 2. ชักประวัติเบื้องต้น ตรวจวัดสัญญาณชีพ <b>ห้องชั้นสูตรและ ตรวจพิเศษตามแผนการรักษาของแพทย์</b> 1. พบแพทย์เพื่อตรวจติดตามอาการและให้การรักษารับยากลับบ้าน	1. ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยจาก หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย 2. ภาระงานที่มากของ พยาบาลบางท่าน อาจทำให้ละเลยการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ไป 3. พยาบาลบางท่าน ขาดความรู้และทักษะเฉพาะในการดูแล	1. ความไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลผู้ป่วยและญาติจะวิตกกังวลเมื่อต้องไปรับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2. ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่ไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลที่ครบถ้วน

ที่มา : ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย (2559)

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

ขั้นตอน	หน่วยงานที่ให้บริการ และการดำเนินงาน	ปัญหา/อุปสรรค	
		ผู้ให้บริการ	ผู้รับบริการ
ขั้นตอนที่ 4 ติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน แนะนำ แหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ ในชุมชน  หน่วยเยี่ยมบ้าน(COC) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ บ้านและ สะท้อนข้อมูลกลับคลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	1. ขาดความรู้เรื่องแหล่ง ประโยชน์ใน ชุมชน 2. ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูล ปัญหาของ ผู้ป่วยจาก หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วย 3. ข้อจำกัดที่ไม่สามารถ เยี่ยมผู้ป่วยได้ ทุกราย และเยี่ยมล่าช้า	1. ไม่ได้รับการ เตรียมพร้อมตาม ปัญหาและความ ต้องการที่แท้จริง ของผู้ป่วย 2. ไม่ได้รับการเยี่ยม อย่างต่อเนื่อง

ที่มา : ทีมดูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย (2559)



จากบริบทการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจร่วมในโรงพยาบาล ซึ่งพบปัญหาว่าการที่ผู้ป่วยกระจายไปอยู่แผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากได้รับการรักษาหรือส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งทีมพยาบาลผู้ดูแลจะไม่ใช้พยาบาลที่มีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยบางส่วนยังเป็นพยาบาลจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่มารับจ้างปฏิบัติงานนอกเวลา ทำให้ขาดความรู้ความชำนาญทักษะในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจร่วม อีกทั้งวิธีการมอบหมายงานพยาบาลเป็นการมอบหมายงานตามหน้าที่ ซึ่งจะดูแลผู้ป่วยเฉพาะช่วงที่ตนเองขึ้นปฏิบัติงาน ซึ่งอาจขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแลและวิเคราะห์ปัญหาอย่างต่อเนื่อง จากปัญหาดังกล่าวทำให้เกิดผลกระทบต่อการรักษาผู้ป่วย และโรงพยาบาลเองทั้งในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ ต้นทุนค่าใช้จ่ายและปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลรักษา การเกิดภาวะหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หัวใจวาย การได้รับการรักษาต่อเนื่องล่าช้าจากการขาดการติดตามผลตรวจทางพยาธิวิทยา การขาดการรักษาต่อเนื่องหรือการไม่ยินยอมรับการรักษาจากการขาดความรู้ความเข้าใจ ความกลัว ความเครียด การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีของผู้ให้บริการและผู้ป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ควรใช้รูปแบบการจัดผู้ป่วยรายกรณีโดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมผู้ดูแลในชุมชน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

การนำแนวคิดรูปแบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาพัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมเป็นการดูแลที่มีการจัดการเป็นรายบุคคล อย่างมีระบบและต่อเนื่อง เน้นการติดต่อสื่อสารให้เกิดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพของทีมผู้ดูแลได้อย่างสอดคล้อง และตอบสนองความจำเป็นความต้องการตามปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยมีแผนการดูแลเฉพาะรายกรณีที่กำหนดร่วมกัน เป็นเครื่องมือควบคุมการใช้ทรัพยากร ทำให้ลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และมีการติดตามประเมินผล มีรูปแบบที่ชัดเจน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีจุดมุ่งหมายการวิจัยเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม รวมทั้งประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบ มีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้แบ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1 ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

##### 1.1.1 ประชากร ประกอบด้วย

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อำเภอชนบทน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน

##### 1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ถูกเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คนโดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

(2) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

- ลือสาร
- (3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ
  - (4) สามารถพูด อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- 1) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการสนทนากลุ่ม
- 2) มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ถูกเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 11 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

- (1) มีประสบการณ์เป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ปีญาติหรือสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่ดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี
  - (2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป
  - (3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ
  - (4) สามารถพูด อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการ
- ลือสาร

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- (1) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการสนทนากลุ่ม
- (2) มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

## 1.2 ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**1.2.1 ประชากร** เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน ทีมดูแลผู้ป่วยจำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 23 คน

**1.2.2 กลุ่มตัวอย่าง** เป็นทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) ของโรงพยาบาลยางชุมน้อย ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน ทีมดูแลผู้ป่วย จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกหอผู้ป่วยนอก จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกหอผู้ป่วยใน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 6 คน รวมทั้งหมด 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

## 1) ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)

- (1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) จากโรงพยาบาลชุมชนน้อย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ
- (2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อย่างน้อย 2 ปี

## 2) พยาบาลวิชาชีพ

- (1) สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า
  - (2) จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน
  - (3) ผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระยะสั้น
  - (4) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ไม่น้อยกว่า 2 ปี
- โดยทั้งทีมดูแลผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- (1) ปฏิเสธหรือขอลอนตัวออกจากการสนทนากลุ่ม
- (2) การเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

### 1.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและประเมินผล

ในระยหานี้แบ่งประชากรเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้รูปแบบและกลุ่มผู้ได้รับการดูแลตามรูปแบบ

#### 1.3.1 กลุ่มผู้ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

- 1) ประชากร เป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ จำนวน 1 คน ทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team: PCT) จำนวน 11 คน พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 4 คน พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 7 คน รวมทั้งหมด 23 คน
- 2) กลุ่มตัวอย่าง เป็น แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักพัฒนาชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพ 12 คนและผู้ดูแล ผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 17 คน

มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1) ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT)

(1) ได้รับการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) จากโรงพยาบาลขามเฒ่า ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

(2) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อย่างน้อย 2 ปี

2) พยาบาลวิชาชีพ

(1) สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า

(2) จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) 4 เดือน

(3) ผ่านการอบรมผู้จัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระยะสั้น

(4) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ไม่น้อยกว่า 2 ปี

3) นักพัฒนาชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ที่ทำการศึกษาวิจัย อย่างน้อย 1 ปี โดยทั้งทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพ นักพัฒนาชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัยมีเกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

(1) ปฏิเสธหรือถอนตัวออกจากการสนทนากลุ่ม

(2) การเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

4) ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ถูกเลือกอย่างเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่อย่างน้อย 1 ปี

(2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

(3) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ



สื่อสาร

(4) สามารถพูด อ่าน ฟังและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาด้านการ

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

- (1) ปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการสนทนากลุ่ม
- (2) มีความเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

### 1.3.2 กลุ่มผู้ได้รับการดูแลตามรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

1) ประชากร ที่ศึกษาในระยะนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน

#### 2) กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในโรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 5 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

(1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

(2) ไม่จำกัดเพศ อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

(3) อ่านออกเขียนได้

(4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมตลอดการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

(1) ถอนตัวขณะเข้าร่วมวิจัย

(2) การเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมสนทนากลุ่ม

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้แบ่งเครื่องมือที่ใช้ในการการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

**2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

**2.1.1 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม** สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น (ภาคผนวก ง) โดยมาจากความต้องการการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม และการบริการสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความครอบคลุมในประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษา

2) ส่วนที่ 2 ความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม แนวคำถามจำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย (1) ความต้องการด้านร่างกาย จำนวน 4 ข้อ (2) ความต้องการด้านจิตใจ จำนวน 5 ข้อ (3) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ จำนวน 4 ข้อ (4) ความต้องการด้านสังคม จำนวน 4 ข้อ (5) ความต้องการการบริการสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ

**2.2 ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน** สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

**2.2.1 แนวทางคำถามการสนทนากลุ่ม** สำหรับทีมสหสาขาวิชาชีพและพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามแนวคิดของรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณีของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) (ภาคผนวก ง) ได้แก่ (1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี (2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย (3) การออกแบบโครงสร้างสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร (4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน (5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความครอบคลุมในประเด็นหลัก ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการทำงาน ระดับการศึกษา อาชีพ ตำแหน่ง

2) ส่วนที่ 2 แนวทางการสนทนารูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม แนว

คำถามจำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย (1) ระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2 ข้อ (2) ระบุพื้นที่เป้าหมาย 3 ข้อ (3) ออกแบบโครงสร้างตามพื้นที่ที่เลือกสรร 4 ข้อ (4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน 2 ข้อ (5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ 2 ข้อ

**2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม**  
ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

**2.3.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง** ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีจากหนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลการเจ็บป่วย ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (ภาคผนวก ง) มีรายละเอียด ดังนี้

1) ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน สิทธิด้านการรักษา ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ การได้รับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 11 ข้อ

2) ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วยระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ประวัติจำนวนครั้งของอาการเจ็บแน่นหน้าอกต่อเดือน และจำนวนของการเจ็บแน่นหน้าอกในเดือนที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ

3) ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 52 ข้อ ประกอบด้วย 1) ด้านการรับประทานอาหารจำนวน 25 ข้อ 2) ด้านการออกกำลังกายจำนวน 12 ข้อ 3) ด้านการจัดการกับความเครียดจำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการใช้ยาจำนวน 9 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบให้เลือกตอบประเภทมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง บ่อยครั้ง และเป็นประจำ ซึ่งถามพฤติกรรมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีคำตอบให้เลือกดังนี้

ระดับ	การแปลผล
น้อยที่สุด	ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
น้อย	ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว 1-2 วันใน 1 สัปดาห์
ปานกลาง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว 3-4 วันใน 1 สัปดาห์
บ่อยครั้ง	ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าว 5-6 วันใน 1 สัปดาห์
เป็นประจำ	ผู้ป่วยปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวทุกวันใน 1 สัปดาห์

## คิดคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	คำถามเชิงบวก (ข้อ 1, 2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 44, 49, 50, 52)	คำถามเชิงลบ (ข้อ 3, 5, 6, 7, 11, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 51)
น้อยที่สุด	1	5
น้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
บ่อยครั้ง	4	2
เป็นประจำ	5	1

การแปลผล พฤติกรรมการจัดการตนเอง มี 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ใช้หลักการแปลผลค่าเฉลี่ย ในการให้ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อำเภอชุมนอย จังหวัดศรีสะเกษ (นพพร ณะชัยขันธุ์, 2555) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	การแปลผลคะแนน
1.00 - 1.50	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ระดับน้อยที่สุด
1.51 - 2.50	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ระดับน้อย
2.51 - 3.50	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ระดับปานกลาง
3.51 - 4.50	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ระดับมาก
4.51 - 5.00	พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ระดับมากที่สุด

4) ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิตครั้งที่ 1 และ 2 ซีพจร น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ความคิดเห็นอื่น ๆ จำนวน 6 ข้อ

**2.1.4 เทปบันทึกเสียง** ใช้บันทึกเสียงขณะทำการสนทนากลุ่ม ก่อนเริ่มทำกิจกรรมสนทนากลุ่มผู้วิจัยได้ขออนุญาตสมาชิกกลุ่มตัวอย่างบันทึกเทปควบคู่ไปกับการจดบันทึก เพื่อให้การ

สนทนาคำเนินไปอย่างต่อเนื่อง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนำเทปบันทึกข้อมูลมาถอดเทป และบันทึกข้อมูล เป็นลายลักษณ์อักษร

**2.1.5 เครื่องวัดความดันโลหิต** ใช้สำหรับตรวจประเมินวัดความดันโลหิตกลุ่ม ตัวอย่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ เป็นเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (Omron รุ่น HEM-8712) คุณภาพของเครื่องมือถูกตรวจสอบสภาพของเครื่องวัดความดันโลหิตให้อยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ ซึ่ง เครื่องวัดความดันโลหิตนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพอุปกรณ์ทางการแพทย์จากศูนย์วิศวกรรม การแพทย์ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 1-2 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 และตรวจสอบความเที่ยง ของเครื่องมือโดยการทดลองวัดความดันโลหิตของผู้ป่วยคนเดียวกัน จำนวน 5 คน เปรียบเทียบกับ เครื่องวัดความดันโลหิต แบบอัตโนมัติรุ่นเดียวกัน

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการสนทนากลุ่มของผู้ป่วย และทีมสหสาขาที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่

**2.2.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** สำหรับกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งรูปแบบดังกล่าวได้จากการสนทนากลุ่มของ ผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคความหลอดเลือดหัวใจร่วมในระยะ ที่ 2 โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณีของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) ได้แก่ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2) การระบุ พื้นที่เป้าหมาย 3) การออกแบบโครงสร้างสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความ ร่วมมือในการดำเนินงาน 5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ มาใช้ร่วมกับการปฏิบัติงานของ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีการสอบถาม ถึงความเป็นไปได้ของรูปแบบจากแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรค หลอดเลือดหัวใจร่วมในโรงพยาบาลยางชุมน้อย และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้จริง มี เครื่องมือที่ได้พัฒนาขึ้นเอง

## 2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 2.3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสนทนากลุ่มเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ พิจารณาความตรงของเนื้อหาของคำถามหลักและคำถามรอง ได้นำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาแก้ไข ปรับปรุงข้อความคำถาม โดยข้อความการสนทนากลุ่มเพิ่มเติมในเรื่องความต้องการและการพัฒนา รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแล จากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิต



สูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม หลังจากนั้นนำเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไข ผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา

ในส่วนของแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยที่ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถาม ความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไปและแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยและมีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิทางการรักษา จำนวน 1 คน ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านวิจัยและเนื้อหาการพยาบาล จำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารจำนวน 1 คน นักการศึกษาจำนวน 2 คนและผู้ปฏิบัติจำนวน 1 คน รวมจำนวน 5 คน โดยกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้

1 หมายถึง คำถามข้อนั้นไม่สอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเลย

2 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นเล็กน้อย

ต้องปรับปรุงอีกมาก

3 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมาก ต้องปรับปรุงอีกเพียงเล็กน้อย

4 หมายถึง คำถามข้อนั้นสอดคล้องหรือเหมาะสมต่อการวัดตัวแปรหรือเรื่องนั้นมาก ไม่ต้องปรับปรุงอะไรอีก

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index, I-CVI)

จากสูตรดังนี้

$$I-CVI = N_c/N$$

เมื่อ N หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

$N_c$  หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale , S-CVI) โดยวิธีคำนวณหาค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) จากสูตรดังนี้

$$S-CVI = \sum(I-CVI)/p$$

เมื่อ  $\sum(I-CVI)$  หมายถึง ผลรวมของค่า I-CVI

p หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

สำหรับแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง มี CVI เท่ากับ .94

### 2.3.2 การตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อหาความเที่ยงโดยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ไปให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในตำบลยางชุมน้อย ตำบลโนนคูณ ตำบลคอนกามและตำบลกุดเมืองฮาม อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตอบแบบสอบถามแล้วนำมาคะแนนมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งจะยอมรับความเชื่อมั่นที่ค่าอัลฟาเท่ากับ .8 ขึ้นไป (Grove, Burns & Gray, 2013) ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 ได้ปรับแก้ไขข้อคำถาม เพื่อให้ปรับปรุงแก้ไขให้ผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำแบบสอบถามไปทดลองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตำบลยางชุมใหญ่ และตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 15 คน นำมาคะแนนมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 จากนั้นนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลจริง

## 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำวิจัยและเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (เลขที่ 18/2560)

3.2 ผู้วิจัยขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

3.3 ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยไปยังสาธารณสุขอำเภอยางชุมน้อย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่ง

3.4 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมแนวคำถามการสนทนากลุ่มติดต่อกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลยางชุมน้อยเพื่อชี้แจง

รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็นระยะการวิจัยดังต่อไปนี้

**3.4.1 ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย

2) ผู้วิจัยประสานงานกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยางชุมน้อย เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าร่วมสนทนากลุ่ม โดยทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการสนทนากลุ่ม ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการสนทนากลุ่ม

3) การสนทนากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมและผู้ดูแล จำนวน 2 ครั้ง จนได้รับความอิมตัวของข้อมูล ครั้งที่ 1 ในวันที่ 11 กรกฎาคม 2560 เวลา 13.30-15.45 น. และครั้งที่ 2 ในวันที่ 26 กรกฎาคม 2560 เวลา 13.30-15.20 น. จำนวน 22 คน ในประเด็นเกี่ยวกับ ปัญหาและความต้องการการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตามหลักการของการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น(ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจดบันทึกการสนทนากลุ่มและดำเนินการสนทนากลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จดบันทึกการสนทนาและบันทึกเทปการสนทนา

4) หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่มให้เสร็จภายใน 1 สัปดาห์ พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์และความอิมตัวของข้อมูลหรือคำตอบตามแนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะสิ้นสุดการสนทนาเมื่อข้อมูลมีความอิมตัว

5) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มมาจัดระบบและแบบแผน พร้อมทั้งนำปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อความถูกต้อง ครบถ้วนของการวิเคราะห์เนื้อหา โดยแบ่งตามรายละเอียดของการสนทนากลุ่ม หัวข้อของการสนทนากลุ่มตามแนวคิดของรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายกรณี

**3.4.2 ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** โดยผู้วิจัยทำการศึกษาโดยการสนทนากลุ่มพัฒนารูปแบบ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการนำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเก็บข้อมูลในการวิจัย

2) การดำเนินการประสานงานกลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่มพัฒนารูปแบบโดยชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ร่วมกำหนดการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วัน เวลา สถานที่ ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3) การสนทนากลุ่มทีมพัฒนารูปแบบ จำนวน 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ในวันที่ 15 สิงหาคม 2560 เวลา 14.00-15.30 น. ในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตามหลักการของการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามการสนทนากลุ่มที่สร้างขึ้น (ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา ชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจัดบันทึกการสนทนากลุ่มและดำเนินการสนทนากลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จัดบันทึกการสนทนาและบันทึกเทปการสนทนา

ครั้งที่ 2 ในวันที่ 23 สิงหาคม 2560 เวลา 14.00-15.15 น. ในประเด็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยดำเนินการสนทนา ชี้แจงวัตถุประสงค์ นำเสนอรูปแบบและให้สมาชิกกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียง หรือจัดบันทึกการสนทนากลุ่มและดำเนินการสนทนากลุ่ม มีผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่จัดบันทึกการสนทนาและบันทึกเทปการสนทนาของผู้เข้าร่วมสนทนาตลอดจนบรรยากาศการสนทนา มีการบันทึกเทปการสนทนา จนได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเป็นที่ยังพอใจของกลุ่ม ซึ่งไม่มีข้อมูลที่แตกต่างไปจากข้อเดิม ที่รวบรวมไว้ทำให้ครอบคลุมในความอึดตัวผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มเดิมตลอดผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะเป็นคนเดิมตลอด โดยผู้วิจัยทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

4) ผู้วิจัยได้ทำการถอดเทปการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความรู้ ประสบการณ์ ปัญหา ความต้องการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอคำแนะนำ และนำมาปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งสร้างเป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม และนำเสนอต่อกลุ่มทีมพัฒนารูปแบบเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสมครอบคลุม ทบทวนจนเป็นที่เข้าใจตรงกันและจัดทำเป็นรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมขึ้นนำรูปแบบดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติ

**3.4.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อ**  
**ประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ซึ่ง  
 ได้จากระยะที่ 2 ไปใช้ โดยมีการจัดอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่  
 มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ให้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนตำบล  
 พยาบาลวิชาชีพผู้เกี่ยวข้องในแต่ละแผนก และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วยใน  
 พื้นที่เป้าหมาย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจาก  
 โรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม มีการดำเนินงาน  
 ดังต่อไปนี้

- 1) การจัดเตรียมอุปกรณ์และสื่อการสอน
- 2) ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย  
 ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
- 3) เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ดังต่อไปนี้
  - (1) คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยความดัน  
 โลหิตสูงที่มีโรคหัวใจร่วม 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี  
 โรคหัวใจร่วม ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำหน้าที่ประสานการดูแลจาก  
 โรงพยาบาลสู่ชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง และใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อ  
 ประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม  
 ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น
  - (2) ผู้วิจัยพบผู้ช่วยวิจัย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบาย  
 วิธีการดำเนินงานวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูลและแนวทางการบันทึกข้อมูล รวมถึงแนวทางปฏิบัติใน  
 การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี  
 โรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
  - (3) จัดอบรมทบทวนองค์ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิต  
 สูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมแก่พยาบาลวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในวันที่ 23 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00-  
 16.30 น ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ และอบรมให้ความรู้เรื่อง ท ความ  
 ดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ  
 ร่วมและผู้ดูแลในชุมชนในวันที่ 28 สิงหาคม 2560 เวลา 13.00-16.30 น ณ ห้องประชุมโรงพยาบาล  
 ส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมบึง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
- 4) ผู้วิจัยสำรวจผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมจาก  
 ทะเบียนในโปรแกรมนัดผู้ป่วยทางคอมพิวเตอร์ของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกผู้ป่วยนอก  
 โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีคุณสมบัติครบเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ เป็นการเลือกแบบ



เฉพาะเจาะจง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงงานวิจัยโดยอธิบายความสำคัญและความเป็นมาในการทำวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการศึกษา การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งขอยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยในแบบฟอร์มเข้าร่วมงานวิจัย

5) ผู้จัดการรายกรณีส่งต่อข้อมูลการดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมทั้งหมดจำนวน 88 คนให้ผู้รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ หลังจากนั้นติดตามเฝ้าระวังในแต่ละแผนกตามเงื่อนไข หากมีผู้ป่วยเข้ารับบริการให้แจ้งประสานข้อมูลมายังพยาบาลผู้จัดการรายกรณีภายใน 3 วัน โดยการประสานทางโทรศัพท์ภายในโรงพยาบาลมายังพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเพื่อแจ้งข้อมูลให้พื้นที่รับทราบภายใน 1 สัปดาห์ และเตรียมความพร้อมในการดำเนินการตามรูปแบบกลุ่มไลน์ IT refer

6) ผู้จัดการรายกรณีประเมินคัดกรองปัญหาและความต้องการสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมก่อนใช้รูปแบบ โดยใช้แบบประเมินและแบบสอบถามพร้อมตรวจวัดความดันโลหิต สอนการวัดความดันโลหิตและจับชีพจรเองที่บ้าน

7) ผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 1 วันที่ 12-13 กันยายน 2560 สอบถามพฤติกรรม การจัดการตนเอง ตรวจประเมินปัญหาความต้องการความจำเป็นที่ผู้ป่วยควรจะได้รับร่วมกันระหว่าง ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งทบทวนองค์ความรู้ทักษะที่จำเป็นรายกรณีแนะนำผู้ดูแลและทีมดูแลในชุมชนในการดูแลต่อเนื่องส่งมอบข้อมูลการดูแล ครั้งที่ 2 วันที่ 18-19 กันยายน 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล เฝ้าระวังติดตามอาการที่บ้าน วัดความดันโลหิต ครั้งที่ 3 วันที่ 27-28 กันยายน 2560 อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้านและผู้ดูแล เฝ้าระวังติดตามอาการที่บ้านร่วม วัดความดันโลหิต สอบถามพฤติกรรมจัดการตนเอง

8) ประเมินผลการวิจัยโดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยของผู้ป่วย

9) สรุปผลการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมแจ้งให้ทีมผู้ดูแลรับทราบข้อมูลและดำเนินการต่อไปตามเงื่อนไขของรูปแบบ

#### 4. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ อาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยทำบันทึก เพื่อยืนยันพิจารณาขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผ่านอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่ 13/2560 ก่อนดำเนินการวิจัย

4.2 ผู้วิจัยชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ให้ข้อมูล โดยมีการชี้แจงเกี่ยวกับการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ว่าเป็นการศึกษาของผู้วิจัย และขอความร่วมมือ และให้การยินยอมในการวิจัยและการให้การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการบันทึกเทปทุกครั้ง

4.3 การรักษาความลับของข้อมูลที่ได้จากการสนทนา ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะถูกปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ การเปิดเผยข้อมูล จะเปิดเผยเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเฉพาะบุคคลที่สามารถสืบหาผู้ให้ข้อมูลได้

4.4 ผู้เข้าร่วมสนทนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้มีสิทธิ์ในการตัดสินใจด้วยตนเอง ในการเข้าร่วมการสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมสนทนา มีสิทธิ์ปฏิเสธการเล่า ประสบการณ์ของตนเอง

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูล

##### 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ในส่วนของความต้องการและรูปแบบในการจัดการรายการณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม พร้อมทั้งการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

##### 5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลทั่วไปการจัดการรายการณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังต่อไปนี้

5.2.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายการณี

เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จำนวน 5 คน ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

**5.2.3 วิเคราะห์เปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure)** ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 5 คน โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย Wilcoxon signed rank test



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม นำเสนอผลการดำเนินผลการวิจัยเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

#### ตอนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผู้วิจัยได้รับคำตอบจากการสนทนากลุ่ม (focus group) กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 11 คน และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 12 คน ในเขตอำเภอชนบท จังหวัดศรีสะเกษ สรุปได้ดังนี้

##### 1.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1.1 ข้อมูลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 11 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย สิทธิการรักษาพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่เข้าร่วม  
การสนทนากลุ่ม จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 11)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
<b>เพศ</b>	
ชาย	8
หญิง	3
<b>อายุ</b> (ค่าเฉลี่ย=62.09 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=8.240, ต่ำสุด=42 ปี, สูงสุด=69 ปี)	
41-50 ปี	1
51-60 ปี	2
61-70 ปี	8
<b>ระดับการศึกษา</b>	
ประถมศึกษา	10
มัธยมศึกษา	1
<b>อาชีพ</b>	
เกษตรกร	8
ว่างงาน/แม่บ้าน	3
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูง</b> (ค่าเฉลี่ย=8.55 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=4.906, ต่ำสุด=2 ปี, สูงสุด=20 ปี)	
1-5 ปี	3
6-10 ปี	5
11-15 ปี	2
16-20 ปี	1
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</b> (ค่าเฉลี่ย=6.64 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน=5.446, ต่ำสุด=1 ปี, สูงสุด=20 ปี)	
1-5 ปี	6
6-10 ปี	4
11-15 ปี	0
16-20 ปี	1



ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (คน)
<b>สิทธิการรักษาพยาบาล</b>	
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	9
ข้าราชการ	2

จากตารางที่ 4.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 72.73 มีอายุเฉลี่ย 62 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 61-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.73 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.90 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 72.73 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 81.82

### 1.1.2 ข้อมูลทั่วไปสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม พบเป็นเพศหญิง และประกอบอาชีพเกษตรกรทั้งหมด มีอายุเฉลี่ย 43 ปี ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.45 (จำนวน 5 คน) รองลงมา อายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.27 (จำนวน 3 คน) อายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.18 (จำนวน 2 คน) อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.10 (จำนวน 1 คน) ตามลำดับ อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 52 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 72.73 (จำนวน 8 คน) รองลงมาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 18.18 (จำนวน 2 คน) และระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 9.10 (จำนวน 1 คน) ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 54.50 (จำนวน 6 คน) รองลงมา 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.40 (จำนวน 4 คน) และ 11-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 9.10 (จำนวน 1 คน) ตามลำดับ ระยะการดูแลต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 11 ปี ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร คิดเป็นร้อยละ 72.73 (จำนวน 8 คน) และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นหลาน คิดเป็นร้อยละ 27.27 (จำนวน 3 คน)

1.2 ส่วนที่ 2 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยการสนทนากลุ่มได้สรุปปัญหาและความต้องการดังนี้

### 1.2.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

#### 1) ปัญหาด้านร่างกาย

(1) เบื่ออาหาร รับประทานอาหารไม่อร่อย เมื่อพยายามทำตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ซึ่งจะบอกว่ารับประทานอาหารลดเค็ม ผู้ป่วยและญาติเข้าใจว่าการรับประทานอาหารดังกล่าว คือ อาหารจะต้องจืดไว้ก่อน ทำให้รสชาติอาหารจืดชืดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและญาติไม่ชอบรสชาติอาหารดังกล่าว พบแม้กระทั่งญาติบางคนจะไม่รับประทานอาหารเช้าเดียวกับผู้ป่วย เกิดการแบ่งแยกอาหารรับประทานในครัวเรือน ผู้ป่วยเริ่มกลายเป็นภาวะให้ครอบครัวมีความแตกต่างกัน ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยกล่าวว่า “...แม่่นจืดกะว่าบ่แซ่บเบื้อบ่อยากกินปานได้...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี) และ “...เค้าเฮ็ดบใส่ปลาแดกบใส่หยั่งจางโจงเลงอยู่นั้นแล้ว...” (ผู้ป่วย, อายุ 69 ปี)

(2) ใจสั่น เมื่อมีเหตุการณ์วุ่นวาย พูดคุยเสียงดัง มีงานเลี้ยงสังสรรค์ โดยเฉพาะเมื่อมีการใช้เครื่องขยายเสียง จากสมาชิกในครัวเรือนหรือจากเพื่อนบ้าน หรือจากในงานวัด ซึ่งคนในพื้นที่บางคนประกอบอาชีพรับจ้างเหมาเรื่องเสียงในงานรื่นเริงต่าง ๆ มักจะมีการทดสอบเครื่องเสียงก่อนออกไปงานที่รับเหมา บ่อยครั้งที่เปิดฟังเองส่งผลกระทบต่อเพื่อนบ้าน ดังเช่นผู้ป่วยบางคนได้กล่าวว่า “...ช่วยรับได้เลยเรื่องเครื่องเสียงกับเวลาในงานในหมู่บ้านเสียงดังมันทำให้ใจสั่น...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี)

(3) นอนไม่หลับ ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มักมีอาการนอนไม่หลับจะมาหลับอีกครั้งเมื่อใกล้สว่าง ในระหว่างที่นอนไม่หลับบางคนจะดูโทรทัศน์ บางคนนอนเล่นไปเรื่อย ๆ เนื่องจากไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรให้ตนเองนอนหลับได้ ดังเช่นคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวไว้ว่า “...ตี 2 นั้นแหละถึงหลับ ก็เลยเปิดโทรทัศน์เบ็งเวลานอนไม่หลับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี) และ “...เฮ็ดจั่งได้กับนอน...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี)

(4) ปัญหาในการดูแลที่พบได้ในกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหารรสเค็ม การปรุงรสอาหารด้วยซอรส การรับประทานอาหารมันผัด ๆ ทอด ๆ อาหารสำเร็จรูป ลูกชิ้น ปลากระป๋อง การประกอบของผู้ดูแล การใช้จ่ายไม่ถูกต้อง ขาดทักษะในการออกกำลังกายและการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้ มีรายละเอียดดังนี้

ก. รับประทานอาหารรสเค็ม เป็นรสชาติที่ผู้ป่วยชื่นชอบ และจะต้องมีการปรุงเพิ่มเมื่อญาติหรือผู้ประกอบอาหาร นำอาหารที่มีรสชาติลดเค็มลง ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...ถ้าได้ปรุงเค็มแนจ๊กหน้อย เพิ่มน้ำปลาจ๊กหน้อยบ่จั้งจั้ง ไปโปรดจำเป็นกะต้องปรุงเพิ่ม...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), และ “...เฮาเสียงปลาแดกแต่คนไข้กะอยากแซ่บก็กะเอาปลาแดกกินหน้าอีกคือเก่า...” (ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี)

ข. ส่วนใหญ่ใช้ผงชูรสเป็นเครื่องปรุงรสอาหารประจำครัวเรือน ขึ้นชอบและติดในรสชาติของผงชูรสแม้จะใส่เพิ่มมากขึ้นหรือจะช่วยให้ความรู้สึกในการรับประทานอาหารดีขึ้นมาทันที ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...ถ้าเอาบใส่ชูรสมันบ่แซบ...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี) และ “...แม่นลิหม้อแกงใหญ่ปานใดกะช่างขอให้ได้หีบชูรสใส่จ๊กหน่อยก็ดี...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี)

ค. รับประทานอาหาร มัน ผัด ๆ ทอด ๆ ทำง่ายสะดวกในการประกอบอาหาร มีขายกันหลากหลายในชุมชน มีผู้ป่วยบางคนที่ชอบอาหารมัน ผัดทอด ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...ทอดกะผัด โดยเฉพาะผัดกระเพราหมักหลาย...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี) และ “...กินมันพุ้นหละ ตูดไก่หมักแสม...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี) ผู้ดูแลมีส่วนสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานผัด ๆ ทอด ๆ ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยพยายามที่จะหลีกเลี่ยงอาหารดังกล่าวเช่นกับคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “...ผมกินอาหารกะระวัง ทางลูกสาวกะมีแต่ทอดแต่ผัด...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี)

ง. ผู้ป่วยหลงลืมรับประทานยา เนื่องมาจากการทำงานที่รีบเร่ง ด้วยวัยที่สูงอายุ บางคนยังขาดความรู้เรื่องการรับประทานยา ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...กินยากินผิดกินถูกหลงลืม...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี), “...ยาหลังอาหารบางทีกะพ้าวหน้าแว๊กหน้างานเนาะบ้านเฮา เฮ็ดแว๊กแล้วลืมกินยาหลบไปนี่สิกินได้บ่...” (ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี) และ “...กินยาบางทีกะบ่ถูก หลง ๆ ลืม ๆ กะบ่ได้บอกลูก เค้ากะบ่ได้เบิ่งให้ บางทียาก่อนอาหารเข้มนันเลยมาไกลแล้วกว่าลืคือออก ได้แต่บ่บอกไปว่าบ่ต้องกินแล้วหละมันลิเที่ยงแล้ว มีบางทียามแลงกะลืมต่อมาอีก...” (ผู้ดูแล, อายุ 40 ปี)

จ. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกกำลังกายไม่เป็นรูปแบบ บางคนไม่ทราบว่าจะป่วยแล้วออกกำลังกายได้ เข้าใจว่าจะต้องงดการออกกำลังกาย บางคนเข้าใจว่าการทำงานประจำที่ทำการเป็นการออกกำลังกาย ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “...เกิดมาบ่เคยออกกำลังกาย...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี), “...บ่ฮู้ว่าออกกำลังกายได้...” (ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี), “...เฒ่าปานนั้นแล้วแม่บ่กะเลยบ่หาญให้ออกกำลังกาย...” (ผู้ป่วย, อายุ 69 ปี) และ “...การทำงานของเขาบ่หละเป็นการออกกำลังจริง ๆ ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

ฉ. ไม่มีการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ เนื่องจากเข้าใจว่าเป็นโรคนี้หากมีอาการกำเริบแล้วทำให้เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หากจะตายคงทำอะไรไม่ได้จึงปล่อยชีวิตตามโชคชะตา ดังเช่นคำกล่าวที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...คนไข้ช้อยไปยามมอง ยามไซ ถ้าเป็นหยังกะจ๊กสิว่าจั่งได้ ไผสิฮู้กะแล้วแต่ว่าสนา...” (ผู้ดูแล, อายุ 52 ปี), “...แล้วสิไปจิดหยัง ช้อยเบิ่งข่าวรถคันละล้านกว่า ลางเถื่อ จักสิพ้าวไปไส ตายเบ็ดเฮื้อนทั้งพ่อ แม่ลูก โอ้ย...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี) และ “...สิอียหยังโรคนี้ เค้าห้ามเบิ่งมวย ช้อยเบิ่งทุกอาทิตย์...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี)

(5) ปัญหาการดูแลด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเฝ้าระวังของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะจัดยารับประทานเอง ไม่ได้บอกญาติหรือผู้ดูแลว่าตนเองเฝ้าระวังอะไร เมื่อเข้ารับบริการตรวจรับยาต่อเองที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลไม่เห็น

ความสำคัญและไม่ตระหนักเรื่องการใช้ยาของผู้ป่วย ไม่มีข้อมูลแผนการรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ดังเช่นคำกล่าวของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...ส่วนใหญ่คนไข้จะกินยาเองเฮากะบ่ฮู้...” (ผู้ดูแล, อายุ 40 ปี) และ “...เด็กร้อยอยู่บ้านกะบ่ฮู้ว่ามียามไต่ลิ้น มาตรวจกะมาผู้เดียวกลับไปกะกินยาเอง ถ้าฮู้ว่ามีอาการกะอมกะแล้วไป...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี)

### 2.1.2 ความต้องการการดูแลด้านร่างกาย

1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการได้รับคำแนะนำในเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วย ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อาหารอันไต่เฮ็ดให้เจ็บหน้าอกแ่งกะอยากให้มาดูแลจึงลิหละว่า อาหารการกินนี้หละแนะนำเรื่อย ๆ อันไต่เป็นตากินอันไต่บ่เป็นตากิน...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี)

2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการทราบข้อควรปฏิบัติกรณีเมื่อหลงลืมรับประทานยา ซึ่งพบได้บ่อยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้สูงอายุ ควรจะมีการให้คำแนะนำญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด เรื่องการใช้ยา และได้รับยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาที่แพทย์สั่ง ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...ความต้องการของผกะคือว่ายาที่กินเข้าไปให้ตรงกันกับโรคหัวใจสำคัญ ตรงกับโรคให้มันทุเลา คือ หมอเพิ่นให้มากิน...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...ในเรื่องการกินยา กรณีลืมกินยาความดันลิเฮ็ดจั่งไต่...” (ผู้ป่วย, อายุ 42 ปี), “...อยากฮู้เกี่ยวกับยาเฉพาะความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ลิไต่ใฝ่ระวังไต่ว่า มันอันตรายซ่ำไต่...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี), “...อยากให้แนะนำเรื่องการใช้ยาคนไข้ที่กินยาความดันหลอดเลือดหัวใจแ่งกะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 40 ปี) และ “...อยากให้แนะนำญาติกับผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา เวลาหลงลืม ให้หยุดกินเลย หรือกินคาบใหม่...” (ผู้ดูแล, อายุ 45 ปี)

3) ผู้ป่วยต้องการความรู้เรื่องการออกกำลังกาย เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วย ในการนำมาปฏิบัติเพื่อควบคุมโรค ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อยากฮู้ว่าลีออกกำลังกาย จั่งได้ไต่แ่ง...” (ผู้ป่วย อายุ 64 ปี)

4) ผู้ป่วยและผู้ดูแล ต้องการทราบวิธีการจับชีพจรการแปลผลภาวะสุขภาพ จากการเต้นของชีพจร ดังคำ พุดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อยากให้แนะนำว่าจะระวังเจ้าของแนวไต่...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี) และ “...ชีพจรจับได้จั่งไต่...” (ผู้ดูแล, อายุ 25 ปี)

## 2.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

### 2.2.1 ปัญหาด้านจิตใจ

1) ผู้ป่วยมีความเครียด จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้านไม่เข้าใจในสภาพ ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และภาระหนี้สิน ดังคำพูดของผู้ป่วยที่ กล่าวว่า “...คิดหน้าหนี...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี), “...เค้ามาเฮ็ดบั้งไฟอยู่ใกล้บ้านแล้วมาคุยกันเสียงดัง จุดบั้งไฟนำ มันเลยหงุดหงิด...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี) และ “...เครียดว่าลูกหลานบ่มาหา...” ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี)



2) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กับการเจ็บป่วยกลัวอุบัติเหตุหน้ามีดหกล้ม กังวลกลัวสมาชิกในครอบครัวคิดว่าตนเองเป็นภาระให้ครอบครัวซึ่งเกียจไม่ยอมทำงาน ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...คนในบ้านในเฮือนเค้ากะลัวว่าไอ้ชี่คร้านไปเฮ็ดนา...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี), “...มันว่าเฮาบ่เฮ็ดเวียกบ่บ่ มื้อนั้นลิเคียดเบ็ดมือ...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี), “...ย่านตะลึมย่านตะหน่ามีด...” (ผู้ป่วย, อายุ 66 ปี), “...ถ้าอยู่แต่ในบ้านกะคิดมาก...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี) และ “...พวกที่เป็นความดันจั่งลิ เพิ่นกะน้อยใจย่านตายจั่งลิหละคะเว้าชื้อ ๆ ...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี)

3) ผู้ป่วยอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน บอกว่าไม่อายุ จำนวน 3 คน ที่บอก ว่า อายุที่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ไม่อยากให้คนอื่นทราบว่าเป็นโรคเจ็บป่วยไม่อยากให้สมาชิกในครอบครัวกังวล ไม่อยากให้เพื่อนบ้านมองภาพว่าตนเองไม่แข็งแรง “...อายุแล้วคับบ่อยากให้หมู่ฮู้ว่าเป็นโรค...” (ผู้ป่วย, อายุ 53 ปี) และ “...อายุคุณหมอมั่นโรคหลายทั้งความดันทั้งหัวใจ อายุแต่สิเฮ็ดจั่งได้ได้มันหนี่ไม่พัน...” (ผู้ป่วย, อายุ 62 ปี)

4) ผู้ป่วยเหงา ส่วนใหญ่จะไม่ได้ทำงาน อาศัยอยู่บ้านเดินทางเองลำบากคอยให้บุตรหลานมาหาเยี่ยมเยียนดังคำพูดที่กล่าวว่า “...คิดหน่าลูกหลาน...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี)

5) ผู้ป่วยน้อยใจ ที่ไม่ได้รับความเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว ดังคำพูดที่ผู้ป่วยกล่าวว่า “...น้อยใจ บ่ค่อยได้ออกไปหาหมู่ปานได้...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี)

6) ผู้ป่วยมีอาการเศร้า สิ้นหวังกับการดำรงชีวิต ภาวะเจ็บป่วยที่ส่วนใหญ่ ต้องอยู่ติดบ้านไม่มีงานทำว่างงาน คุณค่าในตัวเองลดลง ดังคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “...อยากฆ่าตัวตายพันได้...” (ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี) และ “...หน่วยชื้อมือ จักสิเฮ็ดจั่งได้ ได้แต่อยู่ชื้อ ๆ...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี)

## 2.2.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

1) ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ จากสมาชิกในครอบครัวเพื่อนบ้าน คนรอบข้างในการถามไถ่สุขภาพความเป็นอยู่ ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...เรื่องกำลังใจมาที่หนึ่งเลยครับ ถ้าคนป่วยขาดกำลังใจมันลิบได้เลยคับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 53 ปี), “...กำลังใจนิลมาที่หนึ่งเลย กำลังใจดีที่สุด...” (ผู้ป่วย, อายุ 42 ปี), “...จิตใจผู้เฒ่าต้องการกำลังใจแรงแ...” (ผู้ป่วย อายุ 69 ปี), และ “...ต้องการกำลังใจจากครอบครัวครับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี)

## 2.3 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

### 2.3.1 ปัญหาด้านจิตวิญญาณ

1) ผู้ป่วยสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว เมื่อเกิดเหตุการณ์เจ็บป่วยรุนแรง ที่ได้รับการรักษาจากแพทย์แผนปัจจุบันแล้วอาการไม่ทุเลา หรือเมื่อได้รับคำตอบจากแพทย์ว่าโอกาสที่จะมีชีวิตรอดมีน้อย หรือไม่ทราบสาเหตุ ทำให้ผู้ดูแล และ/หรือผู้ป่วยพยายามค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ให้มีความหวังเพื่อการมีชีวิตอยู่รอดต่อไป ด้วยการไปหาหมอหรือพระ หรือสิ่งที่เคารพเชื่อถือ ดัง



คำพูดที่กล่าวว่า “...กินว่านกินยา บ่เซาจักเถื่อ โดยเฉพาะยาความดันโลหิตเลือดหัวใจ เขาต้องไปหาหมอมอ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...ถ้าป่วยมาจะกะอยาก ไปหาพระให้เพิ่นรดน้ำให้กัศึขึ้น ปีที่ป่วยหนักพระบอกว่าโรคเก่าลีกำเริบเด้อ ลาวกะให้พระมาบูชาพร้อมคาถา 1 บท สวดมนต์ก่อนนอน กะมีกำลังใจดี...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี) และ “...เช่นถ้าเกิดเจ็บป่วยไปไสมาไสบได้เพิ่นกะจะอยากไปเบ็งมอ บางทีกะจะไปหาหมอก่อน รัยยามารักษาควบคู่กับการไปเบ็งมอ จังสินะคะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 52 ปี)

### 2.3.2 ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยต้องการให้ญาติพี่น้องหรือผู้ดูแลพาไปพบหมอดูหรือพระ ช่วยเหลือในการทำพิธีตามความเชื่อ หรือตามคำแนะนำจากหมอดูหรือบุคคลที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเคารพเชื่อถือนั่ง คำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “...อยากไปดูมอยามที่เมื่อยบ่มีแสง กะย่านตาย...” (ผู้ป่วย, อายุ 42 ปี) และ “...อยากให้ลูกพาไปเบ็งมอว่าเป็นหยังจังเจ็บออด ๆ แอด ๆ...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี)

## 2.4 ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม

### 2.4.1 ปัญหาด้านสังคม

1) ผู้ป่วยขาดผู้ดูแล ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว กลุ่มผู้ป่วยที่มีความพิการ เป็นกลุ่มหนึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงบริการเนื่องจากผู้ดูแลไม่มีความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ ไม่มีความรู้เรื่องการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องอันเนื่องมาจากไม่สามารถเข้ามารับบริการด้วยตนเองจำเป็นต้องพึ่งพิงญาติผู้ดูแลสังคม ชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ พามารับบริการ บางรายจัดยารับประทานเองไม่ได้จะต้องมีคนคอยดูแลใกล้ชิด ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...ถ้าเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินจักลีเฮ็ดจังได้ลูกหลานอยู่กรุงเทพกว่าลีมา...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

2) ผู้ป่วยไม่มีคนพาไปโรงพยาบาล สภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย และไม่สามารถจะบำบัดความต้องการทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนเป็นเหตุให้บุคคลนั้นมีสภาพความเป็นอยู่ต่ำกว่าที่สังคมวางไว้ ผู้ป่วยบางรายอาศัยอยู่คนเดียว บางรายอาศัยอยู่กับสามีภรรยา ที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน ทำให้การเข้าถึงเมื่อมีเหตุฉุกเฉินการเคลื่อนย้ายเข้ารับบริการล่าช้า จำเป็นต้องอาศัยชุมชนสังคมเข้ามาให้การช่วยเหลือ ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...ในหมู่บ้านบ่มีรถรับส่งผู้ป่วย มีแต่รถไทรรถมัน คือจังผมบ่มีรถผมกะจักลีเฮ็ดจังได้...” (ผู้ป่วย, อายุ 64 ปี)

