การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการวิชาการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน จังหวัดสงขลา

Developing a model for community participation in providing academic services to promote preventive health behaviors in Songkhla Province

จำลอง แก้วพิทยานนท์
Jumlong Kaewpittayanon
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
Songkhla Provincial Public Health
(Received: December 23, 2025, Revised: April 20, 2026, Accepted: April 29, 2026)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ แบ่งการดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ (1) ศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัจจัยกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง NCDs และความต้องการของชุมชน และวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง NCDs ด้วย PRECEDE–PROCEED Model (2) พัฒนารูปแบบและดำเนินกิจกรรมบริการวิชาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยง NCDs โดยการมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน ร่วมออกแบบและขับเคลื่อนกิจกรรม และ (3) ประเมินผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยง NCDs อย่างมีส่วนร่วมเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการให้บริการวิชาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในจังหวัดสงขลา โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน กลุ่มผู้ร่วมวิจัยประชาชนกลุ่มเสี่ยง NCDs จำนวน 400 คน คัดเลือกด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 8 คน ตัวแทนผู้สูงอายุที่สุขภาพดี 15 คน ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 คน คัดเลือกแบบสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการสะท้อนผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนารูปแบบด้วย Paired Samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันของกลุ่มเสี่ยง NCDs หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น ($p<.001$) การควบคุมตนเองเพิ่มขึ้น ($p<.001$) และการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ($p<.001$) และพบว่าตัวชี้วัดสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ Body Mass Index ลดลง 0.8 กก./ม^2 (27.4±3.2 เป็น 26.6±3.1), รอบเอวลดลง 2.6 ซม., Spontaneous Bacterial Peritonitis ลดลง 5.7 มม.ปรอท, Diastolic Blood Pressure ลดลง 3.9 มม.ปรอท และ Fasting Capillary Blood Glucose ลดลง 7.7 มก./ดล. การประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับมาก (M≈3.66/5) และพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (M≈3.55/5) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ หน่วยสนับสนุนวิชาการ และภาคีในชุมชน ช่วยยกระดับสมรรถนะด้านพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันและตัวชี้วัดสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง NCDs รูปแบบการให้บริการวิชาการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น ช่วยเสริมสร้างศักยภาพบุคคลและลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ได้ เหมาะต่อการ

ประยุกต์ใช้เพื่อขยายผลการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในบริบทชุมชนที่ใกล้เคียง อย่างไรก็ดี ควรบูรณาการรูปแบบนี้กับระบบบริการปฐมภูมิและติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน; บริการวิชาการ; พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน; กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ: (Corresponding Author: Jumlong Kaewpittayanon, e-mail: 6655010032@western.ac.th)

Abstract

This research was conducted in three phases:(1) to examine the situation, context, determinants of health behaviors among populations at risk of non-communicable diseases (NCDs), and community needs, as well as to analyze health problems using the PRECEDE–PROCEED Model; (2) to develop a model and implement academic service activities aimed at modifying preventive health behaviors among at-risk NCD populations through community participation, involving stakeholders in co-designing and driving activities; and (3) to evaluate the effectiveness of the program on preventive health behaviors among at-risk NCD populations through a participatory approach.This study employed Participatory Action Research (PAR), aiming to develop an academic service model to promote preventive health behavior change through community participation among populations at risk of NCDs in Songkhla Province. The study compared outcomes before and after the implementation of the developed model through participatory processes involving community stakeholders.The research participants included 400 individuals at risk of NCDs, selected using multi-stage random sampling; 8 NCD program officers; 15 healthy elderly representatives; and 10 community leaders, village health volunteers, and representatives from local administrative organizations, who were selected through voluntary participation.Research instruments included questionnaires, focus group discussions, in-depth interviews, participatory observation, and reflective practice. Situational data were analyzed using descriptive statistics, while model development outcomes were analyzed using paired samples t-test and content analysis.

The results revealed that after participating in the program, preventive health behaviors among at-risk individuals significantly improved. Self-efficacy increased ($p < .001$), self-regulation increased ($p < .001$), and self-care behaviors increased ($p < .001$). Health indicators also showed statistically significant improvements: Body Mass Index decreased by 0.8 kg/m² (from 27.4±3.2 to 26.6±3.1), waist circumference decreased by 2.6 cm, systolic blood pressure decreased by 5.7 mmHg, diastolic blood pressure decreased by 3.9 mmHg, and fasting capillary blood glucose decreased by 7.7 mg/dL.Community participation was rated at a high level ($M \approx 3.66/5$), and preventive health behaviors were at a moderate to high level ($M \approx 3.55/5$). The developed model supported collaboration among service units, academic support units, and community stakeholders, enhancing competencies in

preventive health behaviors and improving health indicators among at-risk populations.The academic service model developed for participatory preventive health behavior modification effectively strengthened individual capacity and reduced NCD risk factors. It is suitable for application and scaling in similar community contexts. However, integration with primary healthcare systems and long-term follow-up are recommended to assess sustainability.

Keywords: community participation; academic service; preventive health behavior; populations at risk of non-communicable diseases; participatory action research (PAR)

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีถือเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิตและการพัฒนาที่ยั่งยืนของสังคม โดยในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นสาเหตุหลักของเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2023) ระบุว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งคร่าชีวิตผู้คนรวมกันกว่า 17.9 ล้านคนต่อปีทั่วโลก ขณะที่สหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2021) รายงานว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกในปี 2021 อยู่ที่ประมาณ 537 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคนภายในปี 2030 (องค์การอนามัยโลก, 2566; สหประชาชาติ, 2565)

การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ซึ่งเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม งานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เช่น งานของ Kanchanachitra et al. (2020) และ Phulkerd et al. (2021) ได้เน้นย้ำถึงบทบาทของชุมชนในการกำหนดปัญหา วิเคราะห์สภาพแวดล้อม และจัดการสุขภาพของตนเอง โดยชุมชนที่มีการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เช่น การจัดเวทีประชาคม การใช้ข้อมูลสุขภาพท้องถิ่น และการสนับสนุนบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข จะสามารถวางแผนแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ที่ส่งเสริมให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ โดยเน้นการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น การส่งเสริมสุขภาพในทุกนโยบาย และการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่า จากนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน (ฉบับที่ 13 พ.ศ. 2566–2570) กระทรวงสาธารณสุขได้เน้นการบูรณาการแนวทางป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับชุมชน ผ่านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม และการลดปัจจัยเสี่ยง (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2566; กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในบริบทจังหวัดสงขลา การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง NCDs จำเป็นต้องเชื่อมโยงความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ หน่วยสนับสนุน สถาบันการศึกษาด้านสุขภาพ กับภาคีชุมชนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ในการใช้บริการวิชาการเป็นกลไกในการถ่ายทอดองค์ความรู้ สร้างทักษะ และพัฒนาศักยภาพผู้นำ/อสม. เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันยังขาดรายงานเชิงระบบเกี่ยวกับรูปแบบงานบริการวิชาการอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ที่พัฒนาและทดสอบผลลัพธ์ในกลุ่มเสี่ยง NCDs ในพื้นที่จริง ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมินรูปแบบดังกล่าวโดยใช้กระบวนการ

