

รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง ในชุมชนตำบลหัวป่า

สุนันทา เอมน้อย พย.ม.¹, จุฑามาศ กันนุช พย.ม.²

มนพร ชาติขันธ์ Ph.D.^{3*}, ดวงนภา บุญส่ง พย.ม.³

วนิดา โคตะคาม วท.บ.⁴, ระวีพันธ์ ธัชศิริรักษ์กุล พย.ม.³

อนันต์ศักดิ์ วงศ์กำแหง วศ.ม.⁴, สุภางค์พิมพ์ รัตตสัมพันธ์ ปร.ด.³

¹ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี

² โรงพยาบาลสิงห์บุรี

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

⁴ วิทยาลัยวิศวกรรมชีวการแพทย์ มหาวิทยาลัยรังสิต

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็ง (เต้านม ปากมดลูก และลำไส้ใหญ่) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ การจัดการสุขภาพโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัย “การมีส่วนร่วมของชุมชน” ตามแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ที่เน้นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งในตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมวิธี (mixed-methods) ภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมตามวงจร PAOR: Planning–Action–Observation–Reflection กลุ่มเป้าหมายคือประชาชน 700 รายในตำบลหัวป่า เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพและผลคัดกรองโรคเรื้อรัง และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4 หมู่บ้าน จำนวน 15 ราย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบไคสแควร์ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนามีองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน ได้แก่ (1) การประสานงานของภาคีสุขภาพในระดับตำบล ผ่านเวทีร่วมวางแผนและทบทวนผล (2) การเสริมพลังประชาชน โดยเน้นความรู้ ทักษะการดูแลตนเอง และกิจกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ (3) ระบบติดตามสุขภาพด้วยเทคโนโลยี Smart อสม. เพื่อสนับสนุนข้อมูลและการติดตามกลุ่มเสี่ยง ภายหลังดำเนินการอัตราการคัดกรองความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 70.3% เป็น 77.2% และเบาหวานเพิ่มจาก 70.1% เป็น 80.9% ($p < 0.05$) ผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมมีโอกาสพบผลคัดกรองปกติสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่า การมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ช่วยเสริม “ความรับผิดชอบร่วมของชุมชน” และทำให้ระบบบริการเชิงรุกมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผลการศึกษาสรุปว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองลดพฤติกรรมเสี่ยง และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ข้อเสนอแนะคือควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขต่อเนื่อง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลสนับสนุนข้อมูล และบูรณาการรูปแบบนี้สู่แผนนโยบายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อสร้างความยั่งยืนและขยายผลสู่พื้นที่อื่น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน, การคัดกรองโรคเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคมะเร็ง, อาสาสมัครสาธารณสุข

Community Participation in Chronic Disease Management: Development of a Local Model for Hypertension, Diabetes, and Cancer Care in Hua Pa Subdistrict

Sununta Aimnoi MNS.¹, Jutamas Kannuch MNS.²

Manaporn Chatchumni Ph.D.^{3*}, Duangnapha Bunsong MNS.³

Wanida Khotakham M.Sc.⁴, Ravinan Thatsiriniratkul MNS.³

Anantasak Wongkamhang M.Eng⁴, Suphangphim Rattasumpun, Ph.D.³

¹ Hua Pa of Sub-district Health Promoting Hospital

² Singburi Hospital

³ School of Nursing, Rangsit University

⁴ College of Biomedical Engineering, Rangsit University

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs), including hypertension, diabetes, and cancers (breast, cervical, and colorectal), remain major public health challenges in Thailand. Sustainable management of chronic diseases requires strong community participation, consistent with the Chronic Care Model (CCM), which emphasizes coordinated action among local health stakeholders. This study aimed to develop and evaluate a community participation model for managing hypertension, diabetes, and selected cancers in Hua Pa Subdistrict, Sing Buri Province. A mixed-methods design was employed within a participatory action research framework, following the PAOR cycle: Planning, Action, Observation, and Reflection. Quantitative data were collected from 700 residents using health behavior questionnaires and chronic disease screening results, while qualitative data were obtained through focus group discussions with 15 village health volunteers (VHVs) from four villages. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and chi-square tests, and qualitative data were analyzed using content analysis.

Findings demonstrated that the model comprised three core components: (1) coordinated mechanisms among local health partners through joint planning and review platforms; (2) empowerment of community members through enhanced health knowledge, self-care skills, and health promotion activities based on the “3E-2S” principles; and (3) a digital health monitoring system using the Smart VHV platform to support data management and follow-up of at-risk individuals. After implementation, the screening rate for hypertension increased from 70.3% to 77.2%, and for diabetes from 70.1% to 80.9% ($p < 0.05$). Individuals with favorable health behaviors were significantly more likely to have normal screening results. Qualitative findings indicated that continuous engagement among community stakeholders fostered a shared sense of responsibility and strengthened proactive primary care services.

In conclusion, the developed community participation model effectively improved screening coverage, reduced health-risk behaviors, and reinforced the primary health care system at the subdistrict level. Ongoing capacity-building for village health volunteers, expanded use of digital tools, and integration of the model into local government health policies are recommended to ensure sustainability and support scale-up to other communities.

