ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

EFFECTS OF THE DEVELOPMENT OF A MANAGEMENT SYSTEM FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS USING MECHANISMS OF THE DISTRICT HEALTH BOARD

Received: November 25, 2022
Revised: December 29, 2022
Accepted: December 30, 2022

อารมณ์ ร่มเย็น[1*]
Arom Romyen[1*]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิต โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากร จำนวน 79 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 270 คน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ จำนวน 158 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม โดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ multiple linear regression

ผลการศึกษา พบว่า ผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ 1) มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) มีการจัดการเชิงรุก 3) การประชาสัมพันธ์ 4) พัฒนาระบบบริการ 5) มีแผนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อ 6) การปรับสภาพแวดล้อม 7) จัดกิจกรรมกลุ่ม กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยรวมมีระดับสูง (3.59±2.85) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับสูง (4.25±0.43) มีความเครียดโดยรวมเล็กน้อย ร้อยละ 98.1 (2.20±1.47) โดยรวมไม่มีภาวะซึมเศร้า (2.59±2.12) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมมีระดับดี (49.35±4.31) ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 40.8 (adj.R^2= 0.408, p<0.001) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า (adj.R^2=0.324) และความเครียด (adj.R^2=0.166) ดังสมการ $\hat{y}$ = Constant 1.950+ $0.408X_1$ + $0.166X_2$

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

[1]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร
Chumphon Health Provincial Office
*Corresponding author E-mail: a_romyen21@hotmail.com

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.3 Sep - Dec 2022

Abstract

This evaluation research was aims to study of the development of care management system for chronic non-communicable disease patients (NCD), network involvement and predictive factors on quality of life, using mechanisms of the district health board (DHB). Between September - November 2022. Sample group was divided 3 groups, namely 79 personnel, 270 local networks and 158 non-communicable diseases patients. Research instrument was questionnaire. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation and multiple linear regression.

The results found that the development of the care management system for patients with chronic non-communicable diseases by using the mechanism of the District Health Board in 7 measures: 1) there was a management system for patients with NCD by the DHB, 2) There was a proactive management, 3) Public relations, 4) Developing the service system, 5) Having a plan to reduce the risk of NCD, 6) Adjusting the environment, 7) Organizing group activities. The mechanism of the DHB overall, there was a high level of cooperation. (3.59±2.85). Network involvement at high level (4.25±0.43), there was mild stress 98.1% (2.20±1.47) and overall there was no depression (2.59±2.12). Overall quality of life of NCD patients was a good level (49.35±4.31). The predictive factors affecting quality of life with statistical significance at the 0.05 level could be combined to predict the quality of life of 40.8% (adj.R^2= 0.408, $p<0.001$) including depression (adj.R^2=0.324) and stress (adj.R^2=0.166). According to the equation $\acute{y}$ = Constant 1.950+ $0.408X_1 + 0.166X_2$

Keywords: Development System, Chronic Non-Communicable Disease, District Health Board

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs: non-communicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้ สถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในประเทศไทย ความชุกของโรคเบาหวานในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552[1] โรค NCDs เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรค และไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน แต่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น การใช้ชีวิตประจำวันในปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง การรับประทานอาหารปริมาณมากเกินความต้องการของร่างกาย อาหารรสหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง เหล่านี้ จะทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ก็จะทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็งต่างๆ ได้ เมื่อประกอบกับความเครียดสะสมเรื้อรังจะนำไปสู่การเกิดกลุ่มโรค NCDs ได้[2]

กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาพรวมของจังหวัดชุมพร มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง เมื่อเทียบปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 1.73, 1.99, 1.98 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านเมื่อเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 18.87 และ 49.30 ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 40) ในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 22.00, 30.22, 32.13 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (เป้าหมายร้อยละ 50) ได้ร้อยละ 28.71, 37.35, 44.78 และมีการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560, 2561, 2562 ได้ร้อยละ 82.25, 85.80 และ 89.40 ตามลำดับ[3]

ระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกการจัดการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามยุทธศาสตร์ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นระบบการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย สถานการณ์ระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดชุมพร ตามนโยบายประชาชนคนไทย มีหมอประจำตัว 3 คน โดยมอบบัตรแนะนำตัว 3 หมอ ให้แก่ทุกครัวเรือน ในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง แนะนำ ปรึกษา รักษา ประสานงาน และส่งต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 803 คน จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน จำนวน 9,912 คน ได้มีการจัดทำแผนงานโครงการ และประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รวมถึงการเตรียมหลักสูตรเพื่อพัฒนายกระดับเป็น อสม.หมอประจำบ้าน