PAR และกรอบ PRECEDE เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถขยายผลในระบบบริการปฐมภูมิได้

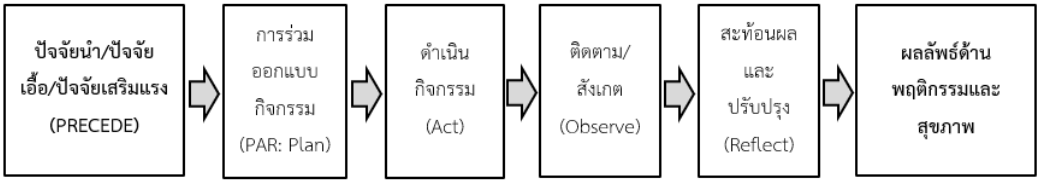
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สถานการณ์ สาเหตุและแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยผสานแนวคิด PRECEDE–PROCEED กับวงจร PAR โดยมองว่าการวิเคราะห์สถานการณ์จะช่วยระบุปัจจัยกำหนดพฤติกรรม (ปัจจัยนำ/เอื้อ/เสริมแรง) เพื่อนำไปสู่การร่วมออกแบบกิจกรรมที่ตอบโจทย์บริบท เมื่อดำเนินกิจกรรมแล้วจึงติดตามผลและสะท้อนบทเรียนเพื่อปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมมากขึ้น (Green & Kreuter, 2005; Kemmis et al., 2014).

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (PRECEDE × PAR)



ผลลัพธ์หลักของการวิจัยประกอบด้วย (1) ผลลัพธ์เชิงกระบวนการ ได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานร่วมกันของภาคี และการยอมรับต่อกิจกรรม และ (2) ผลลัพธ์เชิงผลลัพธ์ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและตัวชี้วัดสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง NCDs.

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยการดำเนินการวิจัยนี้จะแบ่งวงจร PAR ออกเป็นระยะของการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ (1) การศึกษาบริบท สถานการณ์ และสาเหตุของปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยใช้แนวคิด PRECEDE Model (2) การพัฒนาโปรแกรมและเสริมสร้างศักยภาพผู้นำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีในชุมชน และ (3) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 4 เดือน ระหว่างวันที่ 28 สิงหาคม 2568 ถึงวันที่ 30 ธันวาคม 2568 ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองสงขลา และอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา โดยคัดเลือกพื้นที่เป้าหมาย 4 หมู่บ้าน/ชุมชน จาก 2 อำเภอ อำเภอละ 2 หมู่บ้าน/ชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดสงขลา ที่มีอายุ 30-60 ปี และมีอย่างน้อย 2 ปัจจัยเสี่ยงจากปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23 kg/m²), รอบเอวเกินเกณฑ์ (ชาย ≥ 90 cm, หญิง ≥ 80 cm), ความดันโลหิตสูง (≥ 130/85 mmHg), ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (≥ 100 mg/dL), พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม, การขาดการออกกำลังกาย, ประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง: การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำหรับในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชน*:* กลุ่มเป้ามายในการวิจัยในระยะที่ 1 คือ

1) ผู้ให้ข้อมูลเรื่องการดำเนินงานด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดสงขลา คือ สาธารณสุขอำเภอ 2 คน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 2 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 4 คน รวมจำนวน 8 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

2) ผู้ให้ข้อมูลด้านประสบการณ์และแนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลสุขภาพภายใต้บริบทวิถีชีวิตในพื้นที่จังหวัดสงขลา คือ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตอำเภอเมืองสงขลามานานกว่า 30 ปี จำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

- เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
- มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ที่จังหวัดสงขลา มากว่า 30 ปี
- ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด
- ยินดีให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีผู้ให้ข้อมูลรอง คือ ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด กรณีผู้สูงอายุให้ข้อมูลได้ไม่สะดวกหรือไม่ครบถ้วน

3) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินก่อนดำเนินการวิจัย คือ ตัวแทนประชาชนในพื้นที่วิจัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 400 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคร่วมกัน

2. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้ารับการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองโดยยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน:

กิจกรรมครั้งที่ 1 ร่างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยวิธีประชุมกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน รวมจำนวน 30 คน ได้แก่

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพแห่งละ 1 คน รวม 4 คน

2) แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 4 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 คน ผู้นำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 10 คน และตัวแทนประชาชนทั่วไป 4 คน รวมทั้งหมดจำนวน 26 คน

กิจกรรมครั้งที่ 2 สร้างผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ คือ ผู้นำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สมัครเข้ารับการอบรมให้เป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่น และเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 10 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้นำกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่วิจัย แล้วพบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ กลุ่มเส่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคร่วมกัน

2. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้ารับการอบรมเพื่อเป็นนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและผู้อื่นเพื่อเป็นผู้ช่วยนักวิจัยโดยยินดีเข้าร่วมวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา

ระยะที่ 3 ประเมินผลของโปรแกรมต่อพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยง NCDs อย่างมีส่วนร่วม: ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชาชนในพื้นที่วิจัยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 400 คน คัดเลือกตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างเดียวกันในระยะที่ 1

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่ได้รับการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแล้ว พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ/หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรคร่วมกัน

2. เป็นผู้ที่สมัครใจเข้ารับการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองโดยยินดีเข้าร่วมการวิจัยตลอดกระบวนการศึกษา

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง: การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลังในกลุ่มเดียวกัน (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 กำลังการทดสอบ (Power) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (Effect Size) ที่ต้องการตรวจพบอยู่ที่ระดับปานกลางถึงสูง (Cohen's d = 0.5-0.8) จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 348 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษา (Attrition Rate ประมาณ 15%) จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างไว้ที่ 400 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior Questionnaire) พัฒนาจากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ (Bandura, 1997) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-Care Theory) ของ (Orem, 2001) ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก

ส่วนที่ 1: การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) จำนวน 15 ข้อ วัดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียด

ส่วนที่ 2: การควบคุมตนเอง (Self-Control) จำนวน 12 ข้อ วัดความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การควบคุมปริมาณอาหาร การหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนสุขภาพที่วางไว้

ส่วนที่ 3: การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behaviors) จำนวน 18 ข้อ วัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การจัดการความเครียด และการเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง

แบบสอบถามใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ (1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนรวมสูงสุด 225 คะแนน แปลความหมายเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (45-105 คะแนน) ปานกลาง (106-165 คะแนน) และสูง (166-225 คะแนน)

2. แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome Measures) ประกอบด้วยการวัดตัวชี้วัดสุขภาพ 4 ตัวชี้วัดหลัก ได้แก่

- ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)
- รอบเอว (Waist Circumference)
- ความดันโลหิต (Blood Pressure)
- ระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Glucose)

การวัดทุกครั้งดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรม ในช่วงเวลาเดียวกัน (เช้า 07.00-09.00 น.) เพื่อความแม่นยำและสามารถเปรียบเทียบได้

3. แบบบันทึกข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data Recording Forms)

- แบบบันทึกการสังเกต (Observation Forms) สำหรับบันทึกพฤติกรรม การเข้าร่วมกิจกรรม และปฏิสัมพันธ์ในกลุ่ม
- แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview Guide)
- แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion Guide)

การควบคุมคุณภาพการดำเนินงานและการวัด

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.85 และทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่า 0.92 สำหรับแบบสอบถามทั้งฉบับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1: การศึกษาบริบทและสถานการณ์สุขภาพของชุมชน (ระยะเวลา 1 เดือน) ระยะนี้ใช้แนวคิด PRECEDE Model เป็นกรอบในการศึกษาบริบทและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1.1 การสร้างความร่วมมือและการเข้าถึงชุมชน (Community Entry and Engagement)

1.2 การวินิจฉัยทางสังคมและระบาดวิทยา (Social and Epidemiological Diagnosis)

1.3 การวินิจฉัยพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

1.4 การวินิจฉัยทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Educational and Ecological Diagnosis)

1.5 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2: การพัฒนาโปรแกรมและเสริมสร้างศักยภาพ (ระยะเวลา 2 เดือน) ระยะนี้เป็นการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับชุมชน และเสริมสร้างศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน

2.1 การออกแบบโปรแกรมแบบมีส่วนร่วม (Co-Design of Health Behavior Change Program)

2.2 องค์ประกอบของโปรแกรม (Program Components) โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1: การให้ความรู้และสร้างการตระหนักรู้ (Health Education and Awareness)

องค์ประกอบที่ 2: การพัฒนาทักษะการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Skills Development)

องค์ประกอบที่ 3: การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม (Social Support Network)

องค์ประกอบที่ 4: การติดตามและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล (Individual Counseling and Follow-up)

องค์ประกอบที่ 5: การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Enabling Environment)

2.3 การฝึกอบรมและเสริมสร้างศักยภาพผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Capacity Building for Change Agents)

2.4 การทดลองนำร่อง (Pilot Testing)

ระยะที่ 3: การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม (ระยะเวลา 1 เดือน) ระยะนี้เป็นการนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้งหมด 400 คน และประเมินประสิทธิผลโดยการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน

3.1 การดำเนินโปรแกรม (Program Implementation)

3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

3.3 การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธี 1) การสนทนากลุ่ม (Focus group Discussion) 2) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และ 3) การสังเกต และบันทึกการสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องบันทึกเสียง และจดบันทึกภาคสนาม โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนทนากลุ่ม (Focus group interview) โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ในการสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญในงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแนวคำถามที่สร้างขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ในการสร้างข้อคำถาม ผู้วิจัยนำแนวคำถามในการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญในงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นนำไปทดลองสัมภาษณ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป็นการทำความเข้าใจแนวคำถามที่สร้างขึ้นก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้แนวคำถาม 10 ข้อ ดังนี้

1. ท่านมองเห็นบทบาทของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพอย่างไร

2. ปัญหาอุปสรรคในการมีส่วนร่วมคืออะไร

3. ปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในชุมชนคืออะไร

4. มีข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนหรือไม่

5. ชุมชนของท่านมีแนวทางหรือวิธีการรวบรวมความคิดเห็นของประชาชนอย่างไร

6. ชุมชนมีการประสานงานกับหน่วยงานภายนอก เช่น โรงพยาบาลหรือองค์กรท้องถิ่นอย่างไร

7. ชุมชนของท่านเคยมีโครงการส่งเสริมสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จหรือไม่? เพราะเหตุใด

8. กลไกหรือวิธีการใดที่ท่านเห็นว่าช่วยให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างชุมชนกับภาครัฐ

9. ในการมีส่วนร่วมด้านสุขภาพ ท่านคิดว่าควรมีการสนับสนุนจากภายนอกด้านใดเพิ่มเติม

10. หากจะพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่ยั่งยืนในชุมชนของท่าน ควรมีองค์ประกอบอะไรบ้าง

การสังเกต

1) สังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การประชุม การเข้าร่วมกิจกรรมการแสดงบทบาทการเป็นผู้ร่วมวิจัย การเป็นผู้นำสุขภาพ การมีพฤติกรรมที่เป็นแบบอย่างด้านสุขภาพการแสดงความคิดเห็นในที่ประชุม โดยยึดหลักของการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

2) สังเกตผู้เข้ารับการอบรมขณะทำกิจกรรมในการอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ความสนใจในกิจกรรมทั้งการให้ความรู้ และทักษะการปฏิบัติ เช่น การออกกำลังกาย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง ประกอบด้วย

- ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานะในชุมชน

- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เป็นการบันทึกข้อมูลจากการตรวจวัด ประกอบด้วย น้ำหนัก ส่วนสูง ขนาดรอบเอว ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพ

แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy), การควบคุมตนเอง (Self-control) และการดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care) ดังนี้

1) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy)

ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ 3 Self เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ของ สุพิชชา วงค์จันทร์ (2554) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.88 และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.89 ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=ปานกลาง, 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามเชิงบวก จะให้คะแนน ตามคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ

- ข้อคำถามเชิงลบ จะให้คะแนนตรงข้ามกับคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ

เกณฑ์การพิจารณาระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง

- การรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง = คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 คะแนน

- การรับรู้ความสามารถตนเองระดับปานกลาง = คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 คะแนน
- การรับรู้ความสามารถตนเองระดับต่ำ = คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน

2) การควบคุมตนเอง (Self-control)

ผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ของ พัชรี ดวงจันทร์ (2553) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.78 และ แบบวัดการรับรู้การควบคุมพฤติกรรมการออกกำลังกาย ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.87 ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง, 2=ไม่เห็นด้วย, 3=ปานกลาง, 4=เห็นด้วย และ 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามเชิงบวก จะให้คะแนน ตามคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ
- ข้อคำถามเชิงลบ จะให้คะแนนตรงข้ามกับคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ

เกณฑ์การพิจารณาระดับการควบคุมตนเอง

- การควบคุมตนเองระดับสูง = คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 คะแนน
- การควบคุมตนเองระดับปานกลาง = คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 คะแนน
- การควบคุมตนเองระดับต่ำ = คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน

3) การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)

การดูแลสุขภาพตนเอง จะแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการควบคุมความเครียด โดยผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดภาวะอ้วนของวัยรุ่นตอนปลาย ของ สุพิชชา วงค์จันทร์ (2554) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.88 และแบบวัดการดูแลสุขภาพวัดผู้เข้าร่วมโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของ อังศินันท์ อินทรกำแหง (2552) ข้อคำถามมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.85 ข้อคำถามเป็นแบบการประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ “ปฏิบัติ 6-7 วัด/สัปดาห์” จนถึง “ไม่ได้ปฏิบัติเลย” (1= ไม่ได้ปฏิบัติ, 2= 1-2 วัน/สัปดาห์, 3= 3 วัน/สัปดาห์, 4= 4-5 วัน/สัปดาห์ และ 5= 6-7 วัน/สัปดาห์)

เกณฑ์การให้คะแนน

- ข้อคำถามเชิงบวก จะให้คะแนน ตามคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ
- ข้อคำถามเชิงลบ จะให้คะแนนตรงข้ามกับคะแนนที่ระบุในแต่ละระดับ

เกณฑ์การพิจารณาระดับการดูแลสุขภาพตนเอง

- การดูแลสุขภาพตนเองระดับสูง = คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 คะแนน
- การดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง = คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 คะแนน
- การดูแลสุขภาพตนเองระดับต่ำ = คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 คะแนน

4) พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน เป็นข้อคำถามแบบการประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) โยใช้เกณฑ์การพิจารณาระดับของพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันจากคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับมาก = คะแนนเฉลี่ย 3.7-5.0 คะแนน

ระดับปานกลาง = คะแนนเฉลี่ย 2.4-3.6 คะแนน

ระดับน้อย = คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.3 คะแนน

ส่วนที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Likert Scale) (1-5) จำนวน 10 ข้อ คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

ระดับมาก = คะแนนเฉลี่ย 3.7-5.0 คะแนน

ระดับปานกลาง = คะแนนเฉลี่ย 2.4-3.6 คะแนน

ระดับน้อย = คะแนนเฉลี่ย 1.0-2.3 คะแนน

การหาคุณภาพเครื่องมือเชิงปริมาณ ส่วนที่ 3

1) การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางสังคมวิทยาและพัฒนาชุมชน จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยหาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยข้อคำถามที่มีคุณภาพ คือ ข้อที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป (Povinelli; & Hambleton. 1977) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 จะนำมาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาใหม่ ข้อคำถามครั้งนี้นี้มีค่า IOC ระหว่าง 0.60-1.00

2) การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่าแบบสอบถามมีค่าอัลฟาครอนบัคเท่ากับ 0.86 ซึ่งถือว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่นสูง (Nunnally. 1978) สามารถนำไปเก็บข้อมูลจริงต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ (สุภางค์ จันทวานิช. 2555) ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การใช้แนวคิดทฤษฎีและสร้างกรอบแนวคิดสำหรับการวิเคราะห์ ในการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการสร้างความรู้ที่ได้ตามวิธีการอุปนัย ซึ่งเป็นการนำข้อมูลเชิงรูปธรรมหรือข้อเท็จจริงที่รวบรวมได้จากการวิจัยมาสรุปเป็นความรู้ ความคิดสู่ข้อสรุปที่เป็นแนวคิดทฤษฎี ผู้วิจัยจึงต้องมีความรู้ทฤษฎีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาวิจัย เพื่อใช้เป็นกรอบกว้าง ๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ช่วยในการวางแผนการเก็บข้อมูล ช่วยให้ผู้วิจัยเกิดแง่มุมการมองปัญหาและนำทฤษฎีมาใช้พิจารณาว่าข้อสรุปที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีใด แนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ในการวิจัยนี้จะใช้แนวคิด PRECEDE PROCEED framework เป็นกรอบแนวคิดทฤษฎีสำหรับการวิเคราะห์

ขั้นที่ 2 การตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้มั่นใจได้ในความเชื่อถือได้ของข้อมูลว่าข้อมูลมีความครบถ้วน อยู่ในระดับที่จะนำมาวิเคราะห์ได้ และตอบปัญหาการวิจัยได้ โดยตรวจสอบ ดังนี้

1) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อของข้อมูลที่รวบรวมจากผู้ให้ข้อมูล ดังนี้ ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่ง (Data triangulation)

- ข้อมูลด้านบริบทชุมชนและการดำเนินงานในด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้: แหล่งปฐมภูมิ ได้จากการสัมภาษณ์สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ แหล่งทุติยภูมิ ได้จากเอกสารการปฏิบัติงานซึ่งแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน

- ข้อมูลด้านแนวทางการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะ: แหล่งปฐมภูมิ ได้มาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และญาติ หรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากทุกแหล่งว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ แหล่งทุติยภูมิ ได้จากเอกสารบันทึกสุขภาพต่าง ๆ ตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบ (Member check)

โดยหลังจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลในแต่ละรายเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล แล้วข้อสังเคราะห์ให้ผู้ให้ข้อมูลพิจารณาตรวจสอบการให้สัมภาษณ์ของผู้วิจัยว่าถูกต้องหรือไม่ หากพบว่าไม่ตรงหรือมีความบิดเบือนจากที่ใช้สัมภาษณ์ ใหทำการปรับแก้ให้ถูกต้อง

2) การตรวจสอบเพื่อดูความครบถ้วนของข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณาว่าข้อมูลที่เก็บมาได้ด้วยการสัมภาษณ์และการศึกษาจากเอกสารมีเนื้อหาสาระเพียงพอที่จะตอบปัญหาการวิจัยหรือยังโดยมีการตรวจสอบข้อมูลตลอดในช่วงของการทำวิจัย

ขั้นที่ 3 การจดบันทึกและการทำดัชนีข้อมูล ผู้ศึกษายึดหลักของไมล์และอูเบอร์แมน (ชาย โพธิสิตา. 2554: 337-350; อ้างอิงจาก Miles; & Huberman. 1994) มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1) การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) เป็นกระบวนการคัดเลือกการทำให้ข้อมูลอยู่ในรูปที่เข้าใจง่าย ย่อความ และแปลงข้อมูลดิบให้พร้อมสำหรับนำไปใช้ในขั้นตอนต่อไป โดยจัดระเบียบข้อมูลทางกายภาพของข้อมูล โดยเมื่อได้ข้อมูลที่เพียงพอจึงถอดข้อมูลจากเทปบันทึกเสียง การจดบันทึกแล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ทางกายภาพเพื่อความสะดวกต่อการค้นหา ซึ่งกระบวนการนี้เป็นการลดทอนข้อมูลให้เล็กลง (Data reduction) สะดวกต่อการวิเคราะห์โดยยึดตามกรอบแนวคิดในการศึกษาโดยใช้วิธีการกำหนดรหัสข้อมูล (Coding) เป็นตัวเลขแทนความหมายต่าง ๆ หลังจากนั้นเป็นขั้นตอนของการค้นหาความหมายที่ปรากฏอยู่ในข้อความนั้น ๆ ที่ตรงประเด็นที่เราต้องการศึกษา และเพื่อให้สะดวกต่อการตรวจสอบข้อมูลว่าครบถ้วนและเพียงพอหรือไม่

