

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ
เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560-2562
(Evaluation clinic NCD to quantitative Health Region 1)

นพพร ศรีผัด
นัฐพนธ์ เอกรักษารุ่งเรือง
เกษณี คำจันทร์
อำนาจ เมืองแก้ว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

คำนำ

สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาด้านสุขภาพได้มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและภาระโรค ซึ่งรากเหง้าของปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับสภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีเทคโนโลยีที่ทันสมัย กลยุทธ์ทางการตลาดของอาหารสำเร็จรูปและสินค้าที่เป็นภัยต่อสุขภาพ ส่งผลต่อการใช้วิถีชีวิตโดยรวมของประชาชน ไม่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการปัญหาเหล่านี้ จำเป็นต้องมีหน่วยงานจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมดำเนินการและจัดการปัญหา หน่วยงานหลักที่มีความสำคัญ คือ สถานบริการสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ จึงพัฒนาการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข ได้จัดทำเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพมา ตั้งแต่ปี 2557 ถึง 2559 และได้พัฒนาเกณฑ์การประเมิน เป็น NCD Clinic plus ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน โดยกำหนดวิธีการดำเนินการประเมินออกเป็น 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สำนักโรคไม่ติดต่อถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินให้ผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ขั้นตอนที่ 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชี้แจงทำความเข้าใจเกณฑ์การประเมินให้สถานบริการสาธารณสุข(โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)ในเขตรับผิดชอบ ขั้นตอนที่ 3 โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD Clinic plus 2 รอบ ขั้นตอนที่ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ขั้นตอนที่ 5 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 และคณะกรรมการประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับเขตลงประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดและขั้นตอนที่ 6 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 รวบรวมข้อมูลการประเมินให้สำนักโรคไม่ติดต่อและวิเคราะห์ข้อมูลคืนให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เกิดการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดประโยชน์แก่การให้บริการประชาชนต่อไป

รายงานฉบับนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์การให้บริการ ของคลินิก NCD คุณภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่ปี 2560 ถึง 2562 คณะผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใด คณะผู้ศึกษายินดีน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขและขอภัยมา ณ ที่นี้ด้วย

คณะผู้ศึกษา

พฤษภาคม 2563

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ประสบความสำเร็จได้ดีด้วยความอนุเคราะห์ช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย แม่ฮ่องสอน แพร่และน่าน ที่สนับสนุนให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่และผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคและคณะเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงานประเมิน Clinic NCD คุณภาพ

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCD) เป็นโรคที่ป้องกันได้ถ้ามีระบบจัดการด้วยมาตรการที่เหมาะสม กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ ได้ออกแบบระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพมาตั้งแต่ปี 2556 และมีการประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร.1) รับผิดชอบการประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus ตั้งแต่ ปี 2560 โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2 รอบ เพื่อนำข้อค้นพบมาพัฒนาปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1 วิธีการศึกษา เป็นแบบพรรณนา (Descriptive Research) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวม โดยใช้ข้อมูลการประเมินตนเองรอบที่ 2 ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 เครื่องมือที่ใช้ คือ เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus เกณฑ์การประเมินจะต้องได้ระดับดีขึ้น (มากกว่าเท่ากับ 70 คะแนนขึ้นไป) ถือว่าผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มี รพ.ผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ปี 2560 ร้อยละ 55.0 มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ยตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus ($\bar{x}$ =69.26, SD = 7.59) ปี 2561 ร้อยละ 43.0 ($\bar{x}$ =68.95, SD = 6.12) และปี 2562 ร้อยละ 47.0 ($\bar{x}$ =68.46, SD = 6.12) ทั้ง 3 ปี รพ.ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ในส่วนที่ 1 คือ กระบวนการพัฒนาคุณภาพ (35 คะแนนขึ้นไป) ปี 2560 ($\bar{x}$ =39.30, SD = 6.77) ปี 2561 ($\bar{x}$ =39.90, SD = 4.42) ปี และปี 2562 ($\bar{x}$ =41.74, SD = 4.02) แต่ไม่ผ่านเกณฑ์ในส่วนที่ 2 คือ ผลลัพธ์การให้บริการ (35 คะแนนขึ้นไป) ปี 2560 ($\bar{x}$ =29.96, SD = 4.18) ปี 2561 ($\bar{x}$ =29.05, SD = 4.60) และปี 2562 ($\bar{x}$ =26.72, SD = 4.75) คลินิก NCD ของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ส่วนที่ 2 ด้านผลลัพธ์การให้บริการ ทั้งนี้เนื่องจากการบันทึกข้อมูลส่งออกรายงานเพื่อประมวลผลลัพธ์ในระบบรายงานยังไม่ครบถ้วน ถูกต้องและบางตัวชี้วัดไม่อยู่ในช่วงเวลา Yearly check up ของผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้บันทึกข้อมูล ผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกระดับ ควรมีการทบทวน สอบทานและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งร่วมกันพิจารณาหาแนวทางบริหารจัดการตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์การให้บริการ

คำสำคัญ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิก NCD คุณภาพ เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD clinic Plus

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases can be preventable diseases if management systems are in proper standard with appropriate measures. Therefore, Department of Disease Control by the Office of NCDs introduced an implementation to increase quality service in the process of supervising and systematically addressing the causes of chronic disease problems. The quality NCD clinic service system was implemented in 2013 and has been assessed continuously. Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chaingmai. (DPC. 1) is responsible for conducting the assessment of NCD Clinic for the quality of hospitals under the Ministry of Public Health in region 1 by using NCD Clinic Plus standard evaluation criteria since 2017. The hospitals have been assessed 2 rounds to bring the findings to improve according to the specified standard criteria. The data has been analyzed by DPC 1. The purposes of this study were to evaluate the NCD clinical operations of hospitals under the Ministry of Public Health, Health Region 1. The assessment results are used to plan for the development and the quality NCD clinic in the health region 1. This study is a Descriptive Research. The research tool was the NCD Clinic Plus standard evaluation criteria. The self-assessment data of the second round for the past 3 fiscal years from 2017 to 2019 was analyzed and the result of the assessment must achieve in a good level to pass the NCD clinical quality criteria. (score ≥ 70) Descriptive statistics, enumerate the frequency, percentage, mean standard deviation and content analysis. The study founded that the hospital passed the NCD clinic quality criteria, 55.0% was an average overall score according to the NCD Clinic Plus standard assessment criteria ($\bar{x} = 69.26$, SD = 7.59) in 2017, 43.0% ($\bar{x} = 68.95$, SD = 6.12) in 2018, and 47.0% ($\bar{x} = 68.46$, SD = 6.12) in 2019. Between 2017 -2019, Most of the NCD clinical passed standard assessment criteria for Part 1 in terms of process quality. (score ≥ 35) ($\bar{x} = 39.30$, SD = 6.77) in 2017, ($\bar{x} = 39.90$, SD = 4.42) in 2018 and ($\bar{x} = 41.74$, SD = 4.02) in 2019 but did not meet the criteria for Part 2 in terms of service results (score ≥ 35) ($\bar{x} = 29.96$, SD = 4.18) in 2017, ($\bar{x} = 29.05$, SD = 4.60) in 2018 and ($\bar{x} = 26.72$, SD = 4.75) in 2019. The results suggest that most of the NCD clinical operations in hospitals did not meet the criteria for Part 2 in terms of service results. It was because data recording for exporting reports to process results in the reporting system were incomplete and incorrect. Moreover, some indicators were out of the patient's Yearly check-up period. The recommendation was to improve the capacity of recording staff and NCD staff at all levels as well as it should be reviewed and verified the accuracy of information. The jointly discussion of all departments to find ways to manage the indicators of quality service should be considered.

Keywords : Non-communicable Diseases ,Clinic NCD, Quantitative, NCD Clinic Plus standard evaluation

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ข
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
- ความเป็นมา	1-4
- วัตถุประสงค์	4
- วิธีดำเนินการดำเนินงาน	4
- ขอบเขตการศึกษา	5
- ขอบเขตด้านเนื้อหา	5
- นิยามศัพท์เฉพาะ	5
- ผลที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
- ความหมายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	7-9
- ปัจจัยกำหนดโรคไม่ติดต่อ	9-11
- นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ	11-12
- มาตรการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ	12-13
- รูปแบบการให้บริการคลินิก NCD	14-17
- คลินิก NCD คุณภาพ	17
- แนวคิดการพัฒนาศูนย์ NCD คุณภาพ	18
- กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ	18-20
- การประเมิน	20-21
- แนวคิดการประเมิน	21-23
- ประโยชน์ของการประเมิน	23
- เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	24-25
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	
- ประชากรศึกษา	26
- เครื่องมือที่ใช้ศึกษา	26-30
- การแปลผล	30
- การวิเคราะห์ข้อมูล	30
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
- ตารางที่ 1 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามเกณฑ์NCD Clinic Plus ปี2560	31
- ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามเกณฑ์NCD Clinic Plus ปี2561	32

หน้า

- ตารางที่ 3 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามเกณฑ์NCD Clinic Plus ปี2562	32-33
- ตารางที่ 4 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลตามเกณฑ์NCD Clinic Plus ปี 2560-2562 จำแนกตามส่วนกระบวนการพัฒนาคุณภาพและผลลัพธ์การให้บริการ	33
- ตารางที่ 5 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus จำแนกตามองค์ประกอบของส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ปี 2560 – 2562	34
- ตารางที่ 6 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus จำแนกตามตัวชี้วัดของส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 – 2562	35-37
- รูปภาพที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาศลินิก NCD คุณภาพของ โรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560 -2562	37
- รูปภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การให้บริการคลินิก NCD คุณภาพของ โรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2660-2562	38
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	
- สรุปผลการศึกษา	39
- อภิปรายผลการศึกษา	40-41
- ข้อจำกัดการศึกษา	41
- ข้อเสนอแนะ	41
- ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา	41
บรรณานุกรม	42-44

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสำคัญของประเทศและของโลก ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น กลุ่มโรคเหล่านี้กำลังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางด้านสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยทางด้านสังคมจากการดำเนินวิถีชีวิตที่เร่งรีบ การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี กลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปีพ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปีหรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2563 หน้า 2)

ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง โดยพบว่า 8 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่ง รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (WHO, 2013) ซึ่งอัตราการพบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยหนึ่งในสามของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า หนึ่งในห้าของผู้ใหญ่ (อายุ 15+ ปี) ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง หนึ่งในสี่ของผู้ใหญ่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ข้อมูลอัตราการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ. 2546 โดยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น 2.58 เท่า จากอัตรา 165.7 เป็น 427.5 ต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 2.8 เท่า จากอัตรา 380.8 เป็น 1050.1 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 4 เท่า จากอัตรา 389.8 เป็น 1570.6 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคไม่ติดต่อและสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556 อ้างใน ภัทรธรรณไชยสุริยาและคณะ, 2558 หน้า 1-2) รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี 2562 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรค NCDs ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศภูมิภาคเอเชียใต้-ตะวันออก (SEARO) จากข้อมูลปีพ.ศ.2559 และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประชาชนไทยทั้งในแง่ภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (30-69 ปี) จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ ปีพ.ศ. 2557 ถึงปีพ.ศ. 2559 หลังจากนั้นแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและคงที่

ในปีพ.ศ. 2561 โดยโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงที่สุดเท่ากับ 44.3 รายต่อประชากรแสนคนและอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคหลอดเลือดสมองในผู้ชายสูงกว่าเพศหญิง จากการรายงานข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีพ.ศ. 2557-2561 พบอัตราการเสียชีวิตอย่างหยาดอันมีสาเหตุมาจาก โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรไทย โดยในปีพ.ศ. 2561 โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็นอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 123.3 47.1 และ 31.8 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงของประชากรไทย จากข้อมูลของกรมสรรพสามิต กระทรวงการคลัง พบว่า มีการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อหัวประชากรต่อปีในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น จาก 6.7 ลิตร/คน/ปีจากปีพ.ศ. 2552 เป็น 6.91 และ 6.95 ลิตร/คน/ปีในปีพ.ศ. 2557 และ 2558 สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำรวจพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ลดลงเล็กน้อย จากร้อยละ 21.4 ในปีพ.ศ. 2554 เป็นร้อยละ 20.7 ในปีพ.ศ. 2557 และร้อยละ 19.1 ในปีพ.ศ. 2560 มีการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย: NHES ปี 2557 พบว่า ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.5 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 19.2 ในปีพ.ศ. 2557 การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในปีพ.ศ. 2552 จำนวน 3,246 มก./วัน ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 24.7 ในปีพ.ศ. 2557 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปีพ.ศ. 2557 และความชุกของภาวะอ้วนในประชากรอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.7 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 37.5 ในปีพ.ศ. 2557 และจากรายงานประจำปี 2559 สำนักโรคไม่ติดต่อ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ (Behavioral Risk Factor Surveillance System: BRFSS) เพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงความชุกระหว่าง ปี พ.ศ. 2548 กับ พ.ศ. 2558 ด้วยค่าความชุกปรับฐานอายุ พบว่า ภาวะอ้วนมีความชุกเพิ่มสูงขึ้นมากที่สุดถึง ร้อยละ 155 หรือ 1.5 เท่า ขณะที่ความชุกของน้ำหนักเกินและความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Heavy drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา มีการเพิ่มความชุกเกือบหนึ่งเท่าหรือร้อยละ 94.0 และ 97.4 ตามลำดับ รองลงมา คือความชุกการรับประทานผักและผลไม้เฉลี่ยมากกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมามีการเพิ่มความชุกสูงขึ้นร้อยละ 40 ส่วนความชุกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แบบ Binge drink ภายใน 30 วันที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 1.6 และ 2.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบแนวโน้มความชุกการสูบบุหรี่ในปัจจุบันลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 1.6 ส่วนการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (GPAQ) พบความชุกลดลง ร้อยละ 10 ระหว่าง พ.ศ. 2548 – 2553

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ 2559 – 2561 จากข้อมูลระบบรายงาน Health Data Center Report (HDC) Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนมีนาคม 2562 พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน โรคเบาหวานเท่ากับ 4,379.08 4,645.45 และ 4,933.09 ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 11,917.78 12,518.92 และ 13,105.46 ตามลำดับ โรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 346.50 402.55 และ 391.33 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 605.2 581.1 และ 559.3 ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตรารายใหม่เพิ่มขึ้นมีจำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ ลำพูน 816.5 769.7 และ 858.0 ตามลำดับ น่าน เท่ากับ 5432.5 501.3 และ 580.4 ตามลำดับ พะเยา เท่ากับ 370.1 553.0 และ 571.7 ตามลำดับ อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ เท่ากับ 1,622.3 1,613.0 และ 1,567.9 ตามลำดับ จังหวัดที่มีอัตรารายใหม่เพิ่มขึ้นมีจำนวน 2 จังหวัด ได้แก่ ลำปางเท่ากับ 2,082.1 1,836.2 และ 2,073.0 ตามลำดับ น่านเท่ากับ 1,556.5 1,580.9 และ 1,918.1 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยทั้ง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่ม

สูงขึ้น แต่เมื่อพิจารณาอัตราป่วยรายใหม่ทั้ง 2 โรคมีแนวโน้มลดลงเช่นกับอัตราป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ:BRFSS ปี 2558 ระดับเขตสุขภาพที่ 1 ในประชากรอายุ 15-79 ปี พบว่า ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมา มีความชุกร้อยละ 33.07 เพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 48.85 และ 17.29 ตามลำดับ) โดยกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 41.88 การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก (heavy drinking) หมายถึง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ภายใน 30 วันที่ผ่านมา โดยเพศชายดื่มเฉลี่ยมากกว่า 2 แก้วมาตรฐาน หรือเพศหญิงดื่มเฉลี่ยมากกว่า 1 แก้วมาตรฐานต่อวัน พบว่า มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักภายใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 9.11 โดยเพศชายมีความชุกมากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 15.94 และ 2.29 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 40-59 ปี มีความชุกสูงสุดร้อยละ 11.72 มีผู้ที่บริโภคยาสูบในปัจจุบัน ร้อยละ 13.7 โดยเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 25 และ ร้อยละ 2.4 ตามลำดับ) และความชุกสูงที่สุดในช่วงอายุ 40 – 59 ปี ร้อยละ 16.4 ความชุกต่ำที่สุดในช่วงอายุ 15 – 39 ปี ร้อยละ 11.88 มีการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ คือ กระทำกิจกรรมระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 30 นาที/ครั้ง และอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 37.92 โดยเพศหญิงมีความชุกมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 41.15 และ 34.69 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 60-79 ปี มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 45.0 ต่ำสุด คือ กลุ่มอายุ 15-39 ปี ร้อยละ 31.88 พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งของโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคอ้วน เป็นต้น ซึ่งการรับประทานผักและผลไม้อย่างเพียงพอ คือ รับประทานให้ได้ในปริมาณอย่างน้อยตั้งแต่ 5 หน่วยมาตรฐานขึ้นไปต่อวัน หรือไม่ควรน้อยกว่า 400 กรัมในแต่ละวัน ผลการสำรวจพบว่า รับประทานผักและผลไม้ไม่เพียงพอหรือเฉลี่ยน้อยกว่า 5 หน่วยมาตรฐานต่อวัน ภายใน 7 วันที่ผ่านมา มีความชุก ร้อยละ 85.57 โดยเพศชายมีความชุกสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 86.15 และ 85.0 ตามลำดับ) และกลุ่มอายุ 15-39 ปี มีความชุกสูงสุดร้อยละ 87.97 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 85.94 และต่ำสุดคือกลุ่มอายุ 60-79 ปี ร้อยละ 82.81 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 23.91 เพศหญิงมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 25.21 และ 22.6 ตามลำดับ) และผู้ที่มีภาวะอ้วนมีความชุก ร้อยละ 6.98 โดยเพศหญิงมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.75 และ 5.21 ตามลำดับ)

องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุข ได้เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงมีการกำหนดนโยบายที่จะจัดการกับปัญหานี้ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันได้ถ้ามีระบบจัดการด้วยมาตรการที่เหมาะสม กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้กำหนดมาตรการ ตั้งแต่ด้านกฎหมายเพื่อควบคุมปัจจัยกำหนดและหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยง ปรับสภาพแวดล้อมที่ลดเสี่ยงและเอื้อต่อสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคสามารถควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วมโอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น กลุ่มป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการบูรณาการระหว่างเครือข่ายของคลินิกในและนอกสถานบริการที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก เพื่อให้เกิดการเพิ่มคุณภาพบริการในกระบวนการ ป้องกัน ควบคุม ดูแลและจัดการกับสาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ สำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้ออกแบบระบบบริการคลินิก NCD คุณภาพมาตั้งแต่ปี 2556 (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558) เริ่มนำร่องประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 3 แห่ง คือ รพ.ป่าแดด รพ.เชียงใหม่และ รพ. แม่จัน จังหวัดเชียงราย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงเกณฑ์ประเมินมาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ (สคร.1) ได้ดำเนินการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ตั้งแต่ปี 2557 จนถึงปี 2559 โดยเกณฑ์การประเมินเป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงาน มีสถานบริการได้รับการประเมิน จำนวนทั้งสิ้น 95 แห่ง

ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพทุกแห่ง แต่กลับพบว่าผลลัพธ์การให้บริการไม่สอดคล้องกับผลการประเมิน จากข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ โดยที่สถานบริการ สาธารณสุขทุกแห่งได้รับการพัฒนาและรับรองคลินิก NCD คุณภาพครบร้อยละ 100 แต่ยังพบว่าโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาที่รุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการสำรวจสุขภาพ ประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ปี 2557 พบความชุกของเบาหวาน และความชุกของความดันโลหิตสูง ยังเพิ่มขึ้น และจากรายงานของ MedResNet ปี 2558 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เพียงร้อยละ 38.2 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ร้อยละ 60.9 จะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพ NCD คลินิกในเชิงกระบวนการ ยังไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ในการจัดการโรคและนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ ควรมีการประเมินเชิงผลลัพธ์การบริการร่วมด้วยเพื่อนำผลการประเมินไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิก NCD อย่างต่อเนื่อง กรมควบคุมโรค โดยสำนักโรคไม่ติดต่อ จึงร่วมกับคณะผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคไม่ติดต่อและภาคีเครือข่าย ผู้แทนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดและสถานบริการสาธารณสุข (รพศ. รพท. และรพช.) พัฒนาและปรับปรุงเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic ให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยจัดทำเป็นเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ที่ประเมินคุณภาพทั้งกระบวนการดำเนินงานตามหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) จำนวน 6 องค์ประกอบและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพในการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วย อัตราตายและภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงต่อไป(สำนักโรคไม่ติดต่อ ,2560 หน้า 3)

ดังนั้นในปี 2560 สำนักโรคไม่ติดต่อ จึงได้มีการพัฒนาและปรับปรุงเป็นเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ที่กำหนดเกณฑ์ประเมินทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการป่วย อัตราตายและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สคร.1 เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 1 ได้ใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตั้งแต่ ปี 2560 โดยให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง 2 รอบ เพื่อนำข้อค้นพบมาพัฒนาปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด สคร.1 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ในภาพรวม เพื่อได้รับทราบผลการประเมินและนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 ต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1

วิธีการดำเนินงาน มี 6 ขั้นตอน ดังนี้

1. สำนักโรคไม่ติดต่อถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินและสนับสนุนคู่มือการประเมินให้ สคร.และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)
2. สสจ.ถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินให้ผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD คุณภาพของรพ.ในเขตรับผิดชอบ
3. คณะกรรมการ NCD Board อำเภอประเมินคลินิก NCD คุณภาพของรพ.ตามเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus รอบที่ 1(ต้นปีงบประมาณ) เพื่อหา GAP จัดทำแผนพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ
4. สคร.1 รวบรวมข้อมูล จากข้อ 3 รายจังหวัด ส่งให้สำนักโรคไม่ติดต่อ
5. คณะกรรมการ NCD Board อำเภอประเมินคลินิก NCD คุณภาพของรพ. รอบที่ 2 (ปลายปีงบประมาณ)

6. สคร. 1 รวบรวมข้อมูลจากข้อ 5 รายจังหวัด ส่งให้สำนักโรคไม่ติดต่อและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอการประชุมเขตสุขภาพที่ 1 Cluster NCDs และคืนข้อมูลให้ สสจ.

ขอบเขตการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Research) ทำการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินคลินิก NCD จากรายงานผลการประเมินตนเองคลินิก NCD คุณภาพ รอบที่ 2 ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 1 จำนวนทั้งหมด 100 แห่ง โดยวิเคราะห์ข้อมูล 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ มีองค์ประกอบทั้งหมด 6 องค์ประกอบและส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์จากการให้บริการ เปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562 โดยใช้เครื่องมือ คือ เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD clinic Plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ปี 2560 -2562

ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-communicable diseases: NCD) โดยได้ศึกษา ความหมาย ปัจจัยกำหนดโรคไม่ติดต่อ นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ และมาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ
2. คลินิก NCD คุณภาพ โดยได้ศึกษา รูปแบบการให้บริการคลินิก NCD คุณภาพ นิยามคลินิก NCD เป้าประสงค์คลินิก NCD คุณภาพ แนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพและกรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ
3. การประเมิน โดยได้ศึกษา ความหมาย แนวคิดการประเมิน วิธีการประเมินและประโยชน์ของการประเมิน
4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562

นิยามศัพท์เฉพาะ

คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง การจัดบริการให้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เชื่อมโยงกระบวนการให้บริการทางคลินิกและเครือข่ายบริการทั้งใน/นอกสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดปัจจัยเสี่ยง(Risk Factors)และโอกาสเสี่ยง(Attributed Risk) การเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเองและส่งต่อการรักษา ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายการให้บริการ

การประเมิน หมายถึง การวัดเพื่อตัดสินใจโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนด เป็นการให้ค่าคะแนนผลการดำเนินงานของคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมิน เกณฑ์มาตรฐาน NCD clinic Plus ที่กำหนด

เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD clinic Plus หมายถึง เกณฑ์ที่สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กำหนดขึ้น เพื่อใช้ประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์จากการให้บริการ โดยผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการที่ปรึกษาและคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน NCD clinic Plus ปี 2560 - 2562

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการจัดบริการคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาล

- 1) ทำให้ได้รับทราบจุดมุ่งหมายของการจัดบริการคลินิก NCD คุณภาพที่ชัดเจน
- 2) ทำให้เกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองของคลินิก NCD คุณภาพ เพื่อให้ได้ผลการวัดและประเมินที่ดีขึ้น
- 3) เสริมสร้างให้เกิดแนวทางและนวัตกรรมในการปรับปรุงคลินิก NCD คุณภาพ เมื่อไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- 4) ทำให้ทราบถึงสถานภาพการให้บริการของคลินิก NCD คุณภาพว่า มีข้อเด่นและด้อยในเรื่องใดควรได้รับการปรับปรุงให้ดีขึ้น ตามหรือมากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ด้านการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

- 1) ได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้นในการจัดบริการของคลินิก NCD คุณภาพ
- 2) ได้ทราบถึงผลของกระบวนการพัฒนาการให้บริการของคลินิก NCD คุณภาพ มีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด
- 3.) ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 1
- 4.) ผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกระดับ ใช้สำหรับทบทวน สอบทานและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลนำเข้าให้คณะกรรมการ NCD Board จังหวัดและอำเภอร่วมกันพิจารณาหาแนวทางการบริหารจัดการตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์การให้บริการ เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลในพื้นที่รับผิดชอบ
- 5.) ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ นำไปเป็นข้อมูลสำหรับเสนอคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic plus สำนักโรคไม่ติดต่อ สำหรับการปรับปรุงเกณฑ์การประเมินในปีต่อไป
- 6.) ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ได้รับทราบปัญหาและทำความเข้าใจกับ ผู้รับผิดชอบงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อถ่ายทอดให้กับผู้รับผิดชอบงานคลินิก NCD คุณภาพและผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 1

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560-2562 ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาแบ่งเป็น 4 หัวข้อ ดังนี้

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-communicable diseases: NCD)

- ความหมาย
- ปัจจัยกำหนดโรคไม่ติดต่อ
- นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ
- มาตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

2. คลินิก NCD คุณภาพ

- รูปแบบการให้บริการคลินิก NCD คุณภาพ
- นิยามคลินิก NCD คุณภาพ
- เป้าประสงค์ คลินิก NCD คุณภาพ
- แนวทางการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ
- กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ

3. การประเมิน

- ความหมาย
- แนวคิดการประเมิน
- ประโยชน์ของการประเมิน

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(Non-communicable diseases: NCD)

ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (2540) ได้ให้คำจำกัดความโรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable diseases : NCDs) หมายถึง “กลุ่มของโรคที่มีปัจจัยสาเหตุการนำสู่การเกิดโรคจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคอาหารที่เกินไม่ถูกสัดส่วนและเหมาะสมทางโภชนาการ การขาดการเคลื่อนไหวออกกำลังกายที่เพียงพอและการรับมือไม่ได้ต่อความเครียดเกิดภาวะเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีรากมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีสุขภาพ (Unhealthful lifestyles and environment) ส่วนใหญ่ของกลุ่มโรคนี้เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีความสำคัญหลักทางด้านสาธารณสุขจากผลต่อการป่วย ความพิการ และการตายก่อนวัยอันควรจำนวนมาก” คำว่า “โรคไม่ติดต่อ” ถูกใช้สลับไปมากับคำ “โรคเรื้อรัง” และสื่อถึง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มะเร็ง การบาดเจ็บ และการเจ็บป่วยทางจิตประสาท (J.J. Miranda et al; 2008) (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2553 หน้า 14)

นันทกร ทองแดง (2562) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือเรียกชื่อภาษาอังกฤษสั้น ๆ ว่า โรค NCDs เป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคและไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคที่เกิดจากการใช้ชีวิตประจำวันที่ไม่เหมาะสมของเรา กลุ่มโรค NCDs นี้ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคถุงลมโป่งพองและโรคมะเร็ง เป็นต้น

Department of Health (2015) กล่าวว่า โรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง (Non-communicable diseases : NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคไม่ติดต่อที่ไม่สามารถแพร่กระจายโรคจากคนสู่คนได้ เป็นโรคที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน และมีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ ซึ่งแตกต่างจากโรคติดเชื้อส่วนใหญ่ ที่มักมีการดำเนินโรคอย่างรวดเร็ว กลุ่มโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรัง ที่สำคัญ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1.กลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง 2.กลุ่มโรคเบาหวาน 3.กลุ่มโรคมะเร็ง และ 4.กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง รวมถึงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด (สุธิดา เกษม, 2561 หน้า 4)

วรรณิ นิธิยานันท์ (2557) กล่าวว่า ลักษณะของโรค NCDs เป็นแล้วไม่หาย แต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ โดยปัจจุบันแนวโน้มผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอายุที่พบน้อยลงเรื่อยๆ หากพิจารณาจากน้ำหนักตัวของประชากรที่อยู่ในเกณฑ์เกินมาตรฐานมีจำนวนเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นเฉพาะคนวัยกับผู้สูงอายุเท่านั้น สิ่งสำคัญที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อนที่จะเกิดโรค โดยอาหารถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดสามารถปรับโดยการลด หวาน มัน เค็ม บริโภคให้ครบ 5 หมู่และควรลดหรือเลิกดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นตัวการให้เกิดหลายโรคเช่นกัน เพิ่มการออกกำลังกายและหากิจกรรมคลายเครียดก็จะเป็นวิธีป้องกันกลุ่มโรค NCDs ได้เป็นอย่างดี (ไทยโพสต์, 2557 หน้า 15)

ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) กล่าวว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นับเป็นวิกฤตที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วนทั้งระดับประเทศและนานาชาติ ในแต่ละปีประชากรมากถึง 16 ล้านคนทั่วโลกที่ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคหัวใจ ปอด โรคหลอดเลือดในสมอง โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ซึ่ง 80% มาจากประชากรในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง อย่างประเทศในภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก จึงเป็นที่มาของการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้ได้ 1 ใน 3 ภายในปี 2573 ซึ่งการป้องกันและควบคุม NCDs ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันในทุกระดับ ตั้งแต่ต้นนโยบายไปจนถึงประชาชน การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งในและนอกภาคสาธารณสุข โดยเน้นมาตรการที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพหรือที่เรียกว่า “Best Buys” รวมถึงการมีกลไกสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลไกทางการเงินรูปแบบใหม่ เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพความท้าทายที่สำคัญในภูมิภาคนี้ คือ การขาดศักยภาพในการนำมาตรการ Best Buys มาปรับใช้อย่างสมเหตุสมผลและสอดคล้องประสาณในประเทศ มาตรการ Best Buys ที่เหมาะสมต่อบริบทเฉพาะของแต่ละประเทศ รวมถึงแนวทางการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็นต่อการดำเนินมาตรการเหล่านั้นอย่างยั่งยืน ทั้งนี้มาตรการเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันใน 3 ระดับ คือ 1.ระดับนโยบาย นำโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรสุขภาพ ต้องเป็นผู้นำในการบูรณาการนโยบายสาธารณะให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน 2.ระบบสุขภาพ โดยยกระดับการให้บริการของระบบสาธารณสุขมูลฐาน ลดความเหลื่อมล้ำในระบบ

สุขภาพ และการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน และ 3.ระดับสังคม โดยการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน และสังคมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้และทักษะด้านสุขภาวะแก่ประชาชน

สุพัตรา ศรีวณิชชากร คำนายม โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่กำลังมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้นในทุกพื้นที่ทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ สาเหตุปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการขยายตัวของโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังมีหลากหลายประการที่สัมพันธ์กัน ทั้งด้านการแพทย์ สังคม พฤติกรรม ที่ไม่ได้เป็นเรื่องตัวเชื้อโรค สาเหตุมีความซับซ้อน แตกต่างกันตามวิถีของแต่ละบุคคล แต่ละบริบทพื้นที่ อ่างใน แก้วตา สังขชาติ.(2562)

ปัจจัยกำหนดโรคไม่ติดต่อ

ในสภาวะปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้มีการรายงานข้อมูลว่าผลกระทบต่อสุขภาพในด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประเทศไทยด้านการเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการภาวะทุพพลภาพและการตายมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่และครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกัน ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ ที่สำคัญของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่

1.) ความเครียด (stress) สถานการณ์ทางสังคมที่ทำให้เกิดความเครียดในระยะยาวมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาของบุคคล และเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองและภาวะซึมเศร้า ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเครียด ได้แก่

1.1 การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหรือเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อมั่นทางสังคม (social cohesion) ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งในครอบครัวและสังคม ถ้าบุคคลใดไม่มีการสนับสนุนทางสังคมก็ส่งผลกระทบต่อภาวะเครียดได้

1.2 การว่างงาน (unemployment) การที่บุคคลไม่มีงานทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจเกิดความเครียดมีผลกระทบต่อสุขภาพได้ นอกจากการว่างงานแล้ว การทำงาน (work) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางสังคม และรูปแบบการจัดการขององค์กร ความสัมพันธ์ทางสังคมในที่ทำงาน และชนิดของงาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงานด้วยเช่นกัน การที่มีความเครียดในงานมากและมีโอกาสในการตัดสินใจน้อยภาวะปวดหลังและการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย ล้วนแล้วแต่ก่อให้เกิดความเครียดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด

2.) ชีวิตในวัยเด็ก (early life) หมายถึง สภาวะของบุคคลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ภาวะโภชนาการและการดูแลสุขภาพของมารดาส่งผลกระทบต่อเด็กไปในช่วงชีวิต เห็นได้ชัดจากเด็กที่มีน้ำหนัก ตัวแรกเกิดน้อยจะมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ในขณะนั้นหรือในวัยผู้ใหญ่มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ การดูแล โภชนาการ การเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย สติปัญญาและอารมณ์ของทารกและเด็กให้เป็นไปตามวัย การปลูก-ฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็กและการให้การศึกษาแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

