

การประเมินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)” กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ปี 2568

Policy Evaluation of the “Thais Free from Non-Communicable Diseases (NCDs)” Initiative : A Case Study in Chonburi Province, 2025

สมใจ วิริยพงศ์รัตน์

Somjai Wiriyaongrat

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Chonburi Provincial Health Office

Corresponding author: wsomjai2009@hotmail.com

Received: March 22, 2026 Revised: April 29, 2026 Accepted: April 29, 2026

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) remain a major public health challenge, particularly in the Eastern Economic Corridor (EEC) of Thailand, where rapid industrialization, high labor mobility, and lifestyle constraints limit effective health management. Despite the continuous implementation of the “Thais Free from NCDs” policy, there remains a lack of empirical evidence at the local level regarding the gap between service coverage and health outcomes. This study aimed to evaluate the implementation of this policy in Chonburi Province. A Mixed-Research method was employed under a health policy evaluation framework, integrating formative and summative evaluations to examine both implementation processes and outcomes. The study covered 33 subdistricts across 11 districts. Participants included 44 stakeholders and 148 patients. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while qualitative data were analyzed through thematic analysis. The findings revealed that the policy was effectively implemented at the local level, with a shift from hierarchical governance to network-based collaboration, where social capital played a key role in facilitating coordination. However, a critical systemic paradox was identified: despite achieving high service coverage and meeting key performance indicators (100%), population health outcomes did not significantly improve. This reflects a gap between knowledge, attitudes, and health behaviors, alongside limitations in fragmented data systems and service models that do not align with the working lifestyles in industrial areas. These findings suggest that policy success cannot rely solely on increasing service coverage but depends on the system’s capacity to integrate service delivery, population behavior, and health information into meaningful health outcomes. Therefore, proactive and flexible service models-such as after-hours services, workplace-based interventions, and digital health monitoring-should be developed, alongside integrated data systems, to enhance policy effectiveness in the EEC context.

Keywords: Healthy Thais Free from NCDs policy, Health policy evaluation, Healthcare decentralization, Social capital.

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ซึ่งมีลักษณะเศรษฐกิจอุตสาหกรรม การเคลื่อนย้ายแรงงานสูง และวิถีชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ แม้ว่านโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” จะถูกขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในระดับพื้นที่เกี่ยวกับช่องว่างระหว่างความครอบคลุมของบริการและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินนโยบายดังกล่าวในจังหวัดชลบุรี การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Research Method) ภายใต้กรอบการประเมินนโยบายสุขภาพ โดยใช้การประเมินเชิงรูปแบบและเชิงสรุปผล เพื่อวิเคราะห์ทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของนโยบายในจังหวัดชลบุรี ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ตัวอย่าง 33 ตำบลจาก 11 อำเภอ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 44 คน และผู้ป่วย 148 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ผลการศึกษาพบว่า นโยบายสามารถขับเคลื่อนได้จริงในระดับพื้นที่ โดยมีการปรับรูปแบบจากการบริหารแบบลำดับขั้นไปสู่การดำเนินงานผ่านเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งอาศัยทุนทางสังคมเป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการทำงาน อย่างไรก็ตาม พบความย้อนแย้งเชิงระบบที่สำคัญ คือ แม้ตัวชี้วัดด้านความครอบคลุมของบริการจะบรรลุเป้าหมายในระดับสูง (ร้อยละ 100) แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงข้อจำกัดของระบบข้อมูลและรูปแบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่าความสำเร็จของนโยบายไม่ได้ขึ้นอยู่กับการเพิ่มความครอบคลุมของบริการเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการเชื่อมโยงการดำเนินงาน พฤติกรรมประชาชน และข้อมูลสุขภาพให้เกิดผลลัพธ์เชิงสุขภาพอย่างแท้จริง ดังนั้น ควรพัฒนาบริการเชิงรุกที่ยืดหยุ่น เช่น การให้บริการนอกเวลา การจัดการบริการในสถานประกอบการ และการใช้เทคโนโลยีติดตามสุขภาพ ควบคู่กับการพัฒนาระบบข้อมูลแบบบูรณาการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของนโยบายในบริบทพื้นที่ EEC อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: นโยบายคนไทยห่างไกล NCDs, การประเมินนโยบายสุขภาพ, การกระจายอำนาจสาธารณสุข, ทุนทางสังคม

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกที่มีลักษณะการดำเนินโรคนานและสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงหลัก ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นตัวกำหนดสำคัญของการเกิดโรค NCDs^(1,2) โดยมีรายงานว่า การบริโภคโซเดียมเกิน 5 กรัมต่อวันเพิ่มความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่การบริโภคน้ำตาลอิสระเกินร้อยละ 10 ของพลังงานรวมสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคอ้วน นอกจากนี้ การขาดกิจกรรมทางกายเพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 20–30 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่า 8 ล้านคนต่อปี และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายสัมพันธ์กับการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอย่างมีนัยสำคัญ⁽³⁻⁵⁾ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวสะท้อนถึงความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพกับบริบททางเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะในพื้นที่เมืองและเขตเศรษฐกิจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าในปี พ.ศ. 2564 โรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุต่ำกว่า 70 ปี) ถึง 18 ล้านคน โดยกว่าร้อยละ 80 เกิดขึ้นใน

ประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ สะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ⁽⁶⁾ ทั้งนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs รวมกันประมาณร้อยละ 80 ของทั้งหมด⁽⁷⁾

สำหรับประเทศไทย โรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด^(8,9) และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี^(10,11) โดยในระยะที่ผ่านมา ระบบบริการสุขภาพได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ “งานคลินิก NCDs” ซึ่งมุ่งเน้นการวินิจฉัย การรักษา และการควบคุมโรคเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคในระยะยาวยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

เพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในปี พ.ศ. 2567 โดยมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก นำไปสู่การพัฒนาแบบบริการจาก “งานคลินิก NCDs” เดิม สู่ “คลินิกควบคุมและฟื้นฟูโรค (NCDs Remission Clinic)” ซึ่งเน้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสงบของโรค (Remission) ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเข้มข้น การติดตามอย่างต่อเนื่อง และการดูแลแบบสหสาขา

วิชาชีพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีศักยภาพสูงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการแทรกแซงในระยะต้นสามารถเพิ่มโอกาสในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ลดการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาวได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹²⁾

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรที่สูงและข้อจำกัดด้านกำลังคน^(13,14) ระบบข้อมูลสุขภาพที่ยังไม่เชื่อมโยงและไม่สามารถติดตามผลลัพธ์ระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁵⁾ ความไม่ต่อเนื่องของการติดตามผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย^(16,17) และ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง^(18,19) ซึ่งข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่

จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) มีลักษณะเป็นสังคมเมืองอุตสาหกรรมที่มีการเติบโตอย่างรวดเร็ว มีแรงงานเคลื่อนย้ายจำนวนมาก และมีประชากรแฝงสูง ส่งผลให้เกิดความท้าทายในการจัดบริการสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลโรค NCDs ที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องของการรักษาและการติดตามระยะยาว จากข้อมูลตรวจราชการปีงบประมาณ 2565-2567 จังหวัดชลบุรีมีการดำเนินงานคลินิก NCDs อย่างต่อเนื่อง เช่น การประเมินคุณภาพผ่านระบบ NCD Clinic Plus การติดตามตัวชี้วัดผ่าน Health Data Center (HDC) และการขับเคลื่อนการคัดกรองและยืนยันการวินิจฉัยในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคยังมีแนวโน้มท้าทายและระบบบริการยังเน้นการรักษามากกว่าการป้องกันเชิงรุก⁽²⁰⁾

