

การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

Development of a group appointment system for service visits by appointment date of
non-communicable diseases patients fishermen Paknam Chumphon Hospital.

(Received: February 22,2024 ; Revised: February 24,2024 ; Accepted: February 27,2024)

กตียา นิธธรรม¹

Katiya Nitum¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง และเปรียบเทียบระดับความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ศึกษาในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบอาชีพประมงจำนวน 71 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง แบบประเมินคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t-test

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ดำเนินกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด 2) การให้ความรู้ผู้ป่วย 3) การฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง 4) ให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาตนเอง 5) ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีนัดต่ำกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 54.9 สาเหตุการมีนัดส่วนใหญ่คือ ลืมวันนัด และมียาเหลืออยู่ ร้อยละ 36.6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 100.0 หลังพัฒนาผู้ป่วยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย จาก 29.03 ± 5.74 เป็น 25.58 ± 4.45 ความดันโลหิต systolic จาก 150.48 ± 6.959 เป็น 142.76 ± 13.51 ความดันโลหิต diastolic จาก 86.45 ± 8.61 เป็น 82.72 ± 9.70 น้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C จาก 8.52 ± 2.10 เป็น 7.38 ± 1.30 และไขมันในเลือด จาก 205.71 ± 18.7 เป็น 169.93 ± 37.0 ผู้ป่วยมีความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยรวมหลังพัฒนาอยู่ในระดับมากเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 87.3 เป็น ร้อยละ 100.0 หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา จาก 51.34 ± 4.38 เป็น 60.86 ± 8.05 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -9.521, 95%CI: 7.01-12.02, $p < 0.001$) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตเพิ่มจาก 65.82 ± 3.76 เป็น 80.87 ± 3.84 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, $p < 0.001$)

คำสำคัญ: ระบบนัดรายกลุ่ม ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาชีพประมง

Abstract

This research was action research aimed to group appointment system on receiving services according to appointment date for patients with chronic non-communicable diseases of fisheries and compare level of knowledge in controlling chronic non-communicable diseases, self-care behavior and quality of life of patients with non-communicable diseases were fishermen, between before and after development in Paknam Chumphon Hospital, Chumphon Province. Between November 2023 - January 2024. Sample of 71 group non-communicable diseases patients were fishermen. Tools used were questionnaires: knowledge questionnaire KR-20 = 0.97, self-care

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

behavior alpha= 0.89, quality of life assessment form alpha= 0.87. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples T-Test.

Results: found that group appointment system program for receiving services according to the appointment date for patients with non-communicable diseases were fishermen, activities 5 times as follows: 1) Preparing the appointment schedule to coincide with the day the boat patient out off or according to scheduled boat arrival to shore and use the moon phase calendar in appointment schedule. 2) Educating patients. 3) Practicing to cook their own food. 4) Allowing patients to summarize their own problems. 5) Allowing patients to review knowledge and exchange experiences. Before joining the program, 54.9% of patients missed appointments less than 10 times. The most common reason was forgetting the appointment date and having medicine left 36.6%. After joining the program, patients came to their appointments every time 100.0%. Patients had results laboratory was better than before developed were statistically significantly different ($p < 0.05$), including: Body mass index from 29.03 ± 5.74 to 25.58 ± 4.45 , systolic blood pressure from 150.48 ± 6.959 to 142.76 ± 13.51 , diastolic blood pressure from 86.45 ± 8.61 to 82.72 ± 9.70 , accumulated sugar HbA1C from 8.52 ± 2.10 to 7.38 ± 1.30 and cholesterol from 205.71 ± 18.7 to 169.93 ± 37.0 . Patients' overall knowledge in controlling chronic non-communicable diseases after development increased to a high level from 87.3% to 100.0%. After development, patients had overall self-care behavior at a moderate level, increasing more than before development from 51.34 ± 4.38 to 60.86 ± 8.05 , statistically significant difference (mean difference -9.521, 95%CI: 7.01-12.02, $p < 0.001$). After improving patient's quality of life overall was moderate level, increasing more than before development. It was found that patients' mean quality of life increased from 65.82 ± 3.76 to 80.87 ± 3.84 , statistically significant difference (mean difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, $p < 0.001$).