ทุกหมู่บ้าน ประเด็นปัญหาสำคัญ คือ งบประมาณสำหรับการอบรม อสม.หมอประจำบ้าน ไม่ครบตามเป้าหมายในจังหวัดชุมพร มีหมอประจำตัว 3 คน ร้อยละ 21.59 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50 ดังนั้น จึงใช้กลไก พชอ. ผลักดัน อสม. ให้ได้รับความรู้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเกณฑ์ ร้อยละ 75[3]

ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บางส่วนที่ต้องมีความทุกข์ทรมานจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลายาวนาน จึงเป็นเหตุผลให้ทำการประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดชุมพร ครั้งนี้ เพื่อลดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเกิดประโยชน์สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ได้ทราบถึงข้อมูลสถานการณ์กระบวนการจัดการ และนำผลการศึกษา ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผน และการจัดระบบบริการฟื้นฟูสุขภาพ ปรับปรุงพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดชุมพร
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดชุมพร
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในจังหวัดชุมพร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า (context-input) ประกอบด้วย วิเคราะห์บริบทข้อมูลทั่วไปของจังหวัดชุมพร การสืบค้นข้อมูลอย่างเป็นระบบ (systematic review) ตามหลักความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์[4] และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (เพศ อายุ รายได้ โรคที่ป่วยในปัจจุบัน ยาที่รับประทาน) และ กระบวนการพัฒนา (Process) ประกอบด้วย กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผลลัพธ์ (results) ประกอบด้วย ผลการดำเนินงาน (output) ได้แก่ ความเครียด (ST5) และภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผลลัพธ์ (outcome) คือ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบ เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ระหว่างเดือนกันยายน-พฤศจิกายน 2565 ประชากรแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ คือ ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2) เครือข่ายท้องถิ่น ในจังหวัดชุมพร คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 3) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และโรคไตเรื้อรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย[5] ตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวน 79 คน เลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) คือ ศึกษาผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในจังหวัดชุมพร

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 270 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน และ อสม. ที่มีเชื้อชาติไทย ในจังหวัดชุมพร

3. กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 158 คน คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติ ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ในจังหวัดชุมพร

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. กลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการ คือ ผู้รับผิดชอบงาน พชอ. ที่ปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี ที่ไม่สามารถติดต่อได้หรือที่ไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูล

2. กลุ่มเครือข่าย คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน อสม. เชื้อชาติไทย ที่ไม่อยู่ในจังหวัดชุมพร ในช่วงที่ศึกษา ที่ไม่สามารถติดต่อได้ หรือที่ไม่ประสงค์ให้สอบถามข้อมูล

3. กลุ่มผู้ป่วย คือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่รับการรักษาในระบบมากกกว่า 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามบุคลากร จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์บริบท และปัจจัยนำเข้า การดำเนินงานดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ตามกลไกความร่วมมือของ พชอ. ประยุกต์จาก ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง และคณะ[6] ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการระบบ 2) การจัดการระหว่างหน่วยงาน 3) การประชาสัมพันธ์ 4) การพัฒนาระบบบริการ 5) การจัดบริการเชื่อมโยงแผนลดเสี่ยงลดโรค 6) การปรับสภาพแวดล้อม และ 7) การจัดกิจกรรมกลุ่ม

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2565
Research and Development Health System Journal
Vol.15 No.3 Sep - Dec 2022

เป็นแบบให้เลือกตอบ rating scale 5 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วม 1 = ไม่มี ถึงระดับ 5 = มากที่สุด การแปลค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ ดังนี้ 1.0-1.66 = ระดับต่ำ, 1.67-3.33 = ปานกลาง, 3.34-5.00 = สูง

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานเครือข่าย ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการระบบ 2) การจัดการเชิงรุกระหว่างหน่วยงาน 3) มาตรการประชาสัมพันธ์ 4) การพัฒนาระบบบริการ 5) การจัดบริการเชื่อมโยงแผนลดเสี่ยงลดโรค 6) การปรับสภาพแวดล้อม และ 7) การจัดกิจกรรมกลุ่ม