ภายหลังการนำรูปแบบ “คลินิก NCD Remission” มาใช้ ในปี พ.ศ. 2568 พบว่ามีการปรับกระบวนการดำเนินงานไปสู่การดูแลเชิงรุกมากขึ้น เช่น การคัดกรองเชิงรุก การจำแนกกลุ่มผู้ป่วย และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนว่าการดำเนินงานดังกล่าวสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ตามเป้าหมายของนโยบาย และยังมีช่องว่างของการดำเนินงาน

ในหลายขั้นตอนของห่วงโซ่บริการ ตั้งแต่การคัดกรอง การเข้าถึงการรักษา ไปจนถึงการควบคุมโรคในระยะยาว โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่ที่มีความซับซ้อนสูง เช่น จังหวัดชลบุรี ดังนั้น แผนนโยบายระดับประเทศจะเริ่มดำเนินการแล้ว แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์ของนโยบายในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความซับซ้อนเชิงโครงสร้างและประชากรเช่นจังหวัดชลบุรี รวมถึงยังมีช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และความเหมาะสมของรูปแบบบริการใหม่ การศึกษานี้จึงโดยมุ่งวิเคราะห์ทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของนโยบาย รวมถึงปัจจัย

ความสำเร็จ ข้อจำกัดเชิงบริบท และช่องว่างของการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาแนวทางเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติที่เหมาะสมกับพื้นที่ EEC และสามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียงได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): กรณีสืบศึกษาจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2568” โดยมุ่งวิเคราะห์ทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของนโยบาย รวมถึงปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Research Method) ภายใต้กรอบการประเมินนโยบายสุขภาพ โดยบูรณาการการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” ในรูปแบบคลินิก NCD remission ในจังหวัดชลบุรี โดยออกแบบการประเมินเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินเชิงรูปแบบ (Formative evaluation) และการประเมินเชิงสรุปผล (Summative evaluation) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกันเพื่ออธิบายทั้งกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของนโยบายในบริบทพื้นที่จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ศึกษา คือ จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นพื้นที่ในเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (Eastern Economic Corridor: EEC) ที่มีลักษณะบริบทเชิงโครงสร้างซับซ้อน อันเนื่องมาจากการขยายตัวของเมือง การเคลื่อนย้ายแรงงาน และการมีประชากรแฝงจำนวนมาก

การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยกำหนดให้อำเภอทั้ง 11 อำเภอเป็นกรอบพื้นที่ศึกษา จากนั้นพิจารณาเลือกตำบลจากทั้งหมด 92 ตำบล ภายใต้เกณฑ์ ได้แก่ (1) มีการดำเนินงานคลินิก NCDs หรือ NCD Remission อย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) มีข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ครบถ้วน (3) มีผู้ป่วยรายใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และ (4) สมครใจเข้าร่วมการศึกษา ผลการคัดเลือกได้ตำบลตัวอย่าง จำนวน 33 ตำบล (เฉลี่ยอำเภอละประมาณ 3 ตำบล)

การประเมินเชิงรูปแบบ (Formative evaluation)

ใช้ข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบบริการสุขภาพ โดยคัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากพื้นที่ตัวอย่าง รวมจำนวน 12 กลุ่มย่อย จำนวนทั้งสิ้น 44 คน ประกอบด้วย

- (1) ผู้กำหนดนโยบายระดับจังหวัด 4 คน

- (2) ผู้บริหารระดับอำเภอ 4 คน
- (3) ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล 10 คน
- (4) เครือข่ายสุขภาพในชุมชน 8 คน
- (5) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน
- (6) ผู้ป่วยรายใหม่ 8 คน

การประเมินเชิงสรุปผล (Summative evaluation)

ดำเนินการในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวน 148 คน ซึ่งคัดเลือกจากพื้นที่ตัวอย่าง 33 ตำบล โดยมีการกระจายตัวอย่างในแต่ละตำบลอย่างใกล้เคียงกัน (เฉลี่ยตำบลละประมาณ 4–5 คน) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยรายใหม่ (newly diagnosed cases) และผู้ป่วยที่กลับเข้าสู่ระบบบริการ (re-engaged cases) ในปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลได้จากฐานข้อมูล HDC และทะเบียนของหน่วยบริการ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงไม่เกิน 1 ปี
2. อายุ 18 ปีขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การประเมินเชิงรูปแบบ (Formative evaluation)

เก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามถึงโครงสร้างที่ครอบคลุมประเด็นด้านโครงสร้างระบบบริการ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค และช่องว่างของการดำเนินงาน

ในการนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยใช้รหัสแทนชื่อผู้ให้ข้อมูลเพื่อรักษาความลับ โดยกำหนดรหัสตามหน่วยงาน/กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

PHO หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

LHC หมายถึง คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.)

DIR หมายถึง กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/องค์การบริหารส่วนจังหวัด (ผอ.รพ.สต./อบจ.)

VHV หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

NET หมายถึง เครือข่ายระดับพื้นที่ (กสพ., คปสอ.)

ทั้งนี้ มีการใช้ตัวเลขกำกับท้ายรหัส (เช่น PHO01, LHC02, DIR03, VHV04, NET05) เพื่อระบุผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย โดยไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล

การประเมินเชิงสรุปผล (Summative evaluation)

ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ โดยข้อมูลปฐมภูมิได้จากแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ขณะที่ข้อมูลทุติยภูมิได้

จากระบบ HDC และรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ซึ่งใช้เพื่อสนับสนุนการวิเคราะห์ผลลัพธ์และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามผู้ป่วย แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงาน และแนวคำถามสัมภาษณ์ โดยแบบสอบถามผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ

ตัวแปรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ตัวแปรสำหรับการประเมินเชิงรูปแบบ ซึ่งครอบคลุมด้านโครงสร้าง (เช่น บุคลากรและทรัพยากร) กระบวนการ (เช่น การคัดกรอง การติดตาม และการปรับพฤติกรรม) และบริบท (เช่น การเคลื่อนย้ายแรงงานและการเข้าถึงบริการ) และตัวแปรสำหรับการประเมินเชิงสรุปผล ซึ่งครอบคลุมผลลัพธ์ทางคลินิก (ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต) พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการ

ขณะที่แนวคำถามสัมภาษณ์ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งคำนวณในระดับรายข้อ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้คะแนนแต่ละข้อเป็น -1, 0 และ +1 และคำนวณค่า IOC ของแต่ละข้อด้วยสูตร $IOC = \sum R/N$ ทั้งนี้ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไปถือว่ายอมรับได้⁽²¹⁾

ผลการประเมินพบว่าค่า IOC รายข้ออยู่ระหว่าง 0.80–1.00 และเมื่อคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารวมทั้งฉบับในรูปค่าเฉลี่ย (Scale-level Content Validity Index: S-CVI/Ave) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.90 แสดงถึงความเหมาะสมของเครื่องมือในการวัดเนื้อหาที่ต้องการศึกษา⁽²²⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากการศึกษามุ่งเน้นการประเมินเชิงพรรณนาในระดับพื้นที่