Keywords: Group Appointment System, Chronic Non-communicable Diseases Patients, fisheries

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นับว่าเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 8.9 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี 2552 ส่วนความชุกของโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับร้อยละ 24.7 ในปี 2557 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2552 ระหว่างปีพ.ศ.2556–2560 การบริโภคขนมกรุบกรอบ และอาหารจานด่วนมีแนวโน้มลดลง ในขณะที่การบริโภคอาหารสำเร็จรูปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปีพ.ศ. 2560 ความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และผู้ที่ดื่มเป็นประจำมีอัตราลดลงทั้งในเพศหญิงและชาย ทั้งในวัยผู้ใหญ่ และวัยรุ่น โดยความชุกในวัยผู้ใหญ่เท่ากับร้อยละ 28.4 ซึ่งลดลงจากในปีพ.ศ.2558 ร้อยละ 16.5 ความชุกในวัยรุ่นเท่ากับ ร้อยละ 13.6 ซึ่งลดลงจากในปีพ.ศ.

2558 ร้อยละ 29.9 อย่างไรก็ตามปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อหัวประชากรต่อปีกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 7.3 ลิตร/คน/ปีในปีพ.ศ. 2560 ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในปัจจุบันเท่ากับร้อยละ 19.1¹ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (non-communicable diseases) เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการ ติดเชื้อโรค และไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวัน ที่ไม่เหมาะสมของเรากลุ่มโรค NCDs ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง เป็นต้น การใช้ชีวิตประจำวันของเราในปัจจุบันมีสิ่งอำนวยความสะดวกมากขึ้น ทำให้เรามีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง รวมทั้งการรับประทานอาหารในปริมาณที่มากเกินไปความต้องการของร่างกาย รับประทานอาหารหวานจัด เค็มจัด และอาหารที่มีไขมันสูง จะทำให้เกิดภาวะอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ

และโรคหลอดเลือดสมองซึ่งอาจจะตีบหรือแตกได้ นอกจากนี้ การสูบบุหรี่เป็นประจำ ก็จะทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพอง รวมทั้งโรคมะเร็งต่าง ๆ ได้ เมื่อประกอบกับความเครียดและการพักผ่อนไม่เพียงพอรวมกันและสะสมเรื้อรังไปนานๆ ก็นำไปสู่การเกิดกลุ่มโรค NCDs ได้²

กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาพรวมของจังหวัดชุมพร มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานลดลง เมื่อเทียบปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 1.73, 1.99, 1.98 อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านเมื่อเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2561 และ 2562 เท่ากับร้อยละ 18.87 และ 49.30 ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยพื้นที่โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 40) โดยในปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร มีผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 22.00, 30.22, 32.13 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี (เป้าหมายร้อยละ 50) ได้ร้อยละ 28.71, 37.35, 44.78 และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560, 2561 และ 2562 ได้ร้อยละ 82.25, 85.80 และ 89.40 ตามลำดับ³

เนื่องจากตำบลปากน้ำชุมพร เป็นชุมชนที่มีการประกอบอาชีพประมง เป็นอาชีพหลัก ซึ่งการออกเรือแต่ละครั้งจะออกครั้งละ 3-30 วัน ซึ่งในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและหอบหืด ตามตารางการนัดจะพบว่าการนัดผู้ป่วยแต่ละคลินิกเป็นรายวันใน 1 สัปดาห์ ซึ่งพบว่ามีปัญหาในการติดตามการรักษาดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มอาชีพประมง ทำให้ไม่สามารถมารับการรักษา. ตรวจภาวะแทรกซ้อนตามเวลาที่กำหนดได้ ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย

กลุ่มประมง เพื่อให้ได้รับการรักษา ตรวจภาวะแทรกซ้อน และพบแพทย์ตามนัดได้ตามวันที่ผู้ป่วยสะดวก ได้แก่ ช่วงข้างขึ้นตั้งแต่ 13 ค่ำ ถึง แรม 1 ค่ำ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดทำการประมง พักอยู่บ้านกับครอบครัว สามารถตรวจรักษาตามนัดได้ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยผิวดันลดลง ในปีพ.ศ. 2563-2565 คือ ร้อยละ 47.05 .41.06 และ 14.4 ตามลำดับ ทั้งนี้สาเหตุอาจเนื่องมาจากในปีพ.ศ. 2564 เริ่มมีภาระบดของโควิด 19 มากขึ้น โดยเฉพาะในตำบลปากน้ำชุมพรพบผู้ติดเชื้อ 1844, 4666 คน ตามลำดับจากการพัฒนาระบบนัดติดตามในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าผู้ป่วยมาตรวจตามนัดลดลง ขาดการรักษามากขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคมากขึ้น³

ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง บางส่วนที่ต้องมีความทุกข์ทรมานจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระยะท้ายของเจ็บป่วยอาจถึงขั้นเป็นผู้ป่วยหนักต้องเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติและเสียชีวิตในที่สุด ด้วยสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเหล่านี้จึงมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลายาวนานเช่นกัน โดยข้อมูลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ใน 4 โรคหลัก ปี พ.ศ. 2566 ทั้งหมดมีจำนวน 292 คน แบ่งเป็น โรคเบาหวาน จำนวน 48 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 117 คน ไขมันในเลือดสูง จำนวน 118 คน โรคหอบหืดและถุงลมโป่งพอง จำนวน 9 คน ที่มีประวัติในเวชระเบียนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการวางแผนและการจัดการใช้ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง มีความสำเร็จในระดับสูงในการลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในการบริการดูแลผู้ป่วยและลดอัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหมาะสมกับบริบทอย่างมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้น จึงเป็นเหตุผลให้ทำการศึกษารื่อง ผลของการใช้ระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่

ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบนัดหมายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ศึกษาในคลินิกโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 - มกราคม 2567

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ จำนวน 71 คน คำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ย³

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (inclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติ อ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) เลือกศึกษาได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 12 คน ความดันโลหิตสูง จำนวน 28 คน ไขมันในเลือดสูง จำนวน 29 คน หอบหืดและถุงลมโป่งพอง จำนวน 2 คน ที่มีประวัติในเวชระเบียน ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร และสอบถามการเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชาวประมง ที่รับการรักษาในระบอบที่ไม่สามารถติดต่อได้ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหรือมีภาวะต้องล้างไต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมระบบนัดหมายกลุ่ม ในการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร เป็นระบบการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยการจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรื้อยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด ได้แก่ ช่วงข้างขึ้นตั้งแต่ 13 ค่ำ ถึง แรม 1 ค่ำ ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ป่วยหยุดทำการประมง พักอยู่บ้านกับครอบครัว สามารถมาตรวจรักษาตามนัดได้

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ โรคที่ป่วยในปัจจุบัน ยาที่รับประทาน ระยะเวลาที่ทำการประมง จำนวนครั้ง ผิดนัด ความดันโลหิต ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระดับไขมันในเลือด ระยะเวลาที่ป่วยโรคไม่ติดต่อ สาเหตุการผิมนัด

ส่วนที่ 2 ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รหัสการตอบคือ 1= ใช่, ตอบ 2= ไม่ใช่ การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁵ แบ่งระดับคะแนนตามร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย คำตอบเป็นระดับความถี่ในการปฏิบัติตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท⁶ คือ 1 ไม่ปฏิบัติ ถึง 5 ปฏิบัติเป็นประจำ การแปลผลคะแนนรวม 100 คะแนน ใช้เกณฑ์ของ Bloom⁵ แบ่งคะแนนตามร้อยละเป็น 3 ระดับคือ ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย, ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง และร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ (QOL: Quality of Life Indicator) คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของลูกเรือประมง⁷ ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการปรับตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน⁸ และความเชื่อมโยงของการจัดการตนเอง