3.) อาหาร (food) ที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอของบุคคล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี การขาดแคลนอาหารส่งผลให้ เกิดภาวะทุพโภชนาการส่งผลต่อการเจริญเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็ก ในทางตรงกันข้าม การบริโภคอาหารเกินโดยรวมหรือบางประเภท ได้แก่ ขนมกรูบกรอบ กาแฟขงสำเร็จ อาหารจานด่วน อาหารขยะ อาหารรสจัด หวาน มัน เค็ม บริโภคผัก-ผลไม้ไม่เพียงพอ เป็นต้น ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคต่างๆเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคอ้วนและฟันผุ เป็นต้น (นิภาพร เอื้อวณะโชติมา, 2559 หน้า 152-153) พฤติกรรมบริโภคนิยมเป็นปรากฏการณ์ทางวัฒนธรรมที่สำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมสมัยใหม่ คนส่วนใหญ่จะคลั่งไคล้การบริโภคและให้ความสำคัญแก่รูปลักษณ์ภายนอกมากกว่าประโยชน์ใช้สอย คนในสังคมจะมีรสนิยมเปลี่ยนแปลงไปตามการพัฒนาของสังคมและเทคโนโลยี ทำให้เข้าสู่วัฒนธรรมบริโภคนิยม เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน คนในสังคมถูกรอบงำและตกอยู่ในกระแสของการบริโภคนิยมที่มีพฤติกรรมเลียนแบบ เช่น การบริโภคสินค้าที่มีราคาแพงเกินความจำเป็น การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ อันเนื่องมาจากอิทธิพลของการส่งเสริมการขายและการเลียนแบบ ส่งผลต่อภาวะโภชนาการและความสมดุลของร่างกาย ตลอดจนปัญหาการใช้เงินเกินตัว

4.) สุรา จากสถิติการดื่มสุราของคนไทยเพิ่มมากขึ้น ปัญหาจากดื่มสุราก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกันในทุกประเทศ ทั้งนี้เนื่องจากกลยุทธการโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ ที่เป็นการชักจูงใจ ทำให้เชื่อว่าสังคมให้การยอมรับ จึงทำให้มีผู้ดื่มสุราเพิ่มอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะเยาวชน ซึ่งเป็นวัยชอบทดสอบสิ่งต่างๆและในปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหากับวัยที่มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ พฤติกรรมการดื่มสุรามีสาเหตุหลายประการได้แก่ ความอยากรู้อยากลอง อยากเข้าสังคม ค่านิยมที่ผิดๆเพื่อนชักชวน พฤติกรรม เลียนแบบคนดังหรือมีชื่อเสียง ต้องการให้เป็นที่ยอมรับในกลุ่ม อยากท้าทายและคึกคะนอง หาซื้อได้ง่าย ผลจากการโฆษณา มีปัญหาส่วนตัวอยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อมและตัวอย่างที่ไม่ดีมีความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับสุราและการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ส่วนผลการกระทบจากการดื่มสุรา ได้แก่ การขาดความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว สุขภาพเสื่อมโทรม สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น เกิดปัญหาสังคม นอกจากนี้ปัญหาที่ตามมาคือ การเกิดอุบัติเหตุ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความเสียหายทางเศรษฐกิจอย่างมากในแต่ละปี

5.) บุหรี่หรือยาสูบ กฎหมายได้กำหนดให้สถานที่หลายๆแห่งประกาศเป็นเขตปลอดบุหรี่แต่ก็ยังมีกาฝ่าฝืนสูบบุหรี่อีกจำนวนมาก ประเด็นปัญหาคือ ควันบุหรี่ยังไม่ได้ทำร้ายเฉพาะผู้สูบบุหรี่เท่านั้น ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ก็มีโอกาสป่วยและตายจากบุหรี่โดยไม่ต้องสูบบุหรี่ด้วยตนเอง สารเคมีที่อยู่ในบุหรี่ย่อมก่อให้เกิดโรคมะเร็ง อันตรายของบุหรี่ยังสามารถไปสู่ทารกที่อยู่ในครรภ์ของมารดาที่สูบบุหรี่ ทารกที่เกิดจากแม่ที่สูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จะมีน้ำหนักตัวโดยเฉลี่ยน้อยกว่าทารกที่เกิดจากแม่ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 200 กรัม มาตรการที่ระดับส่วนกลางกำหนดยังไม่สามารถเข้าไปแก้ปัญหาในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังสามารถเข้าถึงได้ง่ายในร้านค้าย่อยในชุมชน ทำให้จำนวนผู้สูบบุหรี่ยังมีอีกมากและมากกว่าครึ่งยังสูบบุหรี่ในบ้าน

นอกจากนี้ ผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ยังส่งผลให้ประเด็นปัญหาสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปอีก เช่น ปัญหาสุขภาพที่สืบเนื่องจากสภาพแวดล้อม ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและปัญหาจากโรคติดต่อที่ซับซ้อน เป็นต้น ประกอบกับการที่ “ความต้องการในด้านการดูแลสุขภาพของประชาชนนั้น

มีแนวโน้มไปทางด้านการส่งเสริมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยมากขึ้น(ทัศนาศา บัญทอง, 2543) ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องเท่าทันกับปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปจากแนวคิดและกระแสการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขดังกล่าว ทำให้เกิดจุดเปลี่ยนนิยามคำว่า "สุขภาพ" ในสังคมไทย จากเดิมซึ่งยังคงเกี่ยวพันอยู่กับโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล โรค การตรวจรักษา การผ่าตัด การใช้ยา และเทคโนโลยีเพื่อการรักษาพยาบาล มาเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งหมายถึง "กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนในการควบคุมดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น " (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ซึ่งถือเป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองที่ครอบคลุมกิจกรรมต่างๆทั้งในระดับบุคคล ชุมชน สังคม เพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสภาพแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในสังคม(อึ้งในไพโรจน์ ภัทรนรากุลและทัศนัย ชันตยาภรณ์, 2543 หน้า 23 -25)

จะเห็นได้ว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อยังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของประเทศไทย มีจำนวนผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบโดยตรงต่อเศรษฐกิจและสังคม

นโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ไว้ ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2558 (ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร) พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยให้คนไทยมีโอกาสได้ร่วมคิดร่วมนำร่วมคิดและร่วมรับผิดชอบด้วยเป็นการอภิบาลแบบเครือข่ายเอื้ออำนวยระบบสุขภาพแห่งชาติเชื่อมประสานทุกภาคส่วนเข้าด้วยกัน เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของหน่วยงานทุกระดับ ทั้งการบริหารการเงินการคลังการบริหารกำลังคน และการบริหารข้อมูลสุขภาพเพื่อสนับสนุนการปฏิรูปสาธารณสุขและปฏิรูปประเทศเพื่อให้พลเมืองไทยมีสุขภาพแข็งแรงพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน

- 1.) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP&P Excellence) ที่จะต้องขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่
- 2.) ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องมีการประสานเครือข่าย โรงพยาบาลทั้งประเทศในทุกสังกัด รวมถึงภาคเอกชนจะต้องมีการร่วมมือกันในการพัฒนาบริการ
- 3.) ด้านการพัฒนาคน (People Excellence) บุคลากรต้องมีความมั่นคงในคุณธรรมและมีปัญญาที่จะพัฒนาสิ่งต่างๆ พร้อมเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา
- 4.) ด้านระบบบริหารจัดการที่มีคุณธรรม (Governance Excellence) ให้คุณค่าผู้ป่วยด้วยการเข้าใจเข้าถึงฟังได้ (กองโรคไม่ติดต่อ 2560 หน้า 2-3)

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้ไว้ ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2562 (นายอนุทิน ชาญวีรกูล) การดูแลให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง ทั้งทางกาย ทางใจ และมีความมั่นคงทางสุขภาพ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและจัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่างครบวงจรและบูรณาการ ดูแลให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ความแออัด ระยะเวลารอคอยและภาระค่าใช้จ่าย โดยเพิ่มขีดความสามารถโรงพยาบาลทุกระดับ พัฒนาและยกระดับความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารทางการแพทย์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ ผลักดันพัฒนา

เทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ส่งเสริมนวัตกรรมและศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ ทั้งระบบบริการการสร้างเสริมสุขภาพ การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ การศึกษาวิจัย การผลิตและพัฒนา

นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สุขุม กาญจนพิมาย) พัฒนาระบบสุขภาพปฐมนิเทศคนไทยทุกคนมีทีมหมอประจำครอบครัว ให้การรักษาโรคพื้นฐาน ให้คำปรึกษาป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ ดูแลทั้งที่บ้าน ที่คลินิก หรือหน่วยบริการ และจัดการเรื่องการส่งต่อ เมื่อจำเป็นอย่างเป็นระบบ พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมนิเทศใกล้บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนให้สะอาด น่าอยู่ได้มาตรฐานปลอดภัย ประชาชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดให้ความรู้สึกเป็น“โรงพยาบาลของเรา” ทำให้คนไทยเป็นเจ้าของโรงพยาบาลเข้าไปมีส่วนบริหารโรงพยาบาลร่วมกันสนับสนุนให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนากระจายอำนาจให้หน่วยงานในพื้นที่มีอิสระในการบริหารมากขึ้น เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างทันทั่วถึงโดยเน้นการบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นทีมภายใต้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารเครือข่ายสุขภาพในแต่ละพื้นที่ (กองโรคไม่ติดต่อ 2562 หน้า 2-3)

ยุทธศาสตร์ของแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี(พ.ศ.2560-2564) (พิสุทธิ์ ชื่นจงกลกุล, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่ 1. พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ประเด็นสำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ฯเกลือและโซเดียม ภาษีน้ำตาล Healthier Choice สร้างความยินยอมและปฏิบัติตามกฎหมาย บุหรี่ สุรา

ยุทธศาสตร์ที่ 2. เร่งขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ประเด็นสำคัญ คือ Health Literacy

ยุทธศาสตร์ที่ 3. พัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่นและปฏิรูปจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงลดโรค ประเด็นสำคัญ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) ตำบลจัดการสุขภาพ โรงเรียน องค์กร(Healthy work place) สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ใจกายเป็นสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล ประเด็นสำคัญ คือ Health Data Center Surveillance BRFSS

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ปฏิรูปการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและควบคุมโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่ ประเด็นสำคัญ คือ Wellness Center NCD Clinic Plus Primary Care Cluster

ยุทธศาสตร์ที่ 6 พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อขับเคลื่อนการทำงานแบบบูรณาการ ประเด็นสำคัญ คือ Country Cooperation Strategy Monitoring and Evaluation:M&E

มาตรการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ

มาตรการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (ดิเรก ขำแป้น , 2559)

เป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ปลอดภัยจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้” ลดเสี่ยงในกลุ่มปกติ ลดป่วยในกลุ่มเสี่ยง ลดภาระโรคและลดตายก่อนวัยอันควรในกลุ่มป่วย โดยใช้มาตรการ 2P2S ได้แก่

1.) การนำขับเคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ(Policy & Advocacy) ได้แก่ ผลักดันยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (2560 - 2564)“ชุมชนต้นแบบลดเค็ม” ภายใต้ยุทธศาสตร์ลดบริโภคเกลือและโซเดียมฯ

2.) ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง(Promotion and Risk Reduction) ได้แก่ สื่อสารประชาสัมพันธ์โรค NCDs- ธารงศ์สื่อสาร วันสำคัญ ชุมชน ลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อ (Community Base Intervention : CBI-NCDs)

Application :เกมส์ให้ความรู้โรค NCDs โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Disease:CVD) โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) Preventive Clinic Award NCD Forum

3.) เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ(Strengthen Health System) ได้แก่ NCD Clinic Plus STOP CVD Service Package : DM/HT ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย พัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ

4.) การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E) ได้แก่ BRFSS พัฒนา Dashboard

มาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)

มาตรการที่ 1 ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงระบบการบริการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ตรวจสุขภาพประจำปี ในกลุ่มวัยทำงานโดยเฉพาะผู้ที่มิอายุ 35 ปีขึ้นไปการไปรับบริการคัดกรองจะทำให้ทราบถึงสถานะของร่างกายว่าขณะนี้เสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงหรือไม่ เพื่อจะได้เข้าสู่ระบบบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือทำให้เราสามารถตัดสินใจวางแผนในการดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงได้อย่างไรและผู้ที่ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จะต้องได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) สามารถประเมินด้วยตนเองผ่านโปรแกรม Thai CV Risk score (https://med.mahidol.ac.th/cardio_vascula_rrisk) เพื่อประเมินว่าอีก 10 ปีข้างหน้ามีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากน้อยเพียงใด

มาตรการที่ 2 ส่งเสริมการพัฒนาการเด็ก ให้มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เหมาะสมกับวัย สอนให้รู้จักการเลือกบริโภคอาหาร หลีกเลี่ยงขนมหวาน กรูบกรอบ น้ำหวาน เป็นต้นจากผลกระทบของการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม ระบบทุนนิยมโลกาภิวัตน์และสังคมบริโภคนิยม ทำให้เกิดการแข่งขันรับเร่ง ส่งผลการเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนแปลงไป อาหารประเภทจานด่วน อาหารขยะ อาหารสำเร็จรูป พร้อมปรุงเป็นทางเลือกที่ผู้ปกครองซึ่งไม่มีเวลาเพียงพอในการที่จะปรุงอาหารให้เด็กหรือดูแลเด็ก ประกอบกับการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะให้ดาราดังมาเป็นผู้โฆษณา สร้างค่านิยมว่ารับประทานอาหารแบบนี้ กระตุ้นให้เด็กอยากบริโภคจนฝังรากลึกเป็นจิตนิสัยให้เด็กบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือด

มาตรการที่ 3 จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน เช่น ส่งเสริมให้ปลูกผัก ปลอดภัย ส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ จัดลานและกิจกรรมออกกำลังกายตามกลุ่มวัย สนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นต้นถ้ามีสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะเป็นการส่งเสริมให้ทุกคนดูแลสุขภาพเนื่องจากสะดวกต่อการเข้าถึงและเกิดกระแสการดูแลสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

มาตรการที่ 4 สื่อสารเตือนภัยให้ประชาชนรับทราบถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยกำหนดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือดของแต่ละพื้นที่โดยมีการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยกำหนดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด นำมาจัดทำประเด็นในการสื่อสารเตือนภัยให้ประชาชนได้รับทราบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดบริการให้ข้อมูลได้ตรงประเด็นและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มาตรการที่ 5 สนับสนุนให้มีการประชุมเพื่อสร้างกฎกติกาชุมชน/มาตรการทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระแสการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงโรคหัวใจและหลอดเลือดตัวอย่างเช่น กิน

ปลาเป็นหลักกินผักเป็นยา งานประเพณีแข่งเรือ / สงกรานต์ / ลอยกระทง / งานศพ ปลอดภัย งานบุญประเพณีลดหวาน มัน เค็ม ร้านค้าชุมชนไม่ขายบุหรี่ยาสูบเพื่อลดการเข้าถึง เป็นต้น

มาตรการที่ 6 ติดตาม ควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม เพื่อนำข้อมูลมานำเสนอในการประชุมคณะกรรมการ สะท้อนภาพความสำเร็จการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดรายอำเภอ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ , 2560)

สรุปที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบันและมีแนวโน้มที่จะพัฒนาระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้น การเตรียมความพร้อมรับมือภัยคุกคามที่มาจากกระแสโลกาภิวัตน์และการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ โดยการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน จึงจำเป็นต้องมีองค์ความรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลักในระดับพื้นที่ จะต้องมีการศึกษาทั้งองค์ความรู้ การนำนโยบายและแนวทางสู่การปฏิบัติ ที่สำคัญจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน นำเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารสำหรับการตัดสินใจ กำหนดนโยบาย ทิศทางการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับบริการดูแล รักษา ควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อได้ตามมาตรฐาน

2. คลินิก NCD คุณภาพ

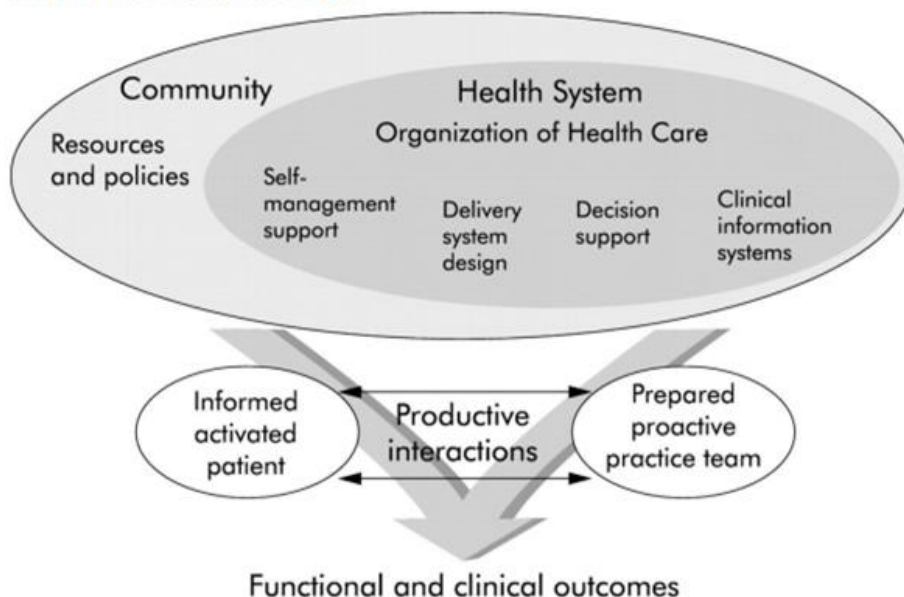
รูปแบบการให้บริการคลินิก NCD (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2558 หน้า 4-11)