2) การแสดงข้อมูล (Data display) เป็นการนำเอาหน่วยข้อมูลที่เราแตกออกมาเป็นส่วนย่อย ๆ และให้รหัสข้อมูลเรียบร้อยแล้วมาจัดกลุ่มเข้าด้วยกัน (Reassembling) เป็นกลุ่ม ๆ โดยใช้ประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้เพื่อการจัดกลุ่มข้อมูล แต่ก็มีการปรับปรุงประเด็นตามข้อมูลที่ได้อยู่เสมอ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้ง่ายต่อสื่อสารให้ผู้อ่านเข้าใจและเพื่อสะดวกในการอ่านเพื่อหาความหมายและหาข้อสรุปต่อไป

3) การหาข้อสรุป ผู้วิจัยตีความและตรวจสอบความถูกต้องตรงประเด็นของผลการวิจัย (Conclusion, interpretation and verification) ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการหาข้อสรุปและการตีความหมายของผลข้อค้นพบที่ได้จากการแสดงข้อมูล รวมถึงการตรวจสอบว่าข้อสรุป/ความหมายที่ได้นั้นมีความถูกต้องตรงประเด็นและน่าเชื่อถือเพียงใด โดยเขียนประโยคซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าเป็นลักษณะหรือความเชื่อมโยงของข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อสรุปชั่วคราวแล้วกำจัดข้อมูลที่เห็นว่าไม่เกี่ยวข้องออกไป

ขั้นที่ 4 การสร้างบทสรุป ในขั้นนี้ผู้วิจัยนำข้อสรุปย่อย ๆ มาเชื่อมโยงเพื่อให้เป็นบทสรุปซึ่งตอบปัญหาของการวิจัย โดยการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อสรุปย่อย ๆ เข้าด้วยกัน แล้วนำไปเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามโดยใช้สถิติ ดังนี้

การวิเคราะห์เชิงพรรณนา

- ข้อมูลลักษณะบุคคลของตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสถานะในชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยความถี่และร้อยละ

- ข้อมูลผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) ขนาดรอบเอว ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ข้อมูลพฤติกรรมเชิงป้องกัน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

- ข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพและระดับการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-Test และ Wilcoxon signed-rank test

เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired Sample t-Test และ Wilcoxon signed-rank test

จริยธรรมการวิจัย (Research Ethics) ระบุเลขรหัสรับรองการวิจัยมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนระดับจังหวัด จังหวัดสงขลา หมายเลขรับรอง 120/2568 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายถึงวัยสูงอายุ และมีบทบาทในชุมชนในฐานะสมาชิกทั่วไปกลุ่มเสี่ยง รองลงมาคืออาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงการมีฐานกำลังหลักของการดำเนินกิจกรรมสุขภาพอยู่ในระดับชุมชนอย่างแท้จริง

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	126	31.5
หญิง	274	68.5
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 39 ปี	39	9.8
40 – 49 ปี	102	25.5
50 – 59 ปี	149	37.3
≥60 ปี	110	27.5
อาชีพ		
เกษตรกร	70	17.5
ค้าขาย	94	23.5
รับจ้างทั่วไป	157	39.3
ข้าราชการ	31	7.8
ว่างงาน	48	12.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	31	7.8
ประถม	141	35.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	165	41.3
ปวส./อุดมศึกษา	63	15.8

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	118	29.5
5,001 – 10,000 บาท	188	47.0
มากกว่า 10,001 บาท	94	23.5
สถานะในชุมชน		
อสม./แกนนำสุขภาพ	94	23.5
ผู้นำชุมชน/กรรมการชุมชน	63	15.8
ผู้สูงอายุ	47	11.8
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	78	19.5
สมาชิกทั่วไปกลุ่มเสี่ยง	118	29.5
รวม	**400**	**100.0**

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 400)

ตัวแปร (คะแนน 1–5)	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)	Mean difference	t	p	Cohen's d
การรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy)	3.08±0.52	3.78±0.49	0.70	25.80	<.001	1.29
การควบคุมตนเอง (Self-control)	2.96±0.50	3.52±0.51	0.56	20.60	<.001	1.03
การดูแลสุขภาพตนเอง (Self-care)	2.90±0.55	3.60±0.53	0.70	24.20	<.001	1.21

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน ระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้าน (การรับรู้ความสามารถตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ทั้ง 3 ด้าน โดยมีค่า Effect size ของสถิติทดสอบในระดับสูง (Cohen's d > 1.00) และพบว่า ผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถตนเองและการดูแลสุขภาพตนเองมีค่ามากกว่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของการควบคุมตนเอง แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่พัฒนาขึ้นจากการวิจัยนี้สามารถกระตุ้นให้พฤติกรรมสุขภาพทั้ง 3 ด้านดีขึ้น โดยเฉพาะการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยนำ (Disposing factors) ที่สำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ในขณะที่การควบคุมตนเองจะเป็นปัจจัยที่ทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ซึ่งจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลให้โอกาสในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ลดลง

3. การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 400)

ตัวชี้วัดทางสุขภาพ	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)	Mean difference	t	p
BMI (กก./ม²)	27.4±3.2	26.6±3.1	-0.8	-11.60	<.001
รอบเอว (ซม.)	92.3±9.8	89.7±9.5	-2.6	-11.20	<.001
SBP (มม. ปรอท)	134.6±7.8	128.9±7.4	-5.7	-15.00	<.001
DBP (มม. ปรอท)	86.8±6.2	82.9±6.0	-3.9	-13.80	<.001
FCBG (มก./ดล.)	112.4±9.6	104.7±9.2	-7.7	-17.20	<.001

จากตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน (ตารางที่ 3) พบว่าค่าตัวชี้วัดทางสุขภาพทุกตัวมีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยเฉพาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วขณะอดอาหาร (FCBG) และความดันโลหิต ซึ่งมีค่าความแตกต่างเฉลี่ยและค่าสถิติทดสอบอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถส่งผลต่อการลดความเสี่ยงด้านเมแทบอลิกและสรีรวิทยาในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน

ตารางที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ (n = 400)