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้ Thematic analysis ตามแนวทางของ Braun และ Clarke โดยดำเนินการอย่างเป็นระบบตั้งแต่การถอดเทปข้อมูล การกำหนดรหัส (coding) การจัดกลุ่มรหัส และการพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (themes)⁽²³⁾ ภายใต้กรอบแนวคิดโครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์ ร่วมกับการวิเคราะห์การดำเนินงานเชิงนโยบาย โดยกำหนดหน่วยในการวิเคราะห์เป็น “หน่วยความหมาย” ซึ่งได้จากข้อความการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จากนั้นนำข้อมูลมาถอดเทปอย่างเป็นระบบ และดำเนินการเข้ารหัสข้อมูล จัดกลุ่มรหัส และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลักตามลำดับ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล การศึกษานี้ใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

โดยรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่มที่มีบทบาทแตกต่างกันในระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งใช้การตรวจสอบโดยผู้วิจัยหลายคน โดยให้นักวิจัยมากกว่าหนึ่งคนร่วมกันวิเคราะห์และตรวจสอบความสอดคล้องของผลการตีความ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น สำหรับ ผลการประเมินเชิงรูปแบบและเชิงสรุปผลถูกนำมาบูรณาการร่วมกันเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์ของนโยบาย และระบุช่องว่างของการดำเนินงาน (implementation gap) ในบริบทพื้นที่ที่มีความซับซ้อน

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง เลขที่ COA No.37/2568 และ REC-RY No.46/2568 (รับรองวันที่ 28 สิงหาคม พ.ศ. 2568) ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนให้ความยินยอมโดยสมัครใจ (Informed Consent) และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาในรูปแบบไม่ระบุตัวตน (Anonymity) เพื่อคุ้มครองสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล

ผลการศึกษา

ในการประเมินนโยบาย “คนไทยห่างไกลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs): กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2568” จากการศึกษาครั้งนี้จะสรุปผลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์กลไกเชิงระบบของนโยบาย NCDs นำเสนอผลการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมตั้งแต่กลไกเชิงระบบของนโยบาย NCDs ประเด็นด้านโครงสร้างระบบบริการ กระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ปัจจัยสนับสนุนอุปสรรค และช่องว่างของการดำเนินงาน

ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลของนโยบาย นำเสนอผลการประเมินประสิทธิผลของนโยบาย ตั้งแต่ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์

ส่วนที่ 3 การสังเคราะห์ปัจจัยและรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย นำเสนอผลการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายโดยการสังเคราะห์ปัจจัยและรูปแบบการดำเนินงาน

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์กลไกเชิงระบบของนโยบาย NCDs

1.1 บริบทและสถานการณ์พื้นฐาน (Context)

โครงสร้างเศรษฐกิจ (EEC, แรงงานเคลื่อนย้าย) จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมกับข้อมูลสถิติ พบว่า จังหวัดชลบุรีมีลักษณะเป็นพื้นที่เศรษฐกิจอุตสาหกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานสูง ส่งผลให้เกิด “ประชากรแฝง” จำนวนมาก และมีข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานในนิคมอุตสาหกรรม เช่น อำเภอสัตหีบและพานทอง ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความต่อเนื่องของการติดตามรักษาและการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ บริบทดังกล่าวทำให้การดำเนินนโยบาย NCDs ในพื้นที่มีลักษณะ “ความซับซ้อนเชิงระบบ” ซึ่งไม่สามารถใช้รูปแบบบริการแบบดั้งเดิมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ จากการวิเคราะห์พบว่า แม้ระบบบริการสุขภาพจะมีความครอบคลุมในระดับโครงสร้าง แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ข้อจำกัดดังกล่าวเกิดจากหลายปัจจัย ได้แก่ รูปแบบการให้บริการที่ยึดตามเวลาราชการ ความไม่ยืดหยุ่นของระบบบริการ และข้อจำกัดด้านเวลาในการเข้ารับบริการของประชาชน ส่งผลให้เกิดปัญหาการเข้ารับบริการไม่ต่อเนื่อง และการหลุดออกจากระบบติดตามรักษา ในภาพรวม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง “ช่องว่างระหว่างความครอบคลุมของบริการกับการเข้าถึงจริงของประชาชน” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่

1.2 โครงสร้างการบริหารจัดการและกลไกขับเคลื่อน

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โครงสร้างการขับเคลื่อนนโยบายมีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบการกำกับดูแลแบบลำดับขั้น ไปสู่รูปแบบการบริหารจัดการผ่านเครือข่ายความร่วมมืออย่างชัดเจน โดยกลไกดังกล่าวไม่ได้เกิดขึ้นจากการออกแบบเชิงโครงสร้างเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลจากการปรับตัวของหน่วยงานในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อข้อจำกัดเชิงบริบทและช่องว่างของระบบ เมื่อวิเคราะห์เชิงระบบ สามารถสังเคราะห์กลไกขับเคลื่อนนโยบายออกเป็น 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1) กลไกการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า แม้นโยบายระดับส่วนกลางจะกำหนดให้มีการสื่อสารผ่านสายบังคับบัญชา แต่ในทางปฏิบัติกลับพบความล่าช้าและความไม่ชัดเจนในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน พื้นที่จึงมีการปรับใช้กลไกเชิงรุกเพื่อแปลงนโยบายให้เหมาะกับบริบทจริง โดยเฉพาะการใช้กลยุทธ์ “โรคไม่ติดต่อสัญญา” และกิจกรรมการเปิดตัวโครงการ (Kick-off) ซึ่งทำหน้าที่เป็นเครื่องมือในการเร่งสร้างการรับรู้และความเข้าใจในระดับปฏิบัติ ตลอดจนช่วยลดช่องว่างระหว่างการออกแบบนโยบายกับการนำไปใช้จริง ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า “ช่วงแรกนโยบายลงมาค่อนข้างเร็ว แต่หน่วยงานยังไม่เข้าใจตรงกัน ต้องใช้วิธีลงพื้นที่แบบ NCD สัญญา เพื่ออธิบายและปรับให้เข้ากับบริบทจริง” (DIR02) และอีกส่วนหนึ่งระบุว่า “การ Kick-off ช่วยให้ทุกหน่วยเห็นภาพเดียวกัน ทำให้การทำงานเดินไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น” (PHO04)

กลไกดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การแปลงนโยบายในพื้นที่ไม่ได้เป็นขั้นตอนตายตัว แต่เป็นกระบวนการที่ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะกับบริบท โดยอาศัยความยืดหยุ่นของหน่วยงานในพื้นที่

เป็นสำคัญ

2) กลไกการประสานงานผ่านเครือข่าย จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจ พบการเปลี่ยนแปลงบทบาทของหน่วยงานระดับอำเภออย่างมีนัยสำคัญ โดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้ปรับบทบาทจาก ผู้กำกับดูแล ไปสู่การเป็นพี่เลี้ยงเชิงวิชาการ และผู้ประสานงานระหว่างหน่วยบริการ กลไกสำคัญในการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การใช้คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ และเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นเวทีกลางในการประสานงาน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดด้านอำนาจสั่งการในระบบที่มีการกระจายอำนาจ อย่างไรก็ตาม แม้อำเภอเครือข่ายจะช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความไม่สอดคล้องของนโยบายและการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะความแตกต่างของตัวชี้วัดและช่วงเวลาการจัดสรรงบประมาณ ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า