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีระยะของการแฝงตัวอยู่นานก่อนเกิดโรค การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากโรคไม่ติดต่อในระยะแรกนั้นมักไม่มีอาการ คนจำนวนมากจึงเพิกเฉยและไม่จัดการกับปัญหาดังกล่าวตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ทำให้มีการสะสมของปัจจัยเสี่ยงและได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคมีการดำเนินไปมากแล้ว อีกทั้งยังมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ดังนั้นการป้องกันควบคุมและจัดการโรคต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง “องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้ว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคเบาหวานนี้สามารถป้องกันควบคุมได้ถึง ร้อยละ 80 ถ้ามีมาตรการดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกำหนด การระบาดในวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในชุมชนและอิทธิพลจากชุมชนภายนอก” อังใน เครื่องมือประเมิน นโยบายการบริการสุขภาพความร่วมมือการบูรณาการและเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและจัดการโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่ป้องกันได้ แต่กลุ่มปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีหลายลักษณะและระดับ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ต่อเนื่อง ซับซ้อน มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยการลดปัจจัยเสี่ยงนั้นสำคัญ แต่อาจไม่เพียงพอในการหยุดยั้งการดำเนินโรคและการลดผลแทรกซ้อนที่ตามมาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกัน ควบคุมจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อลดความพิการและการตายก่อนวัยอันควร ทั่วโลกได้มีการพัฒนาแนวคิดสำคัญเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการสุขภาพในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและโรคเรื้อรัง เช่น

1. รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ; Wagner’s Chronic care Model ในปีค.ศ.2002 Edward Wagner ได้เสนอรูปแบบการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปรับจากการดูแลแบบระดับบุคคลมาเป็นการดูแลแบบบูรณาการเข้าถึงประชากรและการป้องกันมากขึ้น เป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิก โดยมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ของการจัดการภาวะเรื้อรังที่มากกว่าการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ บทบาทของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยมิใช่เพียงผู้รับการดูแลรักษาแต่เป็นส่วนหนึ่งของทีมการดูแลรักษา พื้นที่การดูแลกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะเกิดขึ้นใน 3 ส่วนที่ซ้อนทับกัน ดังภาพที่ 1 คือ ส่วนที่ครอบคลุมทั้งหมด ได้แก่ ชุมชนที่ประกอบด้วยนโยบายและทรัพยากรในชุมชนทั้งสาธารณะ

หรือเอกชน ส่วนวงในที่ซ้อนทับอยู่ คือ ระบบสุขภาพรวมถึงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลและหน่วยงานบริการสุขภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาลที่ให้บริการแบบบูรณาการและผสมผสาน โดยทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ 3 ส่วนนี้ มีองค์ประกอบที่จำเป็น 6 องค์ประกอบ คือ ทรัพยากรและนโยบายของชุมชน ที่มีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานบริการสุขภาพที่มีโครงสร้าง เป้าหมายและค่านิยมประกอบเป็นรากฐานให้องค์ประกอบอื่นๆ การสนับสนุนการดูแลตนเอง การออกแบบระบบบริการ โดยทีมสหวิชาชีพทั้งทางการแพทย์และทางสาธารณสุขที่ประสานดำเนินการอย่างครอบคลุมเพื่อการดูแลกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยในระยะยาว การสนับสนุนการตัดสินใจและระบบข้อมูลทางคลินิก

ภาพที่ 1 The Chronic Care Model

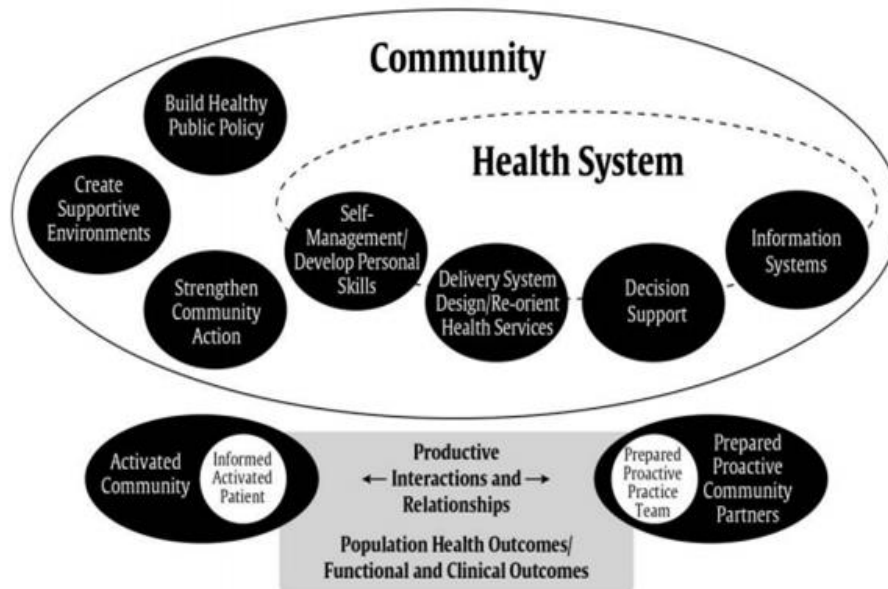


ที่มา : The Chronic Care Model พัฒนาโดย The Mac Coll Institute

อ้างใน สมเกียรติ โพธิ์สัต์ และจิราพร หิรัญรัตนธรรม, ม.ป.ป.

2.รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรังแบบขยาย ; The Expanded Chronic Care Model ในปีค.ศ.2003 Victoria Barrและคณะ ได้เสนอรูปแบบการดูแล กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วยโรคเรื้อรังโดยปรับจาก Wagner's Chronic care Model ด้วยการประยุกต์หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมนโยบายเพื่อสุขภาพชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน (Population Health Outcomes) นอกเหนือจากผลลัพธ์ทางคลินิก ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 The Expanded Chronic Care Model



ที่มา : Victoria JB., 2003

3. WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework เนื่องด้วยทรัพยากรที่ไม่เท่ากัน และปัจจัยสำคัญอื่นๆ ของแต่ละประเทศทำให้เกิดข้อจำกัด ในการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง ในปี ค.ศ.2002 องค์การอนามัยโลกได้พัฒนา WHO's Innovative Care for Chronic Conditions Framework ขึ้น เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของประเทศที่แตกต่างกัน โดยได้ให้ความสำคัญต่อเป้าหมายการจัดการโรค (Disease Management) ที่ 3 ระดับ ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ระดับจุลภาค (Micro Level) หรือระดับบุคคล/ ครอบครัว ระดับกลาง(Meso Level) หรือระดับองค์กรการดูแลสุขภาพ / ชุมชน และระดับมหภาค (Macro Level) หรือระดับนโยบาย/การเงิน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างผสมผสานต่อเนื่องและมีการปฏิบัติให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและครบวงจรจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยการ ลดวิถีชีวิต เสี่ยงลดการเกิดโรค ลดการเข้าอยู่ในโรงพยาบาล ลดความพิการ ชะลอการดำเนินโรคสู่ภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การติดตามและประเมินผลเป็นกุญแจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงปัจจัยและอุปสรรคภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลง ในการนำไปตอบสนองอย่างยืดหยุ่นเพื่อพัฒนาระบบ บริการสุขภาพให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 Innovative Care for Chronic Conditions Framework



ที่มา : World Health Organization, 2002

อ้างอิงใน สมเกียรติ โพธิ์สัตย์ และจิราพร หิรัญรัตนธรรม, ม.ป.ป.

คลินิก NCD คุณภาพ

นิยาม เครื่องมือของคลินิก/คลินิก/ศูนย์ในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย โดยการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในสถานพยาบาล มุ่งเน้นคลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิก ให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการดำเนินโรคที่เป้าหมายหลัก ข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็น ระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการกลุ่มเป้าหมายการพัฒนา คลินิกโรคไม่ติดต่อ ของโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โดยมุ่งเน้น 4 โรคเป้าหมายหลัก ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

เป้าประสงค์ของคลินิก NCD คุณภาพ

1. กลุ่มโรค/ป่วยสามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย (Controllable)
2. ลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (Vascular Complication and Related)
3. ผู้มารับบริการในโรคเป้าหมายหลักข้างต้นสามารถควบคุม ป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม/โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น (Control Behavioral, Physiological, Biochemical Risk, Social and Environmental Determinants)
4. ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (Unexpected Admission Rate)
5. ลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรังในผู้ป่วยที่มารับบริการ ในช่วงอายุ 30 - 70 ปี (Premature Death Rate)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการในสถานพยาบาล ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง (ในที่นี้หมายถึง pre-DM, pre-HT) กลุ่มป่วยที่เป็นโรคและกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

แนวทางการพัฒนาศูนย์ NCD คุณภาพ

1. การปรับวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์และกลยุทธ์ ๑. เน้นการให้เกิดการบูรณาการการบริการ เพื่อให้เอื้อต่อการป้องกันและจัดการโรคได้ดีขึ้น
2. พัฒนาศูนย์ NCD ให้มีคุณภาพ โดยประยุกต์การจัดการโรคเรื้อรัง(Integrated Chronic Care Model) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient Centered)
3. เพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) โดยบูรณาการการป้องกันในการจัดการโรคเรื้อรัง การประสานการดำเนินงานร่วมกันในการดูแล (Coordination of Care) และความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of Care)
4. เพิ่มคุณภาพในกระบวนการจัดการ (Management Quality) และคุณภาพการดูแลรักษา(Clinical Quality)
5. เชื่อมโยงการเข้าถึงการดูแลในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
6. มีการสนับสนุนการใช้ข่าวสาร และทรัพยากรร่วมกัน

กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ

แนวทางประเมินการดำเนินงาน ศูนย์ NCD คุณภาพนั้น ได้พัฒนาจากพื้นฐานกรอบแนวคิด รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model, CCM) ซึ่งเป็นการขยายแนวเวชปฏิบัติการดูแลระดับบุคคล ไปสู่การดูแลแบบบูรณาการ ครอบคลุมถึงการป้องกันควบคุมโรคและแบ่งกลุ่มคำถาม เพื่อประเมินตามองค์ประกอบของการพัฒนาการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality, PMQA)

องค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) นั้น มี 6 องค์ประกอบดังนี้

1. ทิศทางนโยบาย การกำหนด ทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย และค่านิยมของหน่วยงานบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศหรือข้อมูลทางคลินิกรวมถึงระบบข้อมูลทางคอมพิวเตอร์ การจัดกลุ่มทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลข้อมูลที่ป้อนเข้าไปในระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ สามารถใช้เป็นระบบข้อมูลย้อนกลับสำหรับแพทย์และทีมงานสุขภาพ ที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และใช้เป็นระบบการเฝ้าเตือนแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข
3. การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบงานเวชปฏิบัติ ในการดูแล กลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยอย่างครบวงจร โดยเพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) และบูรณาการโดยทีมสหวิชาชีพในการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคเรื้อรัง รวมทั้งประสานการดำเนินงานร่วมกันในการดูแล(Coordination of Care) เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลตลอดช่วงอายุ (Continuity of Care) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานบริการสุขภาพนั้นเป็นสิ่งสำคัญ
4. การสนับสนุนการดูแลตนเอง เนื่องจากการป้องกัน ควบคุม และจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องและในระยะเวลาที่ยาวนาน ความสามารถและทักษะในการจัดการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของ กลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยในการดูแลตนเอง โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีความรู้และเชี่ยวชาญ จึงเป็นสิ่งจำเป็น

5. การสนับสนุนการตัดสินใจ เพื่อสนับสนุนความมั่นใจให้กับบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น อบรมการใช้คู่มือแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานและมีการทบทวนพัฒนาให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ

6. การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เช่น การบูรณาการทรัพยากรและ / หรือแผนระหว่างสถานบริการสาธารณสุขและชุมชน เพื่อให้เกิดการป้องกัน ควบคุมและจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โดยนำวงจร PDCA (P = Priority = การจัดลำดับความสำคัญ, P = Purpose = วัตถุประสงค์, P = Plan = วางแผน, D = Do = การลงมือปฏิบัติ, C = Check = การติดตาม ทบทวน หรือตรวจสอบการดำเนินงาน, A = Action to improve = การปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแล กลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) กลุ่มโรค / กลุ่มป่วยสามารถควบคุมสถานะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย 2) กลุ่มเสี่ยง / กลุ่มป่วยได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ลดภาวะแทรกซ้อน 3) ผู้มารับบริการสามารถควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงร่วม / โอกาสเสี่ยงได้หรือดีขึ้น ลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า และลดอัตราการเสียชีวิตที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรังที่มารับบริการในช่วงอายุ 30-70 ปี ดังภาพที่ 4

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค เป็นองค์กรที่มีบทบาทภารกิจ คือ ศึกษา วิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ กำหนดและพัฒนามาตรฐาน หลักเกณฑ์และรูปแบบ ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี รวมทั้งประสานและสนับสนุนการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่าย การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่มีสาเหตุหรือปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคยาสูบ การบาดเจ็บ พฤติกรรมและสังคม พันธุกรรม และระบบบริการที่ไม่เหมาะสม จึงได้นำเอารูปแบบทั้ง 3 มาผสมผสานจัดทำเป็นรูปแบบการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ โดยกำหนดให้มีการจัดทำเครื่องเฝ้าระวังการประเมินครอบคลุมกระบวนการดำเนินงานตามองค์ประกอบหลักของรูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) จำนวน 6 องค์ประกอบ ซึ่งมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ ปี 2556 จนถึง ปี 2559

ภาพที่ 4 กรอบแนวคิดการสร้างเครื่องมือ



หัวใจของ Chronic Care Model คือ การปฏิสัมพันธ์อย่างสร้างสรรค์(Productive Interaction)ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขกับผู้รับบริการ เพื่อเติมเต็มระบบบริการสุขภาพแบบเดิมๆเพื่อลดช่องว่างระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขกับผู้รับบริการ ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบ Chronic Care Model นั้น ต้องอาศัยความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ แต่ในประเทศไทยได้นำมาปรับใช้ในทุกระดับ จึงมีความจำเป็นที่ต้องปรับให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย(สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ,2560 หน้า22)

3. การประเมิน

ความหมาย

ความหมายของการประเมินนั้น มีความหมายใกล้เคียงหรือมักใช้ควบคู่ไปกับคำต่าง ๆ ดังนี้

Monitoring หมายถึง การติดตามประเมินผล ดูจากความหมายจะเห็นได้ชัดว่าเป็นการประเมินระหว่างการทำงานอยู่ (On-going) หรืออาจจะเป็นการประเมินเบื้องต้น (Formative) โดยส่วนใหญ่จะเน้นการประเมินที่กระบวนการ (Process) ดำเนินงานเป็นหลักและมักจะทำเป็นระยะ ๆ(Periodic)

Appraisal หมายถึง การตีค่า ตีราคา เช่น ตีราคาว่าคุ้มค่าหรือไม่ ต้นทุน-ประสิทธิผลหรือต้นทุน-ผลประโยชน์เป็นอย่างใด ซึ่งจะเห็นได้ว่าเป็นการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์เสียมากกว่า แต่ก็พบว่ามีบางเช่นกันที่ถูกนำมาใช้ทางสังคมศาสตร์ เช่น ผลการทำงานอยู่ในระดับใด ทักษะคติเชิงบวกหรือเชิงลบ อย่างนี้เป็นต้น แต่ก็จะสังเกตว่าเน้นที่การให้ค่าตัวแปรที่เราจะทำการประเมิน

Measurement หรือ การวัดผล หมายถึง กระบวนการเชิงปริมาณในการกำหนดค่าเป็นตัวเลขหรือสัญลักษณ์ ที่มีความหมายแทนคุณลักษณะของสิ่งที่วัดการตีค่าสิ่งของต่าง ๆ ออกมาเป็นค่าตัวเลขอย่างมีมาตรฐานที่เป็นสากล เช่น การชั่งน้ำหนัก การวัดสวนสูงหรือในทางการศึกษาใช้การสอบ เป็นการวัดผลความรู้ของผู้เรียนหลังจากเสร็จสิ้นในระยะเวลาหนึ่ง ๆ ไปแล้วถือเป็นการวัดผลเพราะเป็นการวัดความรู้ของผู้เรียนให้มีค่าเป็นตัวเลขหรือคะแนน (Score) ซึ่งมีมาตรฐานเพราะวัดโดยข้อสอบซึ่งถือว่าอาจารย์เป็นกำหนดมาตรฐานของข้อสอบเอง

Assessment หรือ การประเมิน หมายถึง การนำลักษณะของสิ่งต่างๆ ที่ส่วนใหญ่มักเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ มาศึกษาพยายามตีค่าเป็นตัวเลขให้สัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมขณะนั้น โดยใช้สภาวะต่าง ๆ กันเป็นเกณฑ์ จึงต้องมีการศึกษา วิเคราะห์เกณฑ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆไปด้วย

การประเมินโดยทั่วไป จะทำในเวลาใดก็ได้เช่น ก่อน ระหว่าง หรือหลังการดำเนินงานแล้ว คำที่ใช้โดยทั่วไป เช่น การประเมินผลงาน (Performance Assessment) การประเมินตนเอง (Self Assessment) เป็นต้น การประเมินต่างไปจากการวัดและการประเมินผล เพราะต้องมีการศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สภาพแวดล้อมของสิ่งที่กำลังศึกษา แล้วจึงตีค่าของสิ่งนั้นออกมา โดยผลลัพธ์ที่ได้มิได้นำมาตัดสินสรุปผลเพื่อจำแนกกลุ่มหรือให้ทราบถึงการ ดี – เลว มาก – น้อย เก่ง – ไม่เก่ง แต่ต้องการตีค่าให้เห็นข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) ของสิ่งนั้น ๆ เพื่อจะได้นำไปพัฒนาสิ่งนั้นในอนาคต ซึ่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นต้นมา การประเมินมีการพัฒนาขึ้นมากเพราะใช้ระเบียบวิธีทางสถิติมาช่วยในการศึกษาข้อมูลตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล จนถึงการวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลต่าง ๆ จึงทำให้การประเมินก้าวหน้าขึ้นอย่างมากในปัจจุบันและใช้แพร่หลายในทุกวงการ

ปัจจุบันกระบวนการดำเนินงานของโครงการต่างๆ นิยมใช้คำย่อเรียกเป็น“PDCA”(Plan-Do-Check-Act) ต้องมีการควบคุมคุณภาพของการดำเนินการทุกขั้นตอนเพื่อให้โครงการนั้นๆ ประสบผลสำเร็จอย่างจริงจัง การประเมินจึงเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ทราบข้อมูลย้อนกลับว่าต้องปรับปรุงในขั้นตอนใดของโครงการนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขั้นตอนของการตรวจสอบ (Check) จำเป็นต้องมีการประเมินอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะจะได้ทราบว่าทั้งโครงการที่ดำเนินการมานี้ต้องปรับปรุงหรือไม่อย่างไร(ยุวดี เปรมวิชัย, 2550 หน้า 31-32)

การประเมินผลการปฏิบัติงาน หมายถึง เป็นกระบวนการของการตัดสินใจ การวินิจฉัยการตีราคาสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างเป็นระบบและมีหลักเกณฑ์ โดยอาศัยความยุติธรรม (Value Judgment) (บรรยงค์ โตจินดา, 2543 หน้า 216)

มาร์วิน ซี อัลคิน (Marvin C. Alkin, 1969) ได้ให้ความหมายของการประเมินว่า เป็นกระบวนการกำหนดขอบเขตของสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ การเลือกข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสม การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การจัดทำรายงานสรุปให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับการดำเนินงานของโครงการ

โพรวัส (Provus, 1969) ได้ให้ความหมายของการประเมินผลว่า เป็นการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติการกับมาตรฐานหรือเป็นการค้นหาความไม่สอดคล้องระหว่างความคาดหวังกับผลการปฏิบัติการของแผนงาน (อ้างใน ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ, หน้า 30-31)

ประชุม รอดประเสริฐ(2539) “การประเมิน” หรือ “การประเมินผล” มีความหมายตรงกับคำในภาษาอังกฤษว่า “Evaluation” ซึ่งหมายถึง กระบวนการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจดำเนินการสิ่งใดสิ่งหนึ่ง นอกจากนี้ยังมีความหมายเกี่ยวเนื่องกับคำอื่น ๆ อีกหลายคำ เช่น การวิจัย (Research) การวัดผล (Measurement) การตรวจสอบรายงานผล (Appraisal) การควบคุมดูแล (Monitoring) การประมาณการ (Assessment) และการพิจารณาตัดสิน (Judgment) เป็นต้น ซึ่งคำดังกล่าวแล้วอาจสรุปเป็นความหมายหรือคำจำกัดความร่วมกันได้ว่าเป็นการประมาณค่าหรือการประมาณผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโดยอาศัยข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมด้วยวิธีการสอบถาม ทดสอบ สังเกต และวิธีการอื่น ๆ แล้วทำการวิเคราะห์เพื่อตัดสินว่าการดำเนินงานนั้นมีคุณค่าหรือบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนั้นมากน้อยเพียงใด

แนวคิดการประเมิน

การประเมินผลการปฏิบัติงานในบริบทไทยปัจจุบันเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัดในช่วง 4-5 ปีตั้งแต่มีการปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดินโดยนำหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีหรือธรรมาภิบาล(Good Governance)และการบริหารภาครัฐแนวใหม่(New Public Management)เข้ามาประยุกต์ใช้ในระบบราชการของไทย การประเมินผลการปฏิบัติงานตาม พ.ร.บ.ข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551 โดยการประเมินจะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ การประเมินผลสัมฤทธิ์ของงานและประเมินสมรรถนะ ทำให้มีการนำเอาวิทยาการใหม่ๆ เข้ามาใช้ในการประเมินผลปฏิบัติงาน ดังเช่น เสาวพงษ์ ยมาพัฒน์(2550) ได้ทำการศึกษางานองค์ประกอบและรูปแบบการประเมินผล การปฏิบัติราชการโดยใช้เครื่องมือ Balance Scorecard :BSC กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของ BSC ทั้งในและต่างประเทศภาคเอกชน ส่วนใหญ่ประกอบด้วยมุมมอง

ด้านการเงิน ด้านลูกค้า ด้านกระบวนการภายใน ด้านการเรียนรู้และการเติบโต ส่วนภาครัฐของไทยประกอบด้วย 4 มุมมอง คือ ด้านประสิทธิภาพ ด้านคุณภาพบริการ ด้านการพัฒนาองค์กร จะเห็นได้ว่าในบริบทของไทยการประเมินผลการปฏิบัติงาน ถึงแม้จะมีการพยายามนำวิทยาการวิธีการในการประเมินใหม่ๆ เช่น BSC แต่ก็ยังพบปัญหาในการประเมิน(จุฬาพร กระเทศ, 2556 หน้า 3)

ในอดีตที่ผ่านมามีการวิจัยด้านสุขภาพเป็นจำนวนมาก แต่ยังขาดการสังเคราะห์นำความรู้และนำไปใช้ประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยเท่าที่ควรและยังไม่มีมีการประเมินผล วิธีการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบที่ทำให้เชื่อมั่นได้ว่าวิธีการปฏิบัตินั้นมีผลดีหรือผลเสียมากน้อยเพียงใด ในช่วงทศวรรษ 1970 มีการตีพิมพ์บทความและหนังสือที่สร้างความตื่นตัวในการปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence- Based Practice:EBS) โดย Melnyk and Fineout-Overholt, Stone and Ackerman(2000) ซึ่ง Dr.Archie Cochrane นายแพทย์และนักระบาดวิทยาชาวอังกฤษเป็นผู้ริเริ่มให้มีการรวบรวมผลงานวิจัยทางด้านสุขภาพ มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบและมีการเผยแพร่เพื่อการนำมาใช้โดยจัดตั้งเป็น The Cochrane library ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของ EBC เป็นต้นมา ปัจจุบันวงการพยาบาล แพทย์และสาธารณสุข กำลังตื่นตัวกับการใช้ผลงานวิจัย(Reserch utilization) หรือการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence- Based Practice) เพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวคิดที่กว้างกว่าการใช้ผลการวิจัย (Reserch utilization) เพราะการใช้ผลการวิจัยเป็นการบูรณาการความรู้จากการวิจัยบางส่วนหรือทั้งหมดเข้าไปสู่การปฏิบัติในคลินิกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดงานวิจัยลงสู่การปฏิบัติพยาบาล(พองคำ ดิลกสกุลชัย, 2553) ในขณะที่ EBC จะรวมถึงหลักฐานที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ อีกทั้งยังพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆเพื่อการตัดสินใจปฏิบัติที่ดีที่สุด ได้แก่ ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของผู้ปฏิบัติและความเห็นชอบของผู้ป่วย เป็นต้น (Levin, 2006) อ้างใน จุฬาพร กระเทศ, 2556 หน้า 50-52

จากข้อเสนอแนะของ พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณและคณะ(2556 หน้า 6-7) ควรพัฒนาระบบการติดตามตรวจสอบ ประเมินผล แบบ Empowerment evaluation โดยให้ผู้เป็นผูมีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ติดตามตรวจสอบ ประเมินติดตามและนำผลการประเมินมาใช้ให้คุ้มค่า เกิดประโยชน์ตามแผนกลยุทธ์ของประเทศไทย จะเป็นทางเลือกสำคัญ รวมถึงพิจารณาความสอดคล้องของการนำแนวคิดจากแผนสู่การปฏิบัติด้วย การกำหนด ดัชนีความสำเร็จของงาน ให้วัดได้จริงและไม่ต้องมาก มีกลุ่มเป้าหมายของงานชัดเจนและท้ายสุด การจัดสรรงบประมาณของการตอบสนอง NCD ของประเทศไทยรวมถึงการให้ความสำคัญของแผนการพัฒนาศักยภาพที่ยังขาดหายและต้องการพัฒนาเร่งด่วน ประเทศไทยได้มีประสบการณ์ยาวนานเกี่ยวกับโรคติดต่อแล้วเปลี่ยนผ่านมาสู่โรคไม่ติดต่อที่สูงขึ้น ขณะที่โรคติดต้อยังคงมีอยู่แต่สามารถเฝ้าระวัง ควบคุมกำกับได้เข้มแข็งระดับหนึ่ง ช่วงเวลาที่สำคัญนี้จึงเป็นสิ่งท้าทายให้พันธมิตรหรือหุ้นส่วนของการดูแลรับผิดชอบสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมที่เขายู่ออาศัย ได้ร่วมมือสร้างความแข็งแกร่งของการกำหนดนโยบาย แผนงาน กฎระเบียบ แล้วนำนโยบายต่างๆ นำไปสู่การปฏิบัติโดยที่มีโครงสร้างขององค์กรที่เข้มแข็ง เช่น งบประมาณ ทรัพยากรศักยภาพของการจัดการสนับสนุนเอื้ออำนวยต่อกิจกรรมโครงการดูแลสุขภาพ และความปลอดภัยของประชากรไทยเพิ่มขึ้น ดังเห็นได้จากการสร้างแผนกลยุทธ์ระดับประเทศในการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคไม่ติดต่อ และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงในปีพ.ศ.2551-2555 ใน

ประเทศไทย การประเมินติดตามผลอย่างเป็นระบบ มีอยู่จำกัด ปีพ.ศ. 2553 เริ่มติดตามประเมินผลตัวชี้วัด โดยมีสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคเป็นเจ้าภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญในการร่วมกันกำหนด ต่อมาแผนการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อได้รับการปรับปรุง เพื่อให้สอดคล้องกับแนวโน้มของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและดำรงอยู่ตามจริงของพื้นที่ต่างๆในประเทศไทย การติดตามประเมินผล ระบบและกลไกการนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผลและรายงานผลงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ กิจกรรมที่เสนอแนะดำเนินการ คือ มีการกำกับติดตามและประเมินผลเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยมีเครื่องมือติดตาม ประเมินผลระดับเขต เพื่อให้แต่ละจังหวัดใช้ประเมินตนเอง เขตสุขภาพควรจะเป็น External audit ของจังหวัด ตรวจสอบพื้นที่ในการประเมินจังหวัดในเขตสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมและเสริมพลังเพื่อหาโอกาสการพัฒนา(อัครพล ศุรุศาสตรา, 2558 หน้า 10)

ประโยชน์ของการประเมิน

ยูวดี เปรมวิชัย (2550 หน้า 40) การประเมินเป็นการทำ 1.)เพื่อระบุมาตรฐานของสิ่งที่ประเมิน 2.)เพื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างการปฏิบัติกับมาตรฐานหรือไม่ และ3.)เพื่อใช้ความแตกต่างที่พบเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงมาตรฐานของสิ่งที่มุ่งประเมิน

ประชุม รอดประเสริฐ (2549 หน้า 75) ได้สรุปถึงความสำคัญหรือคุณประโยชน์ของการประเมินโครงการไว้ดังนี้

1. การประเมินจะช่วยให้การกำหนดวัตถุประสงค์และมาตรฐานของการดำเนินงานมีความชัดเจนขึ้น การประเมินช่วยให้แผนงาน/โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นเมื่อได้รับการตรวจสอบ วิเคราะห์จะทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไข
2. การประเมินมีส่วนช่วยในการแก้ไขปัญหาอันเกิดจากผลกระทบ (Impact)ของแผนงาน/โครงการและทำให้แผนงาน/โครงการนั้นๆเกิดความเสียหายลดน้อยลง
3. การประเมินมีส่วนสำคัญในการควบคุมคุณภาพของงานและยังเป็นการตรวจสอบและการควบคุมชนิดหนึ่ง
4. การประเมินแบบมีส่วนร่วมเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจ ให้ผู้ปฏิบัติงานเพราะการประเมินมิใช่เป็นการควบคุมบังคับบัญชาหรือสั่งการ
5. การประเมินช่วยในการตัดสินใจในการบริหาร กล่าวคือ จะทำให้ผู้บริหารให้ทราบอุปสรรค ข้อดี ข้อเสีย ความเป็นไปได้และแนวทาง ในการปรับปรุงแก้ไข

สรุปว่าการประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ การปฏิบัติโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีเครื่องมือประเมินผลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ เป็นการวัดผลกระทบการดำเนินงานข้อมูลเชิงคุณภาพและผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการดำเนินงานเชิงปริมาณมาตีค่าเป็นตัวเลขเปรียบเทียบเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดโดยวิธีการให้ประเมินตนเอง (Self Assessment) 2 รอบ ก่อนและหลังดำเนินการ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อจัดทำรายงานสรุปให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ.