Key words: Community participation, Chronic disease screening, Diabetes, Hypertension, Cancer, Village health volunteers

*Corresponding Author: Manaporn Chatchumni

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงสะสมและมีพยาธิสภาพเรื้อรัง¹ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง (เต้านม ปากมดลูก และลำไส้ใหญ่) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ก่อให้เกิดภาระโรคและค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า มากกว่าร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั่วโลกเกิดจากโรค NCDs และในจำนวนนี้ราว 17 ล้านคนอยู่ในช่วงอายุ 30–69 ปี ซึ่งถือเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.7 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 27.8 ในปี 2566² ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไตวายเรื้อรัง อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและระบบสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาว³

แม้ภาครัฐจะมีนโยบายคัดกรองและควบคุมโรคเรื้อรัง แต่ในระดับพื้นที่ยังคงประสบข้อจำกัดหลายด้าน เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ ทรัพยากรจำกัด การเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง และการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่ต่อเนื่อง⁴ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner⁵ ที่ระบุว่าการดูแลโรคเรื้อรังอย่างยั่งยืนต้องอาศัย “ระบบการจัดการแบบบูรณาการ” ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-management support) (2) การออกแบบระบบบริการให้มีความต่อเนื่องและเป็นทีม (Delivery system design) (3) ระบบข้อมูลสุขภาพที่สามารถติดตามและใช้ประกอบการตัดสินใจ (Clinical information systems) (4) การสนับสนุนด้านวิชาการและมาตรฐานการศึกษา (Decision support) (5) การใช้ทรัพยากรและศักยภาพของชุมชนเพื่อเสริมระบบบริการสุขภาพ (Community resources) และ (6) การบริหารจัดการองค์กรสุขภาพให้เอื้อต่อการดูแลระยะยาว (Health system organization) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้าน “การใช้ทรัพยากรชุมชน” และ “การสนับสนุนการดูแลตนเอง” ซึ่งเน้นบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมวางแผน

สนับสนุน และติดตามการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้ประชาชนเกิดความร่วมมือ และสามารถดูแลสุขภาพได้อย่างยั่งยืน^{6,7}

งานวิจัยในประเทศไทยหลายฉบับยืนยันถึงบทบาทของชุมชนในการจัดการโรคเรื้อรัง เช่น การพัฒนาแกนนำสุขภาพในชุมชน⁸ การสร้างแผนสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย⁹ และการบูรณาการองค์ความรู้ท้องถิ่นร่วมกับนโยบายสุขภาพระดับชาติ¹⁰ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังขาดรูปแบบการจัดการที่เป็นระบบในระดับตำบลซึ่งมีข้อจำกัดทั้งด้านงบประมาณและบุคลากรการประยุกต์ใช้แนวคิด Participatory Action Research (PAR) ของ Kemmis และ McTaggart⁹ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) จึงเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการพัฒนา “รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง” ที่ตอบสนองบริบทจริงของพื้นที่ และสามารถนำไปปรับใช้ในระดับระบบสุขภาพท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาและประเมิน “รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรังในตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี” โดยใช้กรอบแนวคิด CCM ผสานกับกระบวนการ PAR เพื่อเสริมสร้างระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ยั่งยืน และขับเคลื่อนด้วยพลังของชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยฉบับนี้พัฒนาจากกระบวนการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart^{9,10} เข้ากับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ (Chronic Care Model: CCM) ของ Wagner^{5,6} เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรังในระดับตำบล โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างบทบาทของชุมชน ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ให้สามารถดำเนินงานร่วมกันได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. กระบวนการ PAR ตามวงจร PAOR และการประยุกต์ใช้ในงานวิจัย กระบวนการวิจัยประยุกต์ใช้วงจร PAR ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การวางแผน ได้มีการศึกษาสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งในชุมชน¹⁻⁴ รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชน จากนั้นประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดแนวทางดำเนินงานและออกแบบกิจกรรมคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่¹⁶⁻¹⁸

การปฏิบัติ ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนด ได้แก่ การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม การจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการติดตามภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำ และบันทึกข้อมูล โดยใช้ระบบดิจิทัล เช่น Smart อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผู้ป่วยและการเก็บข้อมูล^{15,16}

การสังเกต เป็นการติดตามความก้าวหน้าของ การดำเนินงาน ทั้งด้านผลลัพธ์การคัดกรอง พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ระดับการมีส่วนร่วมของภาคี และ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากภาคสนามตามหลักการวิเคราะห์เนื้อหา¹¹ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ใช้ประกอบการประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมที่ดำเนินการ

การสะท้อนผล โดยภาคีทุกฝ่ายร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และ ข้อเสนอแนะที่เกิดขึ้น^{9,10} โดยผลการสะท้อนถูกใช้ในการปรับปรุงรูปแบบและแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ก่อนนำไปทดลองใช้ในรอบถัดไป กระบวนการนี้ช่วยให้รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสมและยอมรับได้ในชุมชน^{19, 20}

2. การเชื่อมโยงกระบวนการ PAR กับองค์ประกอบของ CCM เพื่อให้การจัดการโรคเรื้อรังเป็นระบบและสามารถนำไปใช้ในระบบสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืน งานวิจัยนี้เชื่อมโยงแต่ละขั้นตอนของ PAR เข้ากับองค์ประกอบของ CCM ดังนี้

การวางแผน โดยนำองค์ประกอบ การสนับสนุนเชิงนโยบาย (Health System Organization) มาใช้ในการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และชุมชน ขณะเดียวกัน องค์ประกอบ การใช้ทรัพยากร

และเครือข่ายชุมชน (Community Resources) ช่วยเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเครือข่ายในพื้นที่ให้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนและกำหนดกิจกรรม²³⁻²⁶

การปฏิบัติ องค์ประกอบ การสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management Support) และ การออกแบบระบบบริการ (Delivery System Design) ได้ถูกนำไปใช้ในการจัดกิจกรรมคัดกรอง การให้ความรู้ และการส่งเสริมทักษะสุขภาพของประชาชน รวมถึงการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขตามแนวคิด การสนับสนุนองค์ความรู้ (Decision Support) เพื่อให้การดูแลเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ^{6,7}

การสังเกตและสะท้อนผล ใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ (Clinical Information Systems) ได้แก่ ระบบ Smart อสม. ในการบันทึกข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และสนับสนุนการประเมินผลอย่างเป็นระบบ^{15,16} ช่วยให้การวางแผนและการตัดสินใจมีความแม่นยำและสอดคล้องกับปัญหาที่พบในพื้นที่

ดังนั้นการบูรณาการระหว่าง PAR และ CCM ทำให้เกิดรูปแบบที่มีทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเอื้อต่อการเสริมสร้างศักยภาพชุมชนและการดำเนินงานที่ยั่งยืน²²⁻²⁵

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง ในตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชนในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบผสมวิธี (mixed methods) อยู่ภายใต้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart^{9,10} ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล (PAOR) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลคลินิกก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีโครงสร้างในแต่ละรอบของวงจร PAOR โดยประยุกต์แนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังแบบบูรณาการ

(CCM) เป็นกรอบออกแบบกิจกรรมและการจัดระบบบริการในชุมชน^{5-7, 16-18} โดยใช้ระยะเวลาระหว่างเดือนมีนาคม – ธันวาคม 2568

พื้นที่ศึกษา ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา คือตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี ครอบคลุมจำนวน 4 หมู่บ้าน อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวป่า มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนมาก และมีระบบการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวทางของกรมควบคุมโรค¹⁶⁻¹⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ประชากรเป้าหมาย คือประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในตำบลหัวป่า และเข้าเกณฑ์คัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กลุ่มความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อายุ ≥ 35 ปี กลุ่มมะเร็งปากมดลูก หญิงอายุ 30–59 ปี (HPV DNA test) กลุ่มมะเร็งลำไส้ใหญ่: อายุ 50–70 ปี (FIT test) และกลุ่มมะเร็งเต้านม หญิงอายุ 30–70 ปี

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย อาศัยในตำบลหัวป่า ≥ 6 เดือน มีอายุและเพศตามเกณฑ์โรคเป้าหมายสื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจเข้าร่วมและลงนามในแบบยินยอม

เกณฑ์คัดออก ประกอบด้วย มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือทุพพลภาพจนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือความจำอยู่ระหว่างตั้งครรภ์ และ/หรือปฏิเสธหรือถอนความยินยอม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การเลือกแบบเฉพาะเจาะจงร่วมกับการจัดโควตาตามหมู่บ้านและกลุ่มโรค โดยคำนึงถึงเพศและช่วงอายุให้สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรในพื้นที่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม 700 ราย

2. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ อสม. ผู้นำชุมชน และคณะกรรมการหมู่บ้าน รวม 15 ราย จาก 4 หมู่บ้าน การคัดเลือกใช้แบบเฉพาะเจาะจง และรับเพิ่มแบบ snowball เมื่อจำเป็นเก็บข้อมูลต่อเนื่องจนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation)^{11,12}

เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วย ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพ ≥ 1 ปี เคยเข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองหรือส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สมัครใจและยินยอมให้สัมภาษณ์

ตัวแปรการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ระดับและรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย ได้แก่ การร่วมวางแผน การดำเนินงาน การติดตามประเมินผลและการสื่อสารสาธารณะ

ตามแนวคิด PAR และองค์ประกอบด้านชุมชนของ CCM

ตัวแปรตาม ประกอบด้วย ผลผลิต (output) ประกอบด้วยรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง และผลลัพธ์ (outcome) ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ และตัวชี้วัดคลินิก ประกอบด้วย ความดันโลหิต ระดับน้ำตาล FPG/HbA1c ดัชนีมวลกาย ผล FIT ผล HPV DNA การคัดกรองเต้านม

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้รับการพัฒนาโดยอ้างอิงแนวทางการสร้างเครื่องมือวิจัยทางการแพทย์ของ Polit และ Beck¹⁴ ประกอบด้วย การกำหนดกรอบแนวคิด วิเคราะห์เนื้อหา สร้างข้อคำถาม ตรวจสอบความตรง และทดสอบความเชื่อมั่นตามขั้นตอนมาตรฐาน รายละเอียดดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลประชากรและสุขภาพพื้นฐาน จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมข้อมูลส่วนบุคคล อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วย การใช้บริการสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุมด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ดัดแปลงจากแบบสอบถามของณัฐนิ พงศ์ไพฑูรย์สิน และคณะ²⁷ ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = ไม่เคย/แทบไม่เคย 2 = นานๆ ครั้ง 3 = บางครั้ง 4 = บ่อยครั้ง 5 = เป็นประจำสม่ำเสมอ) คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าตั้งแต่ 20–100 คะแนน การแปลผลคะแนนที่สูงขึ้นสะท้อนว่าผู้ตอบมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องตามหลัก 3 อ. 2 ส. มากขึ้น โดยแบ่งระดับ คือ น้อย (20–44 คะแนน) หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพยังไม่เหมาะสม ต้องการการส่งเสริมอย่างเร่งด่วน ปานกลาง (45–74 คะแนน) หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ควรมีการปรับปรุงบางด้าน และ ดี (75–100 คะแนน) หมายถึงพฤติกรรมสุขภาพเหมาะสมและมีความสม่ำเสมอในหลายมิติ

3) แบบสอบถามความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

(3.1) ส่วนประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ เป็นคำถามแบบถูก-ผิด-ไม่แน่ใจ ให้ 1 คะแนนสำหรับคำตอบที่ถูกต้อง และ 0 คะแนนสำหรับคำตอบผิดหรือไม่แน่ใจ คะแนน

รวมมีช่วง 0-15 คะแนน ผลการประเมินโดยแบ่งระดับ คือ ต่ำ (0-5 คะแนน) ปานกลาง (6-10 คะแนน) และสูง (11-15 คะแนน) คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ระดับความรู้ที่ดีขึ้น วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสถิติ Kuder-Richardson 20 (KR-20)

(3.2) ส่วนประเมินความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ผลการประเมินโดยแบ่งระดับ คือ ต่ำ (10-23 คะแนน) ปานกลาง (24-36 คะแนน) และ สูง (37-50 คะแนน) ซึ่งคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนระดับความตระหนักที่ดีขึ้น

4) แบบวัดการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจของประชาชน จำนวน 12 ข้อ ใช้มาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ (1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด) ครอบคลุม 3 มิติ ได้แก่ ระดับการเข้าร่วมกิจกรรม การรับรู้ประโยชน์และความเหมาะสมของกิจกรรม และความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบที่ดำเนินงาน โดยคะแนนรวมมีช่วง 12-60 คะแนน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (12-27 คะแนน) ปานกลาง (28-44 คะแนน) และสูง (45-60 คะแนน) คะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนระดับการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจที่ดีขึ้น

5) แบบบันทึกข้อมูลคลินิก ใช้สำหรับรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลลัพธ์ของโมเดลการจัดการสุขภาพ ได้แก่ ความดันโลหิต (Blood pressure) ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG/HbA1c) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ผลตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วย FIT ผลตรวจ HPV DNA สำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐาน โดยข้อมูลทั้งหมดดึงจากระบบเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลบริการสุขภาพของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน และรองรับการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างเป็นระบบ

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ

2.1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสัมภาษณ์จัดทำเป็นชุดคำถามครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ บริบทด้านสุขภาพของชุมชน บทบาทของภาคีที่เกี่ยวข้อง กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบ

2.2) แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) พัฒนาโดยอ้างอิงแนวทางของ Krueger และ Casey¹² ใช้ในการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเชิงลึก ระดมความคิดเห็นของภาคี และทบทวนความสอดคล้องขององค์ประกอบรูปแบบฯ

2.3) แบบสังเกตแบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย 18 รายการ ใช้เพื่อประเมินขั้นตอนดำเนินงาน กิจกรรม การสื่อสาร ความเสี่ยง การมีส่วนร่วมของภาคี และการตอบสนองของประชาชนในพื้นที่จริง

2.4) คู่มือภาคสนาม โดยคู่มือกำหนดขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ได้แก่ นิยามตัวแปร วิธีการใช้เครื่องมือ การบันทึกและเข้ารหัสข้อมูล และแนวทางการควบคุมคุณภาพ เพื่อให้ผู้เก็บข้อมูลปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ความตรงเชิงเนื้อหา แบบสอบถามและเครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพชุมชน ระบาดวิทยา และการส่งเสริมสุขภาพ ทำการประเมินความเหมาะสมของแต่ละข้อคำถามและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับข้อ (I-CVI) และในระดับรวม (S-CVI/Ave) ผลการประเมินพบว่า I-CVI อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และ S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ Lynn และ Polit & Beck 14

2) ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดำเนินการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความสม่ำเสมอภายในของแบบสอบถาม ผลการทดสอบ ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ Cronbach's alpha = 0.89 แบบประเมินความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Cronbach's alpha = 0.84 แบบการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ Cronbach's alpha = 0.85 และแบบความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง KR-20 = 0.82 โดยค่าความเชื่อมั่นทั้งหมดมากกว่า 0.70 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ยอมรับได้สำหรับการใช้เก็บข้อมูลภาคสนาม

3) การควบคุมคุณภาพภาคสนาม โดยอุปกรณ์และเครื่องมือคัดกรองได้รับการสอบเทียบก่อนใช้งานทุกครั้ง ผู้เก็บข้อมูลผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีใช้เครื่องมือ การสัมภาษณ์ การบันทึกข้อมูล และข้อปฏิบัติด้านการรักษาความลับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีมาตรฐานและ

ลดความคลาดเคลื่อนจากผู้เก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลตามวงจร PAOR

1) การวางแผน เริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูล สถานการณ์สุขภาพจากฐานข้อมูล HDC/HOSxP ควบคู่กับการจัดประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน และสถาบันการศึกษา เพื่อกำหนดกิจกรรมที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิด CCM และบริบทของตำบลหัวป่า

2) การปฏิบัติ ดำเนินการคัดกรองเชิงรุกและจัดบริการในจุดบริการเคลื่อนที่ อบรม อสม. เพื่อเสริมทักษะที่จำเป็น สนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. และใช้ระบบ Smart อสม. สำหรับติดตามและบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยง

3) การสังเกต เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามและตัวชี้วัดทางคลินิก รวมทั้งใช้แบบสังเกตและบันทึกภาคสนาม เพื่อดูการกระบวนกรดำเนินงานและประเมินระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีในพื้นที่

4) การสะท้อนผล จัดการสนทนากลุ่มร่วมกับสัมภาษณ์เชิงลึกกับภาคีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน ทบทวนอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน และนำเสนอแนะมาปรับปรุงร่างรูปแบบ จนได้รูปแบบที่เหมาะสมกับการใช้จริงในพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทดสอบความแตกต่างก่อนและหลังด้วยไคสแควร์ (Chi-square test) ตามประเภทของตัวแปร ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ตามแนวทางของ Elo และ Kyngäs¹¹ โดยผู้วิจัยจำนวน 2 ราย ทำหน้าที่เข้ารหัสข้อมูลอย่างอิสระก่อนเปรียบเทียบและสรุปสรุปร่วมกัน การตรวจสอบความถูกต้องทำโดยการยืนยันข้อมูลกับผู้ใช้ข้อมูล (member checking) และการใช้หลายแหล่งข้อมูลเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ (triangulation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสิงห์บุรี (เลขที่ SEC 03/2568) ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วม สามารถถอนตัวได้โดยไม่กระทบต่อสิทธิในการรับบริการรักษาพยาบาล ข้อมูลทั้งหมด

