

การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ Evaluation of the Development of a Care System for Patients with Non-Communicable Diseases in Khao Phanom District, Krabi Province.

(Received: June 20,2025 ; Revised: June 25,2025 ; Accepted: June 26,2025)

พิพัฒน์ พุทธโร¹

Pipat Bhuddharo¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแล ใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มกับพยาบาลวิชาชีพและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 คน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณกับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถามการรับรู้และการปฏิบัติ แบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิก และแบบบันทึกผลลัพธ์ผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าระบบการดูแลมีลักษณะเครือข่ายบริการสุขภาพที่มีนโยบายชัดเจน โดยทรัพยากรบุคคลเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด มีการจัดการตามระดับความรุนแรงและการสนับสนุนการตัดสินใจผ่าน Line Application คะแนนประเมินคุณภาพคลินิกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 204.12 เป็น 225.01 ($p < .05$) การรับรู้และการปฏิบัติของบุคลากรดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานลดลงจาก 142.43 เป็น 123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันสูงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, CIPP Model, เครือข่ายบริการสุขภาพ

Abstract

This study aimed to evaluate the development of a care system for patients with non-communicable diseases in Khao Phanom District, Krabi Province, focusing on the context, input, process, and product dimensions, and to propose recommendations for improving the care system. Survey research by mixed-methods approach was employed, consisting of qualitative analysis through in-depth interviews and focus group discussions with 10 professional nurses and personnel responsible for non-communicable disease management, as well as quantitative analysis with 30 professional nurses working in non-communicable disease clinics. The research instruments included semi-structured interview guides, perception and practice questionnaires, clinic quality assessment reports, and patient outcome records. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The study findings revealed that the care system operated as a health service network with clear policies, with human resources being the most critical factor. Services were organized according to disease severity levels, and decision support was provided through the Line Application. Clinic quality assessment scores increased significantly from 204.12 to 225.01 ($p < .05$). Personnel perception and practice improved significantly ($p < .05$). Blood glucose levels in diabetic patients decreased from 142.43 to 123.20 mg/dL, and blood pressure in hypertensive patients improved significantly.

Keywords: Non-communicable diseases, CIPP Model, health service network

¹ โรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่สำคัญ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตร้อยละ 74 ของประชากรโลก คิดเป็น 41 ล้านคนต่อปี โดยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวานเป็นโรคหลัก¹ ประเทศไทยแม้มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การควบคุมโรค NCDs ไม่มีประสิทธิภาพ อัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงลดลงจาก 60.4% (พ.ศ. 2557) เหลือ 47.4% (พ.ศ. 2562-2563)² ส่วนโรคเบาหวานมีอัตราการควบคุม HbA1c <7% คงที่ที่ 35.6% ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2561³ การศึกษาระบาดวิทยาพบว่า 74.4% ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะแทรกซ้อนความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ต้องมีการดูแลแบบบูรณาการ สำหรับอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ มีประชากร 54,847 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 1,289 ราย (อัตราความชุก 23.5 ต่อ 1,000 ประชากร) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,921 ราย (อัตราความชุก 89.7 ต่อ 1,000 ประชากร) โดยมีอัตราการควบคุมโรคเบาหวาน 42.3% และความดันโลหิตสูง 51.2% ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข (60% และ 70% ตามลำดับ)⁴

Context, Input, Process, Product (CIPP) Model ของ Daniel Stufflebeam เป็นกรอบทฤษฎีการประเมินโปรแกรมที่ได้รับการยอมรับในแวดวงวิชาการมากกว่า 50 ปี โดยประกอบด้วยการประเมิน 4 มิติ คือ บริบท (Context) เพื่อระบุความต้องการและปัญหา ปัจจัยนำเข้า (Input) เพื่อประเมินทรัพยากรและกลยุทธ์ กระบวนการ (Process) เพื่อติดตามการดำเนินงาน และผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์⁵ การประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมิน " Collaborative Diabetic Management in Community Setting" พบประสิทธิผลสูงในการประเมินการจัดการเบาหวานชุมชนทุกมิติ⁶ การทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบ 36 บทความ (พ.ศ. 2543-2562)