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์ตามแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ[7] ข้อมูลการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมสนับสนุนช่วยเหลือการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภายใต้กลไกความร่วมมือของ พชอ. 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา 2) การปฏิบัติตามบทบาท 3) การติดตามเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล การตอบเป็น rating scale 5 ระดับ คือ ระดับการมีส่วนร่วม 1 = ไม่มี ถึงระดับ 5 = มากที่สุด การแปลค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ ดังนี้ 1.0-1.66 = ระดับต่ำ, 1.67-3.33= ปานกลาง, 3.34-5.00 = สูง

ชุดที่ 3 แบบสอบถามผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน จำนวน 45 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 5 ข้อ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ รายได้ การกลับไปรักษาซ้ำ ภาวะสุขภาพปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียด (ST-5) จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับ ปัญหาการนอน สมาธิ อาการหงุดหงิด/กระวนกระวาย ความรู้สึกเบื่อเซ็ง และ รู้สึกไม่อยากพบปะผู้คน คะแนนการตอบ คือ 0 = ระดับอาการแทบไม่มี ถึง 3 = ระดับอาการเป็นประจำ การแปลผลค่าคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-4 ความเครียดน้อย, 5-7 เครียดปานกลาง, 8-9 เครียดมาก, 10-15 ความเครียดมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) จำนวน 9 ข้อ ประยุกต์จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (9Q)[8] (alpha = 0.75) คำถามเกี่ยวกับ เบื่อไม่อยากทำอะไร ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้ หลับยาก หรือหลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับๆ ตื่นๆ เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง การให้คำตอบ คือ ไม่มี (0) เป็นบางวัน (1-7วัน) เป็นบ่อย (มากกว่า 7 วัน) เป็นทุกวัน การแปลผล คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6), มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำ (7-12), ระดับปานกลาง (13-18), ระดับรุนแรง (19 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ ประยุกต์ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อภาษาไทย[8] (alpha 0.84) ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยรายข้อแปลผล 3 ระดับ คือ 1.00-1.66 = มีคุณภาพชีวิตไม่ดี, 1.67-3.34 = ปานกลาง, 3.35-5.00 = มีคุณภาพชีวิตที่ดี การให้คะแนน แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมี 26 ข้อ คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และทางลบ 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน ตั้งแต่ 26 – 130 คะแนน ดังนี้ องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24 องค์ประกอบด้านจิตใจ ได้แก่

ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23 องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26 กลุ่มคุณภาพชีวิตรายด้านมีคะแนน ดังนี้

กลุ่มคุณภาพชีวิต	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี
ด้านสุขภาพกาย (physical)	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ (mental)	6-14	15-22	23-30
ด้านสังคม (social)	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	8-18	19-29	30-40
รวม	26-60	61-95	96-130

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลักที่มีการศึกษา และตรวจสอบเครื่องมือแบบประเมินสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทุกฉบับ

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (tryout) กับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะทำการทดลอง จำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร และการทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิเคราะห์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ แบบสอบถามบุคลากร (alpha=0.88) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (alpha= 0.89) ความเครียด ST-5 (alpha= 0.87) ภาวะซึมเศร้า 9Q (alpha = 0.75) และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (alpha 0.84)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน และ multiple linear regression กรณีการแจกแจงข้อมูลแบบ Multicollinearity ต้องผ่านการทดสอบค่าสหสัมพันธ์ไม่เกิน 0.7

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายใต้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ ทั้งฉบับภาษาไทย และภาษาอังกฤษ เลขที่รับรอง 032/2565 ลงวันที่ 19 สิงหาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (input) โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใน 7 มาตรการ ได้แก่ 1) มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2) มีการจัดการเชิงรุกในชุมชน 3) มีการรณรงค์และการประชาสัมพันธ์ 4) พัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานพยาบาล 5) มีแผนลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 6) มีการดำเนินงานเอื้อต่อสภาพแวดล้อม 7) การจัดกิจกรรมกลุ่มชมรม กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยรวมมีความร่วมมือระดับสูง (3.59±2.85) มากที่สุดคือ การจัดการเชิงรุกในชุมชนระหว่างหน่วยงาน (4.08±2.67) การจัดกิจกรรมกลุ่มชมรมป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (3.72±3.84) และจัดบริการเชื่อมโยงแผนลดเสี่ยงลดโรค (3.71±3.81) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลไกความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (n=79)