รายการประเมิน	Mean±SD	ระดับ
1. ชุมชนของท่านมีการเข้าร่วมวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือไม่	3.82±0.64	มาก
2. ชุมชนมีบทบาทในการตัดสินใจร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ	3.71±0.66	มาก
3. สมาชิกชุมชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นต่อกิจกรรมสุขภาพ	3.65±0.70	มาก
4. ชุมชนมีการใช้ข้อมูลท้องถิ่นในการกำหนดปัญหา	3.58±0.69	ปานกลาง–มาก
5. ชุมชนมีการติดตามและประเมินผลกิจกรรมสุขภาพที่ตนเองมีส่วนร่วม	3.46±0.72	ปานกลาง
6. ชุมชนของท่านมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพกับประชาชนอย่างทั่วถึงหรือไม่	3.74±0.63	มาก
7. ชุมชนของท่านมีการระดมทรัพยากร (คน เงิน วัสดุ) เพื่อกิจกรรมสุขภาพหรือไม่	3.40±0.75	ปานกลาง
8. สมาชิกชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพที่จัดโดยหน่วยงานในพื้นที่หรือไม่	3.68±0.67	มาก
9. ชุมชนมีการแต่งตั้งหรือสนับสนุนแกนนำด้านสุขภาพภายในชุมชนหรือไม่	3.80±0.61	มาก
10. ชุมชนของท่านมีการประชุมเพื่อหารือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและแนวทางแก้ไขหรือไม่	3.77±0.65	มาก

จากตารางที่ 4 ผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนจากแบบสอบถาม 10 ข้อ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน (ตารางที่ 4) สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมีศักยภาพด้านการมีส่วนร่วมค่อนข้างสูงในหลายมิติ โดยเฉพาะมิติด้านการเข้าร่วมวางแผนกิจกรรมสุขภาพและการสนับสนุนบทบาทแกนนำสุขภาพ ซึ่งชี้ว่าชุมชนมีโครงสร้างและกลไกการทำงานด้านสุขภาพที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ผลคะแนนในระดับมากของการร่วมวางแผน การร่วมตัดสินใจ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการประชุม

หารือปัญหาสุขภาพ สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนมี “พื้นที่กลาง” (shared space) สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสะท้อนปัญหา และการตัดสินใจร่วมกันของภาคีที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรม

5. พฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ระดับพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 400)

รายการประเมิน	Mean±SD	ระดับ
1. ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์	3.42±0.78	ปานกลาง
2. การรับประทานผักและผลไม้	3.68±0.71	มาก
3. การตรวจสุขภาพประจำปี	3.21±0.83	ปานกลาง
4. การควบคุมน้ำหนัก/ระดับน้ำตาล	3.35±0.76	ปานกลาง
5. การไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์	4.12±0.65	มาก
6. การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ (ไม่น้อยกว่า 6–8 ชั่วโมง)	3.54±0.72	ปานกลาง–มาก
7. การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลหรือไขมันสูง	3.18±0.80	ปานกลาง
8. การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ	4.25±0.58	มาก
9. การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน	3.47±0.74	ปานกลาง
10. การบริหารจัดการความเครียดหรืออารมณ์ในชีวิตประจำวัน	3.33±0.77	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 ผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันรายข้อในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน (ตารางที่ 5) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านการไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การล้างมือ อยู่ในระดับมาก สะท้อนพฤติกรรมพื้นฐานด้านสุขภาพที่ดีซึ่งได้รับอิทธิพลจากทั้งความรู้ ทัศนคติ และบรรทัดฐานทางสังคมในชุมชน ขณะที่พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพประจำปี การหลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม การควบคุมน้ำหนัก/ระดับน้ำตาลในเลือด และการบริหารจัดการความเครียดยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมทางสังคม โครงสร้างกิจกรรม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

6. ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ การสนทนากลุ่ม และการสังเกตุเกี่ยวกับบทบาทเกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานสุขภาพในระดับชุมชน ได้สะท้อนมุมมอง ประสบการณ์และการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน ข้อมูลเชิงคุณภาพดังกล่าวทำหน้าที่เสริมและอธิบายผลการวิจัยเชิงปริมาณ โดยช่วยขยายความเข้าใจเกี่ยวกับกลไก กระบวนการ และเงื่อนไขที่เอื้อต่อการเกิดการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย ตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องและความยั่งยืนของการดำเนินงานด้านสุขภาพในบริบทพื้นที่จังหวัดสงขลา ซึ่งสรุปประเด็นสาระสำคัญได้ 5 ประเด็น ดังนี้

6.1 การมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะกลไกการขับเคลื่อนสุขภาพ

การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่หน่วยงานหรือผู้นำกำหนดไว้ล่วงหน้า หากแต่ครอบคลุมถึงการร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ปัญหา ร่วมวางแผน และร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับทิศทางการดำเนินงานด้านสุขภาพในระดับพื้นที่

6.2 บทบาทของผู้นำและแกนนำสุขภาพ

ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และองค์ความรู้จากหน่วยงานภายนอกไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่

6.3 ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและทรัพยากร

ข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และการขาดระบบติดตามประเมินผลที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ข้อจำกัดเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

6.4 การสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจระหว่างภาคี

การสื่อสารที่ชัดเจน สม่ำเสมอ และต่อเนื่องระหว่างชุมชน หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษา ถูกระบุว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือและความไว้วางใจระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้อง

6.5 เงื่อนไขของความยั่งยืนของรูปแบบการมีส่วนร่วม

ความยั่งยืนเป็นผลมาจากการบูรณาการกลไกหลายระดับที่ทำงานเกื้อหนุนกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระดับบุคคล ระดับชุมชน และระดับโครงสร้าง ได้แก่ การมีช่องทางรับฟังความคิดเห็นที่หลากหลายและต่อเนื่อง ซึ่งเปิดโอกาสให้ประชาชนได้สะท้อนปัญหา ความต้องการ และประสบการณ์จริง การทำงานร่วมกับภาคีภายนอกในลักษณะเครือข่ายที่เอื้อต่อการสนับสนุนองค์ความรู้ ทรัพยากร และการเสริมพลังเชิงเทคนิค

7. การสังเคราะห์ผลการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสังเคราะห์ผลการวิจัยที่ได้จากตารางที่ 1–5 ซึ่งใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ จำนวน 400 คน สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงกระบวนการได้อย่างมีความมั่นคงทางสถิติและเชิงสาธารณสุขว่า “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ทำหน้าที่เป็นกลไกต้นน้ำ ที่เชื่อมโยงบริบทชุมชนไปสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันและผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบกลไกการมีส่วนร่วมดังกล่าวส่งผ่านอิทธิพลไปยัง “ศักยภาพของบุคคล” ซึ่งสะท้อนจากผลการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง (ตารางที่ 2) โดยขนาดอิทธิพลที่อยู่ในระดับสูงร่วมกับจำนวนตัวอย่างที่มาก ชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างศักยภาพดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในประชากรกลุ่มเสี่ยง และทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญระหว่างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันเมื่อเชื่อมโยงกับผลการวิจัยเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบว่ากลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในระดับความคิด ทัศนคติ และการปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพของตนเองมากขึ้น เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหา (ownership) และมีแรงจูงใจภายในในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ บทบาทของผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นการมีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกัน และเสริมแรงทางสังคม (social support) ให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้ง กระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การจัดเวทีประชาคม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการร่วมวางแผนกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ช่วยให้ผู้เข้าร่วมสามารถเชื่อมโยงความรู้สู่การปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น เกิดการเรียนรู้แบบมีความหมาย (meaningful learning) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่ยั่งยืน