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุมนี วัชรสินธุ์(2561) ได้ทำการทดสอบรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus เพื่อสนับสนุนการป้องกัน และดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบของด้าน กระบวนการพัฒนาคุณภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบและคะแนนรวมด้าน กระบวนการพัฒนาคุณภาพการบริการทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์การ ให้บริการ

ด้านกระบวนการประเมิน ยุวดี เปรมวิชัย (2550) ข้อผิดพลาดในการประเมิน ปัญหาทั่วไปที่เกิดจากการ ประเมินและมีผลทำให้กระบวนการประเมินของโครงการใดๆ มีความน่าเชื่อถือน้อยลงหรือทางสถิติเรียกว่าเกิดข้อ ผิดพลาด(Error) มักพบในขั้นตอนการดำเนินการประเมิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้ง เป็นปัญหาเนื่องมาจากผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน เช่น ผู้ประเมินไม่ประเมินหรือประเมินอย่างเสียไม่ได้ ผู้ประเมิน มีอคติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ Personal Bias โน้มเอียงที่จะประเมินสูงหรือต่ำ ผู้ประเมินจำแนกผู้ถูกประเมินไม่ได้ เพราะผู้ประเมินไม่ใกล้ชิดผู้ถูกประเมินพอที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกประเมิน เป็นต้น ทั้งปัญหาและข้อผิดพลาด เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เปรียบเทียบได้เช่นเดียวกับวิธีการทางสถิติที่ยอมเกิดข้อผิดพลาด ทางสถิติ (Error) ขึ้นทุกครั้งที่มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทฤษฎีทางสถิตินำข้อผิดพลาดนั้นมาแสดงให้เห็นในรูปของนัยสำคัญ (Significant) แต่การประเมินทำได้เพียงพยายามให้เกิดปัญหาและข้อผิดพลาดเหล่านี้น้อย ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น แบบประเมินจะต้องไม่ยาวมากหรือประเมินเป็นช่วงเพราะถ้าประเมินรวบยอดในช่วง สิ้นสุดท้ายของการปฏิบัติงาน ผู้ประเมินอาจจำพฤติกรรมผู้ถูกประเมินไม่ได้ เป็นต้น เรียกว่าเป็นการพยายามให้เกิดป ญหาและข้อผิดพลาดน้อยที่สุดด้วยการควบคุมทั้งกระบวนการประเมินให้มีข้อบกพร่อง น้อยที่สุด โดยให้ปรับ กระบวนการประเมินให้เป็นไปตามสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับแต่ละโครงการนั้น ๆ ซึ่งผลการประเมินจะนา เชื่อถือเพียงใดขึ้นกับกระบวนการประเมินของแต่ละโครงการนั้นๆว่าสมบูรณ์เพียงใดนั่นเอง และจุฬาร กระทบ (2556) ค้นพบจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่า ปัญหาที่สำคัญของการประเมินการปฏิบัติงาน ด้านระบบการ ประเมิน คือ หน่วยงานมิได้กำหนดมาตรฐานการทำงานหรือกำหนดมาตรฐานสูงเกินไป วัตถุประสงค์ของการ ประเมินไม่ชัดเจน นอกจากนี้การนำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานไปปฏิบัติไม่เชื่อมโยงเป้าหมาย ปัญหาด้านผู้ประเมิน พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านผู้ถูก ประเมิน ไม่ยอมรับในระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ไม่เห็นคุณค่า มีการต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือเมื่อต้องถูก ประเมิน สอดคล้องกับการวิเคราะห์จุดอ่อนการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของคณะกรรมการ ประสานงานอำเภอ (คปสอ.)แสวงหา พบว่า ยังขาดความเชื่อมโยงบูรณาการระบบงานอื่นๆ

ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ คลินิก NCD คุณภาพ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง สุพัตรา ศรีวนิชขารและคณะ (2560) มีการศึกษาวิจัยที่อ้างอิงได้ว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองหรือเกิดความ เชื่อมั่นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอื่นนั้นเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแล ควบคุมภาวะ ป่วยได้ดี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องพัฒนาความรู้ด้านทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีจิต สังคมเพื่อเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาทักษะในการประเมินสภาวะสุขภาพกาย-จิตและใช้เครื่องมือ (Interventions)ต่างๆในการสร้างสัมพันธภาพ การถ่ายทอดความรู้ พัฒนาทักษะนำไปสู่เป้าหมายการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพและเกิดการจัดการตนเองได้ในผู้รับบริการแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป แต่เหตุใดการสนับสนุนการจัดการตนเองในภาคปฏิบัติของระบบสุขภาพในประเทศไทยจึงทำได้จำกัดมาก ส่วนหนึ่งน่าจะมีเหตุจากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้การออกแบบบริการไม่ได้เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติให้สนับสนุนการจัดการตนเองได้ดีพอ สอดคล้องกับสุนีวัชรสินธุ์ (2561) รายงานสรุปผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพ 4, 6, 7 และ 12 ควรปรับปรุงองค์ประกอบที่ 4 และ 6 คือ สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มารับบริการและมีการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อีกทั้งมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีของศัลลียา วสุธาดาและคณะ (2561) พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นสาเหตุของโรค การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ด้านผลลัพธ์จากการให้บริการ คลินิก NCD คุณภาพ จุฬาพร กระเทศ (2556) แม้ว่าการประเมินผลการปฏิบัติงานจะไม่สัมฤทธิ์ต่อวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ทุกประการ แต่สามารถช่วยให้การประเมินผลมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผลมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับการประเมินผลว่ามีความยุติธรรมแล้วร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ปรับปรุงการประเมินผลการปฏิบัติงานให้เกิดปัญหาและอุปสรรคให้น้อยที่สุด สอดคล้องกับการประเมิน NCD Clinic Plus ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 ของรัฐธรรณิย์ ธนเศรษฐ พบว่า มีประเด็นปัญหาที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากปัญหาไม่ศึกษาเกณฑ์การประเมินและบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ถูกต้อง HDC ไม่สามารถประมวลผลได้ส่งผลให้ผลงานใน HDC ต่ำกว่าความเป็นจริงและจากการวิเคราะห์จุดอ่อนการดำเนินงาน พัฒนาศูนย์ NCD คุณภาพของคณะกรรมการประสานงานอำเภอ (คปสอ.) แสงหา พบว่า บุคลากรมีความสับสนตัวชี้วัดใหม่และข้อมูลจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 – 2562 พบว่า จังหวัดแม่ฮ่องสอนมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและมีการทบทวน สอบทานข้อมูลระหว่างจังหวัดและอำเภอทุกไตรมาส รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลให้คณะกรรมการ NCD Board จังหวัดกำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหาส่งผลให้ผลลัพธ์จากการให้บริการ คลินิก NCD คุณภาพ ดีขึ้นตามลำดับ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการดำเนินงานคลินิก NCD ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1 เป็นแบบพรรณนา (Descriptive Research) ทำการประเมินคลินิก NCD จากรายงานผลการประเมินตนเองคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลประจำจังหวัด และอำเภอรอบที่ 2 เขตสุขภาพที่ 1 จำนวนทั้งหมด 100 แห่ง โดยวิเคราะห์ข้อมูลการประเมิน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์จากการให้บริการ เปรียบเทียบย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ถึง 2562

ประชากรศึกษา คลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลประจำจังหวัดและอำเภอในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 100 แห่ง
เครื่องมือที่ใช้ศึกษา เกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2560 – 2562 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ มี 6 องค์ประกอบ ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 ทิศทางและนโยบาย มีเกณฑ์ 5 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 6 คะแนนเต็ม 30 คะแนน ได้แก่

1.1 มีการกำหนดทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย และการสื่อสารภาคีเครือข่าย

1.2 มีการวางแผนปฏิบัติการและตกลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการในการป้องกันและจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ

1.3 มีการจัดสรรบุคลากรที่เหมาะสมและเพียงพอเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus

1.4 มีการจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ อุปกรณ์และสถานที่ที่เหมาะสมเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ NCD Clinic Plus

1.5 มีการกำกับติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลมาพัฒนาปรับปรุง ให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Clinic Plus

- องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ มีเกณฑ์ 3 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 9 คะแนนเต็ม 45 คะแนน ได้แก่

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร

2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศ(Data Exchange)ที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยง data center อำเภอและ data center จังหวัด

2.3 มีการใช้ข้อมูลมาตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

- องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ มีเกณฑ์ 5 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 12 คะแนนเต็ม 60 คะแนน ได้แก่

3.1 การให้บริการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยง ประเมินโอกาสเสี่ยง ค้นหาปัจจัยกำหนดและภาวะแทรกซ้อนในทุกระดับทั้งปฐมภูมิ ทูติยภูมิและตติยภูมิ

3.2 การให้บริการดูแลและจัดการโรค ทั้งวินิจฉัยลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ปฏิบัติตามแนวทาง คั่นข้อมูลและกำหนดเป้าหมายร่วมกับผู้เกี่ยวข้อง

3.3 ระบบการรับ-ส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน(Home Health Care)เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงบริการง่ายและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.4 มีผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (Case Manager/Coordinator) ดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

3.5 มีเครือข่ายการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานร่วมดำเนินการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชนที่เชื่อมโยงไปยังชุมชน

- องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มีเกณฑ์ 4 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 8 คะแนนเต็ม 40 คะแนน ได้แก่

4.1 การจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจและจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย โดยมีการประเมินความต้องการของผู้มารับบริการเพื่อนำมากำหนดกิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม นำผลการดำเนินงานมาทบทวนเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานและประเมินความสามารถในการจัดการตนเองของผู้รับบริการ

4.2 กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยน ทบทวนข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเองทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์และสัมพันธภาพทางสังคมโดยมีการรวมกลุ่ม ชมรม จัดทำแผน ติดตาม ประเมินผลเพื่อพัฒนาทักษะการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง

4.4 มีเครื่องมือและหรือสื่อที่พัฒนาคิดค้นเพื่อช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย

- องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีเกณฑ์ 3 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 5 คะแนนเต็ม 25 คะแนน ได้แก่

5.1 แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง) ที่จัดทำขึ้นตามแนวปฏิบัติระดับประเทศ สื่อสารครอบคลุมทุกระดับทั้งในโรงพยาบาล สถานบริการและเครือข่าย ประเมินผลพัฒนาปรับปรุงให้ทันสมัย

5.2 ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข

5.3 KM หรือ Case Conference เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดบริการ นำมาปรับปรุงการจัดบริการ พร้อมทั้งเผยแพร่ให้กับผู้ให้บริการเข้าถึงได้

- องค์ประกอบที่ 6 การจัดการเชื่อมโยงชุมชน มีเกณฑ์ 5 ประเด็นๆละ 5 ข้อๆละ 1 คะแนน น้ำหนัก 10 คะแนนเต็ม 50 คะแนน ได้แก่

6.1 การสนับสนุนทิศทางนโยบายและแผนลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน รวมทั้งวิเคราะห์ ค้นข้อมูล จัดทำแผนร่วมกันระหว่างเครือข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ติดตามและประเมินผล

6.2 การสนับสนุนแผนงานโครงการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสิ่งแวดล้อมของชุมชน โดยการร่วมมือกับอปท.จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการลดเสี่ยงลดโรค

6.3 มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชนบูรณาการ พหุ.โดยมีกระบวนการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อและสามารถระบุปัญหาและรากเหง้าของปัญหาเพื่อสร้างเป็นนโยบายสาธารณะ

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรมและหรือจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามประเมินผลร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชนและชมรมอย่างต่อเนื่อง

6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตและปัจจัยเสี่ยงหลัก/ปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเองในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย มีการติดตามสนับสนุนและมีส่วนร่วมกับ อสม.ในการจัดทำแผนดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

ส่วนที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 - 2562 ประมวลข้อมูลจากระบบ Health Data Center Report (HDC) Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		หมายเหตุ
		กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	
1.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการตรวจรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	✓	15	✓	15	×	-	
2.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	✓	20	✓	20	✓	25	
3.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมันLDL	✓	15	✓	15	✓	20	ปี 62 เพิ่ม... และค่าLDL <100mg/dl
4.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	✓	15	✓	15	×	-	
5.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	✓	15	✓	15	×	-	
6.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	✓	15	✓	15	✓	20	
7.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง[รอบเอว>ส่วนสูง(ซม.)/2]	✓	15	✓	15	✓	25	ปี 62เพิ่ม.. ลดลงจากปีที่ ผ่านมา
8.	อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	✓	15	✓	15	✓	20	
9.	อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	✓	20	×	-	×	-	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		หมายเหตุ
		กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	
10.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	✓	20	✓	20	✓	20	
11.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	✓	15	✓	15	×	-	
12.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	✓	20	✓	20	×	-	
13.	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	✓	20	✓	20	✓	25	
14.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	✓	15	✓	15	✓	20	
15.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	✓	15	✓	15	×	-	
16.	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	×	-	✓	20	×	-	
17.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ 20 % ในช่วงไตรมาส 1,2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3,4	×	-	×	-	✓	25	
18.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	×	-	×	-	✓	25	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562		หมายเหตุ
		กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	กำหนด	คะแนน	
19.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB	x	-	x	-	√	25	
รวม		250		250		250		

หมายเหตุ: LDL (Low – density lipoprotein), CVD Risk (Cardiovascular Disease Risk), eGFR (estimated glomerular filtration rate), ACEi (angiotensin-converting enzyme), ARB (angiotensin II receptor blockers)

ทุกปีคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค มีการประชุมพิจารณาตัดตัวชี้วัดบางตัวที่คลินิก NCD คุณภาพส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์และเพิ่มหรือปรับตัวชี้วัดบางตัวเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมากยิ่งขึ้น

การแปลผล ใช้ผลการประเมินตนเองรอบที่ 2 เกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ค่าคะแนนตั้งแต่ 70 คะแนนขึ้นไป (ระดับดี) ถือว่าผ่านเกณฑ์ โดย

ส่วนที่ 1 ประเมินกระบวนการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ (50 คะแนน) และส่วนที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 - 2561 จำนวน 15 ตัวชี้วัดและปี 2562 จำนวน 11 ตัวชี้วัด (50 คะแนน) รวมเป็น 100 คะแนน ทั้งส่วนที่ 1 และ 2 จะต้องได้ 35 คะแนนขึ้นไป เกณฑ์การประเมินมีการ Weighted น้ำหนักรายชื่อ

$$\text{การคิดคะแนนรวมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ใช้สูตรคำนวณ} = \frac{(\text{ผลคะแนนที่ได้} \times 50)}{250}$$

ระดับการประเมิน

ต่ำกว่า 60 = ต่ำกว่าพื้นฐาน 60-69 = พื้นฐาน
70-79 = ดี 80-84 = ดีมาก 85-100 = ดีเด่น

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์เนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากข้อมูลการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ประเมิน Clinic NCD Plus เขตสุขภาพที่ 1 พบ ข้อมูลของปี 2560-2562 ดังนี้

ในปี 2560 ภาพรวมเขต 1 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 55.00 ค่าคะแนน รวมเฉลี่ยตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus = 69.29 ± 7.59 คะแนน จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ แพร่ ลำปาง น่าน พะเยา เชียงราย และเชียงใหม่ ร้อยละ 87.50, 84.62, 73.33, 57.14, 55.56 และ 50.00 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ NCD Clinic Plus ได้แก่ ลำพูน และแม่ฮ่องสอน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ปี 2560 ราย จังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ.ที่ ประเมิน	คะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 100)		จำนวน รพ.ผ่านการประเมินระดับ(แห่ง/ร้อยละ)					จำนวน รพ.ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)	
		$\bar{x}$	SD	ต่ำกว่า พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่าน เกณฑ์
เชียงใหม่	24	69.57	7.09	1/4.17	11/45.83	11/45.83	1/4.17	0/0	12/50.00	12/50.00
ลำพูน	8	62.98	3.21	1/12.5	7/87.50	0/0	0/0	0/0	0/0	8/100.00
ลำปาง	13	76.34	6.32	0/0	2/15.38	8/61.54	3/23.08	0/0	11/84.62	2/15.38
พะเยา	7	69.03	6.48	0/0	3/42.86	4/57.14	0/0	0/0	4/57.14	3/42.86
เชียงราย	18	70.24	6.18	1/5.56	7/38.89	10/55.55	0/0	0/0	10/55.56	8/44.44
แพร่	8	72.29	1.58	0/0	1/12.5	7/87.50	0/0	0/0	7/87.50	1/12.50
น่าน	15	70.49	4.87	0/0	4/26.67	11/73.33	0/0	0/0	11/73.33	4/26.67
แม่ฮ่องสอน	7	53.84	5.94	7/100	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	7/100.00
เขต 1	100	69.26	7.59	10/10.0	35/35.00	51/51.0	4/4.00	0/0	55/55.0	45/45.00

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ได้คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป (ระดับดี-ดีเด่น)

ในปี 2561 ภาพรวมเขต 1 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 43.00 ค่าคะแนน รวมเฉลี่ยตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus = 68.95 ± 6.12 คะแนน จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุด ได้แก่ แพร่ น่าน เชียงราย ลำปาง แม่ฮ่องสอน พะเยา ลำพูนและเชียงใหม่ ร้อยละ 62.50, 60.00, 50.00, 46.15, 42.86, 42.86, 37.50 และ 20.83 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ปี 2561 รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ.ที่ ประเมิน	คะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 100)		จำนวน รพ.ผ่านการประเมินระดับ(แห่ง/ร้อยละ)					จำนวนรพ.ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)	
		$\bar{x}$	SD	ต่ำกว่า พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
เชียงใหม่	24	63.80	6.35	7/29.17	12/50.00	5/20.83	0/0	0/0	5/20.83	19/79.17
ลำพูน	8	67.25	4.35	0/0	5/62.50	3/37.50	0/0	0/0	3/37.50	5/62.50
ลำปาง	13	70.69	5.63	0/0	7/53.85	5/38.46	1/7.69	0/0	6/46.15	7/53.85
พะเยา	7	70.55	5.05	0/0	4/57.14	2/28.57	1/14.29	0/0	3/42.86	4/57.14
เชียงราย	18	71.14	5.67	0/0	9/50.00	9/50.00	0/0	0/0	9/50.00	9/50.00
แพร่	8	72.48	6.27	0/0	3/37.50	4/50.00	1/12.50	0/0	5/62.50	3/37.50
น่าน	15	70.77	4.32	1/6.67	5/33.33	9/60.00	0/0	0/0	9/60.00	6/40.00
แม่ฮ่องสอน	7	69.34	5.65	0/0	4/57.14	3/42.86	0/0	0/0	3/42.86	4/57.14
เขต 1	100	68.95	6.12	8/8.00	49/49.00	40/40.00	3/3.00	0/0	43/43.00	57/57.00

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ได้คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป (ระดับดี-ดีเด่น)

ในปี 2562 ภาพรวมเขต 1 มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 47.00 ค่าคะแนน รวมเฉลี่ยตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus = 68.46 ± 6.12 คะแนน จังหวัดที่มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มากที่สุดได้แก่ พะเยา น่าน แม่ฮ่องสอน เชียงราย แพร่ ลำปาง เชียงใหม่และลำพูน ร้อยละ 72.43, 60.00, 50.00, 57.14, 55.56, 50.00, 46.15, 29.17 และ 25.00 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ปี 2562 รายจังหวัด