ใน Sultan Qaboos University Medical Journal สนับสนุนประสิทธิภาพของ CIPP Model ในการประเมินโปรแกรม NCDs โดยเฉพาะการประเมินความต้องการชุมชน การฝึกอบรมบุคลากร การติดตามการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์⁷ การใช้ Mixed Methods ร่วมกับ CIPP Model ในการประเมินหลักสูตรทางการแพทย์แสดงประสิทธิผลสูง โดย Sequential Explanatory Design ช่วยให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากการสัมภาษณ์ที่อธิบายผลเชิงปริมาณได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น⁸

ระบบประเมินผลในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ เช่น Health Technology Assessment (HTA) Balanced Scorecard และ Thai Quality and Outcomes Framework (Thai QOF) แต่ยังขาดการประเมินโปรแกรม NCDs แบบองค์รวมที่ครอบคลุมทุกมิติตาม CIPP Model โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ใช้ตัวชี้วัดเฉพาะด้าน มุ่งเน้นผลลัพธ์ทางคลินิก โดยขาดการประเมินปัจจัยบริบทและกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ⁹ การศึกษาเกี่ยวกับการประเมินโปรแกรม NCDs ในประเทศไทยส่วนใหญ่ดำเนินการในเขตเมืองหรือโรงพยาบาลตติยภูมิ ยังขาดการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชน ระบบ NCD Clinic Plus ที่กรมควบคุมโรคพัฒนาเป็นมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย NCDs ยังไม่มีการประเมินด้วย CIPP Model อย่างครอบคลุม อำเภอเขาพนมมีลักษณะภูมิประเทศเป็นเขตภูเขาและห่างไกล ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการ ประกอบกับประชากรร้อยละ 68.4 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีรายได้ไม่คงที่ จึงเป็นความท้าทายสำคัญในการดูแลต่อเนื่อง¹⁰

การศึกษานี้นำ CIPP Model มาประยุกต์ใช้ในการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ของโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ห่างไกลอย่างครอบคลุม ผลการวิจัยจะเป็นฐานข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการปรับปรุงระบบการดูแล สนับสนุนการบรรลุเป้าหมายนโยบาย "คนไทยห่างไกลโรคและภัยสุขภาพ" และเป็น

แนวทางสำหรับการขยายผลในพื้นที่ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ในด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต

2. เพื่อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ด้วยวิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data analysis) รายละเอียดดำเนินการวิจัย ดังนี้

1.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 10 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จากโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 2 คน และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 คน

1.2 เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการดำเนินงานการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้แก่ 1) ด้านบริบท ได้แก่ การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกเครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ปัจจัยสิ่งที่ส่งผลต่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ 3) ด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม และ 4) ด้านผลลัพธ์ ได้แก่

การประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับการบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่ดำเนินงานการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI/Ave) เท่ากับ .84

1.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) การสัมภาษณ์สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 10 ราย โดยใช้เวลาคนละประมาณ 30 นาที ทั้งนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และขออนุญาตบันทึกเทปเสียงและเหตุการณ์ในระหว่างการสัมภาษณ์รายบุคคล

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) 10 ราย โดยใช้เวลาประมาณ 60 นาที ทั้งนี้จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว ทำการอภิปรายกลุ่ม ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม ตามแนวประเด็นคำถามที่เตรียมไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับการจัดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เป็นคำถามกว้างๆ ปรับคำถาม และลำดับข้อตามสถานการณ์

1.4 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การจัดเตรียมข้อมูล 2) ทบทวนคำถามการวิจัย 3) การบันทึกข้อมูลโดยลงรหัสข้อมูล จำแนกประเภทและจัดหมวดหมู่ และ 4) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล (Power & Hubbard, 1999)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data analysis)

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จังหวัดกระบี่ ระหว่างปี 2566 – 2567 จำนวน

30 คน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงาน สาธารณสุข เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แพทย์แผน ไทย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ที่ปฏิบัติงานใน คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลและหรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการ สุขภาพอำเภอเขาพนม อย่างน้อย 1 ปี รวมทั้งศึกษา จากข้อมูลหัตถ์ภูมิผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง NCD Clinic Plus และร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดี ในปีงบประมาณ 2566 – 2567 จากคลินิกโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง โรงพยาบาลยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 7 แห่ง