ดังนั้น ผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจึงสนับสนุนไปในทิศทางเดียวกันว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนไม่เพียงแต่ส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพของบุคคลเท่านั้น แต่ยังเป็นปัจจัยเชิงกระบวนการที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอย่างยั่งยืน ผ่านกลไกด้านการเรียนรู้ร่วมกัน การเสริมพลัง (empowerment) และการสนับสนุนทางสังคมในระดับชุมชน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบริบท ระดับบุคคล และระดับผลลัพธ์สุขภาพ เมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลจากตารางที่ 1–5 ซึ่งอาศัยกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่จำนวน 400 คน ผลการวิจัยจึงมีความมั่นคงทั้งในเชิงสถิติและเชิงสาธารณสุข และช่วยยืนยันบทบาทของการมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะกลไกต้นน้ำ ของการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based) ที่มองว่าชุมชนไม่เพียงเป็นพื้นที่ดำเนินกิจกรรม แต่เป็น “กลไกเชิงระบบ” ที่มีบทบาทในการกำหนดปัจจัยแวดล้อมทางสังคม บรรทัดฐานสุขภาพ และกระบวนการเรียนรู้ร่วมของประชาชน งานวิจัยนานาชาติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาเน้นย้ำว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในระดับการวางแผน การตัดสินใจ และการดำเนินงาน ช่วยเพิ่มความเหมาะสมของมาตรการสุขภาพกับบริบทพื้นที่ เสริมสร้างความเป็นเจ้าของของชุมชน และเอื้อต่อความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Phulkerd et al., 2021; Suphanchaimat et al., 2023) ขณะเดียวกัน รายงานขององค์การอนามัยโลกชี้ว่าการขับเคลื่อนการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในศตวรรษที่ 21 จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในฐานะกลไกต้นน้ำที่เชื่อมโยงนโยบาย ระบบบริการสุขภาพ และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของประชาชนอย่างบูรณาการ (World Health Organization, 2023)

ในระดับบริบทและโครงสร้างประชากร (ตารางที่ 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยกลางคนถึงสูงอายุ และมีข้อจำกัดด้านรายได้และอาชีพ ซึ่งเป็นลักษณะร่วมของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนไทย ผลดังกล่าวสนับสนุนข้อเสนอเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติว่า การออกแบบโปรแกรมสุขภาพไม่สามารถพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้เชิงวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้กิจกรรมสุขภาพสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ความพร้อม และข้อจำกัดเชิงเศรษฐกิจ–สังคมของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kanchanachitra et al. (2020) และ Nugent et al. (2022) ที่ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เป็นตัวกำหนดสำคัญต่อความสามารถของประชาชนในการนำพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ในระดับบุคคล ผลการเพิ่มขึ้นของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลสุขภาพตนเอง (ตารางที่ 2) ที่มีนัยสำคัญทางสถิติและมีขนาดอิทธิพลในระดับสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงประจักษ์ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่เอื้อต่อการเริ่มต้นและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันในชีวิตประจำวัน งานวิจัยเชิงประจักษ์หลายฉบับรายงานในทิศทางเดียวกันว่า การมีส่วนร่วมเชิงรุกของประชาชนช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในการจัดการพฤติกรรมสุขภาพ ลดความรู้สึกพึ่งพิงระบบบริการเพียงฝ่ายเดียว และส่งเสริมการเป็นเจ้าของกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน (Chamaratana et al., 2021; Kongsri et al., 2022; Kazdin, 2021) งานวิจัยชี้ว่าการผสานการเสริมสร้างแรงจูงใจรายบุคคลเข้ากับกลไกสนับสนุนเชิงโครงสร้างดังกล่าว จะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและลดอัตราการเลิกปฏิบัติในระยะยาว (Delos Santos et al., 2020; Sangsupata et al., 2022)

ผลการประเมินระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน (ตารางที่ 4) ชี้ให้เห็นว่ามิติการร่วมวางแผน การร่วมตัดสินใจ การสื่อสารข้อมูล และการสนับสนุนบทบาทแกนนำสุขภาพอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินไปได้อย่างสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชาชนในพื้นที่ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่รายงานว่าชุมชนที่มีโครงสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน มีบทบาทของ

แกนนำสุขภาพ และมีการสื่อสารภายในที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิผลและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน (Phulkerd et al., 2021; Suphanchaimat et al., 2023) พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องอาศัยการติดตามซ้ำและการลงทุนด้านทรัพยากร เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพประจำปี และการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ Thongnopakun et al. (2023) ที่ชี้ว่าการขาดระบบติดตามและทรัพยากรสนับสนุนอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจัยจำกัดสำคัญต่อความยั่งยืนของโปรแกรมสุขภาพชุมชน และชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างมิติการมีส่วนร่วมด้านการติดตามและการระดมทรัพยากร เป็นเงื่อนไขสำคัญในการต่อยอดความสำเร็จของการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ในระดับผลลัพธ์สุขภาพ (ตารางที่ 3) การลดลงของดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ NCD Risk Factor Collaboration (2021) และ International Diabetes Federation (2021) ที่ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพฤติกรรมในระยะต้น เช่น การควบคุมน้ำหนัก การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง การปรับรูปแบบการบริโภคอาหาร และการควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิต สามารถชะลอการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญในระยะยาว รายงานดังกล่าวเน้นว่าการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงก่อนเกิดโรค แม้จะปรากฏเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงตัวเลขในระดับบุคคลเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง แต่เมื่อขยายผลไปสู่ระดับประชากรจำนวนมาก จะก่อให้เกิดการลดอุบัติการณ์ของโรค ลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของระบบสาธารณสุขโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนความหมายเชิงสาธารณสุข (public health significance) ของการดำเนินมาตรการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชน

โดยสรุป การอภิปรายผลจากข้อมูลตารางที่ 1–5 สนับสนุนอย่างชัดเจนว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนทำหน้าที่เป็นกลไกต้นน้ำที่เชื่อมโยงบริบทชุมชนไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพของบุคคล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน และการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเป็นระบบ การใช้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ยังช่วยเสริมความเชื่อมั่นว่าแนวโน้มความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พบในงานวิจัยนี้ มีความเป็นไปได้ในการขยายผลสู่บริบทชุมชนอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยเฉพาะพื้นที่ที่เผชิญปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชน และสามารถนำไปใช้เป็นฐานเชิงแนวคิดสำหรับการออกแบบนโยบายและโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันในระยะยาว

การวิจารณ์ผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้จะแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันอย่างชัดเจน ทั้งในด้านศักยภาพของบุคคลและผลลัพธ์ทางสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังมีประเด็นที่ควรพิจารณาเชิงวิพากษ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่รอบด้านมากยิ่งขึ้น

ประการแรก ในด้านการออกแบบการวิจัย แม้ว่าการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) จะเอื้อต่อการพัฒนาองค์ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทจริงของชุมชน แต่การขาดกลุ่มควบคุม (control group) อาจทำให้ไม่สามารถแยกอิทธิพลของปัจจัยภายนอก เช่น นโยบายสาธารณะ กระแสสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงตามช่วงเวลา ออกจากผลของโปรแกรมได้อย่างชัดเจน ดังนั้น การตีความผลลัพธ์ควรพิจารณาในบริบทของข้อจำกัดดังกล่าวร่วมด้วย

ประการที่สอง แม้ว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนจะช่วยเพิ่มความมั่นคงทางสถิติและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย แต่การดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ (จังหวัดสงขลา) อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงทั่วไป (generalizability) ไปยังบริบทพื้นที่อื่นที่มีความแตกต่างด้านสังคม วัฒนธรรม และระบบบริการสุขภาพ

ประการที่สาม การประเมินพฤติกรรมสุขภาพส่วนหนึ่งอาศัยข้อมูลแบบรายงานตนเอง (self-reported data) ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากอคติ เช่น social desirability bias หรือ recall bias ทำให้ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอาจสูงกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตาม การใช้ข้อมูลเชิงวัตถุ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด มาช่วยยืนยันผลลัพธ์ ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบในระดับหนึ่ง

ประการที่สี่ แม้ว่าผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมและตัวชี้วัดสุขภาพจะมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่การศึกษาครั้งนี้ยังเป็นการประเมินผลในระยะสั้นถึงปานกลาง จึงยังไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนถึงความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประการที่ห้า ในมิติของการมีส่วนร่วมของชุมชน แม้ว่าจะพบว่ามีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีบางองค์ประกอบ เช่น การติดตามต่อเนื่องและการระดมทรัพยากร ที่ยังมีข้อจำกัด ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องและการขยายผลของโปรแกรมในระยะยาว

การนำผลการวิจัยไปใช้

งานวิจัยครั้งนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ระบบบริการสาธารณสุข และเชิงวิชาการ โดยช่วยลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เสริมสร้างศักยภาพชุมชน และพัฒนารูปแบบการให้บริการวิชาการที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวางและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง
2. ควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรและนโยบายเพื่อเสริมสร้างบทบาทผู้นำนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเทศไทย ปี 2565*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

จิราพร ศรีบุญเรือง, และคณะ. (2565). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมโรคเบาหวานในระดับตำบล. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์*, *15*(1), 55–66.

ทัศนีย์ เกิดวงษ์, และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, *39*(4), 81–94.

บุญมี พรมบุตร. (2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, *18*(3), 125–134.

รัตนา โกศัยสุข. (2564). บทบาทของอสม. กับการส่งเสริมสุขภาพชุมชนในยุคโรคไม่ติดต่อ. *วารสารสุขภาพชุมชน*, *44*(2), 97–106.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2564). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: IHPP.

สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2566). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 1(13)*.

ศิริราชพยาบาล. (2565). รายงานภาระโรค NCDs ต่อระบบสุขภาพของไทย. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2565). *รายงานการประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อระบบสุขภาพปฐมภูมิ*. นนทบุรี: สวรส.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย พ.ศ. 2564*. นนทบุรี: สวรส.

Chamaratana, T., Wongtada, N., & Phothising, S. (2021). Participatory action research for health promotion in rural Thai communities. *Journal of Community Health Research*, *10*(3), 215–228.

Delos Santos, J. A., Dizon, L. B., & Martinez, C. R. (2020). Community-based participatory approach for lifestyle modification in Filipino urban communities. *Asia Pacific Journal of Public Health*, *32*(6-7), 299–306.

Health Intervention and Technology Assessment Program. (2022). *Policy evaluation of noncommunicable disease prevention strategies in Thailand*. HITAP.

Hitap. (2022). *Policy and system research for sustainable prevention of NCDs*. Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP).

International Diabetes Federation. (2021). *IDF Diabetes Atlas* (10th ed.). https://diabetesatlas.org

Kanchanachitra, C., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2020). The role of community engagement in strengthening primary health care in Thailand. *Public Health Reports*, *135*(1_suppl), 66S–73S.

Kanchanachitra, C., Tangcharoensathien, V., & Phulkerd, S. (2020). Community health systems and noncommunicable disease prevention in Thailand. *Health Systems & Reform, 6*(2), e1746843.

Kazdin, A. E. (2021). *Behavior modification in applied settings* (7th ed.). Waveland Press.

Kongsri, S., Suphanchaimat, R., & Limwattananon, S. (2022). Role of community health volunteers in lifestyle modification for noncommunicable disease risk groups. *BMC Public Health, 22*(1), Article 12651.

Kongsri, S., Suriyawongpaisal, P., & Seneerattanaprayul, S. (2022). Community surveillance and participatory health interventions for reducing NCD risk. *Journal of Health Systems Research*, *16*(2), 145–156.

NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2021). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet, 398*(10304), 123–135.

Nugent, R., Bertram, M. Y., Jan, S., & Niessen, L. W. (2022). Investing in non-communicable disease prevention and control. *The Lancet*, *399*(10341), 2152–2161.

Phulkerd, S., Vandevijvere, S., & Lawrence, M. (2021). Advancing community participation in public health policy through health impact assessments in Thailand. *Health Promotion International*, *36*(3), 634–644.

Sangsupata, P., Charoenkitkarn, C., & Yodthong, N. (2022). Community dialogue for chronic disease management: A model for Thailand's primary care. *Journal Community Health*, *45*(2), 113–122.

Sriramatr, S., Nualnetr, N., & Prasertcharoensuk, T. (2021). Group coaching for behavioral change among Thai diabetics: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral Health*, *10*(1), 44–52.

Suphanchaimat, R., Wisaijohn, T., & Pudpong, N. (2023). Enhancing health equity through participatory health policy development in rural Thailand. *BMC Public Health*, *23*(1), 1221.

Thongnopakun, S., Kanlayanaphotporn, S., & Panyasai, M. (2023). Integrating CBT in community-based health programs to reduce hypertension risk. *Journal of Community Mental Health*, *59*(3), 287–295.

World Health Organization. (2023). *Noncommunicable diseases: Key facts*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases