

การพัฒนาแบบแผนการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนารสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง

Development of self-care model for patients with non-communicable diseases (NCDs)
in primary care units of Narasingh Subdistrict, Pa Mok District, Angthong Province

(Received: August 29,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

ถนอมทรัพย์ สุกุลทอง¹Thanomsap Sakulthong¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัญหา พัฒนารูปแบบ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน-หลังการใช้รูปแบบฯ ทำการศึกษา ระหว่างเดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน เชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้ป่วย NCDs ในตำบลนารสิงห์ จำนวน 148 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้ด้านการดูแลตนเอง แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินความพึงพอใจ แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และแบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมานในการทดสอบก่อน-หลังพัฒนาด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การประชุมหมู่บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร 3) การพัฒนาระบบการให้ความรู้และการศึกษา 4) การสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ 5) การพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย 6) การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม 7) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรม 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทาง 3อ2ส เป็นแกนหลัก ผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของรูปแบบในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.52) ประสิทธิภาพของการนำรูปแบบไปใช้พบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (จาก 5.69 ± 1.96 เป็น 7.61 ± 1.81 คะแนน) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับดี (จาก 49.35 ± 8.45 เป็น 58.05 ± 7.23 คะแนน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.43, 10.57$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs), แนวทาง 3อ2ส, หน่วยบริการปฐมภูมิ

Abstract

This study was research and development study aimed to examine the situation and problems, develop a model, and compare pre-post outcomes of the self-care model for patients with non-communicable diseases (NCDs) in primary care units, Narasingh Sub-district, Pa Mok District, Ang Thong Province, conducted from January 2025 to August 2025, totaling 8 months. The qualitative sample included 20 health personnel and health network partners. The quantitative sample included 148 NCD patients in Narasingh Sub-district. Research instruments included focus group discussion guidelines, self-care health literacy test, self-care behavior assessment form, satisfaction assessment form, model appropriateness assessment form, and clinical outcomes assessment form. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics for pre-post testing using Paired t-test. Qualitative data were analyzed using content analysis. The results showed that the self-care model development process consisted of 8 main processes: 1) Village assembly and participation building 2) Personnel and volunteer capacity development 3) Knowledge and education system development 4) Integrated care system development 5) Patient self-care system development 6) Social support system development 7) Technology and innovation system

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนารสิงห์

development 8) Continuous evaluation and improvement, using the 3A2S approach (Food, Exercise, Emotional control, No smoking, No alcohol) as the core framework. Experts evaluated the model appropriateness at a high level ($\bar{X}$ = 4.43, S.D. = 0.52). The effectiveness of implementing the model showed that self-care health literacy increased from moderate to good level (from 5.69 ± 1.96 to 7.61 ± 1.81 points), self-care behavior increased from moderate to good level (from 49.35 ± 8.45 to 58.05 ± 7.23 points). All clinical outcomes improved significantly: HbA1c decreased from $8.45 \pm 1.23\%$ to $7.12 \pm 0.98\%$, fasting blood sugar decreased from 156.78 ± 23.45 mg/dl to 132.56 ± 18.67 mg/dl, systolic blood pressure decreased from 145.67 ± 15.23 mmHg to 135.78 ± 12.45 mmHg, diastolic blood pressure decreased from 89.45 ± 8.78 mmHg to 82.34 ± 7.56 mmHg, body mass index decreased from 26.78 ± 3.45 kg/m² to 25.23 ± 2.98 kg/m², and waist circumference decreased from 92.45 ± 8.67 cm to 87.89 ± 7.23 cm, all statistically significant at .05 level (t = 9.43, 10.57, 11.21, 10.38, 6.39, 7.82, 4.51, 5.33 respectively). Patients showed high satisfaction with the model (4.45 ± 0.61 points, 89.00%).

Keywords: Non-communicable diseases (NCDs), 3A2S approach, Primary care units

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases, NCDs) นับว่าเป็นปัญหาทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2567 พบว่ามีประชากรโลกมากกว่า 14 ล้านคนที่ป่วยเป็นโรคในกลุ่มโรค NCDs และเป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกมากกว่า 350,000 คน โรคที่ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเสียชีวิตบ่อยที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ ร้อยละ 44.42 โรคเนื้องอก ร้อยละ 22.42 และ โรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 9.08 ตามลำดับ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในประชากรโลกโดยประมาณ 15 ล้านคน ประเทศไทยในปี 2567 ต้องแบกรับมูลค่าทางเศรษฐกิจในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากกว่า 200,000 ล้านบาทต่อปี² มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือประมาณ 300,000 คนต่อปี สาเหตุการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในปี พ.ศ. 2565-2567 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท 124.78 ต่อประชากรแสนราย รองลงมาโรคหลอดเลือดสมอง 48.27 ต่อประชากรแสนราย และโรคหัวใจขาดเลือด 33.57 ต่อประชากรแสนราย ตามลำดับ³ นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนด 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด

โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ต้องแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน⁴ สาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ 1) โรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน อุบัติเหตุ เป็นต้น โรคจากพยาธิทางสังคม เช่น ยาเสพติด โรคเครียด เป็นต้น 2) โรคจากสภาพแวดล้อม และการประกอบอาชีพ จากสารพิษ ฝุ่นละอองต่าง ๆ เช่น โรคฝุ่นหิน โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย พิษกำจัดศัตรูพืชสารตะกั่ว อุบัติเหตุจากอันตราย เป็นต้น 3) โรคทางพันธุกรรม เช่น โรคเลือดต่าง ๆ โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น ผลกระทบจากกลุ่มโรค NCDs ต่อสังคม ความสูญเสียความสามารถของแรงงานจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความพิการ ในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลาง⁵

ประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะสูงถึงประมาณ 500 ล้านบาท ส่วนในระดับบุคคล พบว่าโรค NCDs และ ปัจจัยเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อความยากจนใน 3 มิติ กล่าวคือ มิติแรกประชาชนที่มีเศรษฐกิจต่ำมีความเสี่ยงต่อโรค NCDs สูงกว่าจากปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมกกว่าทั้งด้านพฤติกรรม เช่น การบริโภคอาหารคุณภาพต่ำสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา เช่น ภาวะน้ำหนักเกิน และภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น สำหรับมิติที่สอง คือ ประชาชนที่มีฐานะยากจนมี

ความสามารถในการจัดการตนเอง และการเข้าถึงบริการรักษา และในมิติที่สาม เมื่อเกิดโรคแล้วประชาชนที่มีฐานะยากจนกว่า จะมีความรุนแรงและแนวโน้มโรคจะแย่กว่าผู้ป่วยที่ฐานะดีรวมถึงอุปสรรคทางการเงิน และทางสังคมในการเข้าถึงการรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น หากยังไม่มีดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรค และ ปัจจัยเสี่ยงอย่างเข้มข้น และจริงจังจากโรค NCDs โดยเฉพาะ 4 โรคหลัก นอกจากคุณภาพ ชีวิต และ สุขภาวะที่เสียแล้ว ยังทำให้ประเทศจะสูญเสียรายได้ และโอกาสในการพัฒนาประเทศอีกด้วย⁶

รูปแบบที่สำคัญทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควรเน้นตามบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งมีการกำหนดบทบาทตามกรอบแนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) บทบาทในการสร้างแนวทางและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) การจัดการระบบโรคเรื้อรัง 3) การใช้ระบบสารสนเทศในการจัดการโรคเรื้อรัง 4) บทบาทการสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) บทบาทการใช้ข้อมูลแนวทางในการเลือกรับบริการ 6) บทบาทการช่วยสนับสนุนของหน่วยงานของพื้นที่ชุมชนในการจัดการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลตนเองในกลุ่มโรคติดต่อเรื้อรังเป็นสิ่งสำคัญ⁷

การดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (กองโรคไม่ติดต่อ/สำนักสื่อสารความเสี่ยง กรมควบคุมโรค, 2567: 185) เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมโรคเรื้อรังเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพสะท้อนถึงการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของประชาชนกลุ่มเสี่ยงนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยด้านความรู้และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรังได้ และปัจจัยด้านการได้รับการกระตุ้นเตือนจากสมาชิกใน

ครอบครัว การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รายได้ และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมีแนวโน้มทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁷

จังหวัดอ่างทอง⁸ พบอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเท่ากับ 45,726 ราย 46,927 ราย และ 48,432 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราความชุกของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 32.88, 34.86 และ 34.82 ตามลำดับ อำเภอป่าโมก พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังในปี 2565-2567 มีจำนวนเท่ากับ 4,822 ราย 4,896 ราย และ 5,022 ราย ตามลำดับ ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ ในปี 2565-2567 พบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เท่ากับ 560 ราย 574 ราย และ 618 ราย ตามลำดับ จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยในพื้นที่เกิดโรคจะส่งผลตามมาจากการป่วยเป็นโรคเรื้อรังมายาวนาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไม่ดี ความทุกข์ ทรมานจากภาวะโรค และการรักษา การเป็นภาระของครอบครัวในด้านค่าใช้จ่ายทั้งจากค่ารักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของประชนในพื้นที่ตามมาในระยะยาว⁹

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยพบว่ายังมีผู้ศึกษาในบริบทพื้นที่ยังน้อยอยู่ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการดูแลตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง สามารถป้องกันและควบคุมการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคให้ช้าลงได้ และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่

ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัย 8 เดือน ระหว่าง มกราคม - สิงหาคม พ.ศ. 2568 ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (5กระบวนการ R3D2) ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ Research-1 ขั้นตอนวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบ Development-1 ขั้นตอนพัฒนารูปแบบ (แบบร่าง) Research-2 ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีขนาดเล็กและประเมินผล Development-2 ขั้นตอนปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ประเมินผล Research-3 ขั้นตอนการนำไปใช้กับกลุ่มที่มีขนาดใหญ่และประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย สหวิชาชีพ ภาควิชาเวชศาสตร์สุขภาพ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง, เชิงปริมาณ ประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ 7 หมู่บ้าน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568- สิงหาคม พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง เชิงคุณภาพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 2 คน นักวิชาการสาธารณสุข ใน รพ.สต. จำนวน 2 คน พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน NCDs ในโรงพยาบาลอำเภอ 1 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 7 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน ตัวแทนองค์การปกครองท้องถิ่น 1 คน รวมทั้งสิ้น 20 คน เพื่อทำการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ โดยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติ, เชิงปริมาณ ประชาชนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลนรสิงห์ 7 หมู่บ้าน ระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2568-สิงหาคม พ.ศ. 2568 จำนวน 148 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร และสุ่มจากทะเบียนรายชื่อผู้มารับบริการจนครบตามจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบทดสอบความรู้ด้านการดูแลตนเอง 3) แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง 4) แบบประเมินความพึงพอใจ 5) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และ 6) แบบประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา โรคประจำตัว รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความรู้การดูแลตนเอง ระดับพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ระดับความพึงพอใจ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าเฉลี่ย

2. เปรียบเทียบคะแนน ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบในคะแนนเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง และ ความพึงพอใจ ด้วยสถิติเชิงอนุมาน paired t-test

3. เชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยจัดกลุ่มสนทนา ไม่รวมผู้วิจัย ตามแนวคำถาม ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จัดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.00 – 1.30 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree & Miller ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify) จนเกิดเป็นรูปแบบเชิงพัฒนา

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ ปัญหา การดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางมอ จังหวัดอ่างทอง

1.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) กับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย จำนวน 20 คน พบว่า ปัจจุบันปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลนรสิงห์มีความซับซ้อนและท้าทาย เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุ และการขาดระบบการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ ปัญหาครอบครัว และภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ประกอบกับได้รับอิทธิพลจากความเชื่อดั้งเดิมและข้อมูลข่าวสารที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ อีกทั้งการให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่เป็นระบบ และไม่มีอย่างต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวมอง

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นภาระและไม่ให้ความสำคัญเท่าที่ควร ปลดปล่อยให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคด้วยตนเองโดยขาดการสนับสนุนที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพยังมีข้อจำกัด ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง และมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลนรสิงห์ ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากบุคลากรทุกฝ่าย ทั้งจากหน่วยงานสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จึงควรมีการพัฒนารูปแบบการดูแลร่วมกันโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวในตำบลนรสิงห์ได้รับการดูแลที่เป็นมิตรและเข้าใจง่าย เข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ได้รับการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างครอบคลุมทั่วถึง ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ และสร้างระบบสนับสนุนที่ยั่งยืน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในตำบลนรสิงห์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค 1.1) สาเหตุและปัญหาที่พบ มีดังนี้ ปัญหาด้านความรู้และการศึกษา ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง การให้ความรู้ยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ และความเชื่อดั้งเดิม ปัญหาด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง ขาดการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร ปัญหาด้านครอบครัวและสังคม ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัญหาด้านระบบบริการ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ระบบติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ 1.2) ความต้องการและ

ข้อเสนอแนะ ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ ใช้แนวทาง 3๐2ส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน สร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง การพัฒนาระบบการศึกษาและให้ความรู้ จัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับบริบทท้องถิ่น พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม ลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การใช้เทคโนโลยีในการติดตาม พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบ LINE ในการติดต่อสื่อสาร จัดทำระบบบันทึกการดูแลตนเองที่ง่ายต่อการใช้งาน 1.3) ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ จากการวิเคราะห์ผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย สามารถสรุปสาเหตุปัญหา ความต้องการ และเหตุผลในการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหาและความต้องการที่ระบุข้างต้นเป็นข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เหมาะสมกับบริบทของตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาในทุกมิติอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้ 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และการศึกษา พบปัญหาสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ผู้ป่วยขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อรังและการดูแลตนเอง การให้ความรู้ยังไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องจากสื่อต่างๆ และความเชื่อดั้งเดิม จึงมีความต้องการให้จัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะกับบริบทท้องถิ่น และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วย สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติได้จริง และมีแหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือใน

ชุมชน ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบปัญหาหลัก 3 ประการ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอตามแพทย์สั่ง และขาดการออกกำลังกายและการควบคุมอาหาร จึงต้องการใช้แนวทาง 3๐2ส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สร้างระบบเตือนและติดตามการรับประทานยา และจัดกิจกรรมกลุ่มออกกำลังกายและการปรุงอาหารเพื่อสุขภาพ เพื่อให้มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐาน เพิ่มความสำเร็จในการรักษาและลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งสร้างแรงจูงใจและการสนับสนุนร่วมกัน ด้านครอบครัวและสังคม มีปัญหา 3 ประการ ได้แก่ ขาดการสนับสนุนจากครอบครัว ครอบครัวมองการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงจำเป็นต้องสร้างกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้และฝึกอบรมสมาชิกครอบครัว และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง เปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มศักยภาพในการดูแล และสร้างความยั่งยืนและการรับผิดชอบร่วมกัน ด้านระบบบริการ พบปัญหา 3 ประการ คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน และระบบติดตามผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงต้องการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และสร้างเครือข่ายการดูแลที่เข้มแข็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง สร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ และให้การดูแลมีความต่อเนื่องและเป็นระบบ ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม มีปัญหา 3 ประการ ได้แก่ ขาดการใช้เทคโนโลยีในการติดตาม การบันทึกข้อมูลการดูแลตนเองไม่เป็นระบบ และขาดเครื่องมือช่วยในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีที่เหมาะสม ใช้แอปพลิเคชันหรือระบบ LINE ในการติดต่อสื่อสาร และจัดทำระบบบันทึกการดูแลตนเองที่ง่ายต่อการใช้งาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความสะดวกในการติดตาม สร้างช่องทางการ

สื่อสารที่รวดเร็วและเข้าถึงได้ง่าย และให้ผู้ป่วยสามารถติดตามและประเมินตนเองได้

1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเชิงปริมาณ

1.2.1 กลุ่มบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 คน ส่วนมากมีอายุ 46-55 ปี จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมา 36-45 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 และ 25-35 ปี จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ตามลำดับ เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 12 คน ร้อยละ 60.00 และเพศชาย จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 อาชีพส่วนมากเป็นเกษตรกร จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 รองลงมา รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 และรับจ้าง จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมาปริญญาตรี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 สถานภาพสมรสส่วนมากเป็นสมรส/อยู่ด้วยกัน จำนวน 15 คน ร้อยละ 75.00 รองลงมา โสด จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 และหม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวน 2 คน ร้อยละ 10.00 บทบาทในโครงการการดูแล NCDs ส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมาผู้นำชุมชน จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 และพยาบาลวิชาชีพ รพ.สต. จำนวน 2 คน ร้อยละ 10.00 ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับ NCDs ส่วนมากมีประสบการณ์ 1-3 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 รองลงมา มีประสบการณ์ 4-6 ปี จำนวน 5 คน ร้อยละ 25.00 และมีประสบการณ์ 7-10 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย NCDs ส่วนมากเป็นเพื่อนบ้าน/คนในชุมชน จำนวน 8 คน ร้อยละ 40.00 รองลงมาพี่น้อง/ญาติ จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 และบิดา/มารดา จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.00 ระยะเวลาที่รู้จักปัญหา NCDs ในชุมชน

ส่วนมาก 7-10 ปี จำนวน 7 คน ร้อยละ 35.00 รองลงมา 4-6 ปี จำนวน 6 คน ร้อยละ 30.00 และ 1-3 ปี จำนวน 4 คน ร้อยละ 20.00 ตามลำดับ

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 148 คน ส่วนมากมีอายุ 60-79 ปี จำนวน 83 คน ร้อยละ 56.08 รองลงมา 40-59 ปี จำนวน 46 คน ร้อยละ 31.08 และ 80 ปีขึ้นไป จำนวน 13 คน ร้อยละ 8.78 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm S.D. = 63.80 \pm 11.94$ ปี) เพศส่วนมากเป็นเพศหญิง จำนวน 113 คน ร้อยละ 76.35 และเพศชาย จำนวน 35 คน ร้อยละ 23.65 สถานภาพส่วนมากเป็นคู่/สมรส จำนวน 74 คน ร้อยละ 50.00 รองลงมาหม้าย/หย่า/แยกกันอยู่ จำนวน 45 คน ร้อยละ 30.41 และโสด จำนวน 29 คน ร้อยละ 19.59 ระดับการศึกษาส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 87 คน ร้อยละ 58.78 รองลงมามัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 25 คน ร้อยละ 16.89 และมีมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 20 คน ร้อยละ 13.51 ศาสนาส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 147 คน ร้อยละ 99.32 และศาสนาคริสต์ จำนวน 1 คน ร้อยละ 0.68 อาชีพส่วนมากเป็นว่างงาน/ทำงานบ้าน จำนวน 52 คน ร้อยละ 35.14 รองลงมารับจ้าง จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และเกษตรกร จำนวน 32 คน ร้อยละ 21.62 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนมากอยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 102 คน ร้อยละ 68.92 รองลงมาน้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 29 คน ร้อยละ 19.59 และ 10,001-15,000 บาท จำนวน 12 คน ร้อยละ 8.11 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm S.D. = 4,456.16 \pm 6,773.35$ บาท) โรคประจำตัวส่วนมากเป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 72 คน ร้อยละ 48.65 รองลงมาเบาหวาน จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และไขมันในเลือดสูง จำนวน 14 คน ร้อยละ 9.46 ดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($18.5 - 22.9 \text{ kg/m}^2$) จำนวน 56 คน ร้อยละ 37.84 รองลงมาอ้วนระดับ 1 ($25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$) จำนวน 47 คน ร้อยละ 31.76 และน้ำหนักเกิน

(23.0-24.9 kg/m²) จำนวน 33 คน ร้อยละ 22.30 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm S.D. = 25.45 \pm 6.47$ kg/m²) รอบเอวส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติ (ชาย ≥ 90 cm, หญิง ≥ 80 cm) จำนวน 99 คน ร้อยละ 66.89 และเกณฑ์ปกติ จำนวน 49 คน ร้อยละ 33.11 ($\bar{X} \pm S.D. = 86.33 \pm 10.74$ cm) ความดันโลหิตส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($< 140/90$ mmHg) จำนวน 133 คน ร้อยละ 89.86 และเกณฑ์ผิดปกติ ($\geq 140/90$ mmHg) จำนวน 15 คน ร้อยละ 10.14 ระดับน้ำตาลในเลือดส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ (< 126 mg/dl) จำนวน 125 คน ร้อยละ 84.46 และเกณฑ์ผิดปกติ (≥ 126 mg/dl) จำนวน 23 คน ร้อยละ 15.54 ตามลำดับ ($\bar{X} \pm S.D. = 106.18 \pm 18.10$ mg/dl)

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง

ความสำเร็จของกระบวนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นี้ มีจุดเด่นสำคัญคือการใช้แนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก โดยเริ่มจากการสร้างความเข้าใจและการยอมรับจากชุมชน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในพื้นที่ การสร้างระบบสนับสนุนที่เข้มแข็ง และการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและเข้าถึงได้ นอกจากนี้ การนำแนวทาง 3อ2ส มาใช้เป็นแกนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเป็นรูปธรรม ความท้าทายหลักของการพัฒนารูปแบบนี้ คือการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนซึ่งใช้เวลาและต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดการความแตกต่างของบุคคลในการเรียนรู้และการปรับตัว การแก้ไขปัญหาข้อจำกัดทางทรัพยากรและงบประมาณ และการรักษาความยั่งยืนของ

โครงการให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลักดังต่อไปนี้ 1) การประชุมชมหมู่บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วม 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและอาสาสมัคร 3) การพัฒนาระบบการให้ความรู้และการศึกษา 4) การสร้างระบบการดูแลแบบบูรณาการ 5) การพัฒนาระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย 6) การสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม 7) การพัฒนาระบบเทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 8) การประเมินผลและการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมีการนำแนวทางการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามหลัก 3อ2ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ งดสูบบุหรี่ งดสุรา) มาใช้เป็นแกนหลักในการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาการมีส่วนร่วมได้ การวิเคราะห์ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบำมอ จังหวัดอ่างทอง โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน และอาจารย์มหาวิทยาลัย 1 คน โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom 3 ระดับ ดังนี้ มาก (3.50-5.00), ปานกลาง (2.50-3.49), น้อย (1.00-2.49) พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.43$, S.D. = 0.52) ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พบว่ารายการที่ได้รับการประเมินสูงสุด ($\bar{X} = 5.00$) มี 2 รายการ คือ การบูรณาการหลัก 3อ2ส ในรูปแบบและการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุข แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในการ

นำแนวทาง 302ส มาใช้เป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วย และการใช้ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะที่รายการที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$ = 4.00) ได้แก่ ความเหมาะสมกับระดับการศึกษาของกลุ่มเป้าหมาย ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การใช้เทคโนโลยีในการติดตาม ความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว และความแปลกใหม่และนวัตกรรมของรูปแบบ ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาปรับปรุงเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของรูปแบบในอนาคต

3. การเปรียบเทียบผลลัพธ์ ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

3.1 การเปรียบเทียบประสิทธิผลความรู้ และพฤติกรรม รายข้อ ก่อน-หลัง การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง สามารถสรุปเป็นรายด้านได้ดังต่อไปนี้ 1) ประสิทธิภาพการพัฒนาความรู้ด้านการดูแลตนเอง จากการประเมินตามแบบทดสอบความรู้ด้านการดูแลตนเอง (เต็ม 10 คะแนน) ก่อนพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลตนเอง 5.69 คะแนน (S.D.=1.96) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ยังต้องพัฒนา โดยเฉพาะความเข้าใจเรื่องสาเหตุของโรค การควบคุมค่าปกติของโรค และแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลตนเอง 7.61 คะแนน (S.D.=1.81) ซึ่งอยู่ในระดับดีตามลำดับ 2) ประสิทธิภาพการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเอง จากการประเมินตามแบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเอง (เต็ม 75 คะแนน) แบ่งเป็นรายด้านดังนี้ 1.2.1) ด้านอาหาร (Food)

ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.89) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ยังไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม และการดื่มน้ำเปล่าอย่างเพียงพอ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 4.12 คะแนน (S.D.=0.76) อยู่ในระดับดี 1.2.2) ด้านการออกกำลังกาย (Exercise) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 2.89 คะแนน (S.D.=0.95) อยู่ในระดับน้อย ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.45 คะแนน (S.D.=0.82) อยู่ในระดับปานกลาง 1.2.3) ด้านอารมณ์ (Emotional Control) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.12 คะแนน (S.D.=0.87) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีปัญหาในการจัดการความเครียดและการควบคุมอารมณ์ ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.67 คะแนน (S.D.=0.79) อยู่ในระดับดี 1.2.4) ด้านการงดสูบบุหรี่และสุรา (No Smoking & No Alcohol) ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.78 คะแนน (S.D.=1.12) อยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนสูงสุด แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการงดสูบบุหรี่และดื่มสุราอยู่ในเกณฑ์ที่ดีอยู่แล้ว ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 4.23 คะแนน (S.D.=0.95) อยู่ในระดับดีมาก 1.2.5) ด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (S.D.=0.92) อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการรับประทายตามแพทย์สั่งและการตรวจสุขภาพสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ที่ต้องปรับปรุง ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนเฉลี่ย 3.89 คะแนน (S.D.=0.84) อยู่ในระดับดี 1.2.6) ประสิทธิภาพรวมของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนพัฒนา พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง 49.35 คะแนน (S.D.=8.45) จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 65.80 อยู่ในระดับปานกลาง

ภายหลังการพัฒนา พบว่า คะแนนรวมพฤติกรรม การดูแลตนเอง 58.05 คะแนน (S.D.=7.23) คิด เป็นร้อยละ 77.40 อยู่ในระดับดี

3.2 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อน-หลัง การพัฒนา รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ เรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จากการประเมิน ตัวชี้วัดทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถสรุปเป็นรายตัวชี้วัดได้ดังต่อไปนี้

1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c (ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c 8.45% (S.D.=1.23) ซึ่งอยู่ใน เกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่ดี (เป้าหมาย <7%) แสดงให้ เห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่มีการควบคุมระดับ น้ำตาลในระยะยาวที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลง เป็น 7.12% (S.D.=0.98) ซึ่งใกล้เคียงกับเป้าหมาย ที่กำหนด จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 1.33% คิดเป็นร้อยละ 15.74 ของค่าเดิม 2) FBS (ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย FBS 156.78 mg/dl (S.D.=23.45) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย (80-130 mg/dl) แสดงให้เห็น ว่าผู้ป่วยมีการควบคุมน้ำตาลขณะอดอาหารที่ไม่ เหมาะสม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย FBS ลดลงเป็น 132.56 mg/dl (S.D.=18.67) ซึ่ง ใกล้เคียงกับเกณฑ์เป้าหมาย จากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 24.22 mg/dl คิดเป็นร้อยละ 15.45 ของค่าเดิม 3) การควบคุมความดันโลหิต ความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดัน โลหิตซิสโตลิก 145.67 mmHg (S.D.=15.23) ซึ่ง สูงกว่าเป้าหมาย (<140 mmHg) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการควบคุมความดันโลหิตที่ไม่ เหมาะสม เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและ หลอดเลือด ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงเป็น 135.78 mmHg