ถูกปกปิดชื่อและเก็บรักษาตามมาตรฐานความปลอดภัยของหน่วยบริการสุขภาพ

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ (1) ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรัง และ (2) ผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการของประชาชน รายละเอียดดังนี้

1. ลักษณะประชากรและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 700 ราย เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี และเข้าเกณฑ์การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข การคัดกรองครอบคลุม 5 กลุ่มโรค ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม โดยผู้เข้าเกณฑ์คัดกรองความดันโลหิตสูงจำนวน 579 ราย และเบาหวานจำนวน 620 ราย ส่วนการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ปากมดลูก และเต้านม มีผู้เข้าเกณฑ์ 54, 60 และ 59 ราย ตามลำดับ ทั้งนี้จำนวนผู้เข้าเกณฑ์ในแต่ละโรคไม่เท่ากับจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เนื่องจากบางรายเข้าเกณฑ์มากกว่าหนึ่งโรค และบางรายมีข้อจำกัดในการตรวจเฉพาะบางชนิด ข้อมูลประชากรโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในช่วงอายุ 35–60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน โดยมีอายุเฉลี่ย 57.03 ปี (SD = 15.96) และจำนวนหนึ่งมีโรคประจำตัวหรือประวัติครอบครัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มที่เข้าเกณฑ์คัดกรองความดันโลหิตสูงและเบาหวาน พบว่าส่วนหนึ่งยังขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ขณะที่พฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่พบมากในกลุ่มเพศชาย (ตารางที่ 1) สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. กลไกความร่วมมือของภาคีสุขภาพในพื้นที่ การดำเนินงานตามวงจร PAOR ร่วมกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model ทำให้เกิด “กลไกความร่วมมือของภาคีสุขภาพในพื้นที่” อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะประชากรรายละเอียดอายุ เพศ และพฤติกรรมสุขภาพหลัก โดยรายโรค

รายการ	ความดันโลหิตสูง (n=579)	เบาหวาน (n=620)
เพศ		
หญิง	320 (55.27%)	499 (80.48%)
ชาย	259 (44.73%)	121 (19.52%)
อายุ (ปี)		
35–60 ปี	342 (59.08%)	362 (58.87%)
>60 ปี	237 (40.92%)	258 (41.13%)
Min = 16, Max = 93, Mean =57.03, SD =15.96		
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกายเลย	210 (36.27%)	203 (32.74%)
<3 วัน/สัปดาห์	101 (17.45%)	110 (17.74%)
3–5 วัน/สัปดาห์	88 (15.19%)	103 (16.61%)
ทุกวัน	180 (31.09%)	204 (32.90%)
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	479 (82.73%)	501 (80.81%)
ดื่ม	100 (17.27%)	114 (19.19%)
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	497 (85.84%)	89 (14.35%)
สูบ	82 (14.16%)	530 (85.65%)

2.1 การวางแผนร่วม มีการจัดเวทีประชุมร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. ผู้นำชุมชน และสถาบันการศึกษา เพื่อทบทวนข้อมูลจากฐาน HDC/HOSxP และกำหนดปัญหาเป้าหมายด้านการคัดกรองโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และมะเร็งบางชนิด จากนั้นร่วมกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินงานรายปีเชื่อมโยงกับกองทุนสุขภาพตำบล ตัวอย่างจากการสัมภาษณ์สะท้อนกระบวนการวางแผนร่วมว่า “เมื่อมีข้อมูลจริงมาคุยกัน ทุกฝ่ายรู้สึกว่ามีใช้โครงการของโรงพยาบาลอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของทั้งตำบล” (G1,F45)

2.2 การดำเนินงานร่วม ภาควิชาในพื้นที่ร่วมกันจัดบริการคัดกรองเชิงรุกและจุดบริการเคลื่อนที่ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน พร้อมปรับเวลาให้เหมาะสมกับบริบทประชาชน และสนับสนุนบทบาท อสม. ในการให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ตัวอย่าง

คำให้สัมภาษณ์ของ อสม. ระบุว่า “ก่อนหน้านี้เราวัดความดันอย่างเดียว พอได้อบรมเพิ่มก็อธิบายเรื่องอาหารและการออกกำลังกายกับชาวบ้านได้มากขึ้น” (G3,M55)

2.3 การติดตามและสะท้อนผลร่วมมีการใช้ข้อมูลจากระบบ Smart อสม. ร่วมกับ HOSxP และบันทึกภาคสนาม ในการทบทวนผลการดำเนินงานปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง เพื่อนำไปปรับปรุงการจัดบริการและสื่อสารสุขภาพให้เหมาะสมกับชุมชน ตัวอย่างการสะท้อนผลจากเวทีชุมชนระบุว่า “พอเห็นตัวเลขคัดกรองเพิ่มขึ้นทุกปีชาวบ้านเริ่มรู้สึกว่ามีคือโครงการของหมู่บ้าน เราต้องช่วยกันดูแล” (G2,F60)

โดยภาพรวมพบว่าการดำเนินกิจกรรมตามทุกชั้นของ PAOR และองค์ประกอบ CCM มีความต่อเนื่องและครอบคลุมมากขึ้นตลอดระยะเวลา 3 ปี สะท้อนถึงการยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคีและความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับตำบล (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การจำแนกกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามเกณฑ์คัดเข้าของแต่ละโรคเรื้อรัง

โรค	เกณฑ์คัดเข้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ความดันโลหิตสูง (HT)	อายุ ≥ 35 ปี มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน/อาศัยในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน	579	82.71
เบาหวาน (DM)	อายุ ≥ 35 ปี และไม่มีข้อจำกัดต่อการตรวจ FPG/HbA1c	620	88.57
มะเร็งลำไส้ใหญ่ (CRC-FIT)	อายุ 50–70 ปี ทั้งเพศชายและหญิง	54	7.71
มะเร็งปากมดลูก (HPV DNA)	สตรีอายุ 30–59 ปี	60	8.57
มะเร็งเต้านม	สตรีอายุ 30–70 ปี	59	8.4

ตารางที่ 3 การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตามวงจร PAOR และองค์ประกอบ Chronic Care Model จำแนก รายปี (พ.ศ. 2566–2568)

ขั้นตอน PAR (PAOR)	องค์ประกอบ CCM ที่สอดคล้อง	ลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญ	ร้อยละของ กิจกรรมที่บรรลุ
Planning	Health System Organization	2566: ประชุม อสม. ชี้แจงรูปแบบและวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพ	2566: 70%
	Community Resources	2567: บูรณาการ อบต. และของบกองทุนสุขภาพตำบล	2567: 85%
	Decision Support	2568: อบรมเพิ่มเติมและวางแผนขยายการคัดกรองมะเร็ง	2568: 95%
Action	Delivery System Design	2566: ดำเนินการคัดกรองโดย อสม.	2566: 65%
	Self-Management Support	2567: ร่วมดำเนินงาน อสม.-เจ้าหน้าที่ และเพิ่มเครื่องมือ	2567: 82%
		2568: ครอบคลุมทุกหมู่บ้านขยายสื่อสุขภาพและเปิดบริการนอกเวลาราชการ	2568: 92%
Observation	Clinical Information	2566: บันทึกข้อมูล HDC พื้นฐาน	2566: 60%
	Systems Delivery	2567: ใช้ Smart อสม. และติดตามผลทุก 6 เดือน	2567: 75%
	System	2568: วิเคราะห์แนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพเชื่อมโยงผลทางคลินิก	2568: 88%
Reflection	Community Resources & Linkages Continuous	2566: รายงานผลในที่ประชุมทั่วไป	2566: 55%
		2567: เวทีสะท้อนผลร่วมภาคีและ อบต.	2567: 78%
	Quality Improvement	2568: เวทีสรุปบทเรียนและสังเคราะห์รูปแบบต้นแบบ	2568: 90%

จากตารางที่ 2 ชี้ให้เห็นว่าสัดส่วนกิจกรรมที่บรรลุในทุกองค์ประกอบของ PAOR-CCM เพิ่มขึ้นต่อเนื่องตลอด 3 ปี แสดงถึงการยกระดับการมีส่วนร่วมของภาคี และการจัดการระบบบริการที่มั่นคงขึ้น

3. การเสริมพลังความรู้และทักษะสุขภาพของประชาชน การประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. พบว่า ก่อนดำเนินรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการครบวงจร สัดส่วนของกลุ่มที่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับสูงเพิ่มขึ้นในทุกมิติโดยเด่นชัดในด้านการออกกำลังกายและการจัดการความเครียด ขณะเดียวกันพฤติกรรมการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในบางกลุ่มย่อย (ตารางที่ 3)

ด้านความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมเสริมความรู้ และการสื่อสารสุขภาพของ อสม. สัดส่วนของกลุ่มที่มีคะแนนความรู้และความตระหนักระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างมี

นัยสำคัญโดยผู้ที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูงมีสัดส่วนผลคัดกรองปกติมากกว่ากลุ่มระดับต่ำ-ปานกลาง ($X^2 = 10.82$, $p < 0.01$) สะท้อนบทบาทของการเสริมสร้างความรู้ต่อการดูแลตนเอง ตัวอย่างคำกล่าวของประชาชนระบุว่า “พอฟัง อสม. อธิบายเรื่องความดัน เลยเริ่มมาวัดความดันและปรับอาหารมากขึ้น”

4. ระบบติดตามผลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Smart อสม.) การใช้ระบบ Smart อสม. ร่วมกับฐานข้อมูล HOSxP/HDC ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตสูงเพิ่มจากประมาณร้อยละ 70 ในปี 2566 เป็นมากกว่าร้อยละ 77 ในปี 2568 และการคัดกรองเบาหวานเพิ่มจากประมาณร้อยละ 70 เป็นมากกว่าร้อยละ 80 (ตารางที่ 3) ระบบดังกล่าวช่วยให้สามารถระบุผู้ที่ต้องติดตามซ้ำและผู้ที่ขาดการรับบริการได้ชัดเจน ส่งผลให้ อสม. วางแผนเยี่ยมบ้านและประสาน

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพกับผลการคัดกรองโรคเรื้อรัง (HT และ DM)

พฤติกรรมสุขภาพ	n	พบโรคความดันโลหิตสูง (%)	p-value	พบโรคเบาหวาน (%)	p-value
ออกกำลังกายไม่เพียงพอ	311	33.12	.024	30.55	.026
ออกกำลังกายเพียงพอ (5-7 วัน/สัปดาห์)	268	24.25		22.01	
ดื่มสุรา: ไม่ดื่ม / ดื่ม	479 / 100	10.02 / 48.00	<.001	24.01 / 41.00	<.001
สูบบุหรี่: ไม่สูบ / สูบ	497 / 82	21.13 / 76.83	<.001	22.54 / 74.39	<.001

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ประชาชนที่ได้รับการคัดกรอง)

รายการ	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. ความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.14	0.66	มาก
2. ความมั่นใจต่อ อสม. ในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว	4.14	0.65	มาก
3. ความมั่นใจต่อ อสม. ในการวัดความดันโลหิต	4.18	0.62	มาก
4. การยอมรับคำแนะนำเบื้องต้นจาก อสม.	4.14	0.63	มาก
5. ความสุภาพและความประทับใจในการให้บริการ	4.17	0.65	มาก
6. ความเต็มใจในการเข้ารับบริการ	4.18	0.65	มาก
7. ความภาคภูมิใจใน อสม. ของชุมชน	4.15	0.68	มาก
8. ความเห็นด้วยกับการมีจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน	4.17	0.63	มาก
9. เห็นควรมีจุดคัดกรองสุขภาพในทุกชุมชน	4.21	0.68	มาก
10. ความพึงพอใจโดยรวมต่อโครงการ	4.24	0.64	มาก
รวมเฉลี่ย	4.17	0.65	มาก

ส่งต่อได้ตรงจุด ตัวอย่างจาก อสม. ระบุว่า “ดูรายชื่อจากแอปฯ แล้วรู้เลยว่าใครยังไม่มาตรวจ ทำให้ตามได้ง่ายขึ้น”

จากตารางที่ 3 หลังดำเนินรูปแบบ ประชาชนมีแนวโน้มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น ทั้งด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย การเลือกอาหาร และการจัดการความเครียด

5. ผลการคัดกรองและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับผลการคัดกรอง HT และ DM พบว่ากลุ่มที่ออกกำลังกายเพียงพอ (5-7 วัน/สัปดาห์) มีสัดส่วนการตรวจพบโรคต่ำกว่ากลุ่มออกกำลังกายไม่เพียงพออย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และกลุ่มที่ดื่มสุราและกลุ่มที่สูบบุหรี่มีสัดส่วนการตรวจพบ HT และ DM สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ดื่มและไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ซึ่งผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยง NCDs

และตอกย้ำความจำเป็นของกิจกรรมเสริมสร้างการจัดการตนเอง (self-management support) ในชุมชน (ตารางที่ 4)

จากตารางที่ 4 ระบบข้อมูลสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีช่วยสนับสนุนทั้งการเพิ่มความครอบคลุมของการคัดกรอง และการติดตามต่อเนื่องของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

6. การเข้าถึงบริการและความพึงพอใจต่อรูปแบบ ผลการประเมินความพึงพอใจของประชาชนที่ได้รับการคัดกรองพบว่า อยู่ในระดับ “มาก” ทุกด้าน โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวม 4.17 ± 0.65 จากคะแนนเต็ม 5 (ตารางที่ 5) สะท้อนถึงความเชื่อมั่นในความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข ความสะดวกในการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน และการยอมรับจุดคัดกรองสุขภาพในชุมชน ตัวอย่างเสียงสะท้อนจากประชาชนระบุว่า “มีจุดตรวจในหมู่บ้าน ทำให้ตรวจง่าย ไม่ต้องเดินทางไกล และรู้สึกว่ อสม. ดูแลใกล้ชิดมากขึ้น” แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและเสริมความเชื่อมั่นต่อระบบ

บริการสุขภาพปฐมภูมิ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้สามารถพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพโรคเรื้อรังในตำบลหัวป่าได้อย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบประกอบด้วย 3 กลไกหลัก ได้แก่ (1) ความร่วมมือของภาคีสุขภาพในพื้นที่ผ่านวงจร PAOR (2) การเสริมพลังความรู้และทักษะสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3 อ. 2 ส. และ (3) ระบบติดตามผลด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล Smart อสม. ผลการประเมินชี้ว่ารูปแบบดังกล่าวช่วยเพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง ปรับพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก เพิ่มระดับความรู้และความตระหนักรู้ด้านโรคเรื้อรัง และได้รับความพึงพอใจจากประชาชนในระดับสูง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยทั้งด้านการพัฒนาระบบและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในตำบลหัวป่า จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้กรอบแนวคิด Chronic Care Model (CCM) ของ Wagner และกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) เป็นแนวทางหลัก ผลการศึกษาสามารถอภิปรายได้เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

ประการแรก รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีโครงสร้างการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ประกอบด้วยความร่วมมือของภาคีท้องถิ่น การเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน และระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนผ่าน Smart อสม. องค์ประกอบดังกล่าวสอดคล้องกับ CCM โดยเฉพาะด้าน Community Resources & Linkages, Self-management Support และ Clinical Information Systems ซึ่งช่วยให้ระบบบริการเชิงรุกดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและตรวจสอบได้^{5,15-17}

ประการที่สอง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พฤติกรรมสุขภาพ และผลการคัดกรอง โดยเพศหญิงมีอัตราการเข้ารับการคัดกรองสูงกว่า ขณะที่พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรามีพบมากในเพศชาย และสัมพันธ์กับผลคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ¹⁸⁻²¹ นอกจากนี้กลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายเพียงพอมีผลคัดกรองปกติมากกว่า สนับสนุนแนวคิดการส่งเสริมการดูแลตนเองตาม CCM⁵

ประการที่สาม กระบวนการสะท้อนผลตามวงจร PAR ช่วยให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมและปรับปรุงระบบบริการอย่างต่อเนื่อง เช่น การขยายเวลาคัดกรอง การเพิ่มเครื่องมือ และการพัฒนา ศักยภาพ อสม. ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับหลักการของ PAR ที่เน้น co-learning และความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชน²²⁻²⁴

ประการที่สี่ ผลลัพธ์ของรูปแบบสะท้อนความสำเร็จทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการ โดยความครอบคลุมการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ระดับความรู้และความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังสูงขึ้น และผู้ที่มีความรู้ระดับสูงมีแนวโน้มมีผลคัดกรองปกติมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Health Literacy ของ Nutbeam ที่ชี้ว่าความรู้มีบทบาทต่อการตัดสินใจและพฤติกรรมสุขภาพ²¹

โดยสรุป ผลการศึกษายืนยันว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดพฤติกรรมเสี่ยง และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ผ่านความร่วมมือของ อบต. รพ.สต. อสม. และประชาชน ร่วมกับการใช้เทคโนโลยี Smart อสม. การดำเนินงานตามวงจร PAOR ทำให้ระบบบริการมีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความยั่งยืนในระยะยาวจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการเชิงนโยบาย งบประมาณท้องถิ่น และระบบประเมินผลที่ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน²⁵

ข้อเสนอเชิงนโยบายและการประยุกต์ใช้ผลวิจัย

ผลการศึกษาชี้ว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการปฐมภูมิและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรบูรณาการรูปแบบดังกล่าวเป็นนโยบายสุขภาพระดับตำบล พร้อมจัดสรรงบประมาณอย่างต่อเนื่อง พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข และยกระดับการใช้ระบบ Smart อสม. เป็นฐานข้อมูลสุขภาพหลักของชุมชน เพื่อสนับสนุนการคัดกรองและติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ควรพัฒนากลยุทธ์สุขภาพเชิงรุกสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง โดยเฉพาะเพศชายและวัยแรงงาน ควบคู่กับการจัดตั้งระบบประเมินผลเชิงประจักษ์ในระดับตำบล เพื่อใช้ติดตามผลลัพธ์ ปรับปรุงคุณภาพบริการ และสนับสนุนการขยายผลรูปแบบไปสู่พื้นที่อื่นอย่างเป็นระบบ

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Noncommunicable diseases: Key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Annual epidemiological surveillance report 2023. Nonthaburi: DDC; 2024 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://ddc.moph.go.th>
- Ministry of Public Health. National NCD strategic plan 2022–2026. Nonthaburi: MOPH; 2022 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://ncd.moph.go.th>
- World Bank. The economic burden of non-communicable diseases in Thailand. Washington, DC: World Bank; 2022 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://documents.worldbank.org>
- Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998; 1(1): 2–4.
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288(14): 1775–9. doi: 10.1001/jama.288.14.1775.
- Norris SL, Glasgow RE, Engelgau MM, O'Connor PJ, McCulloch D. Chronic disease management: a definition and systematic approach to implementation. *Dis Manag Health Out* 2003; 11(8): 477–88. doi: 10.2165/00115677-200311080-00001.
- Cornwall A, Jewkes R. What is participatory research? *Soc Sci Med* 1995; 41(12): 1667–76. doi: 10.1016/0277-9536(95)00127-S.
- Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014. doi: 10.1007/978-981-4560-67-2.
- Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(10): 854–7. doi: 10.1136/jech.2004.028662.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Krueger RA, Casey MA. Focus groups: a practical guide for applied research. 5thed. Thousand Oaks (CA): SAGE; 2015.
- Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35(6): 382–5.
- Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489–97. doi: 10.1002/nur.20147
- World Health Organization. Digital health interventions for NCDs prevention and control. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/366224>
- Department of Disease Control. Guidelines for screening and surveillance of chronic non-communicable diseases at the community level. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2023. (in Thai)
- The Committee for the Drafting of the Action Plan for the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases in Thailand (2023–2027). Thailand's 5-year action plan for prevention and control of NCDs (2023–2027). Bangkok: Graffiti & Design Publishing House; 2024. (in Thai)
- Bureau of Non-Communicable Diseases. Operation manual for prevention and control of chronic NCDs based on community: community risk reduction and chronic NCDs(CBI NCDs). Nonthaburi: Motion Art; 2018. (in Thai)
- Phakdeesamai R. Development of a health behavior modification model for the working population: community-based prevention of chronic non-communicable diseases. *Int J Health Environ Educ*. 2023; 8(2): 268–74. (in Thai)
- Chayman C. Development of health literacy skills and health behaviors in the community of community leaders, Ban Khue Health Promoting Hospital, Kalasin Province. *Int J Environ Community Health*.

- 2023; 8(1): 337–45. (in Thai)
21. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promot Int.* 2000; 15(3): 259–67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
22. Siri N, Nak-Ai W. Health promotion and disease prevention model for NCDs among risk groups, Nan Province. *J Public Health* 2022; 31(2): 271–81. (in Thai)
23. Sripothong S, Theerakarn S, Wannaphira V. Development of diabetes and hypertension screening system: community network participation in urban primary care clusters. *Buddhachinaraj Med J* 2020; 37(3): 336–46. (in Thai)
24. Phromphithak S, et al. Developing a participatory community health plan for NCD prevention in Thailand. *Health Promot Int* 2022; 37(6): daac116. doi: 10.1093/heapro/daac116.
25. Rattanathikom K, Somdee T. Integrating local wisdom and national policy for NCD management in primary health care. *J Public Health Manag Pract* 2021; 27(3): 260–8. doi: 10.1097/PHH.0000000000001314
26. Wongchan P, Chotiga P. Community health leaders and chronic disease management in Thai rural settings. *J Community Health* 2021; 46(4): 732–9. doi: 10.1007/s10900-020-00915-8.
27. Phongphaitoonsin N, Nomsiri A, Kongsupon N. Health behaviors and health promotion management guidelines for supporting staff in Faculty of Medicine, Thammasat University. *Thai J Public Health Health Sci* 2020; 3(2): 95–108. (in Thai)