### 2.4.2 ความต้องการการดูแลด้านสังคม

1) ผู้ป่วยและญาติต้องการความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ กรณีพิการ เพื่อสนับสนุนในการทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบอาชีพ ได้รับสิทธิประโยชน์กรณีมีความพิการขึ้นทะเบียนผู้พิการ รับสวัสดิการที่พึงได้ ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...ต้องการรถเข็นหรือไม้เท้า สามขา ลีชา ชาเดียว ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

2) ผู้ป่วยต้องการให้มีชมรม หรือกลุ่มเพื่อน สำหรับพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันในกลุ่มผู้ป่วย ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...อยากให้หมู่ไปเล่นหน้าเพนหมักมัน จังได้บู้ฮู้ ฮู้แต่ว่าถ้าหมู่ไปกะเหงา...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี) และ “...อยากมีชมรมเพื่อให้ผู้ป่วยความดัน และหลอดเลือดหัวใจได้มาคุยกันจะได้บ่คิดมาก สิได้มีเพื่อนสิได้บ่ได้อยู่แต่ในบ้าน...” (ผู้ป่วย, อายุ 69 ปี)

3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการบริการรับส่งกรณีฉุกเฉินที่รวดเร็วมีผู้ประสานส่งต่อจัดตั้งสถานที่ปฏิบัติการให้ชัดเจน เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินในชุมชนสามารถเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลได้ทันที ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อยากได้บริการรับส่งเมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉินแล้วเรียกใช้ได้เลย...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...อยากให้มีเบอร์โทรศัพท์แจ้งเหตุฉุกเฉินติดตามได้ทุกเวลา...” (ผู้ดูแล, อายุ 25 ปี), “...ผมอยากให้มีการจัดตั้งจุดแจ้งประสานในหมู่บ้านของเขาเอง...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...อยากมีผู้ที่สามารถติดต่อได้ตลอดเวลาเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน...” (ผู้ดูแล, อายุ 38 ปี), “...แม่คนกะพ่อใหญ่ แม่ใหญ่ลาวเป็นหยัง ลาวบ่มีรถเฮากะเอารถรับส่งไป...” (ผู้ดูแล, อายุ 25 ปี), “...โทรไปจุดเดียวให้มาเลยและอยากให้แจกเบอร์โทรศัพท์ติดต่อรถรับส่งไว้...” (ผู้ดูแล, อายุ 52 ปี), และ “...อยากให้มีรถกรณีฉุกเฉิน คีตเห็นผู้ที่บ่รถมี...” (ผู้ดูแล, อายุ 25 ปี)

4) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการเครื่องวัดความดันในหมู่บ้านสำหรับวัดเฝ้าระวังภาวะสุขภาพด้วยตนเอง ลดภาระและไม่ต้องรอวัดกับเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อยากได้เครื่องวัดความดันในชุมชนยุบค๊ะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 40 ปี)

## 2.5 ปัญหาและความความต้องการการดูแลด้านการบริการสุขภาพ

### 2.5.1 ปัญหาด้านการบริการสุขภาพ

1) ความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เกิดความไม่พึงพอใจขึ้นมาและอาจก่อให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้ง การรักษาที่ไม่ต่อเนื่องดังคำพูดที่กล่าวว่า “...เวลาเขาป่วยมา พ้อพยาบาลเว้าบ่ม่วน พออยากเอาเก้าอี้หุบพุ้นหละ...” (ผู้ป่วย, อายุ 65 ปี)

2) ปัญหาคุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การให้บริการผู้ป่วยแล้วไม่สามารถบอกหรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวได้ ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...อสม. เพนดูแลในพื้นที่ทุกคน แต่มีความรู้ในเรื่องการดูแลคนป่วยความดัน และหลอดเลือดหัวใจน้อยเพนสิเว้าแนะนำถูกต้อง ....” (ผู้ดูแล, อายุ 44 ปี)

เครื่องวัดความดันโลหิตที่ไม่ได้รับการตรวจสอบคุณภาพไม่มีผู้รับตรวจซ่อมบำรุง ดังคำพูดที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลกล่าวว่า “...เรื่องการตรวจเช็คความดันนะกะ เขาบ่มีเครื่องวัดความดัน...” (ผู้ดูแล, อายุ 35 ปี), “...อยากเสนอเรื่องเครื่องวัดความดัน มีให้ประจำหมู่บ้านแต่เป็น

เครื่องที่เก่า บางทีจะต้องซื้อถ่านวัดไปไม่ทำงาน วัดได้จักเทือ คนใช้รำคาญ...” (ผู้ดูแล, อายุ 44 ปี) และ “...มีเครื่องวัดความดันอยู่แต่มันเพ...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี)

3) ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยขาดการจัดการประสานส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การสื่อสารส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจะต้องผ่านมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก่อนจะลงมาถึงชุมชน จึงจะได้รับความมั่นใจและความเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังคำพูดที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “...บู้ข้อมูลผู้ป่วยกะยกเว้นแต่เพื่อนแจ้ รพสต.มา แล้ว รพสต.แจ้จอสมา มาแล้วจั้งฮู้...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี) และ “...คนใช้กะบ่ค่อยบอกว่าป่วยเป็นหยัง...” (ผู้ดูแล, อายุ 35 ปี)

4) ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านไม่เพียงพอ ตามสภาวะการเจ็บป่วย เพื่อเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออยู่ที่บ้าน ก่อนถึงวันนัดรับบริการในสถานบริการ ดังคำพูดของผู้ป่วยที่กล่าวว่า “...เจ้าหน้าที่ อนามัย หรือทาง รพ กะบ่ไปจั้งเถือ มีแต่อสม...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

### 2.5.2 ความความต้องการการดูแลด้านการบริการสุขภาพ

1) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการ บริการที่ประทับใจ จากเจ้าหน้าที่ ด้วยคำพูดจาที่ไพเราะกริยาทำทางที่เป็นมิตรเอื้ออาทร ไม่แสดงอารมณ์ขณะให้บริการผู้ป่วย ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...อยากให้พูดดีทำดีกับผู้ป่วยคับในโตผู้ป่วยก็มีอารมณ์อยากให้พูดดีทำดีหน้าครับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการได้รับการเยี่ยมบ้าน เพื่อสอบถามภาวะสุขภาพเสริมสร้างกำลังใจเมื่ออยู่ที่บ้าน บางคนต้องการ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ บางคนต้องการ 1 เดือนต่อสัปดาห์ ดังคำพูดของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่กล่าวว่า “...ต้องการให้เข้าไปถามไถ่ทุกซัซซ เยี่ยมยามดูแลที่บ้าน...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี) “...อยากให้ อสม.มาเบิ่งถี่ ๆ มาให้กำลังใจเยี่ยมยามถามข่าวอาทิത്യละเอียดครับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...อยากให้ไปเยี่ยมสัเดือนนั้นแหละได้กะดี...” (ผู้ป่วย, อายุ 42 ปี), “...อยากให้แต่ไปวัดความดันเดือนหนึ่งเถือหนึ่งกะหยังดีครับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 53 ปี), “...อยากให้ทางโรงพยาบาล อนามัย ไปเยี่ยมยามถามไถ่...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี), “...ถ้าคนใช้ติดเตียง แสงอยากให้ไปเยี่ยมดู...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี), “...อยากให้เยี่ยมเบ็ดนั้นแหละครับ...” (ผู้ป่วย อายุ 67 ปี), “...ผู้ป่วยที่หนักอยากให้เป็นอันดับหนึ่งที่จะต้องไปเยี่ยม คือคนไข้บางคนกะอยู่บนเตียงนะคับ กระรถเข็นคับ ที่เหลือกะมาหาคูมหมองเองนะคับ...” (ผู้ป่วย, อายุ 42 ปี) ; “...อีกกรณีคือกรณีบ่มีรถไปมามาก ไปไปได้บุตรหลานไปกรุงเทพมีคนพามาหาหมอง จังลิณะครับอยากให้ไปเยี่ยม พอเห็นว่าหมองกะมา อสม.กะมามีกำลังใจ พอให้ได้ว่า หมองกะบ่ได้ถิมเฮาเด้หละ...” (ผู้ป่วย, อายุ 57 ปี)

3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการให้มีบริการวัดความดันที่บ้านพร้อมทั้งสามารถแปลผลค่าความดันโลหิตได้เอง ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...อยากให้มีการวัดความดันแล้วกะฮู้หน้าว่าตีรีบตีกะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี)

4) ผู้ดูแลต้องการให้มีการส่งต่อข้อมูลทางไลน์ เนื่องจากมีความเร็วและสะดวกกว่าทางอื่น ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...อยากให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกะส่งทางไลน์ หอดไวกว่าอันอื่นค่ะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 49 ปี), “...อยากอยู่เร็วอยู่ถ้าเป็นหนัก ต้องการอยู่ข้างสารให้มันเร็วค่ะแจ้งตรงเลยคะคือใช้เลือดออกเลยคะ...” (ผู้ดูแล, อายุ 45 ปี) และ “...อยากให้รู้คับ คือเพิ่มอยู่เร็วแรงแสมนิเพิ่มกะลิงบันทึกลแล้วกะออกเยี่ยมติดตามครบ อันนี้ผมกะอยากให้รู้คือกัน...” (ผู้ป่วย, อายุ 67 ปี)

## ตอนที่ 2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

### 2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 91.67 (จำนวน 11 คน) และเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 8.33 (จำนวน 1 คน) มีอายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 (จำนวน 4 คน), ช่วงอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 (จำนวน 4 คน) รองลงมา ช่วงอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 (จำนวน 2 คน) และช่วงอายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.67 (จำนวน 2 คน) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 91.67 (จำนวน 11 คน) และระดับปริญญาโท ร้อยละ 8.33 (จำนวน 1 คน) ตำแหน่งส่วนใหญ่ เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 91.67 (จำนวน 11 คน), แพทย์ปฏิบัติการ ร้อยละ 8 (จำนวน 1 คน) ประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ในการทำงานส่วนใหญ่ 11-15 ปี ร้อยละ 33.30 (จำนวน 4 คน) รองลงมา เป็น 21-25 ปี ร้อยละ 25.00 (จำนวน 3 คน), 1-5 ปี ร้อยละ 16.70 (จำนวน 2) 6-10 ปี ร้อยละ 16.70 (จำนวน 2) และ 16-20 ปี ร้อยละ 8.30 (จำนวน 1 คน) ตามลำดับ

### 2.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

การสนทนากลุ่มทีมพัฒนารูปแบบผู้วิจัยได้มีการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ในชุมชนและผลการสนทนากลุ่มในเรื่องปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จากการสนทนากลุ่มทีมพัฒนารูปแบบ มีความเห็นด้วยกับปัญหาและความต้องการที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มีบางประเด็นที่เพิ่มมาเพื่อให้รูปแบบสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...ความจำเป็นของผู้ป่วยและผู้ดูแลควรที่ควรนำไปพิจารณาเพิ่มเติมเนื่องจากบางอย่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ทราบว่าเป็นสิ่งจำเป็นเช่น การตรวจสุขภาพประจำปี ข้อควรเฝ้าระวังของการใช้ยา



...” (พยาบาลวิชาชีพที่เป็นเลขานุการทีมดูแลผู้ป่วย) มีประเด็นที่มีความแตกต่างกัน ในการเข้าไปจัดการรายกรณี นำเสนอให้เข้าไปจัดการในส่วนที่สาธารณสุขสามารถเข้าไปจัดการได้ ในส่วนอื่นที่ไม่สามารถสนับสนุนได้ให้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าไปช่วยบริหารจัดการต่อไป เช่น ารรับส่งผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ควรได้รับความรู้และติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดที่บ้าน ทีมดูแลสุขภาพในชุมชน ควรได้รับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยรวดเร็ว และเตรียมการดูแลร่วมกัน ตามรายกรณี ไม่ควรเหมารวม เพราะแต่ละคนไม่เหมือนกัน ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...การจัดการรายกรณีเราควรมีการประเมินปัญหาและความต้องการรายกรณี เพื่อส่งต่อและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ...” (พยาบาลวิชาชีพประจำห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน) นอกนี้แล้วพยาบาลวิชาชีพยังขาดความมั่นใจในการตัดสินใจให้การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ดังคำพูดที่กล่าวว่า “...พยาบาลเองทำงานหลากหลาย ยังไม่มั่นใจในทักษะการตรวจประเมินและตัดสินใจว่ากรณีผู้ป่วยที่พบนี้จะต้องให้การดูแลต่อในชุมชนเฝ้าระวังอย่างไร หรือส่งต่อไปพบแพทย์ น่าจะมีการฟื้นฟูอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ก่อนเริ่มดำเนินงาน...” (พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ชุมชนแต่ละแห่งให้ความสำคัญที่ต่างกัน บางแห่งต้องการให้ดำเนินการเหมือนกันหมด อย่างไรก็ตามบางแห่งยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงาน เนื่องจากมีปัญหาเรื่องบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บางแห่งสามารถบูรณาการไปกับงานอื่นได้ จึงได้มีผลการสรุปของการสนทนาดังต่อไปนี้

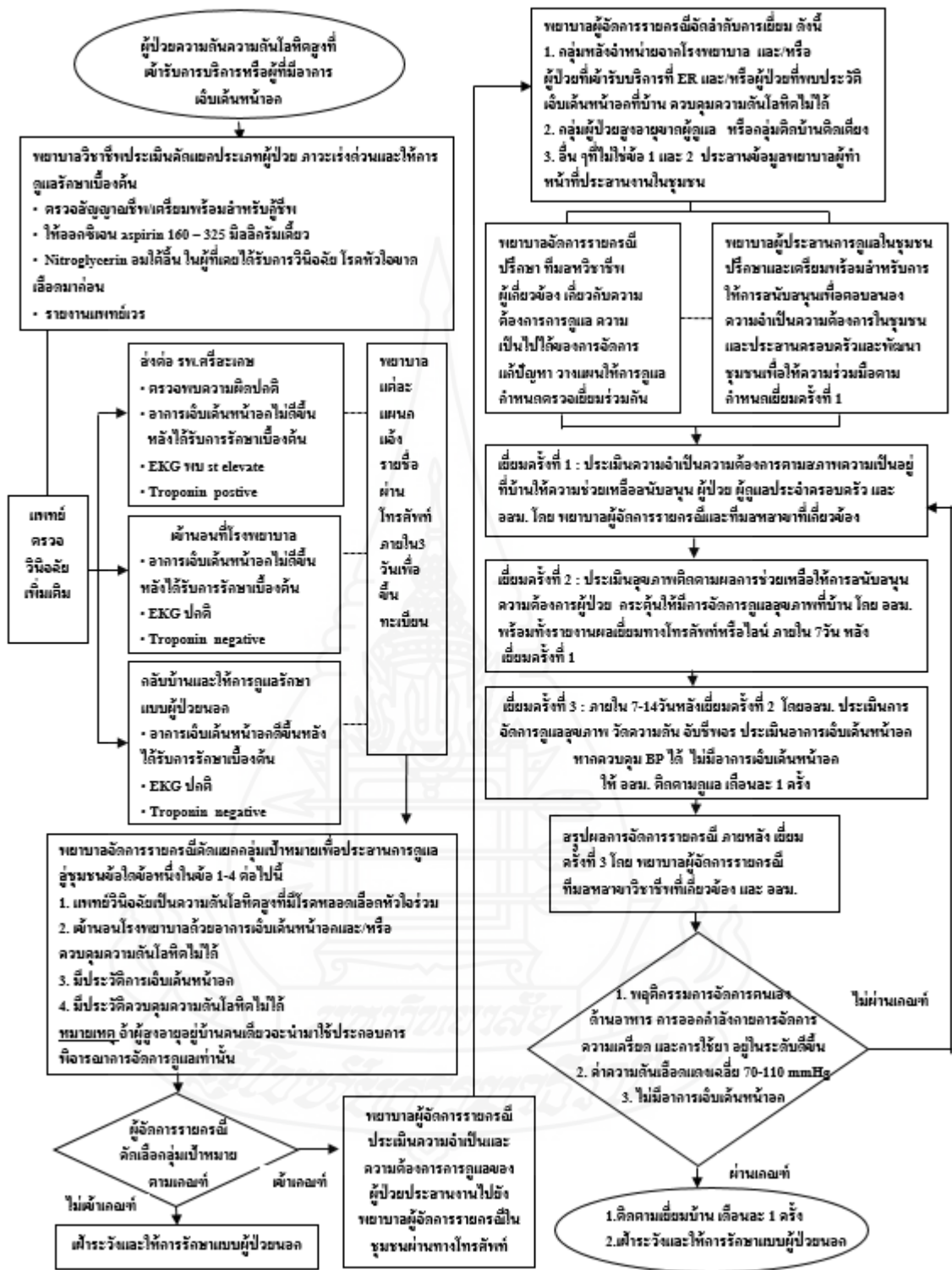
**2.2.1 การระบุประชากรเป้าหมายเพื่อการจัดการรายกรณี (Define target populations for case management)** ประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วมทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยไม่มาก ยกเว้นในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ให้พิจารณาจัดลำดับคัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ/หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก (chest pain) และ/หรือ ประวัติควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (uncontrolled BP) ที่บ้าน ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว ผู้ป่วยที่เข่าไม่ถูก อ่านหนังสือไม่ออก

**2.2.2 การระบุพื้นที่เป้าหมาย (Define target area)** เป้าหมายในอำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ พื้นที่ที่มีจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีเงื่อนไขตามการระบุ ซึ่งในการดำเนินการจะต้องสอบถามถึงความพร้อมของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ดังกล่าวด้วย ความพร้อมในด้านบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม ในการสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ทุกพื้นที่ให้คำตอบว่ายินดีเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ เนื่องจากบุคลากรทรัพยากรและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินรูปแบบฯ สามารถบูรณาการจากงานที่ทำประจำได้



**2.2.3 ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร (Agree on design structure for areas selection)** ในการกำหนดโครงสร้างของพื้นที่ที่เลือกสรรหรืออำเภออย่างชุมชนน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ทีมพัฒนาได้กำหนดองค์ประกอบของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมประกอบด้วย แพทย์ที่รับผิดชอบให้การรักษาเฉพาะความดันโลหิตสูง เภสัชกร พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พยาบาลประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พยาบาลประจำแผนกหอผู้ป่วยใน นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลครอบครัว และนักพัฒนาชุมชน ซึ่งแต่ละคนควรมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบดังต่อไปนี้





ภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อการประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

จากภาพที่ 4.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อการประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มการประสานส่งต่อข้อมูลการดูแล กลุ่มการจัดการรายกรณีที่บ้านและชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 1) กลุ่มโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่ผ่นเข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน หรือแผนกผู้ป่วยนอก หรือแผนกผู้ป่วยใน เมื่อพยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกให้บริการผู้ป่วยดังกล่าวทำหน้าที่ประเมินคัดแยกประเภทผู้ป่วย ตามระดับภาวะความรุนแรงด่วนและให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามสภาพของผู้ป่วย ได้แก่ ตรวจสอบสัญญาณชีพเตรียมพร้อมสำหรับกู้ชีพ ให้ออกซิเจน แอสไพริน 160-325 มิลลิกรัม เคี้ยว Nitroglycerin อมใต้ลิ้น ในผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัย โรคหัวใจขาดเลือดมาก่อนรายงานแพทย์เวร

#### 2) กลุ่มจำแนกประเภทผู้ป่วย

เมื่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยตามประเภทและสภาพของผู้ป่วย ดังนี้

(1) กรณีส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ เมื่อตรวจพบความผิดปกติ อาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้นหลังได้รับการตรวจรักษาเบื้องต้น ตรวจ EKG พบ ST elevate หรือ ST depression หรือ LBBB ผล Troponin T positive

(2) กรณีรับเข้านอนที่โรงพยาบาล เมื่ออาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้น ภายหลังได้รับการรักษาเบื้องต้น EKG ปกติ Troponin T negative

(3) กรณีที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา แล้วอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ดีขึ้นหรือไม่ มีภายหลังได้รับการรักษาเบื้องต้น EKG ปกติ Troponin T negative ให้กลับบ้านและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

พยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการแต่ละแผนกแจ้งรายชื่อและข้อมูลการดูแลผ่านทางโทรศัพท์ภายใน 3 วันเพื่อขึ้นทะเบียนกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

#### 3) กลุ่มประสานส่งต่อข้อมูลประสานส่งต่อข้อมูลการดูแล

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะต้องประเมินว่าผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ กรณีที่ผู้ป่วยเข้าตามเกณฑ์จะนำข้อมูลมาขึ้นทะเบียนผู้ป่วย มีการประเมินความจำเป็นความต้องการการดูแลเพื่อจัดการรายกรณี พร้อมทั้งจัดลำดับการเยี่ยม ดังนี้ 1) กลุ่มหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ/หรือผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและ/หรือผู้ป่วยที่พบประวัติ chest pain ที่บ้าน 2) กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุขาดผู้ดูแล หรือกลุ่มติดบ้านติดเตียง 3) อื่น ๆ ที่ไม่ใช่ข้อ 1 และ 2 ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดวันเวลาที่ตรวจสอบร่วมกัน หลังจากนั้น

พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการสนับสนุนเพื่อตอบสนองความจำเป็นความต้องการในชุมชน และประสานครอบครัวและพัฒนาชุมชน เพื่อให้ความร่วมมือในการสนับสนุนดูแลผู้ป่วยต่อไป กรณีไม่เข้าตามเกณฑ์ จัดให้บริการเฝ้าระวังและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

#### 4) กลุ่มการจัดการรายกรณีที่บ้านและชุมชน

ผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดให้บริการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนจะได้รับการจัดการรายกรณีภายใน 1 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

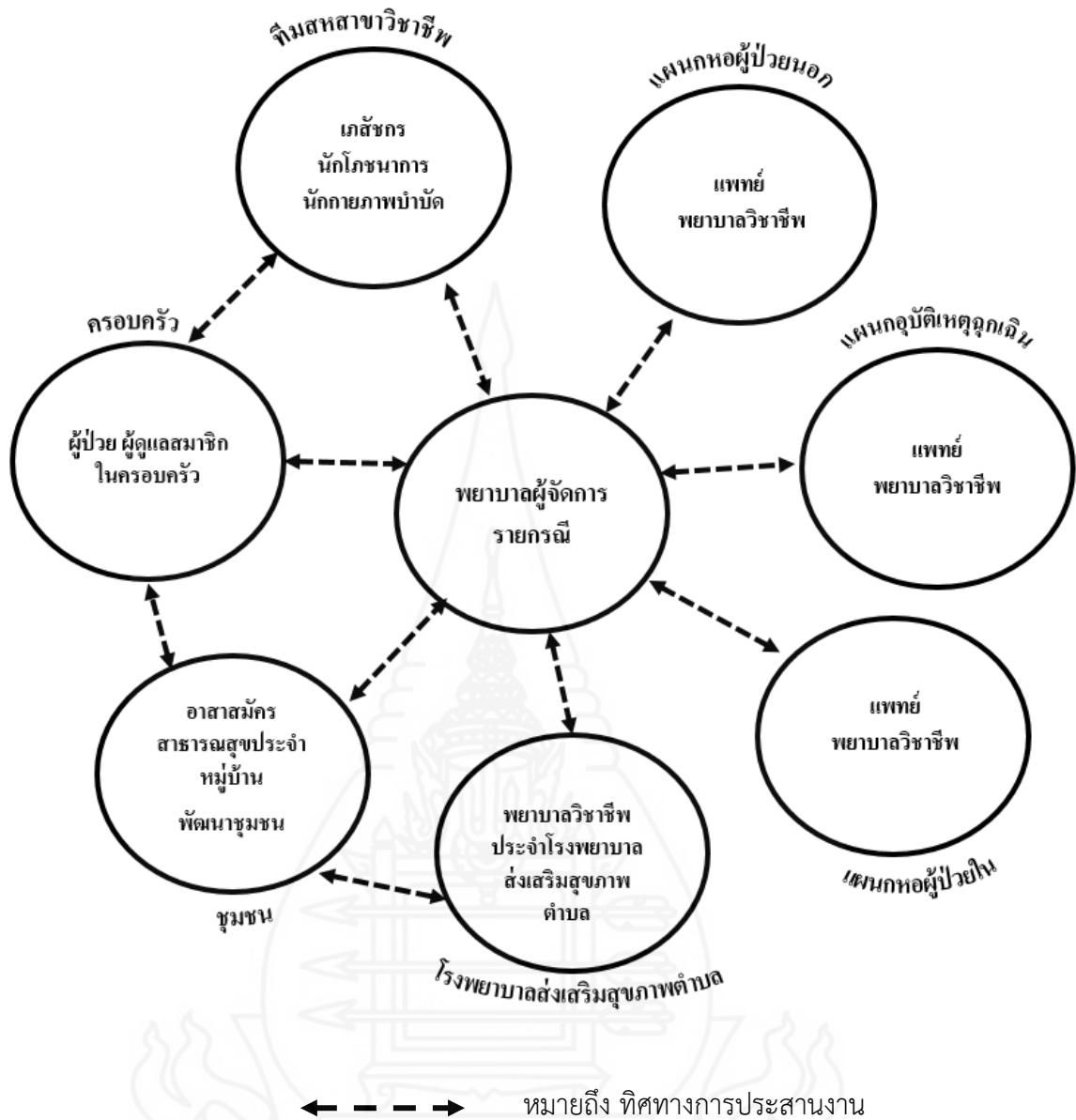
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เพื่อตรวจประเมินความจำเป็นความต้องการตามสภาพความเป็นอยู่จริงที่บ้านให้ความช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ป่วย ผู้ดูแลและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แล้ว 7 วัน เพื่อประเมินสุขภาพติดตามผลการช่วยเหลือให้การสนับสนุนความต้องการผู้ป่วย กระตุ้นให้มีการจัดการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมทั้งรายงานผลเยี่ยมตามแบบบันทึก หากมีอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลจัดการรายกรณีประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ทางโทรศัพท์หรือไลน์

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 หลังจากเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 แล้ว 7-14 วัน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ตรวจวัดความดันโลหิต จับชีพจร สอบถามประเมินอาการเจ็บเค้นหน้าอก หากควบคุมความดันโลหิตได้

หลังจากนั้นพยาบาลวิชาชีพผู้จัดการรายกรณี ประเมินพฤติกรรมจัดการรายกรณี วัดความดันโลหิต ประเมินอาการเจ็บเค้นหน้าอก สรุปผลการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อพิจารณาตามเกณฑ์การจัดการรายกรณีหากผ่านตามเกณฑ์เงื่อนไข ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น ควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการเจ็บเค้นหน้าอกใน 1 เดือนที่ผ่านมา ให้ติดตามเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เฝ้าระวังและให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก หากยังไม่ผ่านเกณฑ์นำเข้าสู่ระบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

#### 2.2.4 การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน (Form collaborative practice group)



ภาพที่ 4.2 การประสานส่งต่อการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

จากภาพที่ 4.2 ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อประสานส่งต่อข้อมูล มีการสื่อสารทิศทางเดียวกันและให้การเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมต่อเนื่อง การประสานส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลในชุมชนโดยอาศัยกลุ่มประสานส่งต่อข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 4.2 ดังนี้



ตารางที่ 4.2 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายการณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
1	การตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษา วางแผนการ รักษาต่อเนื่อง	✓ แพทย์							
2	ซักประวัติ การเจ็บเค้นหน้าอก ปฐมพยาบาล เบื้องต้นตามแนวทางการรักษาประสานแพทย์ เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติม	✓ แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓		
3	ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินความจำเป็น ความต้องการรายการณี และพฤติกรรมดูแลของ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม และผู้ดูแลที่เข้ามาใช้บริการ			✓					
4	ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือด หัวใจร่วมความหมายสาเหตุ อาการการรักษา และความรุนแรงโรค	✓ แพทย์	✓	✓	✓	✓	✓		

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายกรณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
5	ประสานงานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่าง ต่อเนื่อง		✓	✓	✓		✓		
6	ประเมินความถูกต้องในการใช้ยาความดันและยา โรคหลอดเลือดหัวใจ	✓ เภสัชกร							
7	ให้คำแนะนำเรื่องอาหารและการประกอบอาหาร สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือด หัวใจร่วมและผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และวัยของผู้ป่วย	✓ นัก โภชนาการ							
8	ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับผลของการควบคุมน้ำหนัก ต่อความดันโลหิตให้คำปรึกษาเรื่องการลดน้ำหนัก	✓ นัก โภชนาการ							

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายกรณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
9	ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับผลของการเลิกดื่ม แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เครื่องดื่มผสมคาเฟอีน		✓			✓			
10	สอนสาธิตการจับชีพจรและให้คำปรึกษาเรื่องการ เฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติเมื่อต้องใช้กำไลหรือ ออกกำไลกายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรค หลอดเลือดหัวใจร่วม และญาติ หรือผู้ดูแล	✓ นัก กายภาพบำบัด							
11	ประเมินการใช้กำไล ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการ ออกกำไลกาย ประโยชน์และพฤติกรรมในการออก กำไลที่เหมาะสมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรค หลอดเลือดหัวใจร่วม	✓ นัก กายภาพบำบัด							

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคมะ เร็งติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายกรณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
12	ประชุมปรึกษาหารืออภิปรายปัญหาและวางแผนการ รักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	✓				✓	✓		
13	เยี่ยมบ้านพร้อมกับพยาบาลผู้จัดการรายกรณี พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง							✓	✓
14	ประเมินปัญหาความต้องการด้านสังคม และ สภาพแวดล้อมของครอบครัวชุมชน						✓		
15	รับข้อมูลผู้ป่วยเพื่อประสานการดูแลจากผู้จัดการ รายกรณี						✓	✓	✓
16	ประสานส่งต่อข้อมูลไปยังอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และพัฒนาชุมชนประจำตำบล					✓	✓		

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคมะ เร็งติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายกรณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
17	ให้ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน การสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น เมื่อมีอาการเจ็บคั่นหน้าอก					✓	✓	✓	✓
18	ให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องอุปกรณ์และการจัดสภาพแวดล้อมสำหรับดูแลสุขภาพและตอบสนองความจำเป็นตามความต้องการของผู้ป่วย	✓ นัก กายภาพบำบัด				✓			✓
19	ประเมินการภาวะสุขภาพพฤติกรรมดูแลตนเองและความต้องการ					✓	✓		

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ



ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ที่	กิจกรรม	แพทย์/ เภสัชกร/ กายภาพบำบัด /นักโภชนาการ	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยนอก/ คลินิกโรคมะ เร็งติดต่อเรื้อรัง	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วย ฉุกเฉิน	พยาบาล แผนกหอ ผู้ป่วยใน	พยาบาล ผู้จัดการ รายกรณี	พยาบาล โรงพยาบาล ส่งเสริม สุขภาพ ตำบล	ครอบครัว	ชุมชน
20	ช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องการดูแลสุขภาพ และทำกิจวัตรประจำวันตามความต้องการของ ผู้ป่วย สังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขปัญหา เบื้องต้น					✓	✓		✓
21	ประสานส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านกับ พยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล					✓			
22	เฝ้าระวังสังเกตความผิดปกติของผู้ป่วย		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23	เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล สรุปปัญหาผลการ ดูแลความดันโลหิตสูงและผู้ดูแล					✓	✓		

หมายเหตุ เครื่องหมาย ✓ คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน (Form collaborative practice group) จะเห็นว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน จะต้องอาศัยความร่วมมือจาก 5 ทีมหลัก นั่นคือ ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมผู้ให้บริการในแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล ทีมพยาบาลผู้ประสาน/ผู้จัดการรายกรณี ทีมผู้ดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมผู้ดูแลในครอบครัว และทีมผู้ดูแลในชุมชน ทั้งนี้จะทำให้การจัดการรายกรณีสำเร็จตามเป้าหมายได้ จะต้องอาศัยการสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างทีมแต่ละทีม โดยอาศัยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานความร่วมมือให้มารวมกันเป็นหนึ่งเดียว และเข้าใจในเป้าหมายการจัดการรายกรณีตรงกัน

**2.2.5 การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ (Choose benchmarks)** รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ควรมีการเลือกตัวชี้วัดก่อนและหลังดำเนินการเพื่อใช้ในการประเมินผลรูปแบบฯ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้รับผิดชอบ โดยมีตัวชี้วัด ได้แก่

- 1) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดและการใช้ยา
- 2) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย



### ตอนที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ภายหลังจากที่ได้มีการพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วม จึงได้มีการนำรูปแบบดังกล่าวไปทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบมีผลดังต่อไปนี้

#### 3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ (Collect preimplementation data)

การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการตามรูปแบบจะต้องเก็บโดยผู้วิจัย เมื่อได้รับการส่งต่อข้อมูลและพบกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ โดยการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม (ภาคผนวก ง)

#### 3.2 การอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพ (Provide advanced skills and knowledge)

ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องของการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้ป่วย แม้กระทั่งผู้ป่วยเอง ในเรื่องเกี่ยวกับความรู้และพัฒนาทักษะ และวิธีการ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3 ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเป็นพยาบาล 12 คน โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากกรณีตัวอย่างและสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นร่วมกัน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว อบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน 15 คน

ตารางที่ 4.3 ความรู้และทักษะที่พยาบาลวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและ  
ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับ

ที่	ความรู้และทักษะ	วิธีการ	พยาบาล วิชาชีพ	อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำ หมู่บ้าน	ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลใน ครอบครัว
1	ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน	บรรยาย	✓	✓	✓
2	โรคหลอดเลือดหัวใจและ/ หรือ การเจ็บคั้นหน้าอก	บรรยาย	✓	✓	✓
3	การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด สมอง	บรรยาย เรียนรู้จากกรณี ตัวอย่าง	✓	✓	✓
4	การตรวจประเมินคัดแยกประเภท ผู้ป่วย	บรรยาย เรียนรู้จากกรณี ตัวอย่าง	✓	✓	
5	การให้การวินิจฉัยการตัดสินใจให้การ ดูแล และการคัดแยกประเภทความ รุนแรงผู้ป่วย	บรรยาย เรียนรู้จากกรณี ตัวอย่าง	✓		
6	ขั้นตอนการประสานส่งต่อข้อมูลการ ดูแล	บรรยาย	✓	✓	
7	การเฝ้าระวังวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดปกติ เจ็บคั้น หน้าอก	บรรยาย เรียนรู้จากกรณี ตัวอย่าง	✓	✓	✓
8	การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	✓	✓	✓
9	การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง	บรรยาย ฝึกปฏิบัติ	✓		
10	การปรับพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย	บรรยาย	✓	✓	✓
11	การใช้อาหารเมื่อมีอาการฉุกเฉิน	บรรยาย	✓	✓	✓
12	การจับชีพจร	ฝึกปฏิบัติ	✓	✓	✓
13	การวัดความดันโลหิต	ฝึกปฏิบัติ	✓	✓	✓

### 3.3 การดำเนินการตามรูปแบบ (Implement model)และการประเมินผลรูปแบบ (Evaluate model)

เมื่อดำเนินการตามขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดแล้ว เริ่มจากการประสานงานตามขั้นตอน การเตรียมรูปแบบ เตรียมความพร้อมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ด้วยการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพ ซึ่งแจงอธิบายขั้นตอนของรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ก่อนดำเนินการตามรูปแบบ ผลการดำเนินการตามรูปแบบมีรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.3.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม นับถือศาสนาพุทธ มีระดับการศึกษาประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกร และสิทธิการรักษาใช้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหมือนกันทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) เพศหญิง ร้อยละ 40 (จำนวน 2 คน) มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 80 (จำนวน 4 คน) อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1000 บาท ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) รายได้ 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) รายได้ 3,001-4000 บาท ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลักเป็นภรรยาหรือสามี ร้อยละ 80 (จำนวน 4 คน) เป็นบุตร/หลาน ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) ผู้ประกอบอาชีพให้รับประทานเอง ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) ภรรยา/สามีเป็นผู้ประกอบอาชีพให้รับประทาน ร้อยละ 40 (จำนวน 2 คน) ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ร้อยละ 80 (จำนวน 4 คน) ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน)

#### 3.3.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) 1-5 ปี ร้อยละ 60 (จำนวน 1 คน) 11-15 ปี ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) 1-5 ปี ร้อยละ 60 (จำนวน 2 คน) ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 40 (จำนวน 2 คน) ภายหลังใช้รูปแบบพบว่า กลุ่มตัวอย่างดื่มเครื่องดื่มชูกำลังลดลงเหลือ ร้อยละ 40 (จำนวน 2 คน) ไม่ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทั้งก่อนและหลังใช้รูปแบบ ให้ประวัติมีอาการเจ็บหน้าอกจนต้องอมยาใต้ลิ้นในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) ไม่มีอาการ ร้อยละ 40 (จำนวน 2 คน) ต่อเดือน มีอาการเจ็บหน้าอกจนต้องอมยาใต้ลิ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีอาการ ร้อยละ 60 (จำนวน 3 คน) มีอาการ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) มีอาการ



มากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 20 (จำนวน 1 คน) ภายหลังใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีอาการเจ็บ  
 เค้นหน้าอกจนต้องอมยาใต้ลิ้นเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 (จำนวน 4 คน) มีอาการ 1-5 ครั้ง ร้อยละ 20  
 (จำนวน 1 คน)

**3.3.3 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง** กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี  
 โรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่  
 ชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือด  
 หัวใจร่วมก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจาก  
 โรงพยาบาลสู่ชุมชน (n=5)

พฤติกรรม การจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ			Wilcoxo n value	Wilc oxon prob
	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	ค่า เฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ		
ด้านการรับประทานอาหาร	3.52	.23	มาก	3.84	.22	มาก	1.219	.11
ด้านการออกกำลังกาย	2.53	.44	ปาน กลาง	3.61	.36	มาก	3.023	.02*
ด้านการจัดการ ความเครียด	3.50	.16	ปาน กลาง	4.33	.20	มาก	1.625	.05*
ด้านการใช้จ่าย	3.71	.45	มาก	4.66	.22	มาก ที่สุด	1.219	.11
รวม	3.31	.20	ปาน กลาง	4.12	.16	มาก	2.032	.02*

\* $p < .05$

จากตารางที่ 4.4 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแล  
 จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารใน  
 ระดับมาก ภายหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและ  
 หลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า ภายหลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของ  
 พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหาร ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ )

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการออกกำลังกายดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ภายหลังจากใช้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองด้านการใช้จ่ายดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองก่อนใช้รูปแบบอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังจากใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า หลังใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

#### 3.4 ส่วนที่ 4 ข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

การเปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสุ่มชน แสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อ  
 ประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง  
 ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม (n=5)

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ	Wilcoxo n value	P - value
ก่อนใช้รูปแบบ	97.46	8.41	มาก	.135	.44
หลังใช้รูปแบบ	96.76	9.39	มาก		

\* $p < .05$ \*

จากตารางที่ 4.5 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแล  
 จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน มีค่าเฉลี่ยของค่าความดันเลือดแดงก่อนใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก  
 ภายหลังใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้  
 โปรแกรมด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test พบว่า มีค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลัง  
 ใช้รูปแบบอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีความแตกต่างกัน ( $p > .05$ )



## บทที่ 5

### สรุปการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. สรุปการวิจัย

##### 1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

1.1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

1.1.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

##### 1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.2.1 **ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วมและผู้ดูแล จำนวน 22 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง

1.2.2 **ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** ประชากรเป็นแพทย์ทีมดูแลผู้ป่วย (PCT) พยาบาลวิชาชีพในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 23 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ พยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 12 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง

**1.2.3 ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อ  
ประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ร่วม** ประชากรในการศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1) กลุ่มผู้ใช้รูปแบบ ประชากรเป็นแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพใน  
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ตำบล จำนวน 23 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักพัฒนา  
ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มี  
โรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย จำนวน 12 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง

2) กลุ่มผู้ได้รับการดูแลตามรูปแบบ ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือด  
หัวใจร่วมในอำเภอยางชุมน้อย จำนวน 88 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือด  
หัวใจร่วมผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในตำบลบึงบอน อำเภอยางชุมน้อย  
จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 คน ที่ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง

#### **1.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย

1) เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

(1) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการ  
ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม/ผู้ดูแล

(2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณี  
เพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ  
ร่วม

(3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิต  
สูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .94 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .82

(4) เทปบันทึกเสียง

(5) เครื่องวัดความดันโลหิต

2) เครื่องมือดำเนินการวิจัย 3 ประกอบด้วย รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อ  
ประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ที่  
พัฒนาขึ้นจากการสนทนากลุ่ม

#### **1.2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิต  
สูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง จากการสนทนากลุ่ม จำนวน 2  
ครั้ง มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม/ผู้ดูแลเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม จำนวน 22

คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที เมื่อพบว่าข้อมูลมีความอัมต้ววจึงยุติ ถอดเทปและสรุปประเด็นการสนทนากลุ่ม โดยจัดระบบข้อมูลและลงรหัสเนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการรายการกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้ร่วมสนทนากลุ่มพัฒนารูปแบบโดยการสนทนากลุ่มโดยประยุกต์ใช้แนวคิดรูปแบบความร่วมมือในการจัดการรายการกรณี ของ โคเฮนและเคस्ता (Cohen & Cesta, 2005) จำนวน 2 ครั้ง ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 1 ชั่วโมง 30 นาที จนกระทั่งได้ข้อมูลครบทุกองค์ประกอบของการจัดการรายการกรณี

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายการกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ซึ่งผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบโดยการใช้กับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน 5 คน ประเมินรูปแบบโดยการใช้แบบสอบถามก่อนและหลังใช้รูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้น และประชุมสรุปผลการใช้รูปแบบการจัดการรายการกรณีร่วมกับกลุ่มพัฒนารูปแบบ

### 1.2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการใช้สถิติพรรณนา การเปรียบเทียบพฤติกรรมจัดการตนเองก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์โดยการจำแนกชนิดข้อมูล (Typological analysis)

## 1.3 ผลการวิจัย

**1.3.1 การศึกษาปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดในหัวใจร่วม** พบว่ามีปัญหาและความต้องการ ด้านร่างกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร ใจสั่น ปัญหาในการดูแล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องดังกล่าว มีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเครียด อาย วิตกกังวล เหงา น้อยใจ เศร้า ต้องการกำลังใจ ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ผู้ป่วยสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว ต้องการพบหมอ ดู ปฏิบัติตามคำบอกของหมอ ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่คนเดียวขาดคน ไม่คนพาไปโรงพยาบาล รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ความต้องการด้านสังคมคือกลุ่มเพื่อน บริการรับส่งกรณีฉุกเฉินที่รวดเร็วมีผู้ประสานส่งต่อที่ชัดเจน พบปัญหาชัดเจนนอกจากนี้แล้วการบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องพบปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง คุณภาพ



บริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดการประสานส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว

**1.3.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม** พบว่า รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ประกอบด้วย 1) ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วมทุกราย ในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ให้พิจารณาจัดลำดับคัดเลือก ผู้ที่มีประวัติอาการเจ็บแน่นหน้าอก และ/หรือควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เข้ายาไม่ถูก อ่านหนังสือไม่ออก 2) พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ พื้นที่ที่มีผู้ป่วย เจ้าหน้าที่มีความพร้อม การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ 3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มประสานส่งต่อข้อมูลการดูแล กลุ่มจัดการรายกรณีที่บ้านและชุมชน 4) กำหนดองค์ประกอบของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ประกอบด้วย แพทย์เภสัชกร พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกหออผู้ป่วยใน นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลครอบครัว และนักพัฒนาชุมชน 5) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ ได้แก่ ประวัติการเจ็บแน่นหน้าอก พฤติกรรมการจัดการตนเอง ระดับความดันโลหิต 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง ได้แก่ ให้ความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม การประเมินความจำเป็นความต้องการการดูแล การส่งต่อพบแพทย์หรือให้การรักษาเบื้องต้น เรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง พร้อมทั้งอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติ ผักการจับชีพจร การวัดความดันโลหิต การให้การช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น 8) การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ในเขตตำบลบึงบอน อำเภอ양งชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ 9) การประเมินผลรูปแบบ ได้แก่ ประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิต

**1.3.3 การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม**

1) พฤติกรรมการจัดการตนเอง ภายหลังจากใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีกว่าก่อนใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $.05 (p < .05)$

2) ความดันเลือดแดงเฉลี่ย ก่อนใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยเท่ากับ 97.46 อยู่ในระดับปกติ และภายหลังจากใช้รูปแบบฯ ความดันเลือดแดงเฉลี่ยเท่ากับ 96.76 อยู่ในเกณฑ์ปกติเช่นกันซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05 (p > .05)$

## 2. อภิปรายผล

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ผู้วิจัยอภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

### 2.1 ปัญหาและความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

พบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ เบื่ออาหาร ใจสั่น ปัญหาในการดูแล ได้แก่ การรับประทานอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการสังเกตอาการผิดปกติ ผู้ป่วยต้องการความรู้ในเรื่องดังกล่าว

ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งนงภา นวลทิม (2555) จากอุบัติการณ์ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงได้ให้ความสนใจพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน โดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณี พบว่ากลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด การรับประทานยาและการมาตรวจตามนัด เช่นเดียวกับผู้ดูแลขาดความรู้เข้าใจเกี่ยวกับโรคและบทบาทในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญนภา ศรีหิรัญและทิพากร กาญจนราช (2554)พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบมากคือ การ หลงลืมเนื่องจากสูงอายุ และขาดคนคอยเตือนส่วนใหญ่ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับยาของตนเอง

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุมีข้อจำกัดของโรคและความเสื่อมของร่างกาย มีปัญหาเรื่องการบดเคี้ยวและระบบการย่อยอาหาร ประกอบกับการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงกลุ่ม diuretics ซึ่งทำให้ระดับโพแทสเซียมในซีรัมต่ำ เกิดภาวะเลือดมีความเป็นด่างสูง (drug induce metabolic alkalosis) จึงทำให้เกิดการดึงเกลือโพแทสเซียมจากเลือดเข้าสู่เซลล์มากขึ้น โดยไม่มีการสูญเสียเกลือโพแทสเซียมออกจากร่างกาย ทำให้คลื่นไส้ จุกแน่นท้อง เบื่ออาหาร แบบแผนการนอนที่เปลี่ยนไป อีกทั้งเหตุการณ์ที่ตื่นเต้นจากเสียงดัง ร่างกายจะหลั่งสารอะดรีนาลีนหรือเอพิเนฟริน (epinephrine) กระตุ้นการทำงานของระบบซิมพาเทติกซึ่งควบคุมกล้ามเนื้อของผนังหลอดเลือดและกล้ามเนื้อของหัวใจให้ทำงานมากขึ้น กระตุ้นศูนย์ประสานวากัส ทำให้เกิดการขยายและหดตัวของหลอดเลือดส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ประกอบกับการชีวิตที่เร่งรีบ ส่วนใหญ่อยู่กันตามลำพังสามีภรรยาที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกัน ขาดคนดูแลใกล้ชิด ซื่ออาหารสำเร็จรูปรับประทาน เพื่อความสะดวกสบาย ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทผัด ๆทอด ๆ มีการใช้ผงชูรสในการปรุงอาหารเป็นประจำจนเป็นเรื่องธรรมดา ทั้งนี้ผงชูรสจะกระตุ้นกลไกการการหดตัวของหลอดเลือด

ของระบบประสาทส่วนกลาง มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยควบคุมความดันโลหิตได้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลมีความเข้าใจว่า การทำงานของตนเองเป็นการออกกำลังกายไม่จำเป็นจะต้องออกกำลังกายเป็นรูปแบบ บางคนเข้าใจว่าเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ไม่ต้องออกกำลังกายอาจทำให้เกิดอาการเจ็บคั้นหน้าอกขึ้นมาได้ ทั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้พยายามไต่ลื่นประจำตัวจะนำไว้ที่บ้านเนื่องจากอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่มีอาการ

มีปัญหาด้านจิตใจ ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเครียด อาย วิดกกังวล เหงา น้อยใจ เศร้า ต้องการกำลังใจ ปัญหาด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ผู้ป่วยสิ้นหวัง ท้อแท้ ขาดสิ่งยึดเหนี่ยว ต้องการพบหมอ ปฏิบัติตามคำบอกของหมอดู

นอกจากนี้แล้วพบว่าด้านจิตใจและจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่างนั้น มีเครียดวิตกกังวลกับโรคที่เจ็บป่วยและสภาพแวดล้อมในครอบครัว บางคนเครียดมากไม่มีคนคอยพูดคุยให้กำลังใจ เกิดอารมณ์น้อยใจจนซึมเศร้าได้ สิ่งสำคัญคือกำลังใจที่ผู้ป่วยต้องการ นอกจากนี้แล้วพบว่าบางคนอายุที่ตนเองเจ็บป่วย เนื่องจากบทบาททางสังคมทำให้ไม่กล้าบอกว่าเป็นตัวเองป่วย กลัวจะไม่มีคนนับถือ ถูกมองว่าไม่แข็งแรงทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ กำลังใจและความเข้าใจจากคนรอบข้างเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ชอบไปหาหมอดูคนทรงเจ้า คนไทยอีสานเรียก “หมอมอ” นั้นเป็นบุคคลผู้ให้ความหวังปล้ำใจแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้แล้วสังคมแวดล้อมมีความสำคัญในการช่วยเหลือประคับประคองกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่ง ภุชณพพร ทิพกาญจนเรชา (2559) ได้กล่าวไว้ในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิซึมโตรมว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการตนเองได้ตามลำพังต้องการให้มีผู้ดูแล และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับดูแล ทั้งด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี สมาชิกในครอบครัว และผองเพื่อน จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความสุขที่บุตรหลาน สังคมยอมรับ พื้นที่ศึกษาเป็นชนชาวอีสานมีขนบธรรมเนียมอันเดียวกัน นับถือศาสนาพุทธ ไม่มีการแบ่งแยกทางวัฒนธรรม ในชุมชนทุกแห่งมีชมรมสำหรับผู้สูงอายุหรือชมรมภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ตามนโยบาย แต่การดำเนินกิจกรรมไม่ต่อเนื่อง

ปัญหาด้านสังคม ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่คนพาไปโรงพยาบาล รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ความต้องการด้านสังคมคือกลุ่มเพื่อน บริการรับส่งกรณีฉุกเฉินที่รวดเร็วมีผู้ประสานส่งต่อที่ชัดเจน พบปัญหาชัดเจน นอกจากนี้แล้วการบริการด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

ผู้ป่วยสูงอายุต้องการกลุ่มเพื่อน การเอาใจใส่และได้รับการดูแลต่อเนื่อง หากได้รับการกระตุ้นสนับสนุนให้ทำกิจกรรมร่วมกัน จะช่วยส่งเสริมให้เกิดความสัมพันธ์ในกลุ่มที่เหนียวแน่นมากขึ้น ผลที่ตามมาจะเกิดการช่วยเหลือกันเองในกลุ่ม ภุชณพพร ทิพกาญจนเรชา (2559) กล่าวว่า จะต้องดูแลตนเองให้ครองตนเหมาะสมเพื่อศักดิ์ศรีของผู้สูงวัย อยู่ในกรอบวัฒนธรรมให้เป็นที่

เคารพน่าเชื่อถือของคนภายนอก ซึ่งจะเป็นยาบำรุงที่ดีอย่างหนึ่ง เป็นการเยียวยา เพิ่มภูมิคุ้มกัน เสริมสร้างพลังให้ผู้สูงอายุยืนหยัดต่อการมีชีวิตที่ดี ในสังคมได้อย่างสง่างาม การอยู่ร่วมกัน จะเป็น เครือข่ายทางสังคม จะดียิ่งขึ้นหากได้รับการสนับสนุนด้านการบริการสุขภาพต่อไป

พบปัญหาด้านการบริการสุขภาพ ได้แก่ ความไม่พึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง คุณภาพบริการและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ขาดการประสานส่งต่อจาก โรงพยาบาลชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลที่รวดเร็ว

สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพ บรรณทอง (2554) ที่พบว่า การมอบหมายการดูแลผู้ป่วยแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษดา จนวนวันเพ็ญ (2557) ได้ ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พบว่าการดำเนินการยังขาดการประสานและ ส่งต่อระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ จากผลการศึกษานี้มีประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ คุณภาพบริการมาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยไม่ได้ครอบคลุม ขาดการประสานส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านไม่เพียงพอความต้องการ บริการสุขภาพเป็นความคาดหวังของผู้ป่วยต่อ ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ เช่น ต้องการให้เจ้าหน้าที่ แพทย์พยาบาลเยี่ยม พุดจาด้วยความ อ่อนโยน แสดงความห่วงใย เป็นต้น เมื่อไม่ได้รับบริการดังกล่าวทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ อย่างไรก็ตาม ความต้องการความคาดหวังของพยาบาล ภาระงานในแต่ละวันที่ได้รับมอบหมาย ทำให้แสดง พฤติกรรมไม่เหมาะสมออกมา ทำให้เกิดข้อขัดแย้งกับผู้รับบริการได้ องค์กรควรให้ความใส่ใจในความ คาดหวังของผู้ให้บริการเสริมด้วยการอบรมพัฒนาจิตใจและบุคลิกภาพเพื่อตอบสนองความคาดหวัง ของผู้ให้บริการซึ่งจะส่งผลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้เช่นกัน การประสานส่งต่อข้อมูลการ ดูแลระหว่างโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ควรมีการพัฒนาและจัดรูปแบบให้ชัดเจน ครอบคลุมไปถึงชุมชน ในส่วนการเยี่ยมบ้านที่ ไม่เพียงพอความต้องการของผู้ป่วยนั้น จะเห็นว่าการ เยี่ยมบ้านนั้นมุ่งเน้นในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยสัดส่วนเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วย ไม่เพียงพอ การจัดลำดับให้ความสำคัญกับความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะได้รับ ในการลงไปเยี่ยมบ้านก่อนหลัง อย่างไรก็ตามด้วยผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา เป็นสิ่งหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมี ความรู้เกี่ยวกับโรคและได้รับการสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลการดูแลแผนการรักษาบ่อยมักพบว่าระบบการ ดูแลไม่ต่อเนื่องในชุมชน

## 2.2 รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้นได้พัฒนาในเรื่องดังนี้



1) ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วมทุกราย ในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ให้พิจารณาจัดลำดับคัดเลือก ผู้ที่มีประวัติอาการเจ็บเค้นหน้าอก และ/หรือ ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยที่ใช้จ่ายไม่ถูก อ่านหนังสือไม่ออก ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะขาดความเชื่อมั่นในตนเองไม่ทราบว่าเมื่อไหร่อาการเจ็บเค้นหน้าอกจะกำเริบ และหากมีอาการบางคนจะต้องเหมาจ้างรถเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตรงกันข้ามกับบางคนจะไม่สนใจเลยว่าตนเองจะเป็นอย่างไรเมื่อมีอาการจะแล้วแต่โชคชะตา ถ้าไม่ถึงคาดคงไม่เป็นไร ไม่ใส่ใจในการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน (HDC, 2559) ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามหากได้รับการดูแลที่ถูกต้องต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนจะช่วยป้องกันได้ ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจตบสนองนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน (คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ, 2556)

2) พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ทีมดูแลมีความพร้อม ให้การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ ซึ่งเดิมไม่มีการระบุพื้นที่เป้าหมายในการดำเนินงาน หากมีการระบุพื้นที่ชัดเจนจะทำให้ระบบการดำเนินงานชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของ โคเฮนและเคสตา (Cohen & Cesta, 2005) กล่าวว่าหากพื้นที่เป้าหมายดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จสามารถที่จะเป็นต้นแบบให้แห่งอื่นง่ายต่อการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีกลุ่มผู้ป่วยเช่นเดียวกัน

3) ข้อตกลงเกี่ยวกับโครงสร้างของรูปแบบสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาล กลุ่มจำแนกประเภทผู้ป่วย กลุ่มประสานส่งต่อข้อมูลการดูแล กลุ่มจัดการรายกรณีที่บ้านและชุมชน จากเดิมที่ไม่มีการกำหนดข้อตกลงโครงสร้างของรูปแบบที่ชัดเจน หากข้อตกลงชัดเจนจะทำให้การประสานการดูแล สอดคล้องการศึกษาของ กฤษดา จนวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และบุญจง แซ่จิ่ง (2557) ได้พัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน โดยการพัฒนาแบบจะต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบด้วยกัน ดังนี้ (1) องค์ประกอบด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล (2) ด้านผู้ให้บริการหรือทีมสหวิชาชีพ (3) ด้านผู้รับบริการหรือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย (4) ด้านชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน คริมม์และคณะ (Klimmm et al., 2009) ได้ศึกษามุมมองของแพทย์สำหรับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยหัวใจวาย โดยให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจวายปกติ ติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาสุขภาพ เช่นเดียวกันกับที่พยาบาลวิชาชีพเคยปฏิบัติ พบว่าสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดีขึ้น มีผลต่อความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย

4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน ได้แก่ การกำหนดบทบาทหน้าที่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ รุ่งนงภา นวลทิม (2555) ที่ได้พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชน โดยมีทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้มีการให้ความรู้เสริมทักษะการซักประวัติ การตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยและการส่งต่อ แต่ทีมพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วย โดยใช้สถานการณ์กรณีศึกษาให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงบทบาทตนเองออกมาถ้าพบผู้ป่วยที่มาด้วยสถานการณ์ดังกล่าวจะดำเนินการอย่างไร นอกจากนี้แล้วรูปแบบที่พัฒนาขึ้นยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของ โมราเลส-อเซนซิโอและคณะ (Morales-Asencio et al., 2010) เรื่องรูปแบบการจัดการรายกรณีกับโรคเรื้อรัง (หัวใจวายและปอดอุดกั้นเรื้อรัง) รูปแบบที่ใช้มีความเหมือนกันในการตกลงเข้ารับบริการมีการสื่อสารเกี่ยวกับรูปแบบให้ตรงกัน กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมผู้ดูแล และมีการประเมินในการดูแลร่วมกันในทีมผู้ดูแลซึ่งในรูปแบบนี้พัฒนาขึ้น การศึกษาการขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการปรับปรุงการดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วโลก (ใน 50 ปีที่ผ่านมา) (Himmelfarb, Mensah, Baltimore & Atlanta, 2009) ใช้โปรแกรมกิจกรรมช่วยตนเอง มีความคล้ายคลึงกัน โดยพยาบาลมีบทบาทควบคุมการดำเนินงานในแผนกอย่างเป็นทางการเท่าที่จะทำได้ ผู้นำในคลินิกและทีมให้การดูแลของรูปแบบการศึกษาเรื่อง การทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายฝ่ายในการออกแบบ ของการตรวจกระบวนการเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Xie et al., 2015) ใช้แนวคิดเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง มีความเหมือนกันในเรื่องการทำงานร่วมกันโดยทุกคนมีการรับทราบแนวปฏิบัติ โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยผู้ดูแลในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนในการดูแล การวิจัยครั้งนี้ใช้การจัดการรายกรณีที่สุดคล้องกับการจัดการผู้ป่วยด้านสังคมการแพทย์ (Medical social case management) (Finekelman, 2011 อ้างถึงใน อภิญญา จำปามูล, 2558) ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความต้องการการดูแลหลายวิธีการและเสี่ยงต่อการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีการนำทรัพยากรจากชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ใช้บริการเป้าหมายหลักให้ผู้ใช้บริการได้รับการดูแลจากชุมชน ผู้จัดการรายกรณีอาจเป็นพยาบาล แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ หรือสมาชิกในครอบครัว ที่มีความสามารถในการประเมินปัญหาประสานงาน วางแผนการดูแลและติดตามดูแลผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ ซึ่งเดิมไม่ได้มีการเลือกเกณฑ์เทียบเคียงผลลัพธ์ ประไพ บรรณทอง (2550) ได้พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก พบปัญหาขาดการนำข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของผู้ป่วยมาวิเคราะห์หลังใช้โปรแกรมฯ การดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผลลัพธ์ทางคลินิก อัตราผู้ป่วยที่แพทย์ดูแลได้รับผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที และอัตราผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น นั่นจะ



เห็นได้ว่าการเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์มีความสำคัญทำให้สามารถนำมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้นนี้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งได้พิจารณาถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องได้รับ จุดเด่นของรูปแบบมีดังนี้

1) ครอบคลุมเอาแนวคิด Innovative Care for Chronic Conditions (WHO, 2002) ซึ่งตอบสนองนโยบายการจัดการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังนำมาใช้ในรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม เป็นรูปแบบที่มีความเป็นไปได้ มีความเป็นประโยชน์ มีความเหมาะสม มีความครอบคลุมและถูกต้อง มุ่งเน้นระบบการดำเนินงานในระดับผู้ป่วยครอบครัว หรือระดับเล็ก (micro level) ระดับชุมชนมีการบูรณาการและครอบคลุมการดูแล โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ทำให้เกิดการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักพัฒนาชุมชน เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทีมสหสาขาในโรงพยาบาลชุมชน ที่จะพัฒนาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง คริมม์และคณะ (Klimmm et al., 2009) ได้ศึกษามุมมองของแพทย์สำหรับการจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยหัวใจวาย โดยให้แพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจวายปกติ ติดตามทางโทรศัพท์ เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาสุขภาพ เช่นเดียวกันกับที่พยาบาลวิชาชีพเคยปฏิบัติ พบว่าสัมพันธ์ภาพระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยดีขึ้น มีผลต่อความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย นอกจากนี้งานวิจัยได้นำระบบบริการระดับชุมชน (Meso level: Community) โดยคำนึงถึงวิถีความเป็นอยู่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในช่วงเวลาส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องดูแลตนเองที่บ้านและชุมชนในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา การเตรียมศักยภาพของครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ให้มีความพร้อมทั้งผู้ให้การช่วยเหลือ ผู้ดูแลอาสาสมัคร ดังที่ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนธนา (2559) ได้กล่าวว่า ผู้สูงอายุอาจไม่สามารถจัดการตนเองได้ตามลำพังควรให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำกับการดูแล รวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการประสานงานในทีมดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบและมีความชัดเจนมากขึ้น มีเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม อันจะส่งผลให้เกิดสัมพันธ์ภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมดูแลสุขภาพในชุมชน รวมทั้งระหว่างทีมผู้ดูแลสุขภาพและผู้ป่วยดีขึ้นเช่นกัน

2) มีการเชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเข้ารับการรักษาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการอย่างเหมาะสม เป็นการบริการที่คุ้มค่าใช้จ่ายภายใต้ทีมบุคลากรที่มีศักยภาพ ตามแนวคิดของ Kaiser Permanent's Strategy for Sustainable Affordability (Michael & David, 2008 อ้างถึงใน ปนัดดา ปรียทฤษ, 2558; Russell et al., 2009) ที่อธิบายว่ามีการบริการผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังมีปัญหาซับซ้อนชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญ

ของที่มีสุขภาพพร้อมกัน ออกแบบการจัดการดูแลตามปัญหาเฉพาะการจัดการรายกรณี ตามสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหา ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลของแต่ละสถานการณ์ การวางแผนและการประเมินผล โดยการเชื่อมประสานการดูแลกับหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า โมราเลส-อแซนซิโอและคณะ (Morales-Asencio et al., 2010) ได้สร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีกับโรคเรื้อรัง โดยสร้างแบบจำลองและการวินิจฉัยขององค์ประกอบหลักของรูปแบบผ่านผู้ป่วยหัวใจวาย ปอดอุดกั้นเรื้อรังและผู้ดูแล พบว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการจัดการรายกรณี ประสานการดูแล เป็นผู้จัดการบริการและกำหนดบทบาท/โปรแกรมการจัดการโรค เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

3) รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนอำเภออย่างชุมชนน้อย เนื่องจากการพัฒนารูปแบบดังกล่าวได้มาจากการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมพัฒนารูปแบบในการจัดทำรูปแบบการจัดการรายกรณีดังกล่าว และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในพื้นที่ ดังที่ ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด (2557) ได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญในการจัดการรายกรณีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมไว้ 1 ใน 5 ข้อ นั่นคือ การประสานการส่งต่อเพื่อการรักษาและการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้จริง และ “ระบบสุขภาพที่ถูกรออกแบบการให้บริการโดยยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลักถือว่าการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ” (International Alliance of Patients’ Organisations [LAPO], 2007 cited in Snoddon, 2010) นั่นเอง

### 2.3 การประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

2.3.1 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีฯ พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมอยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีฯ พฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นอยู่ในระดับมาก ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา, เพ็ญศิริ สันตโยภาส, ภัทร์ธินตา ศรีแสง และกาญจนา กิริยาภม (2557) ที่ได้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยจัดให้มีการสนทนากลุ่มเพื่อหาความต้องการก่อนจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด หลังจากนั้น 1 เดือนจึงติดตามประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยเลือกปรับพฤติกรรมในเรื่องอาหารเพิ่มมากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องการเลือกการออกกำลังกาย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับมากที่สุดในการใช้ยาความดันโลหิตสูงและยาโรคหลอดเลือดหัวใจ การใช้ยาเมื่อมีอาการผิดปกติเจ็บเค้นหน้าอก การเก็บรักษา มีการจัดกิจกรรมอบรมผู้ป่วยและผู้ดูแลเรื่องการใช้ยา จัดให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการใช้เฝ้าระวังสังเกตการณ์เก็บรักษาที่บ้าน ให้คำแนะนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่คอยให้คำปรึกษาประสานการดูแลจากชุมชนไปยังเจ้าหน้าที่ผ่านทางโทรศัพท์ หรือทางแอปพลิเคชัน นอกจากนี้ อสม. ได้ไปเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมจัดการตนเองในการออกกำลังกายและการจัดการความเครียดที่ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบมีการจัดกิจกรรมอบรมโดยมีนักกายภาพบำบัดสอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย พร้อมทั้งการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายขณะออกกำลังกาย หรือขณะพัก ด้วยการจับชีพจรด้วยตนเอง และพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้เรื่องผลกระทบทางด้านจิตใจต่อระดับความดันโลหิตและการเจ็บเค้นหน้าอก พร้อมทั้งสอนเทคนิคคลายเครียด และได้มีการประเมินติดตามเยี่ยมบ้าน 2 ครั้ง เพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการจัดการพฤติกรรมของผู้ป่วย และยังมีการสอนผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังแจ้งประสานข้อมูลการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ สุมาพร สุจ้านงค์, มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมานี (2556) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวกลุ่มเพื่อนผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองทั้ง 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำกิจกรรมในรูปแบบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, วารี กังใจ และภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ (2559) ที่ได้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมแทบอลิก โดยมีการจัดกิจกรรมที่คล้ายคลึงกับงานวิจัยนี้ โดยได้มีการสอบถามปัญหาความต้องการของกลุ่มทดลอง มีการให้ความรู้เรื่องการจัดการตนเองในด้านต่าง ๆ มีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างเช่นกัน พบว่า พฤติกรรมมีการปรับเปลี่ยนในทางที่ดีขึ้นในการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกาย วิถีชีวิตและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แตกต่างกัน ฮิมเมอเฟร์บ, เมนซาซ, บัลติมอร์และแอตแลต้า (Himmelfarb, Mensah, Baltimore & Atlanta, 2009) ได้ขยายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลต่อการปรับปรุงการดูแลควบคุมความดันโลหิตสูงทั่วโลก (ใน 50 ปีที่ผ่านมา) โดยปรับปรุงแนวทางปฏิบัติและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับวัฒนธรรม พบว่าการควบคุมความดันโลหิตเพิ่มขึ้นมาก เช่นเดียวกับรูปแบบการจัดการรายกรณีที่ได้พัฒนาขึ้นตามปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนที่ศึกษาทำให้การจัดการพฤติกรรมตนเองดีขึ้น

2.3.2 ผลการศึกษาพบว่า ความดันเลือดแดงเฉลี่ยก่อนและหลังใช้รูปแบบอยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดการรายกรณี ๆ พบว่า ความดันเลือดแดงเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความดันเลือดแดงเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติเนื่องจากรูปแบบการจัดการรายกรณีได้ระบุประชากรเป้าหมายไว้ เป็นการผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมทุกราย ยกเว้นในกรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยมาก ให้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่มีประวัติเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือประวัติควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ที่บ้าน อยู่บ้านคนเดียว ใช้ยาไม่ถูก อ่านหนังสือไม่ออก การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยมีความดันเลือดแดงปกติ ป้องกันการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเข้านอนโรงพยาบาล

ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ สุขศรี, เพ็ญญา ศรีหรั่ง และทิพากร กาญจนราช (2554) พบว่าปัญหาการใช้ยาที่พบมากคือ การ หลงลืมเนื่องจากสูงอายุ และขาดคนคอยเตือนส่วนใหญ่ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับยาของตนเอง หากผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาช่วยให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดังการศึกษาของ โอนีล, คันนิงแฮม, วิทาลาและบลาสเลย์ (O'Neil, Cunningham, Wiitala, & Bartley, 2010) ได้ศึกษาในกลุ่มพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถลดความดันโลหิตได้  $14 \pm 13$  มิลลิเมตรปรอท สามารถควบคุมความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

ผลศึกษานี้อธิบายได้ดังนี้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมควรควบคุมความดันเลือดแดงเฉลี่ยให้ปกติหรือควบคุมความดันโลหิตให้ได้ ดังที่สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (2558) ที่กล่าวว่า การใช้ยาตามแผนการรักษาควบคุมโรคความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อลดความเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งควรเริ่มเฝ้าระวังป้องกันตั้งแต่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงตัว ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน เมื่อระดับความดันโลหิตลดลงจะทำให้ความดันเลือดแดงเฉลี่ยลดลงได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการรายกรณีตามรูปแบบการจัดการรายกรณีที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ นั้นผู้ป่วยมีความดันเลือดแดงเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่อง ไม่พบอาการเจ็บแน่นหน้าอกที่จะต้องเข้ารับบริการในโรงพยาบาลก่อนวันนัดรับบริการ นั้นเป็นผลสำเร็จในการดำเนินงานการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ชุมชนและทีมดูแลสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนร่วมมือประสานการดูแลร่วมกัน

### 3. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ และการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

#### 3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับบริบทของอำเภอ ยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ สถานบริการอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

3.1.2 การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสามารถประยุกต์ใช้สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ

#### 3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 รูปแบบการจัดการรายกรณีที่ได้จากการศึกษานี้ควรนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมและศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้และไม่ใช้โปรแกรม

3.2.2 โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจากรูปแบบการจัดการรายกรณีในการศึกษานี้ ควรใช้ระยะเวลาในการดำเนินการให้มากกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อให้การปรับพฤติกรรมจัดการตนเองมีความต่อเนื่องยั่งยืน และส่งผลกระทบต่อตัวแปรทางคลินิกอย่างชัดเจน



บรรณานุกรม





## บรรณานุกรม

- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, วารีย์ กังใจ และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2559). โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิก: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 32(2), 12-27.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2559). การจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มอาการเมตาบอลิกซินโดรม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 32(3), 122-130.
- กฤษดา จวนวันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรังศรี และบุญจง แซ่จิ่ง. (2557). การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 80-94.
- กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. (2553). *ข้อตกลงดำเนินงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณเรื่องการจัดระบบการดูแลระยะยาวด้านการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care) แบบบูรณาการของหน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ 2559 ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2016/3.pdf>
- กาญจนา เกียรติการนนท์. (2558). *อาหารสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด*. สืบค้นจาก [http://www.teacher.ssru.ac.th/kanchana\\_ki/pluginfile.php](http://www.teacher.ssru.ac.th/kanchana_ki/pluginfile.php)
- เกษณี ศรีบุญปาน. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิกเกี่ยวกับการจัดการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เกรียงไกร เองรัมย์, วิรัช เคหสุขเจริญ, เอนก กนกศิลป์, ธรรมรัฐ ฉันทแดนสุวรรณ, จรินทร์ อัครหาญฤทธิ, พรวลี ปรปักษ์ขาม และคณะ. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.
- กลุ่มพัฒนาสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2560). *ประเด็นรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2560*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/160.pdf>
- กลุ่มยุทธศาสตร์ และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ.(2559). *รายงานประจำปี 2559*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคไม่ติดต่อ). (2556).  
*แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD) (DM, HT, COPD, STROKE).*  
 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด).  
 (2556). *แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาขาหัวใจ.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์  
 การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ชนิพรรณ บุตรยี่. (2557). *การเพิ่มการบริโภคพืช ผัก ผลไม้.* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร  
 ผ่านศึก.
- ชีวรัตน์ วิภักดิ์. (2555). *การสร้างรูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โรงพยาบาล  
 กรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยขอนแก่น,  
 ขอนแก่น.
- ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (บ.ก.). (2552). *คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (พิมพ์  
 ครั้งที่ 2).* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ทิมคูแลผู้ป่วย โรงพยาบาลยางชุมน้อย. (2559). *รายงานผลการทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ  
 ประจำ เดือน มกราคม 2559 (อัดสำเนา).* จังหวัดศรีสะเกษ: โรงพยาบาลยางชุมน้อย
- ทีมพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาลยางชุมน้อย. (2559). *ข้อมูลบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2558 (อัด  
 สำเนา).* จังหวัดศรีสะเกษ: โรงพยาบาลยางชุมน้อย.
- นพพร ธนชัยพันธ์. (2555). *สถิติเบื้องต้นสำหรับการวิจัย.* กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- นิตยา พันธุ์เวทย์. (2554). *เอกสารประกอบการบรรยาย คุณเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใหม่. สำนัก  
 ควบคุมโรคไม่ติดต่อ วันที่ 1 กรกฎาคม 2554 ณ ห้องประชุมจันทวิมล กรมควบคุมโรค  
 กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี.*
- เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ). (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความ  
 ดันโลหิตสูง (Exercise in Patients with Diabetes and Hypertension).* นนทบุรี: โรง  
 พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- เนติมา คูณีย์ (บรรณาธิการ). (2557). *การทบทวนวรรณกรรม : สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการ  
 บริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.* นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- ประเพ็ญพร ชำนาญพงษ์ และลัทธวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). *การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน  
 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนกึ่งเมือง. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน  
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(3), 325-340.*
- ปนัดดา ปริญญา. (2558). *หน่วยที่ 9 การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนที่บ้านและชุมชน. ใน  
 มุกดา หนูยศรี. (บรรณาธิการ), ประมวลสาระชุดวิชา วิทยาการระบาด การพยาบาลชุมชน*

ชั้นสูงและปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 (หน้า. 25-57) นนทบุรี:  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

- ประไพ บรรณทอง. (2554). *การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด เอสทียก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, นนทบุรี.*
- ปิยทัศน์ ทักษนาวิวัฒน์, เกียรติชัย ศิริปัญญา, เพ็ญพันธ์ ศิริปัญญา, สุวัฒน์ กุศลจรรยา และอรุณ จิรวัดน์กุล. (2533). การศึกษาความชุกของปัจจัยของโรคเส้นเลือดหัวใจขาดเลือดของภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *ศรีนรินทร์เวชสาร*, 5(4), 259-265.
- ปัทมา โภมบุตตร. (2550). *เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model*. สืบค้นจาก [http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/pdf/Chronic\\_CareModelDocument\\_TH\\_Dr.Krid.pdf](http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/pdf/Chronic_CareModelDocument_TH_Dr.Krid.pdf).
- พัชรินทร์ มีกุล. (2552). *แนวทางการคัดกรองอาการไม่ปกติในทรวงอกที่สัมพันธ์กับกลุ่มโรคหัวใจขาด เลือดที่แผนกฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- พิสิษฐ์ หุตะแพทย์, มนัสวี อินทรพิณฑวัฒน์ และวรินทร์สวาท ธีระวุฒิ. (2558). *กลุ่มอาการในระบบหัวใจ และหลอดเลือด โโลหิตวิทยา และการรักษาโรคเบื้องต้น*. ประมวลสาระชุดวิชา การประเมิน ภาวะสุขภาพขั้นสูง การรักษาโรคเบื้องต้นและปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ภัสพร ขำวิชา, เพ็ญศิริ สันตโยภาส, ภัทร์ธนิดา ศรีแสง และกาญจนา กิริยางาม. (2557). การพัฒนา พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีความดันโลหิตสูงในชุมชนซอยไฉ้ก เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. *วารสารก่อการณณ์*, 21(2), 83-96.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธารมย์ และชญชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณใน ผู้ป่วยเรื้อรัง: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 62-75.
- ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (Health Data Centre-HDC). (2559). *ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/documents/document.php>
- ราศรี ลีนะกุล. (2005). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีทางการพยาบาลในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย. (วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).* มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพฯ.
- รุ่งนภา นวลทิม. (2555). *การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในชุมชนโดยใช้ แนวคิดการจัดการรายกรณี: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัน*

- อำเภอนอนศิลา จังหวัดขอนแก่น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์).  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ลักขณา ผ่องพุท. (2550). *การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลนภาลัย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- วณัฐริธา ทองบัวศิริไล, กุลพร สุขุมมาตรกุล และวีระวัลย์ กรมงคลลักษณ์. (2555). *เมนูแนะนำวันนี้ กินเค็มลดลงชนิดพิชิตความดันฯ*. กรุงเทพฯ: แก้วเจ้าจอม.
- วันทนี เกரியสินยศ.(2555). *ลดโซเดียมยึดชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และวรรณิภา สุวิกรม. (2550). เครื่องมือเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ทางการพยาบาล. ใน *ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 1* (หน่วยที่ 5, หน้า 1-48 ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิชัย เอกพลากร, (บก.). (2557) *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศุภนิศย์ อินทาร์ักษ์. (2553). *ความร่วมมือของเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพในการจัดการระบบการติดตามการให้ยาที่ต้องระมัดระวังสูงของแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริอร สีนธู และพิเชต วงรอด. (2557). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2558). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ปรับปรุง พ.ศ. 2558 Thai Guidelines on the treatment of hypertension 2012 update 2015*. กรุงเทพฯ: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. สืบค้นจาก [http://www.thaiheart.org/images/column\\_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202014.pdf](http://www.thaiheart.org/images/column_1291454908/Guideline%20for%20Ischemic%20Heart%20Disease%202014.pdf)
- สมาคมพยาบาลผู้จัดการรายกรณีแห่งประเทศไทย. (2555). บทบาทพยาบาล ในฐานะ ผู้จัดการสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Nurse as Disease and Case Manager. (เอกสารประกอบการประชุม) การประชุมครั้งที่ 13 HA National Forum 13-16 มีนาคม 2555 ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี. สืบค้นจาก [http://www.aihd.mahidol.ac.th/aihd\\_download/?dl.../1.../](http://www.aihd.mahidol.ac.th/aihd_download/?dl.../1.../)

- สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ อีระวัฒน์ และนิรัตน์ อิมานี. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดขัวญ จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 29(2), 20-30.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ.2554-2563 Thailand healthy lifestyle strategic plan B.E.2554-2563 (2011-2020)*. สืบค้นจาก [http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703\\_1\\_.pdf](http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20110316100703_1_.pdf)
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). *รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะกราฟิกโก ซิสเต็ม.
- สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2558). สถานการณ์โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ. *สรุปรายงานการเฝ้าระวังระบาดวิทยาประจำปี 2557*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 10-15. สืบค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/aesr2557/Part%201/ncd/hypertension.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). สถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. *รายงานประจำปี 2558 (ANNUAL REPORT 2015)*. กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2559). สถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ. *รายงานประจำปี 2559* กรุงเทพฯ: กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. 17-46.
- สมณี วัชรสินธุ์ (บรรณาธิการ). (2560). *หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) Collaborative NCDs Nurse in Community (Diabetes and Hypertension)*, กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/CNN-Book.pdf>
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2557). *แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.



- สุจิตรา ลี้อำนวยลาภ และชวนพิศ ทำนอง. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต Critical Care Nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 7). ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สุปราณี พิมพ์ตรา. (2551). *การจัดการรายกรณีผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยใช้แบบจำลองระบบของนิวแมน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุธิดา รุ่งมัน. (2553). *การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- สุวรรณณี ศิริแสงตระกูล และชวนพิศ ทำนอง (2557). ผลของการบริหารยาฉีดอินออกซาพารินทางชั้นใต้ผิวหนังต่อภาวะเลือดออกความปวด และระยะเวลาใช้สีกปวดในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 32*(1), 78-86.
- อติญาณ์ ศรีเกษตริน, ชุสิทธิ์ เอกรัตน์, ชไมพร จินตคณาพันธ์ และอรพรรณ สัมภวานะ. (2558). การพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Rama Nurs J, 21*(1), 110-121.
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์. (บก.) (2555). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคปี 2555 Annual Epidemiological Surveillance Report 2012*. สืบค้นจาก [http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55\\_Part1/file11/5855\\_Hypertention.pdf](http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2012/main/AESR55_Part1/file11/5855_Hypertention.pdf)
- อภิญา จำปามูล. (2558). ระบบการจัดการรายกรณีกับการจัดการผลลัพธ์ (Case Management and Outcomes Management). *ภาวะผู้นำ*. (เอกสารประกอบการบรรยาย) 10-17 , มิถุนายน 2558. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. สืบค้นจาก [www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/20-10-17-58?...7...outcomes](http://www.nurse.kku.ac.th/index.php/download/category/20-10-17-58?...7...outcomes)
- อภิญา จำปามูล. (2558). *การพัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วย: การจัดการรายกรณี*. (เอกสารประกอบการประชุม) สำนักบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ณ แกรนด์ ทาวเวอร์ อินน์ กรุงเทพมหานคร 24-25 กันยายน 2558 สืบค้นจาก [https://trainuac.kku.ac.th/download/w\\_careplan.pdf](https://trainuac.kku.ac.th/download/w_careplan.pdf)
- American Heart Association. (2015). *Highlights of the 2015 American Heart Association Guidelines Update for CPR and ECC*. Texas: 877-AHA-4CPR or [www.heart.org/cpr](http://www.heart.org/cpr).



- Bell, K., Twigg, J. & Olin, B. (2015). Hypertension: The silent killer: *Update JNC-8 Guideline Recommendation*. Alabama Pharmacy Association. 334.271.4222. [www.aparx.org](http://www.aparx.org). Retrieved from [http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/CEs/CE\\_Hypertension\\_The\\_Silent\\_K.pdf](http://c.ymcdn.com/sites/www.aparx.org/resource/resmgr/CEs/CE_Hypertension_The_Silent_K.pdf)
- Chirgwin, J., Craike, M., Gray, C., Watty K., Mileskin, L., & Livingston PM. (2010). Does Multidisciplinary Care Enhance the Management of Advanced Breast Cancer?: Evaluation of Advanced Breast Cancer Multidisciplinary Team Meetings. *J Oncol Pract*, 6(6), 294–300. doi: 10.1200/JOP.2010.000017
- Cohen, E. & Cesta T. (2005). *Nursing case management from essentials to advanced practice applications*. (4<sup>th</sup> ed.) Missouri, MO: Elsevier mosby.
- David, A., Calhoun, D., Booth, J., Oparil, S., Lvin, M., Shimbo, D., ...Muntner, P. (2014). Refractory Hypertension: Determination of Prevalence, Risk Factors and Comorbidities in a Large, Population-Based Cohort. *Kidney international*, 63(3), 451-458. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4141646/>
- DeBusk, R., Miller, N., Superleo, H., Dennis, C., Thomas, L., Lew, H., ...Taylor, C. (2004). A Case-Management System for Coronary Risk Factor Modification after Acute Myocardial Infarction. *Annals Internal of Medicine*. 1994, 120(9), 721-729. Doi:10.7326/0003-4819-120-9-199405010-00001
- Finkelman, A. W. (2011). *Case management for nurses*. Boston, MA: Pearson.
- Groves, S., Burns, N. & Gray, J. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*, (7<sup>th</sup> ed). Missouri, Mo: Elsevier/Saunders.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers, *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188-196.
- Helen, G., Hugh, C., Barry, W., Peter, H. & Nigel R, W. (1995). Decreased antioxidant status and increased lipid peroxidation in patients with septic shock and secondary organ dysfunction. *Critical Care Medicine*, 23(4), 646-651.

- Himmelfarb, C., Mensah, Y., Hill, M., Baltimore & Atlanta. (2009). Expanding the role of nurse to improve hypertension care and control globally. *Annals of Global health* 82(2), 243-253. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aogh.2016.02.003>
- James, P., Oparil, S., Carter, B., Cushman, W., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J. et al. (2013). Clinical Review & Education Special Communication 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA Published online*, 2013(18), E1-14. doi:10.1001/jama.2013.284427
- Kearney, PM., Whelton, M., Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J (2005). "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data". *Lancet* 365 (9455): 217–23 PMID 15652604. doi:10.1016/S0140-6736 (05) 17741-1.
- Li, Y., Huang, T., Zheng, Y., Muka, T., Troup, J. & Hu, FB. (2016). Folic Acid Supplementation and the Risk of Cardiovascular Diseases: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American heart association*, 5(8), Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015297/>.doi:10.1161/JAHA.116.003768.
- Monahan, D., Marianne, N., Green, C. (editor). (2011). *Swearingen's Manual of Medical-Surgical Nursing: a care planning resource* (7<sup>th</sup> ed.). Maryland Heights, MO: Elsevier/Mosby.
- Morales-Asencio, J., Martin-Santos, F., Morilla-Herrera, J., Fernández-Gallego, M., Celdrán-Mañas, M., Navarro-Moya, F. et al. (2010). Design of a case management model for people with chronic disease (Heart Failure and COPD).Phase I: modeling and identification of the main components of the intervention through their actors: patients and professionals (DELTA-icE-PRO Study). *BMC Health Services eSearch* 2010, 10(324), 1-7. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/324>
- National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI]. (2015). *In brief: your guide to lowering your blood pressure with DASH*. Retrieved from [https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/dash\\_brief.pdf](https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/dash_brief.pdf)

- O'Neill, J., Cunningham, T., Wiitala, W. & Bartley, E. (2014). Collaborative hypertension case management by registered nurses and clinical pharmacy specialists within the Patient Aligned Care Teams (PACT) model. *Published online*, 2014 (9). S675-S681. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24715403>
- Open Stax. (2013). *Anatomy and Physiology*. Retrieved from <https://opentextbc.ca/anatomyandphysiology/chapter/20-2-blood-flow-blood-pressure-and-resistance/>.
- Olafiranye, O., Zizi, F., Brimanh, P., Jean-louis, G., N.Makaryus, A., McFarlane, S. et al. (2011). Management of hypertension among patients with coronary heart disease, *International journal of hypertension*, 2011(2011), 1-6. <http://dx.doi.org/10.4061/2011/653903>
- Paré, G., Moqadem, K., Pineau, G. & St-Hilaire, G. (2010). Clinical Effects of Home Telemonitoring in the Context of Diabetes, Asthma, Heart Failure and Hypertension: A Systematic Review. *Journal of medical Internet Resarch*, 12(2), e21doi: 10.2196/jmir.1357
- Peters-Klimm, F., Olbort, R., Campbell, S., Mahler, C., Miksch, A., Baldauf, A., et al. (2009). Physicians' View of primary care base case management for patients with heart failure: a qualitative study. *Int J Qual Health Care*, 21(5), 363-71. doi: 10.1093/intqhc/mzp032. Epub 2009 Aug 14.
- Sim, J., Bhandari, S., Shi, J., Reynolds, K, Calhoun, D, Zades, K, et al. (2015). Comparative risk of renal, cardiovascular, and mortality outcomes in controlled, uncontrolled resistant, and non-resistant hypertension. *Kidney Int*, 88(3), 622-632. doi:10.1038/ki.2015.142
- Suzannem K. Powell and Hussein, A. T. (2010). *Case Management a Practical Guide for Education and Practice*. 3<sup>th</sup> edition: The United State of America .
- Stabler, SN., Tejani, AM., Huynh, F. & Fowkes, C. (2012). Garlic for the prevention of cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev.*, 15(8).doi: 10.1002/14651858.CD007653.pub2
- Stanton, M. & Dunkin, J. (2002). *Nursing Case Management: Nursing Role Variations*. Case Management. *Lippincotts Case Manag*, 7(2), 48-55.

- Slatter, DA., Bolton, CH., Bailey, AJ. (2000).The importance of lipid-derived malondialdehyde in diabetes mellitus. *Diabetologia*, 43(5), 550-557
- Snoddon, J. (2010). *Case management of long term condition: principles and practice for nurses*, Oxford: KHL printing Co Sdn Bhd.
- U.S. Department of Health and Human Services National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. (2003). *JNC7 Express The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure* NIH Publication No. 03-5233.
- World Health Organization.[WHO]. (2011).World Health statistics 2011. ISBN 9789241564199.สืบค้นจาก [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44704/1/9789241502283\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44704/1/9789241502283_eng.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2013).World Health statistics 2013. ISBN 9789241564588.สืบค้นจาก [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2015). *Hypertension*. Retrieved from [http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable\\_diseases/media/non\\_communicable\\_diseases\\_hypertension\\_fs.pdf](http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf)
- Xie, A., Carayon, P., Cartmill, R., Li, Y., Cox, E., Plotkin, J. & et al. (2015). Multi-stakeholder collaboration in the redesign of family centered rounds process. *Applied Ergonomics*, 2015(46), 115-123.

ภาคผนวก





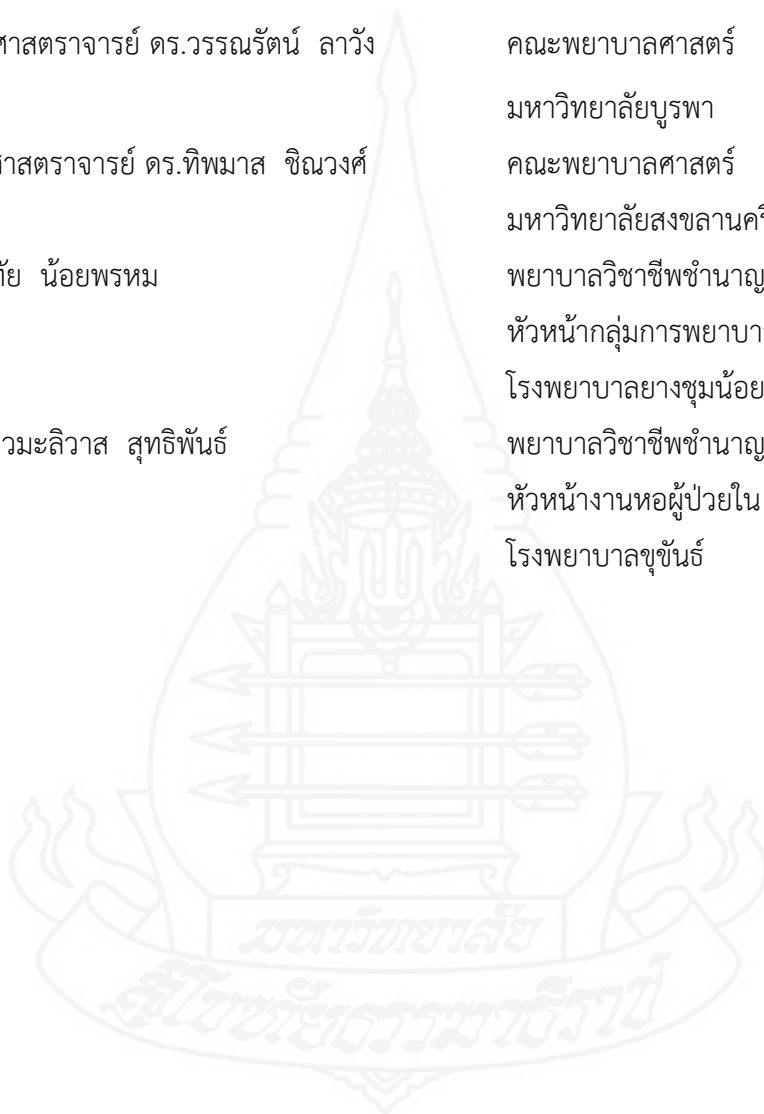
ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ



### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- |  |  |
|--|--|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลั้มพลการ | ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข<br>คณะสาธารณสุขศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยมหิดล        |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยบูรพา  |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทิพมาส ชินวงศ์  | คณะพยาบาลศาสตร์<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์                                |
| 4. นายอุทัย น้อยพรหม                     | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ<br>หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล<br>โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 5. นางสาวมะลิवास สุทธิพันธ์              | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ<br>หัวหน้างานหอผู้ป่วยใน 5<br>โรงพยาบาลชุมชน         |



ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์





สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120  
โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No. 13/2560

### เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาล  
สู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม  
รหัสโครงการ : 2585100999  
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม  
สถานที่ทำการวิจัย : อำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่ามีคุณสมบัติสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควร  
ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม..... ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี) (รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)  
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่ให้การรับรอง : 26 สิงหาคม 2560 วันที่หมดอายุการรับรอง 25 มิถุนายน 2561

พลิกด้านหลัง

### เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

1. โครงการวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากร เอกสารชี้แจงและใบยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร
3. เครื่องมือการวิจัย
4. ผู้วิจัย

### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ โดยยื่นเรื่องขอต่ออายุ พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัยล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 3 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ต้องดำเนินการส่งให้คณะกรรมการพิจารณารับรอง
7. โครงการวิจัยของอาจารย์หรือบุคลากรไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์หรือการค้นคว้าอิสระให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการเสร็จ

**ภาคผนวก ค**

หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย/

ทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยและดำเนินการตามงานวิจัย







ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/ว ๕๕๐

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๓๓ พฤษภาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย  
เรียน รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินทร์ กลั้มพากร

ด้วย นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๖๙-๒๖๓๕ (นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม)



ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๗๕๒

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช  
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภออย่างชุมน้อย

ด้วย นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการโรคสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝักชะ จำนวน ๑๕ ชุด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจอมบึง จำนวน ๑๕ ชุด ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๖๙-๒๖๓๙ (นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม)



โรงพยาบาลยางชุมน้อย  
 เลขที่รับ 1656/60  
 วันที่รับ 6 ก.ค. 2560  
 ต. ย. 15.59

ที่ ศธ ๐๕๒๒.๒๖/๗/๕๕

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
 ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด  
 จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางชุมน้อย

ด้วย นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การพัฒนาแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทธิพร มูลศาสตร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

๑. การสนทนากลุ่มระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑๕ คน
๒. การสนทนากลุ่มทีมพัฒนา คือ พยาบาลที่เป็นเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จำนวน ๘ คน
๓. เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในโรงพยาบาลยางชุมน้อย จำนวน ๓๐ คน

ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงานในรายละเอียดต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)  
 ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
 โทร. ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗  
 โทรสาร. ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐  
 โทรศัพท์ ๐๘-๙๖๖๙-๒๖๓๙ (นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม)



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม

แบบสอบถาม

**เอกสารชี้แจงผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร**  
(Participant Information Sheet)

**เรียน.....ผู้ร่วมโครงการวิจัย (ผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม)**

เนื่องด้วย ข้าพเจ้า นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมโดยมี

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

- 1) เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม
- 3) เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้น

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย**

- 1) ผู้ให้บริการสุขภาพสามารถนำรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- 2) รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นได้
- 3) รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยต่อได้

**การวิจัยมีขั้นตอนดังนี้**

- 1) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อหาความต้องการการดูแลตนเองเกินกว่าข้อมูลที่ได้มีความเชื่อได้ ในระหว่างทำการสนทนากลุ่ม จะมีการบันทึกภาพ อัดเสียง เพื่อนำมาถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูล
- 2) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อหารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม จนกว่าข้อมูลที่ได้มีความเชื่อได้ ในระหว่างทำสนทนากลุ่ม จะมีการบันทึกภาพ อัดเสียง เพื่อนำมาถอดเทปวิเคราะห์ข้อมูล
- 3) ทดลองใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมที่พัฒนาขึ้นมา (บอกรายละเอียดกิจกรรม เช่น ต้องรับประทานยาหรือได้รับการผ่าตัด ต้องถูกเจาะเลือดกี่ครั้ง ต้องมาเข้าร่วมกิจกรรมกี่ครั้ง รวมทั้งขอบันทึกภาพ เสียง หรือเทป เป็นต้น)

**ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย และการจัดการแก้ไข** การเข้าร่วมกลุ่มสนทนาอาจทำให้เกิดความไม่สะดวกหรืออึดอัดไม่สบายใจในการตอบ และจะต้องเสียเวลาเป็นเวลาประมาณ 1-2 ชั่วโมงต่อครั้ง ทั้งผู้วิจัยได้จัดค่าตอบแทนและค่าเดินทางสำหรับผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาดังกล่าว



**หากมีข้อสงสัยที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับกรวิจัย** หรือมีความเสี่ยงเกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม โทรศัพท์ 08-9669-2639 สามารถติดต่อได้ 24 ชั่วโมง ผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครจะได้รับคำตอบแทนจากการวิจัยนี้และค่าเดินทาง ในการเข้าร่วมกลุ่มสนทนาและในการจัดการรายกรณี ส่วนในกลุ่มตัวอย่างในระยะทดลอง จะไม่ได้รับคำตอบแทนจากการวิจัยนี้แต่จะได้ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัครทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

ผู้วิจัยขอรับรองว่าจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้รับจากท่านไว้เป็นความลับ โดยข้อมูลนั้นจะรับรู้เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมโครงการวิจัย/อาสาสมัคร เท่านั้น และผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่ระบุชื่อ/ ข้อมูลส่วนตัวของท่าน ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โดยจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลหรือบริการอันพึงได้รับทั้งในปัจจุบันและอนาคต (ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย)/ ไม่มีผลกระทบต่อการเรียนการสอนและการประเมินผลการเรียนของท่าน (ในกรณีที่คือนักศึกษา/นักเรียน)

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านสามารถร้องเรียนไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร 02-5048036-7 อีเมลล์ boontip.sir@stou.ac.th

ลงชื่อ.....

(นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม)

หัวหน้าโครงการวิจัย

4 เดือน มิถุนายน 2560



**แบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย(Consent Form)**  
(สำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย)

ที่

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
อายุ.....ปีได้รับฟังคำอธิบายจาก นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม. เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการส่งต่อจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ได้อ่านเอกสารชี้แจงและได้รับคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์โครงการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและการจัดการแก้ไข และอื่นๆ (ถ้ามี) จนเข้าใจเป็นอย่างดี ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุในเอกสารชี้แจง หากไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ระบุไว้ ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ข้าพเจ้าจึงได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยินยอม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม)

หัวหน้าโครงการวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แนวคำถามในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

กติกา

1. สมาชิกทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมกัน ไม่มีผู้นำและผู้ตาม
2. ขณะอยู่ในกระบวนการกลุ่มควรปิดเสียงโทรศัพท์
3. หากต้องการแสดงความคิดเห็นให้ยกมือขึ้น และพูดเมื่อผู้จัดการสนทนากลุ่มอนุญาต
4. เมื่อคนอื่นพูด ที่เหลือต้องฟังไม่พูดขัด พูดแทรก หรือชวนเพื่อนที่นั่งข้าง ๆ พูดคุย
5. ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรออกจากกลุ่ม แต่ถ้าหากจำเป็นมาก เช่น ต้องการเข้าห้องน้ำ ขอให้ออกจากกลุ่มด้วยความสงบ และกลับเข้ากลุ่มโดยเร็วที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

1.1 กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระยะเวลาป่วย (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สิทธิการรักษา
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

## 1.2 กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระยะเวลาป่วย (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	สิทธิการรักษา
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

## ส่วนที่ 2 ความต้องการการช่วยเหลือ/ดูแลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

เริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ กติกา การสนทนากลุ่มอธิบายความหมายของความต้องการการดูแลในแต่ละด้านหลังจากนั้นนำเข้าสู่แนวคำถามในฐานะที่ท่านเป็นผู้ป่วย/ผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ขอให้ท่านตอบคำถามในฐานะที่เป็นตัวแทนบุคคลเหล่านี้ ดังนี้

### 1. ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือดูแลด้านร่างกาย

#### คำถามหลัก

ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและความต้องการการช่วยเหลือ/ดูแลด้านร่างกายมีอะไรบ้าง และผู้ดูแลควรให้การช่วยเหลือ/ดูแลอย่างไร

#### คำถามรอง

1.1 ปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย หรือความไม่สุขสบายด้านร่างกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน มีอะไรบ้าง

1.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนมีความต้องการการช่วยเหลือหรือการดูแลด้านร่างกายตามปัญหาข้อ 1.1 อย่่างไรบ้าง

1.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลในชุมชน ควรช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ตามความต้องการด้านร่างกายอย่างไร อาทิเช่น

1.3.1 การประเมินสุขภาพ ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ต้องการการประเมินหรือตรวจสุขภาพในเรื่องใดบ้าง ควรทำด้วยวิธีการใด ประเมินโดยใครบ้าง และสถานที่ใดบ้าง เมื่อใด เพราะอะไร เช่น การประเมินที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน หรือที่บ้าน เป็นต้น

1.3.2 การส่งเสริม/ให้ความรู้ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา และด้านการพักผ่อน

1.3.3 การช่วยเหลือ/การดูแลร่างกายอื่น ๆ ควรมีอะไรบ้าง

1.4 นอกเหนือจากการดูแลโดยผู้อื่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ควรช่วยเหลือตนเองหรือทำการดูแลสุขภาพของตนเองในเรื่องใดบ้าง และควรทำอย่างไร

## 2. ความต้องการการดูแลด้านจิตใจ

### คำถามหลัก

ปัญหาสุขภาพและความต้องการการช่วยเหลือ/ดูแล ด้านจิตใจมีอะไรบ้าง และควรให้การช่วยเหลือ/ดูแลอย่างไร

### คำถามรอง

2.1 ปัญหาสุขภาพด้านจิตใจหรือความไม่สุขสบายด้านจิตใจของ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน

2.2 ท่านรู้สึกอย่างไรหรือไม่ ต่อการเป็นโรคนี้ ถ้าจำเป็นต้องมีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของท่านเพื่อประสานงานการดูแล ท่านจะอนุญาตหรือไม่ อย่างไร

2.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจตามปัญหาในข้อ 2.1 นั้นอย่างไร

2.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในชุมชนควรช่วยเหลือ/ดูแลบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนด้านจิตใจอย่างไร ควรร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างไร อาทิเช่น

2.4.1 การประเมินหรือตรวจสุขภาพด้านจิตใจ ควรทำด้วยวิธีการใด ประเมินโดยใครบ้าง และสถานที่ใดบ้าง เมื่อใด เพราะอะไร เช่น การประเมินที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน หรือที่บ้าน เป็นต้น

2.4.2 การส่งเสริม/ให้ความรู้ในการจัดการกับความเครียด ควรทำด้วยวิธีการใด ประเมินโดยใครบ้าง และสถานที่ใดบ้าง เมื่อใด เพราะอะไร

2.4.3 การช่วยเหลือ/ดูแลด้านจิตใจอื่น ๆ ควรมีอะไรบ้าง

2.5 นอกเหนือจากการดูแลโดยผู้อื่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ควรช่วยเหลือตนเองหรือทำการดูแลสุขภาพด้านจิตใจตนเองอย่างไร

**3. ความต้องการการดูแลด้านจิตวิญญาณ** (คำว่า “จิตวิญญาณ” หมายถึง ความเชื่อและคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต มีอะไรบ้าง และควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร)

#### คำถามหลัก

ปัญหาและความต้องการการดูแล ด้านความเชื่อและคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต มีอะไรบ้าง และควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร

#### คำถามรอง

3.1 ปัญหาด้านจิตวิญญาณความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละคนยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน

3.2 ท่านคิดผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนมีความต้องการการช่วยเหลือ/ดูแลด้านจิตวิญญาณ หรือด้านความเชื่อและคุณค่าในสิ่งที่แต่ละคนยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต อย่างไร

3.3 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน ต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจอะไรบ้าง และทำอย่างไร

3.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในชุมชนควรช่วยเหลือ/ดูแลบุคคลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนตามความต้องการด้านจิตวิญญาณอย่างไร ควรร่วมมือกันในการดูแลบุคคลเหล่านี้ได้อย่างไร อาทิเช่น

3.4.1 การประเมินหรือตรวจสอบสุขภาพในด้านจิตวิญญาณ (ความเชื่อและคุณค่าที่แต่ละคนยึดถือ เพื่อให้ไปถึงเป้าหมายสูงสุดของชีวิต) ควรทำอย่างไร วิธีการใด ประเมินโดยใครบ้าง และสถานที่ใดบ้าง เมื่อไร เพราะอะไร เช่น การประเมินที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน หรือที่บ้าน เป็นต้น

3.4.2 การช่วยเหลือ/ดูแลด้านจิตวิญญาณอื่น ๆ ควรทำอะไรบ้าง

#### 4. ความต้องการการดูแลด้านสังคม

##### คำถามหลัก

ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคมมีอะไรบ้าง และควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร

##### คำถามรอง

4.1 ปัญหาด้านสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนมีเรื่องใดบ้าง

4.2 ความต้องการการดูแลด้านสังคมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนตามปัญหาข้อ 4.1 มีอะไรบ้าง

4.3 อะไรที่ทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ และทำอย่างไร

4.4 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในชุมชนควรช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนตามความต้องการด้านสังคมอย่างไร ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ควรทำอย่างไร อาทิเช่น

4.4.1 การประเมินด้านสังคม ควรประเมินเรื่องใดบ้าง ควรประเมินด้วยวิธีการใด ใครเป็นผู้ประเมิน ประเมินสถานที่ไหน เช่น การประเมินที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ชุมชน หรือที่บ้าน เป็นต้น

4.4.2 การช่วยเหลือ/การดูแลด้านสังคมอื่น ๆ ควรมีอะไรบ้าง

## 5. ความต้องการการดูแลด้านการบริการสุขภาพ

### คำถามหลัก

ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านบริการสุขภาพมีอะไรบ้าง และควรให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร

### คำถามรอง

5.1 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนมีปัญหาด้านการบริการสุขภาพ หรือไม่ ถ้ามีเรื่องใดบ้าง

5.2 ความต้องการการดูแลด้านการบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนตามปัญหาข้อ 5.1 นั้น มีอะไรบ้าง

5.3 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลในชุมชนควรช่วยเหลือ/ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชนตามความต้องการด้านการบริการสุขภาพอย่างไรบ้าง ใครควรร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เพราะอะไร อาทิเช่น ขณะมีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงหรือมีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจ (เช่น เหนื่อยเพลีย ปวดศีรษะ เจ็บแน่นหน้าอก บวม) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการให้ใครมาติดตามดูแลที่บ้านบ้าง และทำด้วยวิธีการใด



**แนวคำถามในการสนทนากลุ่มที่พัฒนารูปแบบ  
(ทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน)**

**1. วัตถุประสงค์**

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

**2. กติกา**

2.1 สมาชิกทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมกัน ไม่มีผู้นำและผู้ตาม

2.2 ขณะอยู่ในกระบวนการกลุ่มควรปิดเสียงโทรศัพท์

2.3 หากต้องการแสดงความคิดเห็นให้ยกมือขึ้น และพูดเมื่อผู้จัดการสนทนากลุ่มอนุญาต

2.4 เมื่อคนอื่นพูด ที่เหลือต้องฟังไม่พูดขัด พูดแทรก หรือชวนเพื่อนที่นั่งข้าง ๆ พูดคุย

2.5 ถ้าไม่จำเป็นไม่ควรออกจากกลุ่ม แต่ถ้าหากจำเป็นมาก เช่น ต้องการเข้าห้องน้ำ ขอให้ออกจากกลุ่มด้วยความสงบ และกลับเข้ากลุ่มโดยเร็วที่สุด

**3. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมในการสนทนากลุ่ม (ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึก)

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระยะเวลาการทำงาน (ปี)	ระดับการศึกษา	อาชีพ	ตำแหน่ง
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	ระยะเวลาการ ทำงาน (ปี)	ระดับ การศึกษา	อาชีพ	ตำแหน่ง
13						
14						
15						

นำเสนอข้อมูลสถานการณ์ความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ในชุมชนที่ผ่านมาของอำเภอชุมพลบุรี จังหวัดศรีสะเกษ แผนที่ของผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจร่วมแยกตามตำบล และอธิบายรูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดร่วม จำนวน 9 ขั้นตอน โดยอธิบายแต่ละขั้นตอนให้กลุ่มรับทราบ 1) การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี 2) การระบุพื้นที่เป้าหมาย 3) การออกแบบโครงสร้างสำหรับพื้นที่ที่เลือกสรร 4) การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน 5) การเลือกเกณฑ์การเทียบเคียงผลลัพธ์ 6) การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการ 7) การพัฒนาทักษะและความรู้ขั้นสูง 8) การดำเนินตามรูปแบบ 9) การประเมินผลรูปแบบ แล้วเริ่มคำถามในการสนทนากลุ่ม ในฐานะที่ท่านเป็นทีมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย และทีมผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชนท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับเรื่องต่อไปนี้

### 1. การระบุประชากรเป้าหมายในการจัดการรายกรณี (Define target populations for case management)

1.1 จากสถานการณ์ที่ได้นำเสนอมานั้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีหัวใจร่วมสามารถจัดการรายกรณีได้ หรือไม่ อย่างไร หากได้จะเข้าไปจัดการรายกรณีทุกคนหรือไม่ ควรคัดเลือกกรณีไหนบ้าง

1.2 ท่านคิดว่าเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมเพื่อจัดการรายกรณี ควรจะมีเกณฑ์อย่างไรบ้าง

### 2. การระบุเป้าหมายในพื้นที่ (Define target area)

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในการสนทนากลุ่มเพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

2.1 จากผลการศึกษาวิจัยให้ท่านคิดว่าทีมในชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในชุมชนได้หรือไม่ อย่างไร

2.2 ท่านคิดว่าปัญหาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของปัญหาที่สามารถให้การจัดการรายกรณีตามปัญหาผู้ป่วยได้อย่างไร

2.3 ท่านคิดว่าแนวทางการจัดการรายกรณีควรจะหน่วยงานไหนหรือพื้นที่ใดเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างไรบ้าง

### 3. การออกแบบโครงสร้างพื้นที่ที่เลือกสรร (Agree on design structure for areas selection)

3.1 ท่านคิดว่าองค์ประกอบของทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมประกอบด้วยใครบ้าง

3.2 ท่านคิดว่าทีมผู้ดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีคุณสมบัติอย่างไร แต่ละคนมีบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างไรบ้าง

3.3 ท่านคิดว่าจำนวนทีมสหวิชาชีพเพียงพอต่อความต้องการและความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมหรือไม่ อย่างไร

3.4 ท่านคิดว่าชุมชนควรมีแหล่งทรัพยากรและงบประมาณสนับสนุนอะไรบ้างที่สามารถนำมาใช้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมในชุมชน

### 4. การจัดตั้งกลุ่มประสานความร่วมมือในการดำเนินงาน (Form collaborative practice group)

4.1 ท่านคิดว่าการประสานร่วมมือกันในการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลอย่างชุมชนน้อยและชุมชนควรทำอย่างไร

4.2 ท่านคิดว่าการจัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอมีความเหมาะสมหรือไม่อย่างไร

### 5. การเลือกการเทียบเคียงผลลัพธ์ (Choose benchmarks)

5.1 ท่านคิดว่าตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ในการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมมีอะไรบ้าง

5.2 ท่านคิดว่าใครบ้างจะเป็นผู้เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

## แบบสอบถาม

ในงานวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแลจากโรงพยาบาล  
 ชุมชน สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม”

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ตอบข้อคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง  และระบุข้อความใน  
 ช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. เพศ  ชาย  หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ศาสนา  พุทธ  อิสลาม  คริสต์  อื่น ๆ ระบุ.....
4. การศึกษา
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมปลาย/ปวช.
<input type="checkbox"/> ปวส./อนุปริญญา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า/แยก
------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------
6. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ
<input type="checkbox"/> เกษตรกร
<input type="checkbox"/> รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป เช่น รับจ้างตัดหญ้า ทำความสะอาด เป็นต้น
<input type="checkbox"/> แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
7. รายได้ต่อเดือน.....บาท
8. สิทธิด้านการรักษา
 

<input type="checkbox"/> บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> บัตรประกันสังคม	<input type="checkbox"/> จ่ายเงินเอง
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	

## 9. ผู้ทำหน้าที่ดูแลหลัก

- บิดา/มารดา       ภรรยา/สามี       พี่/น้อง  
 บุตร/หลาน       เพื่อน/ญาติ       อื่น ๆ ระบุ.....

## 10. ผู้ประกอบอาหารให้รับประทานเป็นประจำ

- ทำด้วยตนเอง       บิดา/มารดา       ภรรยา/สามี       พี่/น้อง  
 บุตรหลาน       เพื่อน/ญาติ       อื่น ๆ ระบุ.....