(S.D.=12.45) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย จากการ วิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 9.89 mmHg คิด เป็นร้อยละ 6.79 ของค่าเดิม ความดันโลหิตได แอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure) ก่อน พัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก 89.45 mmHg (S.D.=8.78) ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ เป้าหมาย (<90 mmHg) แต่ยังคงอยู่ในระดับที่ต้อง ติดตาม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยความ ดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงเป็น 82.34 mmHg (S.D.=7.56) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จากการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 7.11 mmHg คิดเป็นร้อยละ 7.95 ของค่าเดิม 4) ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อน พัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย BMI 26.78 kg/m² (S.D.= 3.45) ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน (25-29.9 kg/m²) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหา น้ำหนักเกินซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการควบคุม โรคเรื้อรัง ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ย BMI ลดลงเป็น 25.23 kg/m² (S.D.=2.98) ซึ่งเข้าสู่ เกณฑ์น้ำหนักปกติ (18.5-24.9 kg/m²) จากการ วิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 1.55 kg/m² คิด เป็นร้อยละ 5.79 ของค่าเดิม 5) รอบเอว (Waist Circumference) ก่อนพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยรอบ เอว 92.45 cm (S.D.=8.67) ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (ชาย <90 cm, หญิง <80 cm) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีการสะสมไขมันบริเวณหน้าท้องที่เกิน เกณฑ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิก ภายหลังการพัฒนา พบว่า ค่าเฉลี่ยรอบเอวลดลง เป็น 87.89 cm (S.D.=7.23) ซึ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ ปกติ จากการวิเคราะห์พบว่า ค่าเฉลี่ยลดลง 4.56 cm คิดเป็นร้อยละ 4.93 ของค่าเดิม

3.3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ภาพรวม ในด้าน ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง พฤติกรรม การดูแลตนเอง ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแล ตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้าน การดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ ผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดูแล

ตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง พบผลดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 5.69 คะแนน (S.D. 1.96) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 7.61 คะแนน (S.D. 1.81) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ .05, $t=9.43$ 2) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 49.35 คะแนน (S.D. 8.45) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลตนเองพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 58.05 คะแนน (S.D. 7.23) อยู่ในระดับดี จากการทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, $t=10.57$ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และผลลัพธ์ทางคลินิก ก่อน-หลัง การใช้รูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง (n=148)

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา			หลังพัฒนา			t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
1. ความรอบรู้ด้านการดูแลตนเอง (10 คะแนน)	5.69	1.96	ปานกลาง	7.61	1.81	ดี	9.43	<0.001*
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง (75 คะแนน)	49.35	8.45	ปานกลาง	58.05	7.23	ดี	10.57	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

3.4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ต่อรูปแบบการดูแลตนเองที่พัฒนาขึ้น ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หน่วยบริการปฐมภูมิ ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง ความพึงพอใจโดยรวม ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจโดยรวม คะแนนเฉลี่ย 4.45 คะแนน (S.D.=0.61) คิดเป็นร้อยละ 89.00 อยู่ในระดับมาก ประสิทธิภาพความพึงพอใจโดยรวม คะแนนรวมความพึงพอใจ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจรวม 69.60 คะแนน (S.D.=6.85)

จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 87.00 อยู่ในระดับมาก จากการวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจสูงสุดคือ ด้านความพึงพอใจโดยรวม (ร้อยละ 89.00) รองลงมาคือ ด้านบุคลากรและการให้บริการ (ร้อยละ 88.20) และด้านผลลัพธ์และประสิทธิภาพ (ร้อยละ 87.40) ตามลำดับ ขณะที่ด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านสื่อและอุปกรณ์ (ร้อยละ 83.00) เมื่อพิจารณารายด้าน สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้ 4.1) ด้านเนื้อหาและความรู้ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านเนื้อหาและความรู้ คะแนนเฉลี่ย 4.34 คะแนน (S.D.=0.67) จากคะแนนเต็ม

5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 86.80 อยู่ในระดับมาก 4.2) ด้านกิจกรรมและการดำเนินงาน ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านกิจกรรมและการดำเนินงาน คะแนนเฉลี่ย 4.28 คะแนน (S.D.=0.72) คิดเป็นร้อยละ 85.60 อยู่ในระดับมาก 4.3) ด้านบุคลากรและการให้บริการ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านบุคลากรและการให้บริการ คะแนนเฉลี่ย 4.41 คะแนน (S.D.=0.63) คิดเป็นร้อยละ 88.20 อยู่ในระดับมาก 4.4) ด้านสื่อและอุปกรณ์ ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านสื่อและอุปกรณ์ คะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน (S.D.=0.78) คิดเป็นร้อยละ 83.00 อยู่ในระดับมาก 4.5) ด้านผลลัพธ์และประสิทธิผล ภายหลังการพัฒนา พบว่า ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อด้านผลลัพธ์และประสิทธิผล คะแนนเฉลี่ย 4.37 คะแนน (S.D.=0.69) คิดเป็นร้อยละ 87.40 อยู่ในระดับมาก

อภิปรายผลการวิจัย

สถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบเดิมในการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs จากผลการสนทนากลุ่มกับบุคลากรสุขภาพและภาคีเครือข่าย 20 คน พบปัญหาครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้และการศึกษา ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านครอบครัวและสังคม ด้านระบบบริการ และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร สุขเกษม และคณะ (2566)¹⁰

การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก ประกอบด้วย 8 กระบวนการหลัก โดยใช้แนวทาง 3อ2ส เป็นแกนหลัก ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือการบูรณาการหลัก 3อ2ส ในรูปแบบและการใช้ประโยชน์จากอาสาสมัครสาธารณสุข ($\bar{X}$ = 5.00) สอดคล้องกับการศึกษา

ของ จุฑามาศ พิมพ์ทอง และคณะ (2565)¹¹

ผลลัพธ์การเปรียบเทียบก่อน-หลังการใช้รูปแบบ ด้านความรู้ด้านการดูแลตนเอง ผลการศึกษาพบว่าความรู้ด้านการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา ใจดี และคณะ (2565) ความสำเร็จในการเพิ่มความรู้เกิดจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง การใช้สื่อที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สอดคล้องกับการศึกษาของ มั่นสนันท์ สุขใส และคณะ (2565)¹²

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานการดูแลผู้ป่วย NCDs (NCD Care Center) เพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานและสนับสนุนการดำเนินรูปแบบในแต่ละชุมชน

2. ควรพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานรูปแบบการดูแลตนเองผู้ป่วย NCDs ที่ครอบคลุม 8 กระบวนการหลัก พร้อมแนวทางการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน

3) ควรจัดระบบการนิเทศและติดตามงานอย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนและมีการประเมินผลทุก 3 เดือน ครอบคลุมทั้งตัวชี้วัดความรู้ พฤติกรรม และผลลัพธ์ทางคลินิก

4) ควรมีสรางเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนที่ดำเนินรูปแบบการดูแลผู้ป่วย NCDs เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี รวมทั้งจัดประชุมวิชาการเพื่อเผยแพร่ผลการดำเนินงาน

5) ควรมีการพัฒนากระบวนการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย NCDs ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนให้มีประสิทธิภาพ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่ม NCDs บุคลากร และภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล นายแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง ที่ให้อาณัติการเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Diabetes. [Internet].2024. [cited 2024 October 25]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/diabetes>.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมโรคต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2561.
3. กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สนับสนุนการดำเนินงาน Clinic NCD Plus. ททพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2565.
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ 3 อ 2 ส. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนงาน/โครงการและตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/05/Ebook-Y2565-V6.pdf>
6. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน.2560.[เข้าถึงเมื่อ 31 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://w2.med.cmu.ac.th/nd/files/2019/11/Dm60.pdf>
7. โรงพยาบาลศิริราช. ความรู้โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [Internet]. [cited 2024 May 24]. Available from: <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/472>.
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง. ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ (NCD DM,HT,CVD) [อินเทอร์เน็ต]2024. 2 ตุลาคม 2567 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2567]. สืบค้นจาก <https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>.
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนรสิงห์ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง. รายงานผู้ป่วยไม่ติดต่อเรื้อรัง. ตำบลนรสิงห์ อำเภอบางบาล จังหวัดอ่างทอง 2567.
10. สุภาพร สุขเกษม, วิษณุ มั่นคง, และ รัตนา ใจแสง. (2566). ปัญหาและความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารสุขภาพชุมชน, 29(1), 34-47.
11. จุฑามาศ พิมพ์ทอง, อรุณ สมบูรณ์, และ มนัสวี ใจดี. (2565). การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามแนวทาง 3อ2ส ในชุมชน. วารสารสุขภาพชุมชน, 18(3), 78-92.
12. มนัสนันท์ สุขใส, วิราพร ใจดี, และ สุภาวดี เจริญดี. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองตามแนวทาง 3อ2ส ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารโรคหัวใจและหลอดเลือด, 31(2), 78-91.