จังหวัด	จำนวน รพ.ที่ ประเมิน	คะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 100)		จำนวน รพ.ผ่านการประเมินระดับ (แห่ง/ร้อยละ)					จำนวนรพ.ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)	
		$\bar{x}$	SD	ต่ำกว่า พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
เชียงใหม่	24	65.42	6.63	5/20.83	12/50.00	7/29.17	0/0	0/0	7/29.17	17/70.83
ลำพูน	8	64.88	4.16	0/0	6/75.00	2/25.00	0/0	0/0	2/25.00	6/75.00
ลำปาง	13	67.76	4.76	1/7.69	6/46.15	6/46.15	0/0	0/0	6/46.15	7/53.85
พะเยา	7	71.98	4.12	0/0	2/28.57	5/72.43	0/0	0/0	5/72.43	2/28.57
เชียงราย	18	71.12	6.67	0/0	8/44.44	10/55.56	0/0	0/0	10/55.56	8/44.44
แพร่	8	68.93	5.57	0/0	4/50.00	4/50.00	0/0	0/0	4/50.00	4/50.00

ตารางที่ 3 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ปี 2562 (ต่อ)

จังหวัด	จำนวน รพ.ที่ ประเมิน	คะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 100)		จำนวน รพ.ผ่านการประเมินระดับ (แห่ง/ร้อยละ)					จำนวนรพ.ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)	
		$\bar{x}$	SD	ต่ำกว่า พื้นฐาน	พื้นฐาน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
น่าน	15	71.15	4.36	1/6.67	5/33.33	9/60.00	0/0	0/0	9/60.00	6/40.00
แม่ฮ่องสอน	7	67.60	7.94	2/28.57	1/14.29	4/57.14	0/0	0/0	4/57.14	3/42.86
เขต 1	100	68.46	6.12	9/9.00	44/44.00	47/47.00	0/0	0/0	47/47.00	53/53.00

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ได้คะแนน 70 คะแนนขึ้นไป (ระดับดี-ดีเด่น)

ผลการประเมินตนเองปี 2560-2562 ของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ในด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ในภาพรวม เขต 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ โดยในปี 2560 ผ่านเกณฑ์เกือบทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนและในปี 2561-2562 ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด ดังตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 1 ผลการประเมินตนเองในส่วนผลลัพธ์การให้บริการ พบว่า ในภาพรวมของเขต 1 มีคะแนนเฉลี่ยของทุกปียังไม่ผ่านเกณฑ์ เมื่อแยกรายจังหวัดพบว่า จังหวัดลำปาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การให้บริการ ในปี 2561 เท่านั้นผ่านเกณฑ์ ในขณะที่จังหวัดอื่นๆ ไม่ผ่านเกณฑ์ ดังตารางที่ 4 และรูปภาพที่ 2

ตารางที่ 4 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus แยกตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ(35คะแนนขึ้นไปผ่านเกณฑ์)และผลลัพธ์การให้บริการ (35คะแนนขึ้นไปผ่านเกณฑ์)

จังหวัด	จำนวน รพ.ที่ ประเมิน	2560				2561				2562			
		กระบวนการพัฒนาคุณภาพ		ผลลัพธ์การให้บริการ		กระบวนการพัฒนาคุณภาพ		ผลลัพธ์การให้บริการ		กระบวนการพัฒนาคุณภาพ		ผลลัพธ์การให้บริการ	
		(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)	(50 คะแนน)
		$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
เชียงใหม่	24	39.27	5.15	30.30	3.98	38.55	5.64	24.85	3.84	41.57	4.32	23.85	4.37
ลำพูน	8	37.56	3.33	25.42	3.22	39.68	1.95	27.58	4.42	41.08	1.13	23.80	3.39
ลำปาง	13	42.17	5.50	34.17	3.00	39.02	4.56	44.98	4.14	40.85	3.70	26.91	2.68
พะเยา	7	42.75	3.75	26.27	4.08	39.75	3.01	30.8	3.92	45.09	2.84	26.89	3.51
เชียงราย	18	39.88	5.16	30.36	3.36	41.48	4.33	28.97	3.16	44.31	4.34	26.81	5.70
แพร่	8	40.25	1.87	32.04	2.30	40.50	5.42	31.98	4.44	41.63	3.48	27.30	4.51
น่าน	15	39.61	3.78	30.88	3.50	39.24	2.88	31.53	3.67	40.87	3.03	30.28	4.17
แม่ฮ่องสอน	7	27.73	2.48	26.10	4.43	38.57	5.00	30.77	2.58	36.77	4.10	30.83	4.01
เขต 1	100	39.30	6.77	29.96	4.18	39.90	4.42	29.05	4.60	41.74	4.02	26.72	4.75

เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบของกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่ในองค์ประกอบที่ 4, 5 และ 6 ได้คะแนนน้อยกว่าองค์ประกอบอื่น เมื่อเทียบจากค่าร้อยละ ดังตารางที่ 5 แนวโน้มกระบวนการพัฒนาคุณภาพดีขึ้นเกือบทุกจังหวัดยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอน ลดลงในปี 2562 แต่ผลลัพธ์การให้บริการมีแนวโน้มลดลงเกือบทุกจังหวัดยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนเพิ่มขึ้นในปี 2562 เมื่อพิจารณาตามตัวชี้วัด พบว่า มีตัวชี้วัดที่ส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1.) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2.) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL 3.) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอว > ส่วนสูง (ซม.) / 2] 4.) อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต 5.) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 6.) ผลการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย และ 6.) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB ดังตารางที่ 6 แผนภูมิภาพที่ 1 และ 2

ตารางที่ 5 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus แยกตามองค์ประกอบของส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	2560			คะแนนเต็ม	2561			คะแนนเต็ม	2562		
		$\bar{x}$	SD	ร้อยละ		$\bar{x}$	SD	ร้อยละ		$\bar{x}$	SD	ร้อยละ
1	20	16.96	2.76	84.80	35	30	3.75	85.71	30	25.75	3.15	85.83
2	50	41	5.80	82.00	35	29	4.13	82.86	45	38.74	5.21	86.09
3	75	62	9.32	82.67	60	51	5.79	85.00	60	52.42	5.23	87.37
4	35	24	5.04	68.57	40	29	5.16	72.50	40	30.78	4.44	76.95
5	35	22.9	3.83	65.43	25	19	2.96	76.00	25	20.75	2.94	83.00
6	35	25	5.53	71.43	55	41	7.56	74.55	50	40.42	5.67	80.84

ตารางที่ 6 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus แยกตามตัวชี้วัดของ ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 – 2562

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560				ปี 2561				ปี 2562			
		คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ
1.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการตรวจรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	15	3.88	2.45	25.85	15	3.48	1.75	23.23	x			
2.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	20	5.64	3.50	28.22	20	5.76	3.47	28.80	25	7.75	5.34	38.75
3.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมันLDL	15	6.88	4.48	45.85	15	3.21	1.15	21.40	20	4.68	2.05	18.72
4.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam	15	10.03	5.37	66.88	15	9.60	5.17	64.00	x			
5.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam	15	10.31	5.04	68.70	15	10.50	5.05	70.00	x			
6.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg	15	14.16	3.08	94.40	15	12.90	3.80	86.00	20	18.20	3.95	91.00
7.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง[รอบเอว> ส่วนสูง(ซม.)/2]	15	10.32	4.93	68.82	15	3.00	0.00	20.00	25	5.25	1.49	21.00
8.	อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน	15	14.52	1.17	96.80	15	13.44	1.83	89.60	20	17.36	3.02	86.80
9.	อัตราประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	20	18.91	2.57	94.55	x				x			
10.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	20	14.29	7.09	71.45	20	16.32	6.65	81.60	20	15.60	6.97	78.00
11.	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมาการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	15	3.85	2.84	25.68	15	3.06	0.60	20.40	x			
12..	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง	20	13.51	7.83	67.56	20	17.96	5.32	89.80	x			

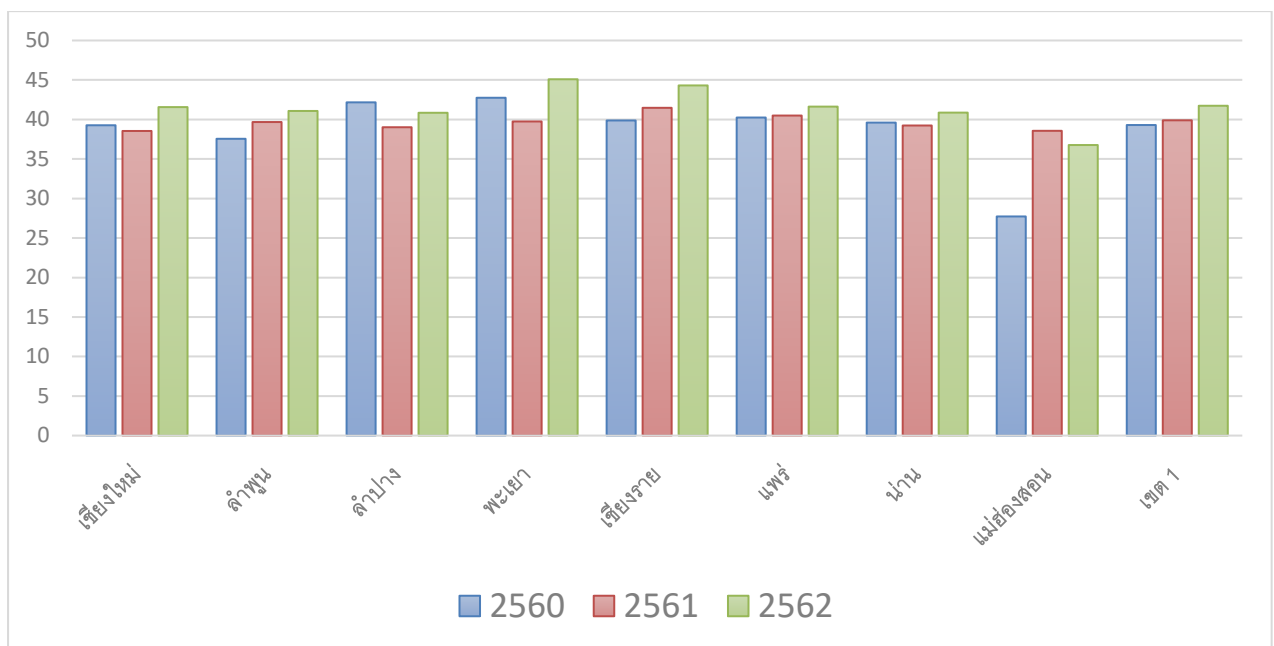
ตารางที่ 6 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus แยกตามตัวชี้วัดของส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 – 2562(ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560				ปี 2561				ปี 2562			
		คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ
13.	ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	20	7.81	5.83	39.06	20	9.56	5.99	47.80	25	13.40	7.65	53.60
14.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	15	3.37	1.61	22.44	15	4.92	3.03	32.80	20	7.40	4.23	37.00
15.	อัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)	15	12.32	3.62	82.11	15	13.29	3.28	88.60	x			
16.	ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมามีได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	x				20	18.28	3.22	91.40	x			
17.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk $\geq 20\%$ ในช่วงไตรมาส 1,2 และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $< 20\%$ ในไตรมาส 3,4	x				x				25	22.40	5.34	89.60
18	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	x				x				25	7.85	5.04	31.40

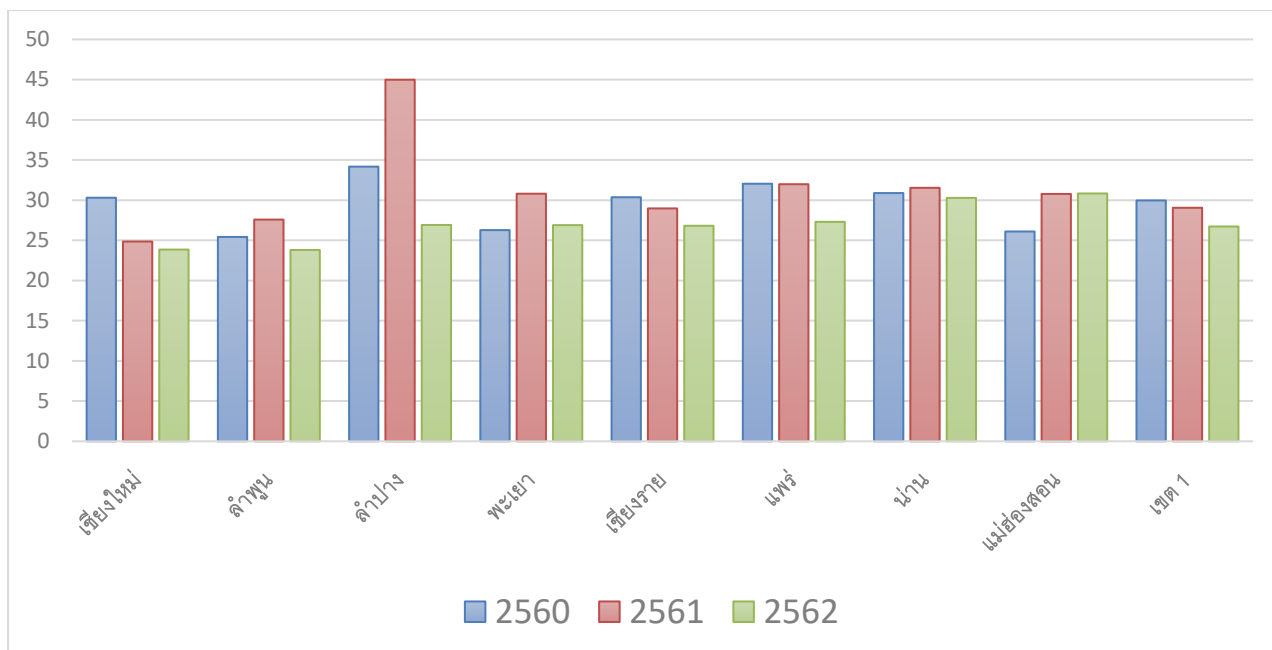
ตารางที่ 6 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus แยกตามตัวชี้วัดของส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การให้บริการ ปี 2560 – 2562 (ต่อ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	ปี 2560				ปี 2561				ปี 2562			
		คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$	SD	ร้อยละ
19.	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 1-4 และได้รับยา ACEi/ARB	x				x				25	13.70	8.00	54.80
รวม		250				250				250			

หมายเหตุ x = ไม่ได้นำมาเป็นตัวชี้วัดในปีนั้น



รูปภาพที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยกระบวนการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2560 -2562



รูปภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การให้บริการคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2660-2562

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากการประเมินคลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้เกณฑ์ การประเมิน NCD Clinic Plus รวบรวมวิเคราะห์จากข้อมูลการประเมินตนเองรอบ 2 ตั้งแต่ปี 2560 – 2562

สรุปผลการศึกษา ผลการประเมินตนเองปี 2560-2562 ของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus พบว่า ปีแรกของการปรับเกณฑ์เป็น Clinic NCD Plus คือ ปี 2560 คลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์เกินกว่าครึ่ง ร้อยละ 55.00 มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย = 69.29 ± 7.59 คะแนน ปี 2561 ผ่านเกณฑ์ไม่ถึงครึ่ง ร้อยละ 43.00 มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย = 68.95 ± 6.12 คะแนน และ ปี 2562 ผ่านเกณฑ์ไม่ถึงครึ่งเช่นกัน ร้อยละ 47.00 มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย = 68.46 ± 6.12 คะแนน เมื่อพิจารณารายละเอียด ส่วนที่ 1 ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 มีค่าคะแนนเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ โดยปี 2560 ผ่านเกณฑ์เกือบทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอนและในปี 2561 และ 2562 ผ่านเกณฑ์ทุกจังหวัด สำหรับส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การให้บริการ พบว่า ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยของทุกปียังไม่ผ่านเกณฑ์ มีเพียงจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่มีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ คลินิก NCD คุณภาพของโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 1 ทุกแห่งได้คะแนนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดแต่ผลลัพธ์การให้บริการยังได้คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด จึงสรุปได้ว่ากระบวนการพัฒนาคุณภาพยังไม่ส่งผลถึงผลลัพธ์การให้บริการ

อภิปรายผล จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปี 2560 โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์เกินกว่าครึ่ง อาจเนื่องมาจากการให้คะแนนในส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ ในองค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ ซึ่งเน้นหนักด้านการดำเนินงานในภาคส่วนการบริการของโรงพยาบาล มีคะแนนสูงกว่าองค์ประกอบที่ 4 และ 6 ทั้ง 2 องค์ประกอบ เป็นการประเมินระบบสนับสนุนการจัดการตนเองที่ต้องดำเนินงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพและจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ประกอบกับตัวชี้วัดผลลัพธ์การให้บริการในส่วนที่ 2 เป็นตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งดำเนินการได้ดี จึงส่งผลให้ผ่านเกณฑ์เกินกว่าครึ่ง สอดคล้องกับการทดสอบรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus เพื่อสนับสนุนการป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทยของสมันี วัชรสินธุ์(2561) พบว่า ทั้ง 6 องค์ประกอบของกระบวนการพัฒนาคุณภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบและคะแนนรวมกระบวนการพัฒนาคุณภาพทั้ง 6 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับผลลัพธ์การให้บริการ