กลไกความร่วมมือ	Mean±SD	ระดับ
การบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ พชอ.	3.45±4.25	สูง
การจัดการเชิงรุกในชุมชนร่วมกันระหว่างหน่วยงาน	4.08±2.67	สูง
มาตรการรณรงค์และการประชาสัมพันธ์	3.00±4.45	ปานกลาง
การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ใน รพ. และรพสต.	3.66±2.95	สูง
การจัดบริการเชื่อมโยงแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน	3.71±3.81	สูง
การดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	3.52±3.98	สูง
การจัดกิจกรรมกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ	3.72±3.84	สูง
รวมทุกด้าน	**3.59±2.85**	**สูง**

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยรวมมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับสูง (4.25±0.43) มากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา (4.58±0.38) การมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านดูแลโรคไม่ติดต่อ (4.25±0.35) และการมีส่วนร่วมประเมินผล (4.17±0.68) ตามลำดับ ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น (n=270)

กิจกรรมการมีส่วนร่วม	Mean ± SD	ระดับ
การมีส่วนร่วมค้นหาปัญหา	4.58±0.38	สูง
มีส่วนร่วมปฏิบัติตามบทบาทเครือข่าย	4.02±0.53	สูง
การมีส่วนร่วมติดตามเยี่ยมบ้านดูแลโรคไม่ติดต่อ	4.25±0.35	สูง
การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล	4.17±0.68	สูง
รวมทุกด้าน	**4.25±0.43**	**สูง**

การประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผลการประเมินความเครียด (ST-5) โดยรวม มีความเครียดเล็กน้อย ร้อยละ 98.1 (2.20±1.47) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีปัญหาความเครียดบางวัน มากที่สุด คือ รู้สึกเบื่อ ร้อยละ 67.1 ปัญหาการนอน ร้อยละ 58.9 และ มีสมาธิน้อยลง ร้อยละ 51.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความเครียด (ST-5) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=158)

อาการ	ระดับคะแนนความเครียด จำนวน (ร้อยละ)				Mean±SD
	ไม่มี	บางวัน	เป็นบ่อย	ทุกวัน	
1. ปัญหาการนอน	65 (41.1)	93 (58.9)	0	0	0.59±0.49
2. มีสมาธิน้อยลง	74 (46.8)	81 (51.3)	3 (1.9)	0	0.55±0.53
3. หงุดหงิด กระวนกระวายใจ	101 (63.9)	54 (34.2)	3 (1.9)	0	0.38±0.52
4. รู้สึกเบื่อ	52 (32.9)	106 (67.1)	0	0	0.67±0.47
5. ไม่อยากพบปะผู้คน	156 (98.7)	2 (1.3)	0	0	0.01±0.11

ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) พบว่า โดยรวมของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่มีภาวะซึมเศร้า (mean ± SD) 2.59±2.12 มากที่สุด คือ สมาธิไม่ดี ร้อยละ 52.5 เบื่ออาหารหรือรับประทานมากเกินไป ร้อยละ 42.4 และหลับยาก หลับๆ ตื่นๆ ร้อยละ 39.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=158)

อาการ	ระดับคะแนน/จำนวน (ร้อยละ)				Mean ± SD
	ไม่มี	บางวัน	เป็นบ่อย	ทุกวัน	
1. เบื่อไม่อยากทำอะไร	130 (82.3)	28 (17.7)	0	0	0.18±0.38
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	125 (79.1)	33 (20.9)	0	0	0.21±0.40
3. หลับยาก หลับๆ ตื่นๆ	96 (60.8)	62 (39.2)	0	0	0.39±0.49
4. เหนื่อยง่าย หรือไม่ค่อยมีแรง	103 (65.2)	55 (34.8)	0	0	0.35±0.47
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	91 (57.6)	67 (42.4)	0	0	0.42±0.49
6. รู้สึกไม่ดีกับตนเอง	135 (85.4)	23 (14.6)	0	0	0.15±0.35
7. สมาธิไม่ดี	75 (47.5)	83 (52.5)	0	0	0.53±0.50
8. พูดช้า ทำอะไรช้าลง	125 (79.1)	33 (20.9)	0	0	0.21±0.40
9. คิดทำร้ายตนเอง	132 (83.5)	26 (16.5)	0	0	0.16±0.37
รวม (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)					**2.59±2.12**