“Timeline ในการดำเนินงานตามนโยบายไม่สอดคล้องกับการจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่น ทำให้เริ่มดำเนินการช้า” (LHC01) ข้อค้นพบนี้อธิบายได้ว่า แม้รูปแบบการบริหารจะเปลี่ยนไปเป็นการทำงานแบบเครือข่ายมากขึ้น แต่ยังมีปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายส่วนกลางกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เช่น ช่วงเวลาของแผนงานไม่ตรงกับการจัดสรรงบประมาณของท้องถิ่น ส่งผลให้การดำเนินงานล่าช้าและไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

โดยสรุป ระบบยังมี ช่องว่างของนโยบาย ที่ทำให้การทำงานไม่เชื่อมต่อกันอย่างราบรื่น และส่งผลต่อประสิทธิภาพของการขับเคลื่อนนโยบายในภาพรวม

3) กลไกทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า การขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่ไม่ได้พึ่งพาเพียงโครงสร้างการบริหารหรือกลไกเชิงทางการเท่านั้น แต่ยังอาศัย “ทุนทางสังคม” และความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรข้ามสังกัดเป็นองค์ประกอบสำคัญ โดยเฉพาะเครือข่ายความร่วมมือเดิม ในระดับอำเภอและตำบล ซึ่งยังคงทำหน้าที่เป็นกลไกเชื่อมโยงเชิงวิชาการและการปฏิบัติงาน แม้โครงสร้างการบริหารจะอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ส่งผลให้การดำเนินงานสามารถดำเนินต่อไปอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า *“แม้จะย้ายสังกัด แต่คนทำงานยังเป็นคนเดิม ความสัมพันธ์เดิมช่วยให้ประสานงานกันได้ต่อเนื่อง” (DIR 03)* และในระดับชุมชนพบว่า *“อสม. กับเจ้าหน้าที่รู้จักกันอยู่แล้ว เวลาไปทำกิจกรรมก็ช่วยกันได้ง่าย ประชาชนก็ให้ความร่วมมือมากขึ้น” (VHV 03)*

นอกจากนี้ ยังพบการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เช่น การย้ายจุดให้บริการไปยังบ้านผู้นำชุมชนหรือสถานที่ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของทุนทางสังคมในการเพิ่มความยืดหยุ่นของระบบบริการ อย่างไรก็ตาม

ก็ตาม การพึ่งพาความสัมพันธ์เชิงไม่เป็นทางการเป็นหลัก อาจเป็นข้อจำกัดในระยะยาว หากขาดการสนับสนุนเชิงโครงสร้างและกลไกนโยบายที่ชัดเจน

1.3 ยุทธศาสตร์และมาตรการสำคัญ (Strategy)

ผลการศึกษาพบว่า ภายใต้อำนาจจัดเชิงบริบทของพื้นที่ จังหวัดชลบุรีได้พัฒนายุทธศาสตร์และมาตรการที่มีลักษณะ “การปรับตัวเชิงระบบ” เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบาย โดยสามารถจำแนกมาตรการสำคัญออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1) กลยุทธ์การสื่อสารและเร่งการรับรู้นโยบาย (NCD สัญจร และ Kick-off) พื้นที่ได้พัฒนากลยุทธ์ “โรคไม่ติดต่อสัญจร” ควบคู่กับกิจกรรม “Kick-off” เพื่อเร่งสร้างการรับรู้และความเข้าใจของบุคลากรและประชาชนในระยะเริ่มต้นของการดำเนินงาน กลยุทธ์ดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ โดยช่วยให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถปรับแนวทางให้สอดคล้องกับบริบทจริงได้รวดเร็วขึ้น ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า *“ต้องลงพื้นที่แบบ NCD สัญจร เพราะถ้ารอประชุมอย่างเดียว คนทำงานจะยังไม่เข้าใจ” (LHC 04)*

2) การเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นกลไกหลักในระดับชุมชน (NCDs Coach) ผลการศึกษาพบว่า พื้นที่ได้พัฒนา อสม. ให้มีบทบาทเป็นผู้ฝึกสอนด้าน NCDs (NCDs Coach) โดยทำหน้าที่คัดกรอง ติดตาม และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับครัวเรือน กลไกดังกล่าวช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับชุมชน และเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพกับประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดด้านภาระงานและทรัพยากร ดังสะท้อนว่า

“อสม. ต้องทำหลายอย่าง ทั้งคัดกรอง ติดตาม แล้วก็กรอกข้อมูลในแอป ทำให้บางครั้งทำไม่ทัน” (VHV 12)

3) การพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุก (Proactive Service Model) เพื่อแก้ไขข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน พื้นที่ได้ปรับรูปแบบบริการจากเชิงรับไปสู่บริการเชิงรุก เช่น การลงพื้นที่คัดกรอง การติดตามผู้ป่วยถึงบ้าน และการจัดบริการในชุมชน มาตรการดังกล่าวช่วยเพิ่มความครอบคลุมของบริการในเชิงพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการติดตามและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า *“บางคนรู้ว่าต้องมาตรวจ แต่ไม่มีเวลา หรือไม่สะดวกมาตามนัด ทำให้ติดตามต่อเนื่องยาก” (DIR 05)*

4) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การนำเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันติดตามสุขภาพ และระบบฐานข้อมูล มาใช้ในการดำเนินงาน ช่วยเพิ่มศักยภาพในการจัดเก็บข้อมูลและติดตามผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การใช้หลายระบบที่ไม่เชื่อมโยงกันกลับก่อให้เกิด ภาระงานดิจิทัล ในระดับปฏิบัติ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูล

ว่า “ระบบแอปพลิเคชันไม่เสถียร ข้อมูลหาย ต้องกรอกซ้ำหลายครั้ง” (NET23)

เมื่อพิจารณายุทธศาสตร์ทั้งหมดร่วมกัน พบว่า มาตรการที่พื้นที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางที่มีการปรับตัวให้เหมาะสมกับบริบทจริง โดยอาศัยทั้งการสื่อสารเชิงรุก การใช้เครือข่ายชุมชน การปรับรูปแบบบริการ และการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ อย่างไรก็ตาม แม้มาตรการเหล่านี้จะช่วยให้การดำเนินงานเข้าถึงประชาชนได้มากขึ้น แต่ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้นได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากยังมีข้อจำกัดของระบบ เช่น ภาระงานจากการใช้เทคโนโลยี การติดตามผู้ป่วยที่ไม่ต่อเนื่อง และรูปแบบบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน

1.4 ผลลัพธ์เชิงกระบวนการและตัวชี้วัด ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินนโยบายในพื้นที่ที่สามารถสร้างผลลัพธ์ในระดับกระบวนการได้อย่างชัดเจนในเชิงความครอบคลุมของบริการ แต่ยังมีข้อจำกัดสำคัญในด้านความต่อเนื่องของการดูแลและการเชื่อมโยงของระบบข้อมูล

1) ความครอบคลุมของบริการอยู่ในระดับสูง ผลการดำเนินงานเชิงโครงสร้างพบว่า ทุกอำเภอสามารถจัดตั้งคลินิก NCDs Remission ได้ครบถ้วนตามเป้าหมายของนโยบาย สะท้อนถึงความสำเร็จในการขับเคลื่อนนโยบายในเชิงปริมาณและการเข้าถึงบริการในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จดังกล่าวเป็นความครอบคลุมเชิงโครงสร้างมากกว่าความสำเร็จเชิงคุณภาพของการดูแลสุขภาพ

2) ความต่อเนื่องของการดูแลอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าระบบบริการจะสามารถเข้าถึงประชาชนได้ในระยะเริ่มต้น แต่ผลการศึกษาพบว่า การติดตามดูแลผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและวิถีชีวิต ส่งผลให้เกิดปัญหาผู้ป่วยหลุดออกจากระบบ และไม่สามารถรักษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวได้ ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า “คนไข้ขาดความต่อเนื่องในการมาตามนัด เพราะไม่มีเวลา หรือไม่สะดวกมา” (DIR 05) ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า ระบบยังขาดกลไกการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ

3) ปัญหาการกระจายของข้อมูล แม้จะมีการใช้ระบบข้อมูลหลายระบบ เช่น MyPCU และ HDC เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน แต่ผลการศึกษาพบว่า ระบบข้อมูลดังกล่าวยังไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ข้อมูลไม่สะท้อนสถานการณ์จริง เกิดภาระงานซ้ำซ้อน และลดประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย ดังสะท้อนจากผู้ให้ข้อมูลว่า “ผลงานไม่ขึ้น และไม่เห็นสถานะผู้ป่วยเมื่อ refer ข้ามระบบ” (PHO 07)

ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นถึงช่องว่างของระบบข้อมูลที่เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการประเมินผลและการขับเคลื่อนนโยบาย

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทั้งสามมิติร่วมกัน พบว่า ระบบ

สามารถสร้างความครอบคลุมของบริการได้ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ความต่อเนื่องของการดูแล และการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพได้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนลักษณะของความสำเร็จเชิงปริมาณ แต่ยังมีข้อจำกัดเชิงระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินนโยบายยังไม่สามารถแปลงไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรได้อย่างเต็มที่

1.5 ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการดำเนินนโยบายสามารถอธิบายได้ผ่านความสัมพันธ์ระหว่าง กลไกการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ และ ข้อจำกัดเชิงบริบทและระบบบริการ โดย สามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1) ด้านปัจจัยความสำเร็จ พบว่า การดำเนินนโยบายในพื้นที่ที่มีความก้าวหน้าได้เนื่องจากการพัฒนากลไกการขับเคลื่อนที่มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับบริบทจริง โดยเฉพาะกลไกการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เปิดโอกาสให้หน่วยงานในพื้นที่สามารถปรับรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบท รวมถึงการใช้กลยุทธ์เชิงรุก เช่น การดำเนินงานแบบเคลื่อนที่และกิจกรรมสร้างการรับรู้ ซึ่งช่วยลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติ นอกจากนี้ กลไกการประสานงานผ่านเครือข่ายและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานยังมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความคล่องตัวของระบบ และลดข้อจำกัดจากโครงสร้างการสั่งการแบบลำดับชั้น ขณะที่ทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในพื้นที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานสามารถดำเนินต่อเนื่องได้ แม้โครงสร้างการบริหารจะอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่าน ซึ่งสะท้อนถึงความสำคัญของกลไกเชิงไม่เป็นทางการในการสนับสนุนระบบบริการสุขภาพในระดับพื้นที่

ในขณะเดียวกัน การใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข และการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุกยังช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในระดับชุมชน ซึ่งถือเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินนโยบายสามารถขยายความครอบคลุมได้ในเชิงพื้นที่

2) ด้านอุปสรรค พบว่าข้อจำกัดของการดำเนินนโยบายมีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับบริบทของพื้นที่และข้อจำกัดเชิงระบบ โดยเฉพาะลักษณะเศรษฐกิจอุตสาหกรรมและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มวัยทำงานไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ แม้ว่าจะสามารถสร้างความครอบคลุมของบริการได้ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถรักษาความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดปัญหาผู้ป่วยหลุดออกจากระบบ และไม่สามารถรักษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวได้

อีกทั้ง ปัญหาการกระจายของระบบข้อมูลยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ลดทอนประสิทธิภาพของการดำเนินงาน

เนื่องจากข้อมูลไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้เกิดภาระงานซ้ำซ้อน และไม่สามารถใช้ข้อมูลในการติดตามและประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภาพรวมด้านความสำเร็จของการดำเนินนโยบายในพื้นที่พบว่าเกิดจากความสามารถในการปรับตัวของกลไกการขับเคลื่อนขณะที่ข้อจำกัดเกิดจากปัจจัยเชิงโครงสร้างและบริบทของระบบที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้พื้นที่จะสามารถขับเคลื่อนนโยบายให้เกิดผลในระดับกระบวนการได้ แต่หากไม่สามารถจัดการกับข้อจำกัดเชิงระบบ เช่น การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และการบูรณาการข้อมูล การดำเนินนโยบายก็ยังไม่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรได้อย่างเต็มที่

ส่วนที่ 2: การประเมินประสิทธิผลของนโยบาย

การประเมินตั้งแต่บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่ออธิบายความสอดคล้องของนโยบายกับปัญหา ศักยภาพของระบบ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง ดังนี้

2.1 การประเมินบริบท ผลการศึกษาพบว่า นโยบายมีความสอดคล้องกับปัญหาโรค NCDs ในระดับประเทศและพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรีที่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงจากบริบทเศรษฐกิจอุตสาหกรรมและวิถีชีวิตของประชากรวัยทำงาน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในระดับพื้นที่ พบว่า แม้นโยบายจะตอบโจทย์ในเชิง “ปัญหา” แต่ยังไม่สอดคล้องในเชิง “บริบทการดำเนินชีวิต” โดยเฉพาะข้อจำกัดด้านเวลา การทำงานเป็นกะ และพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน ซึ่งส่งผลให้มาตรการที่กำหนดในนโยบายไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเต็มที่

2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า ผลการประเมินพบว่าระบบมีความพร้อมในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านบุคลากร โครงสร้างบริการ และการสนับสนุนด้านเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ (1) ความไม่สอดคล้องของตัวชี้วัดและงบประมาณระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่น (2) ข้อจำกัดด้านทรัพยากรในพื้นที่ เช่น อุปกรณ์และงบประมาณที่ไม่ต่อเนื่อง (3) การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ แม้ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านข้อมูล แต่กลับเพิ่มภาระงานในระดับปฏิบัติ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า แม้ระบบจะมีปัจจัยนำเข้าเพียงพอในเชิงโครงสร้าง แต่ยังคงมีความสอดคล้องและประสิทธิภาพในการสนับสนุนการ

ดำเนินงานในระดับพื้นที่

2.3 การประเมินกระบวนการ ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการดำเนินงานในพื้นที่มีลักษณะ “แตกต่างจากแผน” โดยมีการปรับตัวจากการดำเนินงานตามสายบังคับบัญชาไปสู่การดำเนินงานผ่านเครือข่ายความร่วมมือ ในเชิงการปฏิบัติพบว่า (1) มีการพัฒนากลไกเชิงรุก เช่น การดำเนินงานเคลื่อนที่ และการสร้างการรับรู้ (2) การประสานงานระหว่างหน่วยงานเกิดขึ้นผ่านเครือข่ายมากกว่าระบบสั่งการ (3) กระบวนการดำเนินงานมีความยืดหยุ่น แต่ยังคงขาดความเป็นระบบในบางพื้นที่

อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในกระบวนการ ได้แก่ ความล่าช้าในการดำเนินงาน การประสานงานที่ไม่ต่อเนื่อง และภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากระบบดิจิทัล ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้กระบวนการดำเนินงานจะมีความสามารถในการปรับตัว แต่ยังคงขาดกลไกสนับสนุนที่เป็นระบบเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน สำหรับผลการวิเคราะห์ปัญหาในกระบวนการพบว่า ผลการดำเนินกระบวนการสะท้อนให้เห็นว่า ความท้าทายหลักของการดำเนินนโยบาย NCDs นั้นคือภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. เกิดช่องว่างเชิงนโยบาย และ “ช่องว่างเชิงระบบ” โดยเฉพาะความไม่สอดคล้องของตัวชี้วัดระหว่างหน่วยงาน และการลดลงของประสิทธิภาพการประสานงานระหว่างเครือข่ายบริการสุขภาพ ในขณะเดียวกัน ปัญหาเชิงพื้นที่ เช่น การเคลื่อนย้ายของประชากรและข้อจำกัดของกลุ่มวัยทำงาน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการและความครบถ้วนของข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ขณะที่ระบบข้อมูลสารสนเทศยังเผชิญกับปัญหาความเชื่อมโยงและความถูกต้องของข้อมูล ซึ่งส่งผลต่อการติดตามและประเมินผลเชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม แนวทางแก้ไขที่เสนอจากพื้นที่เน้นไปที่ การบูรณาการเชิงระบบ การใช้กลไกเครือข่ายระดับพื้นที่ (กสพ., คปสอ.) และการพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุก ซึ่งสะท้อนถึงศักยภาพของพื้นที่ในการปรับตัวและขับเคลื่อนนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทจริง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานนโยบาย ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไขการดำเนินงาน NCDs จังหวัดชลบุรี ปี 2568

ประเด็น	ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข/ข้อเสนอแนะ
1. การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต.	- นโยบายและตัวชี้วัดของ อบจ. ไม่สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข - ตัวชี้วัดการคัดกรอง DM/HT แตกต่าง (MOPH 90% vs อบจ. 50%) - การประสานงานระหว่าง สสอ. และ รพ.สต. ลดลงหลังการถ่ายโอน	- กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน - ใช้กลไกเครือข่าย (สสอ., รพ.) ร่วมกำกับติดตาม - นำประเด็นเข้าสู่เวที กสพ. เพื่อบูรณาการเชิงนโยบาย - วางแผนและฟื้นฟูระบบประสานงานแบบเดิม - เตรียมแผนและทรัพยากรล่วงหน้า (ปลายปีงบประมาณ) - ปรับกลยุทธิ์ร่วมกันในระดับพื้นที่
2. ปัญหาเชิงพื้นที่	- ประชากรเคลื่อนย้ายสูง/มีประชากรแฝง - ไม่สะดวกให้ข้อมูล/ไม่พบกลุ่มเป้าหมาย - ปฏิเสธการรักษา/ไปใช้บริการเอกชน (ข้อมูลไม่เข้าสู่ระบบ)	- ใช้ อสม. และผู้นำชุมชนสร้างความเชื่อมั่น - พัฒนาระบบบริการเชิงรุก (outreach) - เพิ่มการประชาสัมพันธ์ศูนย์ NCDs ให้เข้าถึงง่าย
3. ด้านกระบวนการบริหารจัดการ	- การจัดสรรงบประมาณล่าช้า - การติดตามงานล่าช้าเกินระยะเวลาที่กำหนด	- วางแผนล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ - ใช้ช่องทางติดตามแบบเร่งด่วน (fast track) ระหว่าง รพ. สสอ.
4. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (HDC)	- ความถูกต้องของข้อมูลไม่สมบูรณ์ - ข้อมูลไม่ขึ้นในระบบ (data missing) - ปัญหาการนำเข้าข้อมูลในบางหน่วยบริการ	- ตรวจสอบและทวนสอบข้อมูล (data validation) - ประสาน IT และหน่วยงานส่วนกลางแก้ไขระบบ - ปรับปรุงกระบวนการบันทึกข้อมูลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.4 การประเมินผลลัพธ์ (Product Evaluation)

ผลการศึกษาพบว่า นโยบายสามารถสร้างผลลัพธ์ได้ในเชิง “ความครอบคลุมของบริการ” ในระดับสูง โดยทุกพื้นที่สามารถดำเนินงานตามเป้าหมายเชิงโครงสร้างได้ครบถ้วน อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพ พบว่า

1) ผลการดำเนินงานนโยบาย NCDs จังหวัดชลบุรี เพื่อให้เห็นภาพรวมของการดำเนินงานนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จังหวัดชลบุรีในเชิงระบบ การศึกษาครั้งนี้ได้วิเคราะห์ผลการดำเนินงานในมิติต่าง ๆ ครอบคลุมทั้งโครงสร้าง พฤติกรรม สุขภาพ การเข้าถึงบริการ ระบบข้อมูล และกลไกสนับสนุน โดยสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน การตีความเชิงวิเคราะห์ ช่องว่างของระบบ และข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบ พบว่า การดำเนินงานนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดชลบุรีสามารถอธิบายได้ในลักษณะของ “ความสำเร็จเชิงโครงสร้างร่วมกับข้อจำกัดเชิงระบบ”

ด้านโครงสร้างระบบบริการ พบว่าหน่วยบริการสามารถดำเนินงานตามนโยบายได้ครบถ้วนเกือบทุกพื้นที่ สะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการในการตอบสนองต่อเป้าหมายนโยบายในระดับส่วนกลาง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในเชิงลึกพบว่า ตัวชี้วัดที่ชี้ย่นเน้นปริมาณของการดำเนินงานมากกว่าคุณภาพและผลลัพธ์ ทำให้ไม่สามารถสะท้อนประสิทธิผลที่แท้จริงของระบบได้

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าประชาชนจะมีความรู้ในระดับที่ดี แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทพื้นที่อุตสาหกรรม ซึ่งวิถีชีวิตไม่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สะท้อนถึงความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรฐานนโยบายกับบริบทชีวิตจริงของประชาชน

ด้านการเข้าถึงบริการ พบว่ากลุ่มวัยทำงานยังเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้น้อยที่สุด เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและรูปแบบบริการ ซึ่งยังคงอยู่ในกรอบเวลาราชการ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงสำคัญยังไม่ถูกรับรู้ครอบคลุมอย่างเพียงพอ

ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยี พบปัญหาสำคัญคือการใช้หลายระบบข้อมูลที่ไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดการรายงานซ้ำซ้อน และข้อมูลไม่สามารถใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วยหรือการวางแผนเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านทรัพยากร พบข้อจำกัดด้านงบประมาณและอุปกรณ์ ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ขณะที่ในด้านกลไกชุมชน พบว่ามีศักยภาพสูงในการสนับสนุนการดำเนินงาน โดยเฉพาะบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังขาดการสนับสนุนในระดับระบบ

ภาพรวม พบว่าการดำเนินงานยังมีข้อจำกัดในด้านกระบวนการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยบางส่วนหลุดออกจากระบบ และไม่สามารถรักษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้ในระยะยาว

เมื่อพิจารณารวมทุกมิติ พบว่า แม้ระบบจะสามารถสร้างความครอบคลุมของบริการได้ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถแปลงเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรได้อย่างเพียงพอ ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างสำคัญของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานเชิงระบบของนโยบาย NCDs จังหวัดชลบุรี