ด้านกระบวนการประเมิน คะแนนประเมินในส่วนที่ 1 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์ประกอบที่ 4 และ 6 ส่วนใหญ่ได้คะแนนน้อยกว่าองค์ประกอบอื่นๆ เมื่อเทียบจากร้อยละ อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการ NCD Board อำเภอมิมีส่วนร่วมในการประเมิน เพราะทั้ง 2 องค์ประกอบเป็นส่วนที่หน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาร่วมดำเนินการสอดคล้อง ผุสดี เปรมวิชัย (2550) ข้อผิดพลาดในการประเมิน ปัญหาทั่วไปที่เกิดจากการประเมินและมีผลทำให้กระบวนการประเมินของโครงการใดๆ มีความน่าเชื่อถือน้อยลงหรือทางสถิติเรียกว่า เกิดข้อผิดพลาด(Error) มักพบในขั้นตอนการดำเนินการประเมิน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัญหาตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล มีทั้งเป็นปัญหาเนื่องมาจากผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน เช่น ผู้ประเมินไม่ประเมินหรือประเมินอย่างเสียไม่ได้ ผู้ประเมินมีอคติในด้านต่าง ๆ ได้แก่ Personal Bias โน้มเอียงที่จะประเมินสูงหรือต่ำ ผู้ประเมินจำแนกผู้ถูกประเมิน

ไม่ได้ เพราะผู้ประเมินไม่ได้ใกล้ชิดผู้ถูกประเมินพอที่จะสังเกตพฤติกรรมของผู้ถูกประเมินเป็นต้น ทั้งปัญหาและข้อผิดพลาดเหล่านี้ทั้ง เป็นสิ่งที่ต้องเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เปรียบเทียบได้เช่นเดียวกับวิธีการทางสถิติที่ยอมให้เกิดข้อผิดพลาดทางสถิติ(Error) ขึ้นทุกครั้งที่มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งทางทฤษฎีทางสถิตินำข้อผิดพลาดนั้นมาแสดงให้เห็นในรูปของนัยสำคัญ(Significant) แต่การประเมินทำได้เพียงพยายามให้เกิดปัญหาและข้อผิดพลาดเหล่านี้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เช่น แบบประเมินจะต้องไม่ยาวมากหรือประเมินเป็นช่วง เพราะถ้าประเมินรวบยอดในช่วงสุดท้ายของการปฏิบัติงาน ผู้ประเมินอาจจำพฤติกรรมผู้ถูกประเมินไม่ได้ เป็นต้น เรียกว่าเป็นการพยายามให้เกิดปัญหา และข้อผิดพลาดน้อยที่สุดด้วยการควบคุมทั้งกระบวนการประเมินให้มีข้อผิดพลาดน้อยที่สุด โดยให้ปรับกระบวนการประเมินให้เป็นไปตามสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับแต่ละโครงการนั้นๆ ซึ่งผลการประเมินจะน่าเชื่อถือเพียงใดขึ้นอยู่กับกระบวนการประเมินของแต่ละโครงการนั้นๆว่าสมบูรณ์เพียงใดนั่นเอง และจุฬาร กระทบ (2556) ค้นพบจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่า ปัญหาที่สำคัญของการประเมินการปฏิบัติงาน ด้านระบบการประเมิน คือ หน่วยงานไม่ได้กำหนดมาตรฐานการทำงานหรือกำหนดมาตรฐานสูงเกินไป วัตถุประสงค์ของการประเมินไม่ชัดเจน นอกจากนี้การนำหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานไปปฏิบัติไม่เชื่อมโยงเป้าหมาย ปัญหาด้านผู้ประเมิน พบว่า ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านผู้ถูกประเมิน ไม่ยอมรับในระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ไม่เห็นคุณค่า มีการต่อต้านหรือไม่ให้ความร่วมมือเมื่อต้องถูกประเมินและจากการวิเคราะห์จุดอ่อนการดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของคณะกรรมการประสานงานอำเภอ (คปสอ.)แสวงหา พบว่า ยังขาดความเชื่อมโยงบูรณาการระบบงานอื่นๆ อีกทั้งด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ องค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ยังสอดคล้องกับการศึกษาสุพัตรา ศรีวิชชากรและคณะ (2560) ที่มีการศึกษาวิจัยที่อ้างอิงได้ว่า การสนับสนุนการจัดการตนเองหรือเกิดความเชื่อมั่นในการจัดการตนเองของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอื่นนั้นเป็นส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแล ควบคุมภาวะป่วยได้ดี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ บุคลากรทางการแพทย์ต้องพัฒนาความรู้ด้านทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีจิตสังคมเพื่อเข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและพัฒนาทักษะในการประเมินสภาวะสุขภาพกาย-จิตและใช้เครื่องมือ(Interventions)ต่างๆในการสร้างสัมพันธภาพ การถ่ายทอดความรู้ พัฒนาทักษะนำไปสู่เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเกิดการจัดการตนเองได้ในผู้รับบริการแต่ละกลุ่มทั้งกลุ่มป่วยกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป แต่เหตุใดการสนับสนุนการจัดการตนเองในภาคปฏิบัติของระบบสุขภาพในประเทศไทยจึงทำได้จำกัดมาก ส่วนหนึ่งน่าจะมีเหตุจากบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและไม่เห็นความสำคัญของการสนับสนุนการจัดการตนเอง ทำให้การออกแบบบริการไม่ได้เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติให้สนับสนุนการจัดการตนเองได้ดีและรายงานข้อค้นพบจากสรุปผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพ 4,6,7 และ12 ของสมัน วิชรสินธุ์ (2561) ควรปรับปรุงองค์ประกอบที่ 4 และ 6 คือ สนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ มีทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้มารับบริการและมีการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรีของคัทลียา วสุธาดาและคณะ (2561) พบว่า การรับรู้สาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การรับรู้ผลที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการรับรู้สิ่งสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสาธารณสุขควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสมกับบริบทของประชาชน โดยเฉพาะในประเด็นสาเหตุของโรค การตรวจสุขภาพ การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด เพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้และมีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ด้านผลลัพธ์จากการให้บริการ คลินิก NCD คุณภาพ พบว่า ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ดังเช่น จุฬาร กระทบ (2556) กล่าวว่ แม้ว่าการประเมินผลการปฏิบัติงานจะไม่สัมพันธ์ต่อบัฒประสงคตามที่ตั้งไว้ทุกประการ แต่สามารถช่วย ให้การประเมินผลมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินผลมีการรับรู้ เข้าใจและยอมรับ การประเมินผลว่ามีความยุติธรรมแล้วร่วมมือกันในการแก้ปัญหา ปรับปรุงการประเมินผลการปฏิบัติงานให้เกิด ปัญหาและอุปสรรคให้น้อยที่สุด สอดคล้องกับการประเมิน NCD Clinic Plus ของเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 ของ รัฐสุลินีเยร์ ธนเศรษฐ์ พบว่ มีประเด็นปัญหายังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากปัญหาไม่ศึกษาเกณฑ์การประเมินและบันทึก ข้อมูลไม่ครบถ้วน ถูกต้อง HDCไม่สามารถประมวลผลได้ส่งผลให้ผลงานใน HDC ต่ำกว่าความเป็นจริง โดยสรุปที่ไม่ ผ่านเกณฑ์ด้านผลลัพธ์การให้บริการ น่าจะมาจากปัญหาเชิงระบบเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลต่ำกว่า ความเป็นจริงและอีกส่วนหนึ่งมีตัวชี้วัดที่กำหนดอยู่ใน Yearly check up ของผู้ป่วยเมื่อไม่ถึงเวลานัดตรวจจึงไม่มี ผลงาน อีกทั้งผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการบริการอย่างครอบคลุมเนื่องจากโรงพยาบาลขาดสภาพคล่องในด้านงบประมาณ ประกอบกับคณะทำงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพมีการปรับตัวชี้วัดบางตัวสอดคล้องกับการวิเคราะห์จุดอ่อนการ ดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพของ คณะกรรมการประสานงานอำเภอ (คปสอ.)แสวงหา พบว่ บุคลากรมี ความสับสนตัวชี้วัดใหม่ สำหรับผลลัพธ์ของจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีแนวโน้มดีขึ้น เนื่องจากข้อมูลจากการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขปี 2561 – 2562 พบว่ มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและมีการทบทวน สอบ ทานข้อมูลระหว่างจังหวัดและอำเภอทุกไตรมาส รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลให้คณะกรรมการ NCD Board จังหวัด กำหนดนโยบายการแก้ไขปัญหา

ข้อจำกัดในการศึกษา มีการปรับเปลี่ยนผู้ประเมินเนื่องจากสับเปลี่ยนหน้าที่หรือโยกย้าย ซึ่งอาจจะขาดความเข้าใจ ในรายละเอียดของเกณฑ์และกระบวนการประเมินจึงส่งผลต่อการให้คะแนนเพราะข้อมูลที่ได้เป็นการประเมิน ตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการถ่ายทอดทำความเข้าใจรายละเอียดเกณฑ์การประเมินกับผู้รับผิดชอบการประเมินตนเองทุก ครั้งและให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมาร่วมประเมิน
2. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัดและอำเภอ ควรมีการทบทวน สอบทานและตรวจสอบความ ถูกต้องของข้อมูล รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลนำเข้าให้คณะกรรมการ NCD Board จังหวัดและอำเภอร่วมกันพิจารณาหา แนวทางบริหารจัดการตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์การให้บริการ
3. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 ถ่ายทอดชี้แจงเกณฑ์การประเมินเพื่อทำ ความเข้าใจกับผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดให้ชัดเจนเพื่อให้สามารถนำไปถ่ายทอดได้
4. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเสนอ คณะทำงานสำหรับพิจารณาเกณฑ์การประเมิน ในการประชุมคณะทำงานเพื่อพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus

ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานอ้างอิงการประเมินคลินิก NCD คุณภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1
2. เป็นข้อมูลยืนยันเพื่อให้เกิดระบบการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 โดยเฉพาะด้าน ผลลัพธ์การให้บริการ
3. เป็นองค์ความรู้สำหรับต่อยอดในการศึกษาครั้งต่อไป

บรรณานุกรม

- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.รายงานประจำปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2561.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.รายงานประจำปี 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
- แก้วตา สังขชาติ,วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย.ค่านิยมของสุพัตรา ศรีวณิชชากร. ใน วรสิทธิ์ ศรศรีวิชัย,บรรณาธิการ.ถอดบทเรียน DHS South การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง.มูลนิธิสุขภาพภาคใต้.กรุงเทพฯ : หจก.ภาพพิมพ์; 2562.
- คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอแสวงหา.การดำเนินงานพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ. [อินเทอร์เน็ต] อ่างทอง:โรงพยาบาลอ่างทอง;2562[เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค.2563].เข้าถึงได้จาก.:www.ryssurvey.com.
- คัทลียา วสุธาดา, นันทวัน ใจกล้า,สายใจ จารุจิตร,ลลิตา เดชาวุธ.ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในเขตอำเภอเมืองจังหวัดจันทบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.2561; 2: 47 -8.
- ดิเรก ขำแป้น.การขับเคลื่อนนโยบายเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ.ประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดชุดมาตรฐานการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงสำหรับสถานบริการสาธารณสุขและแนวทางการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus;วันที่ 20-21 ธ.ค. 2559 ; โรงแรมรามการ์เด้นส์ กรุงเทพมหานคร.
- ทัศนา บุญทอง.ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ: ศิริยอด; 2543.
- นันทกร ทองแดง. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคNCDs). [อินเทอร์เน็ต].ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2562[เข้าถึงเมื่อ 19 ส.ค.2562].เข้าถึงได้จาก : https://www.si.mahidol.ac.th>thai_version>health_detail.asp?id=1371
- นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559 ;1: 152-3.
- บรรยงค์ ไตจินดา. การบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: รวมสาส์น; 2543.
- ประชุม รอดประเสริฐ. การบริหารโครงการ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2539.
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือNCDs.ประชุมระดับภูมิภาคเอเชียใต้และตะวันออก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อภายใต้บริบทของการพัฒนาอย่างยั่งยืน (WHO-SEAR Regional Forum to Accelerate NCDs Prevention and Control in the Context of SDGs); วันที่ 9-11 ตค. 2560; โรงแรมสามพราน ริเวอร์ไซด์ จ.นครปฐม [อินเทอร์เน็ต].สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ [เข้าถึงเมื่อ 19 ส.ค.2562].เข้าถึงได้จาก :https://www.matichon.co.th/local/quality-life/news_689890
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, วิริณี กิตติพิชัย, นฤมล เอี่ยมณีกุล, พรารณา สถิตย์วิภาวี,

ดุสิต สุจิรัตน์และคณะ.การวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555.กรุงเทพฯ:สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคร่วมกับคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่.การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ:BRFSS ปี 2558 ระดับเขตสุขภาพที่ 1.เชียงใหม่: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2560. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่.

พิสุทธิ ชื่นจงกลกุล. Update in NCDs 2018.ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (System Manager หรือ Case Manager) ในการวิเคราะห์ข้อมูล; วันที่ 27-29 ธ.ค. 2559 ; โรงแรมฮอติเคย์อินน์. เชียงใหม่.

ไพโรจน์ ภัทรนรากุลและทัศนัย ชันตยาภรณ์. การวางแผนการบริหารและการประเมินผลโครงการ. เอกสารประกอบการสอน.หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต ภาคพิเศษ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.กรุงเทพฯ; 2554. หน้า 23 -5.

ภัทรธรรณ ไชยสุริยา, บังอร เทพเทียน, อุมพร อุดมทรัพย์กุล, ภูษิต ประคองสาย, กุมาริ พัทธนี, ปาริชาติ จันทรจรัส. ประเมินแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2553-2557. ขอนแก่น: สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2558. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยุวดี เปรมวิชัย. การประเมิน(Assessment).วารสารโรงเรียนนายเรือ. 2550 ;1: 31- 2.

รัฐธรรณิย์ ธนเศรษฐ. บทเรียนการขับเคลื่อนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 และจุดเน้นในการพัฒนา ปี 2561. [อินเทอร์เน็ต]. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา; 2561[เข้าถึงเมื่อ 6 มี.ค.2562].เข้าถึงได้จาก :

<http://ryssurvey.com/vichakarn/downloadg.php>.

วรรณิ นิธิยานันท์. กลุ่มโรค NCDs ภาณูชีวิตคนไทย 6 ต้นเหตุ ฆ่าตัวตายก่อนวัยอันควร.ไทยโพสต์. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 พค. 21; หน้า 14(บน),15[เข้าถึงเมื่อ 16 ม.ค.2562]. เข้าถึงได้จาก :

https://www.hsri.or.th/sites/default/files/attachment/21May14_Thai%20Post_NCDs.pdf

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่.มาตรการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อสำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.) 2560

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่. รายงานสรุปผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2561-2562. [เอกสารอัดสำเนา]; 2562.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.หลักสูตรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างบูรณาการ สำหรับคณะกรรมการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ:บริษัทโสมซัน อาร์ต จำกัด; 2553.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือประเมินดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี; 2558.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2559และแบบประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ.[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.พ. 2560]. เข้าถึงได้จาก

:<http://www.thaincd.com/media/paper-manual/non-communicable-disease.php>.

สำนักโรคไม่ติดต่อ.กรมควบคุมโรค.รายงานประจำปี 2559.กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2560. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซด์; 2559.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี 2561. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซด์; 2561.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซด์; 2562.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.รายงานสถานการณ์โรคNCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ปี 2562 กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ไซด์; 2563.

สุธิดา เกษม. การรับรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประชาชนในตำบลคลองนิมยาตรา อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ.[การค้นคว้าอิสระปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต].กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2561.

สุพัตรา ศรีวณิชชากร, สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์, วิชุดา จิรพรเจริญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์, อรวรรณ ขวัญศรี.การดูแลตนเองเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในบริบทไทย. นนทบุรี :บริษัทสหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด; 2560. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

สมณี วัชรสินธุ์ รายงานสรุปผลตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 4,6,7 และ 12 ประจำปีงบประมาณ 2561. [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี:สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค;2561 [เข้าถึงเมื่อ 6 มี.ค.2563].เข้าถึงได้จาก :www.rh1.go.th/pdf.

สมณี วัชรสินธุ์.การทดสอบรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus เพื่อสนับสนุนการป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุขในประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561; 4: 655.

ศูนย์ทดสอบและประเมินเพื่อพัฒนาการศึกษาและวิชาชีพ. **รูปแบบการประเมินโครงการ**. [อินเทอร์เน็ต].

คณะครุ ศาสตร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กองยุทธศาสตร์สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม.[เข้าถึงเมื่อ 16 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก :

<http://www.bangkok.go.th/hesd/page/main/853/KM-0%B8%81%E0%B8%A2%E0%B8%A5/0>

อัศรพล ศุภาสตรา. คู่มือบริหารจัดการงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง SI3M .สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.กรุงเทพฯ: องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2558.