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำแนกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ วุฒิการศึกษา และ ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยมี คะแนนระหว่าง 25-125 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติตาม กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็น ประจำ (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติ บางครั้ง (3 คะแนน) ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติเลย (1 คะแนน) โดยมีคะแนนระหว่าง 25-125 คะแนน

2) แบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 6 องค์ประกอบตาม คุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD Clinic Plus (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2568) ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ จำนวน 3 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการ บริการ จำนวน 5 ข้อ องค์ประกอบที่ 4 ระบบการ สนับสนุนการจัดการตนเอง จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบ ที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ จำนวน 3 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 6 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 25 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีคะแนนระหว่าง 1 คะแนน หมายถึง น้อยที่สุด และ 5 คะแนน หมายถึง มากที่สุด ซึ่งเป็นผลการ ประเมินจากสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 11 นครศรีธรรมราช ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 โดยคิดคะแนนรวมรายด้านแล้วนำมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ ในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี และ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันโลหิตได้ดี ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567 โดยคิดเป็นค่าเฉลี่ยจากทุกคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 7 แห่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำ เครื่องมือวิจัยเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง จำนวน 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (S-CVI/Ave) ของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง เท่ากับ .87 และแบบสอบถามการปฏิบัติตาม

กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เท่ากับ .94 นำไปทดลองใช้กับผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประชุมแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยแก่พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. คัดเลือกผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วม การวิจัยครั้งนี้ลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามให้แก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตนเอง

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบบันทึกผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนม จำนวน 7 แห่ง ในปีงบประมาณ 2566 และ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ

2. วิเคราะห์ผลการประเมินคุณภาพคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างปีงบประมาณ 2566 และ 2567

3. วิเคราะห์การรับรู้และการปฏิบัติในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการพัฒนาด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้รับการรับรองคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสโครงการเลขที่ SCPHYLIBR-2568/202 วันที่รับรอง 29 เมษายน 2568

ผลการวิจัย

1. ผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

1.1 ด้านบริบท

1) การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ดังต่อไปนี้

“โรงพยาบาลเขาพนมมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพ อาทิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตามศักยภาพของสถานบริการ และได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่ โรงพยาบาลกระบี่อย่างต่อเนื่อง”

2) มีนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังของเครือข่ายอย่างชัดเจน “มีการจัดทำนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกอย่างชัดเจน โดยเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนมที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวง”

1.2 ด้านปัจจัยนำเข้า ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังในคลินิกที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลต่อไปนี้

“ดำเนินการจัดเตรียมบุคลากรโดยการเผยแพร่ นโยบายและแผนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก การอบรมทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และการอบรมและฝึกทักษะในการ จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้กับพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มี อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน”

1.3 ด้านกระบวนการ

1.3.1 ดำเนินการการจัดบริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ตามระดับความรุนแรงของโรค “การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก จัดบริการตามระดับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจะได้รับบริการในโรงพยาบาลเขาพนม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข”

1.3.2 การสนับสนุนการตัดสินใจในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม โดยจัดทำแนวทางการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการให้คำปรึกษา อาทิ “คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลเขาพนม จัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับ

โรงพยาบาลพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง และ จัดช่องทางการบริการรายกรณีผ่านการสื่อสารทาง Line Application” รวมทั้งสนับสนุนประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดทำคู่มือเบาหวานและความดันโลหิตสูง การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

1.4 ด้านผลลัพธ์

1) มีการประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิก อาทิ “เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ประกอบด้วย คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 แห่ง ได้รับการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง” (Nur01: สัมภาษณ์)

2) มีรูปแบบการประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิ “แบบประเมินการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใช้แบบประเมินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ในการติดตามผลการดำเนินการและวิเคราะห์ข้อมูลของสถานบริการแต่ละแห่ง” (Nur17: การสัมภาษณ์)

2. ผลการวิจัยเชิงปริมาณในการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน

2.1 ข้อมูลทั่วไป ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง เครือข่าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ (26 คน) อายุระหว่าง 30 – 40 ปี ร้อยละ (20 คน) อายุมากที่สุด คือ 26 ปี และอายุน้อยที่สุด 52 ปี ($M = 36.00$, $SD = 7.70$) การศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 93.30 (24 คน)และอบรมหลักสูตรผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 90.00 (28 คน) และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในช่วง 10-15 ปี ร้อยละ 73.30 (23 คน)โดย ประสบการณ์ที่น้อย

ที่สุด 2 ปี และประสบการณ์มากที่สุด คือ 25 ปี ($M = 14.16$, $SD = 4.26$)

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566 ($M = 104.25$, $SD = 10.16$) และหลังดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 ($M = 116.24$, $SD = 10.32$) และ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนการดำเนินการ ในปีงบประมาณ 2566 ($M = 101.25$, $SD = 11.13$) และหลังดำเนินการในปีงบประมาณ 2567 ($M = 118.51$, $SD = 9.58$) และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.12$, -4.24 , $p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเครือข่ายโรงพยาบาลเขาพนมก่อนและหลังดำเนินการ ($n = 30$)

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
การรับรู้กระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	104.25	10.16	116.24	10.32	3.206	.003
การปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวทางการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	101.25	11.13	118.51	9.58	4.552	.000

2.3 ผลการประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวม หลังการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2567 ($M = 225.01$,

$SD = 18.71$) ซึ่งสูงกว่าก่อนการดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 ($M = 204.12$, $SD = 24.45$) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สูงกว่าก่อนการดำเนินการในทุกด้าน ดังตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของคะแนนผลการประเมินคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ก่อนและหลังดำเนินการโดยรวมปละรายด้าน ($n = 9$)

รายการ	คะแนนเต็ม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
		M	SD.	M	SD.		
ทิศทางและนโยบาย	30	21.12	2.32	24.51	2.14	2.482	.032
ระบบสารสนเทศ	45	34.15	5.61	40.54	4.36	2.421	.035
การปรับระบบและกระบวนการบริการ	60	51.26	4.51	56.32	3.21	2.238	.049
ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง	40	30.17	5.24	38.19	4.14	2.868	.016
ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ	25	19.26	3.16	23.14	2.35	2.413	.036
การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	50	42.16	3.61	46.31	2.51	2.311	.043
โดยรวม	250	198.12	24.45	229.01	18.71	2.457	.033

2.4 ด้านผลลัพธ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม พบว่า หลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ($SD = 12.20$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานเท่ากับ 142.43 มิลลิกรัม/เดซิลิตร $SD = 14.36$) และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิต

ได้ดี พบว่า หลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2567 ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 133.21 มิลลิเมตรปรอท ($SD=6.59$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกเท่ากับ 89.36 มิลลิเมตรปรอท ($SD=5.98$) ซึ่งต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2566 พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกเท่ากับ 142.93 มิลลิเมตรปรอท ($SD=8.21$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกในระยะก่อนการทดลองเท่ากับ 97.12 มิลลิเมตรปรอท ($SD=6.32$) และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของร้อยละระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนากระบวนการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม

รายการ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		t	p-value
	M	SD.	M	SD.		
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน	142.43	14.36	123.20	12.20	12.850	.000
ความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง						
- ความดันโลหิตซิสโตลิก	142.93	8.21	133.21	6.59	13.360	.000
- ความดันโลหิตไดแอสโตลิก	97.12	6.32	89.36	5.98	11.214	.000

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ตามแนวคิดทางการประเมิน CIPP Model⁵ สามารถอภิปรายผลตามรายด้าน ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context) ผลการศึกษาพบว่าการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกมีลักษณะเป็นเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนม ที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ตามศักยภาพของสถานบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติมา และอรพิน¹¹ ที่พบว่าควรมีนโยบายการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ชัดเจนครอบคลุมทั้ง 4 มิติ สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย และได้รับการสนับสนุน

จากเครือข่ายทุกภาคส่วน การมีนโยบายการจัดการโรคเรื้อรังของเครือข่ายอย่างชัดเจนที่สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารมณ ร่มเย็น¹² ที่พบว่าการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยให้มีการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วย NCDs ผ่าน 7 กลไก โดยพบว่าระดับความร่วมมืออยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.59 จาก 5)

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) การศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังในคลินิกที่สำคัญที่สุดคือทรัพยากรบุคคล โดยมีการดำเนินการจัดเตรียมบุคลากรผ่านการเผยแพร่ นโยบายและแผนการจัดการ การอบรมทางวิชาการ และการฝึก

ทักษะในการจัดบริการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของยงยศ และคณะ¹³ ที่พบว่าร้อยละ 84.8 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ดูแล และร้อยละ 94.4 มีความพร้อมด้านยา/อุปกรณ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาของยงยศ และคณะ¹¹ ยังพบว่าเจ้าหน้าที่จำนวนมากยังมีความรู้ระดับต่ำเกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน/ความดัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่พบในการศึกษานี้ที่มีการจัดอบรมและพัฒนาทักษะให้กับบุคลากรเป็นระบบ

3. ด้านกระบวนการ (Process)

การศึกษาพบว่าการดำเนินการจัดบริการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลเขาพนมตามระดับความรุนแรงของโรค โดยผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจะได้รับการบริการในโรงพยาบาลเขาพนม ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนจะได้รับการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 8 แห่ง รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยอาสาสมัครสาธารณสุข กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่าเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน (WinCare) เป็นนวัตกรรมบริการที่สามารถเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบสาธารณสุขไทยในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้อาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมและมีศักยภาพในการเข้าถึงผู้ป่วยในชุมชน การสนับสนุนการตัดสินใจในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยจัดทำแนวทางการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางทางสื่อสารทาง Line Application เป็นนวัตกรรมที่สำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวิสิฐ วงศ์ศรีชา และวรรณนิภา แสนสุภา¹⁵ ที่พบว่าการใช้ระบบข้อมูล HosXp เพิ่มระบบและการจัดระบบนัดที่ชัดเจนช่วยลดระยะเวลาการรอคอยและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

4. ด้านผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการศึกษพบว่าคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2567 ($M = 225.01$, $SD = 18.71$) สูงกว่าก่อนการดำเนินการในปีงบประมาณ 2566 ($M = 204.12$, $SD = 24.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกสิมา และอรพิน¹¹ ที่พบว่าคะแนนประเมินคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564 ($M = 222.40$, $SD = 20.50$) สูงกว่าก่อนการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 ($M = 207.10$, $SD = 22.70$) การรับรู้และการปฏิบัติในการพัฒนาก่อนและหลังการดำเนินงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.12$, $p < .05$; $t = -4.24$, $p < .05$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอ้างอิงที่พบผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน ($t = -4.12$, $p = .003$; $t = -4.24$, $p = .003$ ตามลำดับ) แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากร

ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานหลังการดำเนินงาน (123.20 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, $SD = 12.20$) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงาน (142.43 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, $SD = 14.36$) อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์ และคณะ¹⁵ ที่ใช้รูปแบบ Sam Ngam SERVICES พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับมาก ($Mean = 4.06$, $SD = 0.736$) และมีการติดตามผลงานของทีมดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการดำเนินงาน (133.21 มิลลิเมตรปรอท, $SD = 6.59$) และไดแอสโตลิก (89.36 มิลลิเมตรปรอท, $SD = 5.98$) ต่ำกว่าก่อนการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของราม รังสินธุ์ และคณะ¹⁴ ที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจาก WinCare มีระดับความดันโลหิตค่าล่าง (Diastolic

Blood Pressure) ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การประเมินผลการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกพบว่าเครือข่ายบริการสุขภาพได้รับการนิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และใช้แบบประเมินของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบในการติดตามผลการดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าการจัดตั้งศูนย์การจัดการโรคเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้ป่วย 96 คน สามารถควบคุมโรคได้และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมและมีคุณค่าสำหรับการพัฒนาระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย สัตยสมบูรณ์ และยุวณุช สัตยสมบูรณ์¹⁸ ที่พบว่าการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model - CCM) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support - SMS) มีผลดีต่อการควบคุมโรคและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลหลักและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ห่างไกลเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จิวิจิตร¹⁹ ที่ใช้หลัก Community Empowerment พัฒนาระบบโดยให้ชุมชน 6 หมู่บ้านเข้ามาร่วม ผลลัพธ์คือไม่มีผู้ป่วยขาดยาและขาดนัด (100%) และผู้ป่วยทุกคนได้รับการติดตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1 นำแนวทางการประเมินด้วย CIPP Model ไปประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลชุมชนและเครือข่ายบริการสุขภาพอื่นๆ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

1.2 ขยายการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ พัฒนาระบบ telemedicine และระบบติดตามผู้ป่วยแบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแล

1.3 จัดทำแผนการพัฒนาระบบอย่างเป็นระบบ โดยจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสร้างระบบพี่เลี้ยง (mentoring system)

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของ CIPP Model กับแนวทางการประเมินอื่นๆ เช่น Logic Model หรือ Balanced Scorecard เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมที่สุด

2.2 ติดตามศึกษาผลกระทบของการพัฒนาระบบในระยะยาว (3-5 ปี) และวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis) ของการพัฒนาระบบ

2.3 ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัวในระบบการดูแล โดยใช้แนวทางการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนาโมเดลการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2024.
2. Bundhamcharoen K, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health. 2024;24:3159.
3. Pongprasobchai S, et al. National trends in the prevalence of glycemic control among patients with type 2 diabetes receiving continuous care in Thailand from 2011 to 2018. Sci Rep. 2021;11:14260.

4. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม. รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขาพนม ประจำปี 2567. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม; 2567.
5. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation theory, models, and applications. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2014.
6. Leesri S, et al. CIPP Model Evaluation of a Collaborative Diabetic Management in Community Setting. Glob J Med Clin Case Rep. 2016;3(4):054-061.
7. Ghahramani S, et al. Identification of Remarkable Dimensions in Management and Evaluation of Non-Communicable Disease Programmes: A systematic review and meta-synthesis. Sultan Qaboos Univ Med J. 2021;21(3):e347-e357.
8. Chanthalangsy P, et al. Program evaluation of postgraduate obstetrics and gynecology training in Lao people's democratic republic - using the CIPP model. BMC Med Educ. 2024;24:42.
9. Tangcharoensathien V, et al. Health systems performance assessment: Debate, methods and empirical evidence. Geneva: World Health Organization; 2019.
10. สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่. รายงานสถิติประชากรและสังคม อำเภอเขาพนม พ.ศ. 2567. กระบี่: สำนักงานสถิติจังหวัดกระบี่; 2567.
11. กิติมา ส่งารัตนพิมาน, อรพิน ภัทรกรสกุล. การประเมินผลการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2565;5(1):43-58.
12. อารมณ ร่มเย็น. ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3):301-14.
13. ยงยศ ธรรมวุฒิ, สุวัฒน์ กิตติติลกกุล, สมพร เนติรัฐการ, อัจฉรา เนตรศิริ. การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558;24(3):450-9.
14. งาม รังสินธุ์, มทิรทอ มุ่งถิ่น, ปณิตดา หัตถโชติ, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยุภาพร ศรีจันทร์. การพัฒนารูปแบบบริการปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้นวัตกรรมเครือข่ายผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565 มิ.ย. 16]. เข้าถึงได้จาก : <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5237/hs2576.pdf>
15. วราลี วงศ์ศรีชา, วรรณนิภา แสนสุภา. การพัฒนาระบบบริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) คุณภาพ โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม [อินเทอร์เน็ต]. นครพนม: โรงพยาบาลนาแก; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิ.ย. 19]. เข้าถึงได้จาก : <https://medhacea.ict.mahidol.ac.th/project/2563000410>
16. สุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์, นิรัชชา ลิลละฮ์กุล, เจษฎากร โนอินทร์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคเบาหวาน เครือข่ายสุขภาพอำเภอสามง่าม จังหวัดพิจิตร. วารสารสุขภาพ. 2022;31(6):1061-70.
17. พุฒพงษ์ สัตยวงศ์ทิพย์, ทองทิพย์ สลวงษ์ลักษณ์, ชูสง่า สีสัน, อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง, ราชานนท์ ่วนใจรัก, ละม่อม กล้าหาญ. การพัฒนาศูนย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ. วารสารควบคุมโรค. 2567;50(2):245-55.
18. ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์, ยุวณัฐ สัตยสมบูรณ์. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้. 2563;7(2):232-43.
19. สุพัตรา จิววิจิตร. การพัฒนาระบบให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยใช้ Community Empowerment ปี 2566 (ตุลาคม 2565 - เมษายน 2566) [อินเทอร์เน็ต]. ตาก: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแม่กัณฑ์หลวงศิริกัญไชย; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2568 มิ.ย. 19]. เข้าถึงได้จาก : <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/cqi/MA2566-004-03-0000001085-0000001101.pdf>