## 11. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจหรือไม่

- เคยได้รับ จากใคร ระบุ.....  
 ไม่เคยได้รับ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

คำชี้แจง ตอบข้อคำถามต่อไปนี้โดยทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่อง  และระบุข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง.....ปี.....เดือน
- ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ.....ปี.....เดือน
- ท่านดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง
 

ดื่ม.....ขวด/วัน       ไม่ดื่ม       เคยดื่มแต่เลิกแล้ว โดยเลิกมานาน.....ปี
- ท่านสูบบุหรี่
 

สูบ.....มวน/วัน       ไม่เคยสูบ       เคยสูบแต่เลิกแล้วมานาน.....ปี
- ท่านดื่มสุรา
 

ดื่ม.....แก้ว/แบน/กลม/วัน       ไม่เคยดื่ม  
 เคยดื่มแต่เลิกดื่มสุรามานาน.....ปี
- ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจนต้องอมยาใต้ลิ้น .....ครั้งต่อเดือน
- ในเดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกจนต้องอมยาใต้ลิ้น .....ครั้ง

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการจัดการตนเอง

**คำชี้แจง** แบบสอบถามส่วนนี้เป็นการประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำเกี่ยวกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อและพิจารณาว่าในช่วง 1 สัปดาห์ ที่ผ่านมาท่านได้ปฏิบัติตามข้อความดังกล่าวบ่อยครั้งเพียงใด ในการตอบข้อให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับพฤติกรรมสุขภาพที่ท่านปฏิบัติมากที่สุดเพียงช่องเดียว

น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่ได้ปฏิบัติตามข้อความนั้นเลย
น้อย	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 1-2 วัน ใน 1 สัปดาห์
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 3-4 วัน ใน 1 สัปดาห์
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้น 5-6 วัน ใน 1 สัปดาห์
เป็นประจำ	หมายถึง	ท่านปฏิบัติตามข้อความนั้นทุกวัน ใน 1 สัปดาห์

ที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	ด้านการรับประทานอาหาร ท่านรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ หรือถั่ว เป็นต้น					
2	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก แป้งหรือน้ำตาลสูง เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น					
3	ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรสหวาน นมรสกาแฟ นมรสช็อกโกแลต เป็นต้น					
4	ท่านดื่มนมพร่องมันเนยหรือมีไขมันน้อย					
5	ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หนังไก่ หนังเป็ด แครบหมู เป็นต้น					
6	ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยเนยหรือครีม เช่น โรตีสี ขนมเค้ก ไอศกรีม เป็นต้น					
7	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่นไก่ทอด ไช้เจียว กุ้งทอด ปาท่องโก๋ เป็นต้น					



ที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
8	ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมัน เช่น กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ ลูกชิ้น เป็นต้น					
9	ในการปรุงอาหาร ท่านเลือกใช้ใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ ซึ่งไม่ใช่ไขมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม					
10	ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่มีน้ำตาลมาก เช่น ฝรั่ง มะละกอ ส้ม เป็นต้น					
11	ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทูเรียน มะขามหวาน มะม่วงสุก ลำไย ขนุน เป็นต้น					
12	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักชนิดต่าง ๆ ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เป็นต้น					
13	ท่านรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านที่ช่วยลดไขมันหรือความดันโลหิต เช่น กระเทียมสด ผักคื่นฉ่าย เป็นต้น					
14	ท่านรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น ฟักทอง ผักบุง มะเขือเทศ ถั่วงอก กระหล่ำปลี พริก มะนาว เป็นต้น					
15	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการอบ นึ่ง ย่าง หรือต้ม					
16	ท่านรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เป็นต้น					
17	ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู หอยชนิดต่าง ๆ เป็นต้น					
18	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงเช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม กะปิ ปลาร้า ปลาจ่อม กุ้งจ่อม แจ่วบอง เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง เป็นต้น					

ที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
19	ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่ กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ผักกาดดองกระป๋อง แกงกระป๋อง เป็นต้น					
20	ท่านรับประทานอาหารขบเคี้ยว เช่น ขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอดกรอบ ข้าวเกรียบกุ้ง/ปลา เป็นต้น					
21	ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสในอาหารที่รับประทาน					
22	ท่านรับประทานอาหารปรุงรสด้วยผงชูรส ผงปรุงรส					
23	ท่านดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง					
24	ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					
25	ท่านสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จากผู้ที่สูบบุหรี่					
26	<b>ด้านการออกกำลังกาย</b> ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกาย โดย สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ และรองเท้านุ่มสบาย					
27	ในการออกกำลังกาย ท่านพยายามไต่ลื่น ขยายหลอดเลือดติดตัว					
28	ก่อนออกกำลังกาย ท่านประเมินความพร้อมหรือความแข็งแรงของร่างกาย โดยการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ ตามัว แขนขา อากาศอ่อนเพลีย เป็นต้น					
29	ก่อนออกกำลังกาย ท่านจับชีพจรตนเอง					
30	ก่อนออกกำลังกาย ท่านอบอุ่นร่างกาย โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เป็นเวลา 5-10 นาที					

ที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
31	ท่านเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงต้าน เช่น การเดิน การวิ่ง การแกว่งแขน เป็นต้น					
32	ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงดันในช่องท้อง เช่น วิดพื้น งดข้อ การซิท้อพ เป็นต้น					
33	ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาที					
34	ในการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ใจสั่น ซึพจรเต้นเร็ว หายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น					
35	หลังออกกำลังกาย ท่านผ่อนคลายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เป็นเวลา 5-10 นาที					
36	หลังออกกำลังกาย ท่านจับชีพจรตนเอง					
37	หลังออกกำลังกาย ท่านนั่งพักอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนไปทำกิจกรรมอื่น					
38	<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b> ท่านควบคุมอารมณ์ โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจ					
39	เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายจิตใจให้สงบโดยการอ่านคำสอนทางศาสนา การสวดมนต์การนั่งสมาธิ					
40	เมื่อท่านเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว หรือผู้นำศาสนา					
41	ท่านใช้วิธีระบายอารมณ์กับบุคคลใกล้ชิด เมื่อท่านหงุดหงิด โกรธ หรือโมโห					
42	เมื่อท่านเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์					

ที่	ข้อความ	การปฏิบัติ				
		น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
43	เมื่อท่านคิดมากจนนอนไม่หลับ ท่านได้ไปซื้อยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับมารับประทาน					
44	<b>ด้านการใช้ยา</b> ท่านรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์					
45	ท่านนำยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่เป็นโรคเหมือนกับท่านมารับประทาน					
46	ท่านหยุดรับประทานยา เพราะรู้สึกว่าการของตนเองดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติ					
47	ท่านใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ร่วมกับยาตามแผนการรักษาของแพทย์					
48	ท่านซื้อยาลดความดันโลหิตและหรือยาโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามร้านขายยามารับประทานเอง					
49	ภายหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เป็นต้น					
50	ภายหลังรับประทานยาลดความดันโลหิต ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น					
51	ท่านปรับขนาดยารักษาความดันโลหิตและหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตามอาการหรือระดับความดันโลหิต					
52	ท่านเก็บยาไว้ในที่ที่ไม่เปียกชื้นและไม่มีแสงแดดส่องถึง					

ข้อเสนอแนะ.....  
 .....  
 .....

#### ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก (ผู้วิจัยผู้บันทึกเอง)

1. ความดันโลหิตครั้งที่ 1 ...../.....มิลลิเมตรปรอท  
ความดันโลหิตครั้งที่ 2 ...../.....มิลลิเมตรปรอท
2. ชีพจร.....ครั้งต่อนาที
3. น้ำหนัก.....กิโลกรัม
4. ส่วนสูง.....เซนติเมตร
5. รอบเอว.....เซนติเมตร
6. ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน
  - 6.1.....
  - 6.2.....
  - 6.3.....
  - 6.4.....
  - 6.5.....
  - 6.6.....
  - 6.7.....

ความคิดเห็นอื่น ๆ

.....

.....

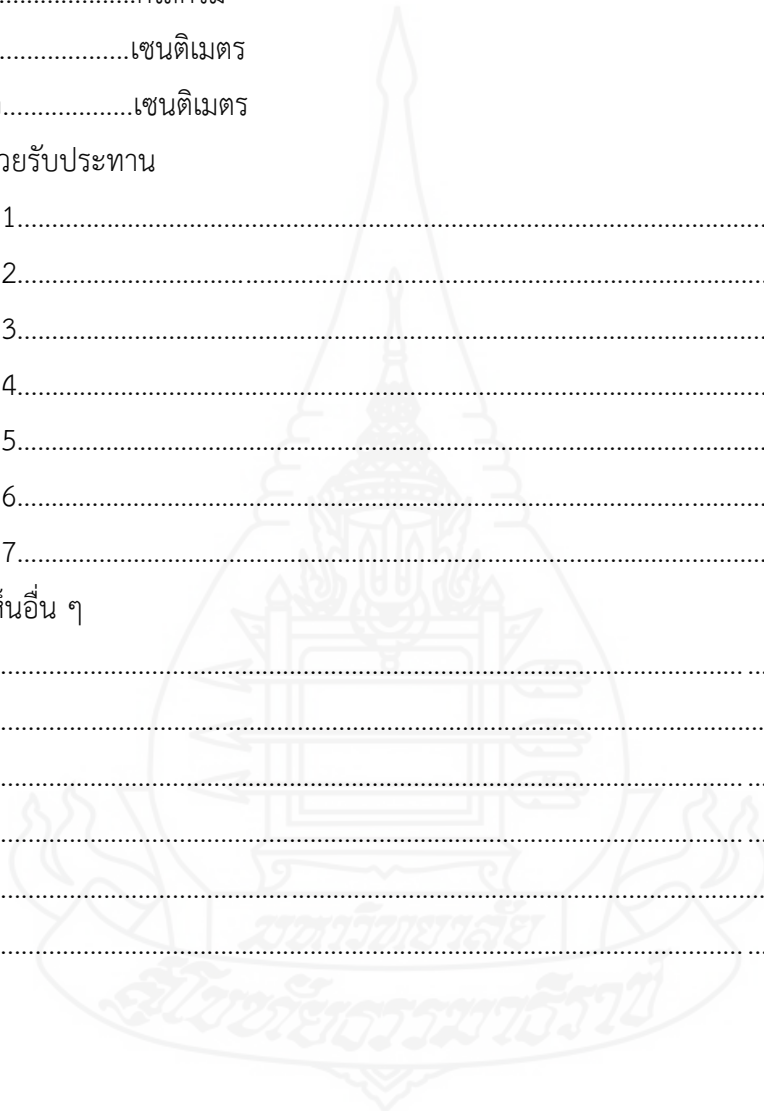
.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก จ

แบบประเมินความต้องการและแบบบันทึกติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม





แบบประเมินเพื่อคัดกรองปัญหาและความต้องการของการจัดการรายกรณีเพื่อประสานการดูแล  
ระหว่างโรงพยาบาลสู่ชุมชนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

ชื่อ-สกุล .....HN.....Dx.....อายุ.....ปี  
ที่อยู่.....

หัวข้อการประเมิน	ผลการประเมิน
<b>1. การประเมิน</b>	
<b>1.1 ข้อมูลทางคลินิก</b>	
1) ประวัติอาการ chest pain	ครั้งต่อเดือน
2) น้ำหนัก	กิโลกรัม
3) ส่วนสูง	เซนติเมตร
4) รอบเอว	เซนติเมตร
5) ความดันโลหิต	มิลลิเมตรปรอท
6) ชีพจร	ครั้ง/นาที
7) ไขมันโคเลสเตอรอล	มิลลิกรัมเปอร์เดซิลิตร
8) ไขมันเลว (LDL)	มิลลิกรัมเปอร์เดซิลิตร
9) ไขมันดี (HDL)	มิลลิกรัมเปอร์เดซิลิตร
10) ไขมันไตรกลีเซอไรด์	มิลลิกรัมเปอร์เดซิลิตร
<b>1.2 การรักษาด้วยยา</b>	
1) Antiplatelet	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
2) Statin	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
3) Nitrate group	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
4) ACEI	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
5) ARB	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
6) Beta-blocker	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....

หัวข้อการประเมิน		ผลการประเมิน	
	7) Orther drugs.....	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
	8) อาการผิดปกติที่พบภายหลัง ใช้ยา	<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ	<input type="checkbox"/> ได้รับ ระบุขนาด.....
<b>1.3 ความเครียด (2Q)</b>			
ในเดือนที่ผ่านมาผมมีน้ำใจมีอาการนี้			
	1) อุกอ้ง หงอย เซ็ง หนอย บ่เป็นตาอยู่ มีแต่อยากไเฮ้	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
	2) บ่สนใจหยั่ง บ่อยากเฮ็ดหยั่ง บ่ม่วนบ่ขึ้น	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
<b>1.4 ด้านสังคม</b>			
	1) มีความจำเป็นต้องการอุปกรณ ช่วยเหลือ	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> จำเป็น ระบุ.....
	2) มีความจำเป็นต้องได้รับการ เยี่ยมบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่จำเป็น	<input type="checkbox"/> จำเป็น
	3) ต้องการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ	<input type="checkbox"/> ต้องการ
	4) มีญาติหรือผู้ดูแล	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> มี
<b>1.5 ด้านพฤติกรรมสุขภาพ</b>			
	1) การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม
	2) สูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> ไม่สูบ	<input type="checkbox"/> สูบ จำนวน.....มวนต่อวัน สูบนาน.....ปี
	3) ดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> ไม่ดื่ม	<input type="checkbox"/> ดื่ม จำนวน .....แก้วต่อวัน ดื่มนาน.....ปี
	4) การรับประทานยา	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> เหมาะสม

หัวข้อการประเมิน		ผลการประเมิน
	5) การออกกำลังกาย	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> เหมาะสม
	6) การนอนหลับพักผ่อน	<input type="checkbox"/> ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> เหมาะสม
2. การช่วยเหลือ	1) การประสานในชุมชน	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	2) การจัดการความเครียด	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	3) การปรับแผนการรักษา	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	4) การเฝ้าระวังการใช้ยา	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	5) การเลือกและประกอบอาหาร	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	6) การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
3. คำแนะนำ	1) การใช้ยา	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	2) การรับประทานอาหาร	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	3) การลดน้ำหนัก	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	4) การมาตรวจตามนัด	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน
	5) ช่องทางการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา	<input type="checkbox"/> จำเป็นน้อย <input type="checkbox"/> จำเป็นมาก/เร่งด่วน

## แบบบันทึกติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วม

HN.....ชื่อสกุล.....อายุ.....ปี Dx.....ที่อยู่.....

ครั้งที่เยี่ยม	วันที่เยี่ยม	อาการ	รอบเอว (เซนติเมตร)	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)				ชีพจรครั้งที่ 1 (ครั้งต่อนาที)	ชีพจรครั้งที่ 2 (ครั้งต่อนาที)	ผู้เยี่ยม
				ค่าบน ครั้งที่ 1	ค่าล่าง ครั้งที่ 1	ค่าบน ครั้งที่ 2	ค่าล่าง ครั้งที่ 2			
1		1) เจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/สัปดาห์ 2) อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....								
2		1) เจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/สัปดาห์ 2) อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....								

ครั้งที่เยี่ยม	วันที่เยี่ยม	อาการ	รอบเอว (เซนติเมตร)	ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)				ชีพจรครั้งที่ 1 (ครั้งต่อนาที)	ชีพจรครั้งที่ 2 (ครั้งต่อนาที)	ผู้เยี่ยม
				ค่าบน ครั้งที่ 1	ค่าล่าง ครั้งที่ 1	ค่าบน ครั้งที่ 2	ค่าล่าง ครั้งที่ 2			
3		1) เจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/สัปดาห์ 2) อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....								
สรุป		1) เจ็บแน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี.....ครั้ง/สัปดาห์ 2) อื่น ๆ <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....								
ความช่วยเหลือต่อเนื่อง ..... ..... ..... .....										

ภาคผนวก ฉ

ผลของพฤติกรรมการจัดการตนเองรายข้อ





ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรายข้อของพฤติกรรมกา  
 จัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจร่วมใน ตำบลบึงบอน อำเภ  
 อยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังใช้รูปแบบของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมกาจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
<b>ด้านการรับประทานอาหาร</b>						
1 ท่านรับประทานอาหารประเภทโปรตีน เช่น เนื้อปลา เต้าหู้ หรือถั่ว เป็นต้น	3.20	.83	ปานกลาง	4.00	.70	มาก
2 ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารจำพวก แป้งหรือน้ำตาลสูง เช่น ขนมปัง ขนมหวาน น้ำหวาน น้ำอัดลม เป็นต้น	1.80	.83	น้อย	2.60	.89	ปานกลาง
3 ท่านดื่มนมปรุงรส เช่น นมรสหวาน นมรสกาแฟ นมรสช็อกโกแลต เป็นต้น	2.20	1.09	น้อย	1.40	.54	น้อยที่สุด
4 ท่านดื่มนมพร่องมันเนยหรือมีไขมันน้อย	2.46	1.51	น้อย	1.80	1.30	น้อยที่สุด
5 ท่านรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ หนังไก่ หนังเป็ด แคมหมู เป็นต้น	1.80	.44	น้อย	1.40	.54	น้อยที่สุด
6 ท่านรับประทานอาหารที่ประกอบด้วยเนยหรือครีม เช่น โรตีสี ขนมเค้ก ไอศกรีม เป็นต้น	1.60	.54	น้อย	1.60	.54	น้อย
7 ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงโดยการทอด เช่น ไก่ทอด ไข่เจียว กุ้งทอด ปาท่องโก๋ เป็นต้น	2.40	.89	น้อย	2.20	1.09	น้อย
8 ท่านหลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมัน เช่น กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ ลูกชิ้น เป็นต้น	2.00	.70	น้อย	3.00	.00	ปานกลาง
9 ในการปรุงอาหาร ท่านเลือกใช้น้ำมันพืชแทนน้ำมันจากไขมันสัตว์ ซึ่งไม่ใช้น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์ม	2.80	.44	ปานกลาง	3.00	.00	ปานกลาง
10 ท่านรับประทานผลไม้ที่ไม่มีน้ำตาลมาก เช่น ฝรั่ง มะละกอ ส้ม เป็นต้น	3.00	1.00	ปานกลาง	3.60	.54	มาก
11 ท่านรับประทานผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ทุเรียน มะขามหวาน มะม่วงสุก ลำไย ขนุน เป็นต้น	2.00	.70	น้อย	1.40	.548	น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
		M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
12	ท่านรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผักชนิดต่าง ๆ ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง เป็นต้น	3.00	1.00	ปานกลาง	3.60	.894	มาก
13	ท่านรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านที่ช่วยลดไขมันหรือความดันโลหิต เช่น กระเทียมสด ผักคื่นฉ่าย เป็นต้น	3.20	1.09	ปานกลาง	3.80	1.00	มาก
14	ท่านรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น พักทอง ผักบุง มะเขือเทศ ถั่วงอก กระหล่ำปลี พริก มะนาว เป็นต้น	4.00	1.00	มาก	4.40	.89	มาก
15	ท่านรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการอบ นึ่ง ย่าง หรือ ต้ม	4.40	.89	มาก	4.80	.44	มากที่สุด
16	ท่านรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ เป็นต้น	2.00	.70	น้อย	1.60	.89	น้อย
17	ท่านรับประทานอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก กุ้ง ปู หอย ชนิดต่าง ๆ เป็นต้น	2.20	.44	น้อย	1.40	.54	น้อยที่สุด
18	ท่านหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม กะปิ ปลาร้า ปลาจ่อม กุ้งจ่อม แจ่วบอง เต้าเจี้ยว ผักผลไม้ดอง เป็นต้น	2.40	.89	น้อย	2.00	1.00	น้อย
19	ท่านรับประทานอาหารเช้ารูป เช่น บะหมี่ กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋อง ผักกาดดองกระป๋อง แกงกระป๋อง เป็นต้น	2.20	.83	น้อย	1.40	.54	น้อยที่สุด
20	ท่านรับประทานอาหารขบเคี้ยว เช่น ขนมกรุบกรอบ มันฝรั่งทอดกรอบ ข้าวเกรียบกุ้ง/ปลา เป็นต้น	1.80	.837	น้อย	1.80	.83	น้อย
21	ท่านเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสปรุงรสในอาหารที่รับประทาน	2.80	.44	ปานกลาง	2.00	1.00	น้อย
22	ท่านรับประทานอาหารปรุงรสด้วยผงชูรส ผงปรุงรส	3.40	1.51	ปานกลาง	3.20	1.48	ปานกลาง
23	ท่านดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	1.80	1.30	น้อย	1.40	.54	น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
24 ท่านดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.00	.00	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
25 ท่านสูบบุหรี่หรือได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่	1.00	.00	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
<b>ด้านการออกกำลังกาย</b>						
26 ท่านแต่งกายเหมาะสมกับการออกกำลังกายโดยสวมเสื้อผ้าหลวม ๆ และรองเท้าที่นุ่มสบาย	3.40	1.14	ปานกลาง	4.00	1.00	มาก
27 ในการออกกำลังกาย ท่านพยายามไต่ลื่นขยายหลอดเลือดติดตัว	2.00	1.73	น้อย	4.00	1.732	มาก
28 ก่อนออกกำลังกาย ท่านประเมินความพร้อมหรือความแข็งแรงของร่างกาย โดยการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น วิงเวียนศีรษะ ตามัว แขนขาอาการอ่อนเพลีย เป็นต้น	3.00	1.87	ปานกลาง	3.80	1.30	มาก
29 ก่อนออกกำลังกาย ท่านจับชีพจรตนเอง	1.20	.44	น้อยที่สุด	2.40	.548	น้อย
30 ก่อนออกกำลังกาย ท่านอบอุ่นร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เป็นเวลา 5-10 นาที	2.80	.44	ปานกลาง	3.40	.89	ปานกลาง
31 ท่านเลือกกิจกรรมการออกกำลังกายที่ไม่ใช้แรงต้าน เช่น การเดิน การวิ่ง การแกว่งแขน เป็นต้น	2.80	.44	ปานกลาง	4.80	.44	มากที่สุด
32 ท่านหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ใช้แรงดันในช่องท้อง เช่น วิดพื้น งดข้อ การชิท้อพ เป็นต้น	2.00	1.00	น้อย	2.80	1.48	ปานกลาง
33 ท่านออกกำลังกายนานอย่างน้อย 30 นาที	3.00	.70	ปานกลาง	3.80	1.09	มาก
34 ในการออกกำลังกาย ท่านสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็วหายใจเหนื่อยหอบ เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น	3.00	1.22	ปานกลาง	3.80	1.09	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
35 หลังออกกำลังกาย ท่านผ่อนคลายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ เป็นเวลา 5-10 นาที	3.00	1.58	ปานกลาง	4.00	1.00	มาก
36 หลังออกกำลังกาย ท่านจับชีพจรตนเอง	1.00	.00	น้อยที่สุด	2.80	.44	ปานกลาง
37 หลังออกกำลังกาย ท่านนั่งพักอย่างน้อย 5-10 นาที ก่อนไปทำกิจกรรมอื่น	3.20	.83	ปานกลาง	3.80	.83	ปานกลาง
<b>ด้านการจัดการกับความเครียด</b>						
38 ท่านควบคุมอารมณ์ โกรธ หงุดหงิด กังวลใจ หรือเครียด เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจ	2.40	.54	น้อย	4.00	1.00	มาก
39 เมื่อเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายจิตใจให้สงบโดยการอ่านคำสอนทางศาสนา การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ	3.00	1.00	ปานกลาง	4.20	1.30	มาก
40 เมื่อท่านเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านปรึกษาผู้ใกล้ชิด บุคคลในครอบครัว หรือผู้นำศาสนา	3.20	.447	ปานกลาง	4.00	.70	มาก
41 ท่านใช้วิธีระบายอารมณ์กับบุคคลใกล้ชิด เมื่อท่าน หงุดหงิด โกรธ หรือโมโห	1.40	.54	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
42 เมื่อท่านเครียดหรือไม่สบายใจ ท่านผ่อนคลายโดยการสูบบุหรี่ หรือดื่มแอลกอฮอล์	1.40	.54	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
43 เมื่อท่านคิดมากจนนอนไม่หลับ ท่านได้ไปซื้อยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับมารับประทาน	1.80	1.30	น้อย	1.00	.00	น้อยที่สุด
<b>ด้านการใช้ยา</b>						
44 ท่านรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์	3.80	1.78	มาก	5.00	.00	มากที่สุด
45 ท่านนำยารักษาโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคหลอดเลือดหัวใจของผู้ที่เป็นโรคเหมือนกับท่านมารับประทาน	2.00	1.73	น้อย	1.00	.00	น้อยที่สุด
46 ท่านหยุดรับประทานยา เพราะรู้สึกว่าการของตนเองดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติ	2.40	1.67	น้อย	1.00	.00	น้อยที่สุด

ตารางที่ 1 (ต่อ)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง	ก่อนใช้รูปแบบ			หลังใช้รูปแบบ		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
47 ท่านใช้ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน ร่วมกับยาตามแผนการรักษาของแพทย์	1.60	.80	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
48 ท่านซื้อยาลดความดันโลหิต และ/หรือยาโรคหลอดเลือดหัวใจ ตามร้านขายยามารับประทานเอง	1.00	.00	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
49 ภายหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิต ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เป็นต้น	1.40	.89	น้อยที่สุด	3.20	1.09	ปานกลาง
50 ภายหลังจากรับประทานยาลดความดันโลหิต ท่านสังเกตอาการผิดปกติ เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น	1.80	1.30	น้อย	3.80	1.09	มาก
51 ท่านปรับขนาดยารักษาความดันโลหิตและหรือโรคหลอดเลือดหัวใจตามอาการหรือระดับความดันโลหิต	1.00	.00	น้อยที่สุด	1.00	.00	น้อยที่สุด
52 ท่านเก็บยาไว้ในที่ที่ไม่เปียกชื้นและไม่มีแสงแดดส่องถึง	4.40	.89	มาก	5.00	.00	มากที่สุด

**ประวัติผู้วิจัย**

ชื่อ	นางเพชรรัตน์ ทัดเทียม
วัน เดือน ปีเกิด	10 พฤษภาคม 2516
สถานที่เกิด	อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ. 2544
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลยางชุมน้อย อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