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมระดับดี (49.35±4.31) มากที่สุด คือ พอใจที่สามารถใช้บริการสาธารณสุขตามความจำเป็น (4.59±0.49) พอใจต่อการผูกมิตรกับคนอื่น (4.49±0.50) และมีสภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ (4.33±0.59) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกรายข้อ (n=158)

คุณภาพชีวิต	Mean ± SD	ระดับ
พอใจที่จะสามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น	4.59±0.49	ดี
พอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น อย่างที่ผ่านมา	4.49±0.50	ดี
สภาพแวดล้อมดีต่อสุขภาพ	4.33±0.59	ดี
รวม	**49.35±4.31**	**ดี**

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรายด้าน มากที่สุด คือ ด้านสิ่งแวดล้อม (35.85±2.43) สุขภาพกาย (26.53±2.39) และสุขภาพจิตใจ (21.93±2.10) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำแนกรายด้าน (n=158)

คุณภาพชีวิต	ระดับคุณภาพชีวิต/ จำนวน (ร้อยละ)			Mean±SD
	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	
ด้านสุขภาพกาย (physical)	0	51 (32.3)	107 (67.7)	26.53±2.39
ด้านจิตใจ (mental)	0	108 (68.4)	50 (31.6)	21.93±2.10
ด้านสังคม (social)	0	51 (32.3)	107 (67.7)	12.49±1.42
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	0	8 (5.1)	150 (94.9)	35.85±2.43

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมกันทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมร้อยละ 40.8 (adj.R^2= 0.408, p<0.001) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะเครียด สมการพยากรณ์เป็น ดังนี้ $\hat{y}$ = Constant 1.950+ $0.408X_1$ + $0.166X_2$ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ปัจจัยทำนายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=158)

ปัจจัย	B	Beta	R^2Adj.	F Chang	P-value
	1.950	**-**	**0.408**	**28.041**	**<0.001***
1. อายุ	0.032	0.073	0.001	0.826	0.365
2. รายได้	1.227	0.251	0.004	0.399	0.529
3. ภาวะความเครียด (ST-5)	1.210	0.414	0.166	32.243	<0.001*
4. ภาวะซึมเศร้า (9Q)	1.163	0.573	0.324	76.285	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.05, โดยใช้ multiple linear regression

สรุปผลการวิจัย

ผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครั้งนี้ พบ ความเครียดและภาวะซึมเศร้า มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครั้งนี้ โดยรวมมีความร่วมมือระดับสูง ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพ ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิต และภาระโรคโดยรวมของไทย ดังนั้น จังหวัดชุมพรจึงตั้งเป้าหมายในการลดอัตราตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อติดตามการรักษาต่อที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกีระติ เวียงนาค[9] ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต พบว่า การมีส่วนร่วมของ พชอ. มี 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผนและการตัดสินใจ การปฏิบัติการ ด้านผลประโยชน์โดยรวม ด้านการตรวจสอบและประเมินผลโดยรวม

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจาก การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครั้งนี้ มีความยืดหยุ่น ยึดหลักการมีส่วนร่วม มีการดึงภาคส่วนต่างๆ เข้ามาร่วมได้หลากหลาย โดยประยุกต์ใช้เครื่องมือ การบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง กลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ สนับสนุนและส่งเสริมให้ท้องถิ่นและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในพื้นที่ เกิดเป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต แปลงแนวคิด

ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา สาดตระกูลวัฒนา[10] การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า มีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินการ บุคลากรที่หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความมั่นใจบริการ และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง มีการสนับสนุนการดูแลตนเอง ผลการดำเนินงานทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาล บุคลากรผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิมีความรู้ เข้าใจ และมีทักษะในการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดรูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิมีมาตรฐาน ทำให้โรงพยาบาลสามารถกระจายผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิได้ และการศึกษาของ สมาน คงสมบูรณ์ และ ยอดชาย สุวรรณวงษ์[11] ศึกษาการพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี พบว่า รูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มี 5 องค์ประกอบ คือ (1) แนวคิด: ผู้นำสะท้อนความสำเร็จของเป้าหมาย การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (2) หลักการ: พัฒนาทักษะเชิงกลยุทธ์ เสริมสร้างทักษะสร้างการมีส่วนร่วม (3) เป้าหมาย: ผู้นำมีทักษะการบริหาร (4) กระบวนการ: การวิเคราะห์เชิงระบบ การวางแผนการพัฒนา การพัฒนาทักษะภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ การปฏิบัติงานและควบคุมเชิงกลยุทธ์ การสะท้อนบทเรียน การประเมินผล และ (5) การประเมินผล: ทักษะเชิงกลยุทธ์ของผู้นำ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

3. การประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเครียดโดยรวมระดับเล็กน้อย และไม่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครั้งนี้ เป็นความท้าทายต่อการป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ไม่สามารถรับมือได้ด้วยภาคสุขภาพเพียงอย่างเดียว การพัฒนาการป้องกันและควบคุมต้องใช้นโยบายสุขภาพรูปแบบใหม่ รวบรวมจากประสบการณ์ และบทเรียนที่เกิดขึ้น ในการวางแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการ[12] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ทิพย์ ชัยสว่าง และคณะ[13] ศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย และอาการของภาวะซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันเล็กน้อย และการศึกษาของ ชาญศักดิ์ วิชิต[14] ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความพอใจสุขภาพตนเองในระดับต่ำ

4. ผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยรวมมีระดับดี อธิบายได้ว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขึ้นอยู่กับ ภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียด ทั้งนี้ การศึกษาของ Tolonen และคณะ[15] ศึกษาพัฒนาการของปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศฟินแลนด์ โดยคาดการณ์พัฒนาการของปัจจัยเสี่ยง จนถึงปี พ.ศ. 2583 พบว่า การสูบบุหรี่คาดว่าจะ

ลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปี 2040 ซึ่งคล้ายกับความดันโลหิตสูง และคอเลสเตอรอล การเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนส่วนใหญ่เกิดจากการโพลาไรซ์ กล่าวคือ คนที่มีน้ำหนักปกติยังคงมีน้ำหนักปกติ แต่ผู้ที่มีน้ำหนักเกินมักจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น และกลายเป็นคนอ้วน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจและฝึกทักษะแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะทำให้การทำงานเดินหน้าไปพร้อมๆ กัน มีโครงสร้างที่ได้มาตรฐาน มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล โดยคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการวางแผนในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทุกด้าน และมีระบบบริการเชิงรุก

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ และสามารถนำมากำหนดแนวทางการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และควรมีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือภาคประชาสังคมเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

3. ข้อเสนอแนะการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเชิงลึกในการพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังใน 4 กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
2. นันทกร ทองแตง. รายการพบหมอศิริราช เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2561. [เข้าถึงเมื่อ 28 ตุลาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.si.mahidol.ac.th
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. ทะเบียนข้อมูลจาก HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร; 2565.
4. อัจฉรา คำมะทิตย์. หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล: ค้นหา วิเคราะห์ และนำไปใช้อย่างไร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2564; 8(2): 315-328.
5. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2557.
6. ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, หทัยชนก เกตุจุนา, ขนิษฐา ศรีสวัสดิ์ และคณะ. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus & Online. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.

7. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 119/ตอน 116 วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545.
8. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง). ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
9. กีระติ เวียงนาค. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร 2563; 1(1): 49-55.
10. วนิดา สาดตระกูลวัฒนา. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8(1): 24-36.
11. สมาน คงสมบูรณ์, ยอดชาย สุวรรณวงษ์. การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564; 30(1): 115-128.
12. World Health Organization. Global Status Report on noncommunicable diseases. Geneva 2013-2014. Geneva. WHO 2015. [Cited October 25, 2022] online from: http://www.who.int
13. ภรณ์ทิพย์ ชัยสว่าง, ปาริชาติ อ้นองอาจ, สกุณตลา เพ็งแจ่ม, เนติพงษ์ เวฬุวนารักษ์, ศรันย์ อินทกุล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาวิทยาศาสตร์การแพทย์. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 7 วิทยาลัยนครราชสีมา. NMCCON 2563: 1080-1087.
14. ชาญศักดิ์ วิชิต. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคอีสาน 2564; 36(1): 24-36.
15. Tolonen H, Reinikainen J, Zhou Z, Härkänen T, Männistö S, Jousilahti P. Development of non-communicable disease risk factors in Finland: projections up to 2040. Scandinavian Journal of Public Health. SAGE 2022: 1-8.