และการใช้ยากับบริบทการดำเนินชีวิต⁹ ประกอบด้วย ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ด้านอุปโภคบริโภค ด้านสิทธิมนุษยชน และด้านการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การตอบเป็นความรู้สึก 5 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท⁶ คือ 1 ไม่เลย ถึง 5 มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 130 คะแนน ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนนของเบสท์¹⁰ เป็น 3 ระดับคือ 1.00-43.33 ระดับต่ำ, 43.34-86.67 ระดับปานกลาง 86.68-130.00 ระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาค่าความเที่ยง (content validity index: CVI) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยสำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกใช้คำถามรายข้อที่มีค่า CVI = 1 ทุกประเด็น คือ ข้อมูลทั่วไปและลักษณะของผู้ป่วย การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (tryout) กับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดชุมพร นำระบบสอบถาม หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ปรากฏ ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง $\alpha = 0.89$ และ แบบประเมินคุณภาพชีวิต $\alpha = 0.87$

3. แบบสอบถามความรู้ นำคะแนนที่ได้มาหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตร KR-20 โดยใช้โปรแกรม excel แบบสอบถามความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้ค่าความยากง่าย KR-20 = 0.97

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนการทดลอง

1. การจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีกิจกรรม 5 ครั้ง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม (pretest)

2. ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือ เตรียมสื่อการสอน และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยระยะทดลอง

ครั้งที่ 1 การจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ประกอบอาชีพประมง โดยการจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด

ครั้งที่ 2 การจัดโปรแกรมทำให้ความรู้ผู้ป่วยได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาจากตัวเอง มีการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และมาเข้าร่วมโปรแกรมตามนัดพร้อมนัดอีก 3 ครั้ง

ครั้งที่ 3 การจัดโปรแกรมการฝึกผู้ป่วยในการประกอบอาหารของตัวเอง ในขณะที่มีการออกเรือ และปรับพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติให้เหมาะสม

ครั้งที่ 4 ให้ผู้ป่วยสรุปปัญหาที่เกิดขึ้น และผู้ป่วยสรุปการประเมินตนเองถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่ยังมีอยู่และวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันระยะหลังการทดลอง

1. ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ ทบทวนความคิดของตัวเอง มีการสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สร้างแรงจูงใจรายบุคคล และ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ให้ตอบแบบสอบถามหลังทดลอง (posttest)

2. เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับบันทึกรูปแบบ excel ลงใน google form วิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired samples t - test สำหรับวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างก่อนกับหลังดำเนินการ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ รหัส

โครงการ CPH-EC-067/2566 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ 100.0 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.0 (62.38 ± 7.71) เป็นผู้นำครอบครัว ร้อยละ 94.4 ระยะเวลาที่ทำการประมง 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 93.0 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 98.6 มารับบริการตามนัด 10 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 81.7 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผิมนัดต่ำกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 54.9 สาเหตุการผิมนัดคือลืมนัด และมีาเหลืออยู่ ร้อยละ 36.6 หลังเข้าร่วมโปรแกรมมาตามนัดทุกครั้ง ร้อยละ 100.0 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 40.8 ระยะเวลาที่ป่วยโรคไม่

ติดต่อดำกว่า 10 ปี ร้อยละ 56.3 ยาที่รับประทาน คือ Amlodipine, Simvastatin, Enalapril, Lorsatan, ASA ร้อยละ 25.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.1 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 20 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.3

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ดัชนีมวลกาย จาก 29.03 ± 5.74 เป็น 25.58 ± 4.45 ความดันโลหิต systolic จาก 150.48 ± 6.959 เป็น 142.76 ± 13.51 ความดันโลหิต diastolic จาก 86.45 ± 8.61 เป็น 82.72 ± 9.70 น้ำตาลสะสมในเลือด จาก 8.52 ± 2.10 เป็น 7.38 ± 1.30 และไขมันในเลือด จาก 205.71 ± 18.7 เป็น 169.93 ± 37.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระหว่างก่อนกับหลังพัฒนา ($n=71$)

ผลตรวจ	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean difference	95%CI	P-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD			
ดัชนีมวลกาย	29.03 ± 5.74	25.58 ± 4.45	3.45	2.10-4.80	$<0.001^*$
ความดันโลหิต systolic	150.48 ± 6.959	142.76 ± 13.51	7.71	5.10-10.33	$<0.001^*$
ความดันโลหิต diastolic	86.45 ± 8.61	82.72 ± 9.70	3.73	1.73-5.73	0.028^*
น้ำตาลสะสมในเลือด	8.52 ± 2.10	7.38 ± 1.30	1.14	1.47-1.80	0.005^*
ไขมันในเลือด	205.71 ± 18.7	169.93 ± 37.0	35.78	3.01-15.05	$<0.001^*$

* $p < 0.05$, paired samples T-Test

3. ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า หลังพัฒนาโดยรวมผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมากขึ้น จากร้อยละ 87.3 เป็นร้อยละ 100.0 มีความรู้มากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติและผู้ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานถ้าเป็นผลจะมีโอกาสหายยากกว่าคนปกติ ร้อยละ 98.6 รองลงมาคือด้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงการกินผลไม้ที่มีรสหวานจัด ร้อยละ 97.2 น้อยที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ร้อยละ 47.9 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เพิ่มจาก 51.34 ± 4.38 เป็น 60.86 ± 8.05 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference -9.521 , 95%CI: $7.01-12.02$, $p < 0.001$) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป (MD= -4.831) รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย (MD= -2.493) น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด (MD= -2.197) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมระบบนัด จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=71)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	ก่อน	หลัง	Mean difference	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
การส่งเสริมสุขภาพทั่วไป	25.55±1.68	30.38±4.77	-4.831	3.61-6.04	<0.001*
ด้านการออกกำลังกาย	13.15±2.19	15.65±2.35	-2.493	1.86-3.12	<0.001*
ด้านการจัดการความเครียด	12.63±1.84	14.83±2.28	-2.197	1.40-2.99	<0.001*
เฉลี่ย	51.34±4.38	60.86±8.05	-9.521	7.01-12.02	<0.001*
คะแนนรวม	จำนวน (%)	จำนวน (%)			
ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย	9 (12.7)	0 (0.0)			
ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง	62 (87.3)	40 (56.3)			
ร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก	0 (0.0)	31 (43.7)			

*p< 0.05, paired samples t - test

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมระบบนัด พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต เพิ่มจาก 65.82±3.76 เป็น 80.87±3.84 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean

difference -15.056, 95%CI: 14.06-16.05, p<0.001) หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากที่สุดคือ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (MD= -1.732) รองลงมาคือ ด้านอุปโภคบริโภค (MD= -1.127) น้อยที่สุดคือ ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค (MD= -0.141) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย ก่อนและหลังพัฒนา จำแนกรายด้านและภาพรวม (n=71)

ปัจจัย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	Mean difference	95%CI	P-value
	Mean±SD	Mean±SD			
ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม	21.48±1.97	23.21±1.54	-1.732	1.23-2.22	<0.001*
ด้านอุปโภคบริโภค	14.52±1.73	15.65±1.23	-1.127	1.49-1.76	<0.001*
ด้านสิทธิมนุษยชน	11.34±1.61	12.34±1.59	-1.000	1.33-1.66	<0.001*
ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค	29.82±1.65	30.68±1.73	-0.141	0.17-0.45	<0.001*
เฉลี่ย	65.82±3.76	80.87±3.84	-15.056	14.06-16.05	<0.001*
คะแนนรวม	จำนวน	%	จำนวน	%	
ต่ำกว่าร้อยละ 60 ระดับน้อย	19	26.8	0	0.0	
ร้อยละ 60 – 79 ระดับปานกลาง	52	73.2	64	90.1	
ร้อยละ 80 – 100 ระดับมาก	0	0.0	7	9.9	

*p< 0.05, paired samples T-Test

อภิปรายผล

1. การพัฒนาระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง มีกิจกรรมดังนี้ 1) การพัฒนาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยจัดทำระบบนัดรายกลุ่ม การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

และ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบจัดการเป็นรายกรณี เพื่อเชื่อมโยงและประสานบริการตลอดจนการประเมิน ทบทวนทะเบียนผู้ป่วยเป็นรายบุคคล 2) การนำการเปลี่ยนแปลงแบบพลังบวก (appreciative leadership) มาใช้ในการปรับปรุงการบริการ แบบ 4D modal¹¹ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาปัญหา (Discovery) ความคาดหวัง (Dream) การคิด

สร้างสรรค์ (Design) และ การทำงานเชิงบวก (Destiny) โดยใช้แนวคิด PDCA การปรับปรุงพฤติกรรม การดูแลตนเองร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม¹²⁻¹³ ผลการจัดโปรแกรมระบบนัด รายการกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วย กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ดำเนินการ 5 ครั้ง ดังนี้ 1) การจัดทำตารางนัดให้ตรงกับวันที่ผู้ป่วยเรือหยุด หรือตามกำหนดเรือเข้าฝั่ง และใช้ปฏิทิน ข้างขึ้น ข้างแรมในตารางนัด 2) การให้ความรู้ผู้ป่วย 3) การฝึกการประกอบอาหารของตัวเอง 4) ให้ผู้ป่วยสรุป ปัญหาตนเอง 5) ให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ บุญรักษา¹⁴ ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ (เกาะปันหยี เกาะ หมากน้อย และ เกาะไม้ไผ่) พบว่า ระบบการดูแล ผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การแจ้งเตือนให้มา รักษาตามนัด การรักษาพยาบาลและให้ความรู้ การ ติดตามและให้กำลังใจผู้ป่วยด้วยระบบการแพทย์ ทางไกล และการสนับสนุนของโรงพยาบาลกับ รพ. สต. เครือข่าย ผลการใช้ระบบที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของ ขวัญ ชนก อินทจักร และ เยาวลักษณ์ อาร่าไพ¹⁵ ศึกษา การพัฒนาระบบบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า การพัฒนาระบบอาศัยทุกองค์ประกอบของ รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายและ ทิศทางเป็นองค์ประกอบเริ่มต้นในการพัฒนา ต้องใช้ ทั้งระบบสารสนเทศและการปรับระบบบริการ และ การศึกษาของ Owusu¹⁶ ศึกษาประสิทธิภาพการ ดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในประเทศกานา พบว่า มีการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการให้ความรู้ การรับบริการตามนัด และการสนับสนุนบริการตรวจ คัดกรอง

2. ความรู้ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า หลัง พัฒนาโดยรวมผู้ป่วยมีความรู้ในระดับมากเพิ่มขึ้น

มีความรู้มากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาวะที่ ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ และผู้ที่ ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวานถ้าเป็นแผลจะมี โอกาสหายยากกว่าคนปกติ รองลงมาคือด้านผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรหลีกเลี่ยงการกินผลไม้ที่มีรส หวานจัด น้อยที่สุดคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ ตามลำดับ ในส่วนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลางเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังพัฒนาผู้ป่วยมี พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดคือการ ส่งเสริมสุขภาพทั่วไป รองลงมาคือด้านการออกกำลังกาย น้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการจัดโปรแกรม ระบบนัดรายการกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของ ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ทำให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มารับบริการตามนัดทุก ครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มประกอบอาชีพประมงมีการ ควบคุมโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองใน ระดับมากเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ¹⁷ ศึกษาผู้ป่วย ด้วยโรค NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยด้วยโรค NCD ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทางสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานและวัยสูงอายุ ประกอบอาชีพที่ใช้ทักษะต่ำหรือทำงานภาค เกษตรกรรม โดยมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพใน สัดส่วนใกล้เคียงกันทุกกลุ่ม และการศึกษาของ นัสรา เกตจินดา และคณะ¹⁸ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การ รับรู้อุปสรรค การได้รับความรู้ ญาติ เพื่อนสนิท และ เพศชาย

3. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยหลังเข้าร่วมกิจกรรม ตามโปรแกรมระบบนัด พบว่า หลังพัฒนาผู้ป่วยมี คุณภาพชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น

มากกว่าก่อนพัฒนา โดยพบว่าผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังพัฒนาผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมากที่สุดคือ ด้านสังคมสิ่งแวดล้อม รองลงมาคือ ด้านอุปโภคบริโภค น้อยที่สุดคือ ด้านจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก

ผลการจัดโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร ทำให้ผู้ป่วยทบทวนความรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มาใช้บริการตามนัดทุกครั้ง จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มประกอบอาชีพประมงมีการควบคุมโรคและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในระดับมากเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรางคณา คุ่มสุข และ อุมากร ใจยังยืน¹⁹ ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการวางแผนการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของ อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข และคณะ²⁰ ศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง การเข้าถึงบริการสุขภาพ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัว และการศึกษาของ ธนัญญา จิระพิบูลย์พันธ์²¹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนน

คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพชีวิตด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด และด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนน้อยที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ด้านการบริหารจัดการระบบ ผู้บริหารทางการแพทย์ควรมีการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องถึงในระดับชุมชน ตามแผนการรักษาที่ตกลงร่วมกับผู้ป่วย คำนึงถึงระยะเวลาการป่วยของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการเฝ้าระวังโรคตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การตรวจคัดกรอง การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดการด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล บุคลากรสุขภาพประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถนำการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมระบบนัดรายกลุ่มต่อการเข้ารับบริการตามวันนัดของผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ประกอบอาชีพประมง ที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ ไปประยุกต์เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การฝึกประกอบอาหารรับประทานเอง มีการควบคุมปัจจัยเสี่ยงจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึก พัฒนาโปรแกรมการปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กระทรวงสาธารณสุข. อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์, 2563.
2. นันทกร ทองแดง. รายการพบหมอศิริราช เรื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรค NCD). ภาควิชาอายุรศาสตร์ Faculty of Medicine Siriraj Hospital คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2565] เข้าถึงจาก <https://www.si.mahidol.ac.th>
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร. เอกสารผลการดำเนินงาน การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2565 เพื่อประกอบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 11 จังหวัดชุมพร. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2566] เข้าถึงจาก <http://www.cmpo.moph.go.th/cmpo>

4. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา, 2557.
5. Bloom. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill, 1997.
6. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son, 1967.
7. รณิชัย แสงสด. คุณภาพชีวิตของลูกเรือประมงวนดำสมุทรไทย กรณีศึกษา : แพลลา อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี. การค้นคว้าอิสระปริญญา รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2561.
8. ณัฐนที พิระภานุรักษ์. ความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตและการปรับตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ ตำบลนาคำ อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2564; 36(2): 115-31.
9. อภิญา จิวสัพพงษ์. ความเชื่อมโยงของการจัดการตนเองเพื่อการดูแลโรคและการใช้ยากับบริบทการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2562.
10. Best J. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc, 1977.
11. นิพนธ์ ชัยวรมุขกุล. "การพัฒนา (Development) คือ การทำให้เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เจริญขึ้น ". [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [สืบค้นเมื่อ 28 ตุลาคม 2566] เข้าถึงจาก <http://www.gotoknow.org/blogs/posts/485293>
12. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St.Louis: Mosby, 2001.
13. Pender NJ, Murdaugh CL, Parson MA. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. Upper Saddle River. N.J. : Prentia Hall, 2002.
14. จิรวรรณ บุญรักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่เกาะ. Singburi Hospital Journal 2566; 31(3): 19-35.
15. ขวัญชนก อินทจักร, เยาวลักษณ์ อาร่าไพ. การพัฒนาระบบการดูแลด้านยาภายใต้การมีส่วนร่วมของเภสัชกรในทีมสหสาขาวิชาชีพ: กรณีศึกษาคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2562; 14(3): 100-10.
16. Owusu MF. Effective management of non-communicable Diseases in GHANA: The case of hypertension and diabetes mellitus. A thesis in partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Sciences in the University of Canterbury, 2019.
17. อมรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, สุพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, กัญญา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัทธมนม. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11(3): 345-54.
18. นัสรา เกตจินดา, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริชากุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของคนวัยกลางคน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา 2561;26(4):30-39.
19. วรารัตนา คุ่มสุข, อุมกร ไฉยงยืน. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2560; 36(2): 123-32.
20. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชชุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิวิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุชานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2560; 15(2): 16-26.
21. ธนัญญา จิระพิบูลย์พันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร 2561; 1(2): 34-47.