มิติการวิเคราะห์	ผลการดำเนินงานที่พบ	การตีความเชิงวิเคราะห์	ช่องว่างของระบบ (Gap)	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
1. โครงสร้าง	ทุกอำเภอสามารถจัดตั้งคลินิก NCDs remission และดำเนินกิจกรรม 4 มิติสุขภาพได้ครบถ้วนตามเกณฑ์	ระบบบริการมีความพร้อมและสามารถตอบสนองนโยบายส่วนกลางได้อย่างมีประสิทธิภาพในเชิงโครงสร้าง	ตัวชี้วัดเน้นการมีอยู่ของบริการและกิจกรรม มากกว่าการวัดผลลัพธ์สุขภาพจริง ทำให้ไม่สะท้อนประสิทธิผลที่แท้จริง	ปรับตัวชี้วัดนโยบายให้เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น อัตราการควบคุมโรคและการลดภาวะแทรกซ้อน
2. พฤติกรรมสุขภาพ	ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับดี แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการลดโซเดียม	เกิดช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติ (knowledge–practice gap)	มาตรการยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น การทำงานเป็นกะ การบริโภคอาหารนอกบ้าน	พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะกลุ่ม เช่น กลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ
3. การเข้าถึงบริการ	กลุ่มวัยทำงานมีการเข้าถึงบริการต่ำ แม้มีบริการในพื้นที่	ระบบบริการยังยึดตามเวลาราชการ ไม่สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของประชาชน	เกิด underserved population ในกลุ่มเสี่ยงสูง	พัฒนารูปแบบบริการยืดหยุ่น เช่น คลินิกนอกเวลา บริการในสถานประกอบการ และ telehealth
4. ระบบข้อมูลสุขภาพ	มีการใช้หลายระบบ เช่น HDC และแอปพลิเคชันต่าง ๆ แต่ไม่เชื่อมโยงกัน	ข้อมูลกระจัดกระจาย ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องได้	ข้อมูลซ้ำซ้อน และไม่สะท้อนสถานการณ์จริง	พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ ใช้ฐานข้อมูลเดียวเชื่อมโยงทุกหน่วย
5. เทคโนโลยีดิจิทัล	มีการใช้แอปพลิเคชันจำนวนมากในการบันทึกข้อมูลและติดตามผู้ป่วย	เทคโนโลยีช่วยเพิ่มการเก็บข้อมูล แต่เพิ่มภาระงานให้บุคลากร	ภาระงานดิจิทัลสูง (digital burden) ส่งผลต่อประสิทธิภาพ	ลดจำนวนระบบที่ซ้ำซ้อน และพัฒนาแพลตฟอร์มเดียวที่ใช้งานง่าย
6. ทรัพยากร	บางพื้นที่ขาดอุปกรณ์พื้นฐาน เช่น เครื่องวัดความดัน และงบประมาณไม่ต่อเนื่อง	การดำเนินงานขึ้นอยู่กับทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่	ขาดความยั่งยืนในการสนับสนุนทรัพยากร	พัฒนาระบบงบประมาณระยะยาว เช่น การจัดสรรงบประมาณตามผลลัพธ์
7. กลไกชุมชน	อสม. และเครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงประชาชน	ทุนทางสังคมช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน	ขาดการสนับสนุนเชิงระบบ เช่น การฝึกอบรมและแรงจูงใจ	เสริมบทบาท อสม. เป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน พร้อมระบบสนับสนุน
8. กระบวนการดูแลต่อเนื่อง	มีการติดตามผู้ป่วย แต่ไม่ต่อเนื่องในบางพื้นที่	ระบบติดตามยังไม่เป็นระบบ ทำให้ผู้ป่วยหลุดจากการดูแล	ขาดระบบ continuity of care ที่ชัดเจน	พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วย เช่น case manager และ digital follow-up

มิติการวิเคราะห์	ผลการดำเนินงานที่พบ	การตีความเชิงวิเคราะห์	ช่องว่างของระบบ (Gap)	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
9. ผลลัพธ์เชิงระบบ	การเข้าถึงบริการสูง แต่ผลลัพธ์สุขภาพในระดับประชากรต่ำ	ระบบสามารถสร้าง coverage แต่ไม่สามารถสร้าง impact	เกิด implementation gap ระหว่างการดำเนินงานกับผลลัพธ์	ปรับนโยบายให้เน้นผลลัพธ์ระดับประชากรและติดตามระยะยาว
10. ความยั่งยืนของนโยบาย	ความสำเร็จขึ้นอยู่กับบุคลากรและบริบทพื้นที่	ระบบยังไม่สามารถขับเคลื่อนด้วยกลไกเชิงโครงสร้างได้เต็มที่	ขาดระบบ governance และการขับเคลื่อนระยะยาว	พัฒนาโครงสร้างการบริหารนโยบายแบบยั่งยืนและใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจ

(2) ความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อยู่ในระดับดีมาก (Mean = 12.52, S.D. = 2.193) มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.23, S.D. = 0.355) และมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับน้อย (Mean = 3.55, S.D. = 0.539) ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาทัศนคติรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการป้องกันโรค NCDs ในภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยอย่างยิ่ง (Mean = 4.23, S.D. = 0.35) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ความเชื่อว่าการงดสูบบุหรี่และลดการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรค (Mean = 4.39) ขณะที่ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean = 4.14) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 สรุปผลภาพรวมของความรู้ พฤติกรรม และทัศนคติของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (n = 148)

ตัวแปรด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ/การแปลผล	อันดับ
พฤติกรรมสุขภาพ	3.55	0.539	น้อย	3
ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ NCDs	12.52	2.193	ดีมาก	1
ทัศนคติต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค	4.23	0.355	น้อย	2

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ต่อทัศนคติต่อการป้องกัน NCDs จำแนกรายข้อ (n = 148)

ทัศนคติต่อการป้องกัน NCDs	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	อันดับ
ภาพรวมทัศนคติต่อการป้องกัน NCDs	4.23	0.35	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1.เชื่อว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	4.35	0.48	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	2
2. มั่นใจในความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นเพื่อป้องกัน NCDs	4.14	0.43	เห็นด้วย	10
3. เต็มใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นในชุมชนเพื่อป้องกัน NCDs	4.22	0.50	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
4. เชื่อว่าการลดการบริโภคอาหารเค็มเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	4.19	0.41	เห็นด้วย	6
5. เชื่อว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	4.19	0.47	เห็นด้วย	6
6. คิดว่าการรับประทานผักและผลไม้ให้เพียงพอเป็นส่วนสำคัญของการมีสุขภาพที่ดีและห่างไกล NCDs	4.27	0.47	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	3
7. เชื่อว่าการจัดการความเครียดและอารมณ์เป็นสิ่งจำเป็นในการป้องกัน NCDs	4.17	0.41	เห็นด้วย	9
8. เชื่อว่าการงดสูบบุหรี่และลดการดื่มแอลกอฮอล์เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน NCDs	4.39	0.49	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
9. คิดว่าการตรวจสุขภาพประจำปีช่วยให้ค้นพบความเสี่ยง NCDs ได้ตั้งแต่เนิ่นๆ	4.24	0.43	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4
10. เชื่อว่าการได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกัน NCDs	4.18	0.52	เห็นด้วย	8

ส่วนที่ 3: การสังเคราะห์ปัจจัยและรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย

3.1 วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

จากการบูรณาการผลการศึกษาร่วมกันของกลไกการขับเคลื่อนนโยบาย ยุทธศาสตร์และมาตรการ และผลการประเมินกระบวนการรวมถึงช่องว่างด้านพฤติกรรม พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการดำเนินนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระดับพื้นที่ สามารถสังเคราะห์ได้เป็น 5 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ความสามารถในการปรับตัวของกลไกการขับเคลื่อนนโยบาย พบว่า หน่วยงานในระดับพื้นที่มีบทบาทสำคัญในการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทจริง เช่น การดำเนินงานเชิงรุกและการสื่อสารสร้างความเข้าใจผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งช่วยลดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ

2) ความเข้มแข็งของเครือข่ายและทุนทางสังคม การดำเนินงานผ่านเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มความคล่องตัวของระบบ และช่วยให้การดำเนินงานสามารถเข้าถึงประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม กลไกดังกล่าวยังพึ่งพาความสัมพันธ์เชิงไม่เป็นทางการเป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นข้อจำกัดต่อความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

3) การพัฒนารูปแบบบริการเชิงรุก การปรับรูปแบบบริการจากเชิงรับไปสู่การให้บริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองและติดตามผู้ป่วยในชุมชน ช่วยเพิ่มความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการได้ยาก อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการดูแล ซึ่งส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว

4) ช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ แม้ประชาชนจะมีระดับความรู้และทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันโรค แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทของพื้นที่อุตสาหกรรมที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและรูปแบบการดำเนินชีวิต

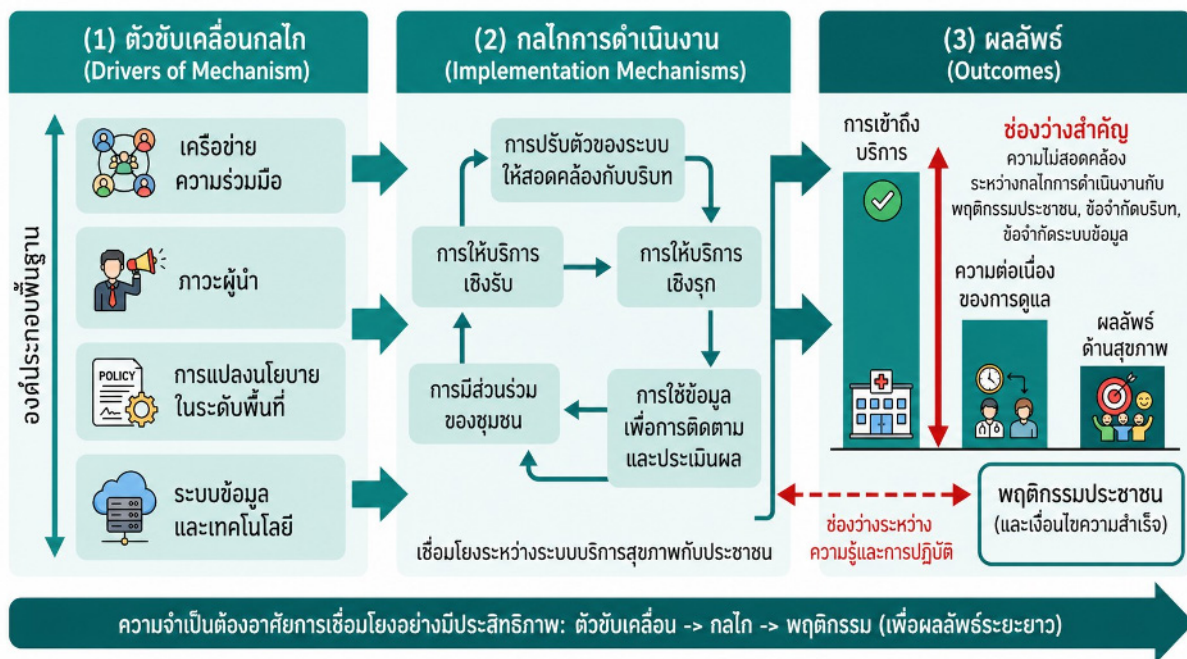
5) ข้อจำกัดของระบบข้อมูลและเทคโนโลยี การใช้ระบบข้อมูลหลายระบบที่ไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนของงาน และลดประสิทธิภาพในการติดตามและประเมินผล ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการขับเคลื่อนนโยบายในเชิงระบบ

จากการสังเคราะห์ปัจจัยทั้งหมด สามารถสรุปได้ว่า ความสำเร็จของการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับความพร้อมของทรัพยากรหรือโครงสร้างเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการเชื่อมโยงกลไกการดำเนินงานกับพฤติกรรมของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย

จากผลการสังเคราะห์ สามารถพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับพื้นที่ โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ (1) ตัวขับเคลื่อนกลไก ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ ได้แก่ เครือข่ายความร่วมมือ ภาวะผู้นำและการแปลงนโยบายในระดับพื้นที่ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยี ปัจจัยดังกล่าวเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่ (2) กลไกการดำเนินงาน ตัวขับเคลื่อนจะถูกแปลงผ่านกลไกสำคัญ ได้แก่ การปรับตัวของระบบให้สอดคล้องกับบริบท การให้บริการเชิงรุก การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผล กลไกดังกล่าวทำหน้าที่เชื่อมโยงระหว่างระบบบริการสุขภาพกับประชาชน (3) ผลลัพธ์ ผลลัพธ์ของการดำเนินนโยบายสามารถจำแนกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

สาระสำคัญของรูปแบบนี้ชี้ให้เห็นว่า แม้ระบบจะสามารถสร้างการเข้าถึงบริการได้ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถพัฒนาไปสู่ความต่อเนื่องของการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยช่องว่างสำคัญอยู่ที่ (1) ความไม่สอดคล้องระหว่างกลไกการดำเนินงานกับพฤติกรรมของประชาชน (2) ข้อจำกัดด้านบริบทการดำเนินชีวิต และ (3) ข้อจำกัดของระบบข้อมูล โดยรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรจำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างตัวขับเคลื่อน กลไกการดำเนินงาน และพฤติกรรมของประชาชน โดยเฉพาะการลดช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จของนโยบายในระยะยาว ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จังหวัดชลบุรี

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงลักษณะของการดำเนินนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระดับพื้นที่ มีความซับซ้อนเชิงระบบ และเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างการบริหาร กลไกการดำเนินงาน และพฤติกรรมของประชาชน โดยสามารถอธิบายเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ในประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การบริหารเครือข่ายภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายได้เปลี่ยนจากระบบลำดับขั้นไปสู่การดำเนินงานผ่านเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดระบบสุขภาพในฐานะ “ระบบเปิด” (open system) ที่ต้องอาศัยการปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหลายภาคส่วน^(24,25) อย่างไรก็ตาม แม้การบริหารผ่านเครือข่ายจะช่วยให้เพิ่มความยืดหยุ่นในการดำเนินงาน แต่ผลการศึกษาพบความไม่สอดคล้องระหว่างบทบาท อำนาจหน้าที่ และการจัดสรรทรัพยากรระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและท้องถิ่น ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของการกระจายอำนาจในเชิงปฏิบัติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการแบบเครือข่าย (Network governance) ที่ระบุว่า ประสิทธิภาพของการบริหารเครือข่ายขึ้นอยู่กับความชัดเจนของบทบาท กลไกการประสานงาน และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม มิฉะนั้นอาจนำไปสู่ความไม่เชื่อมโยงของระบบ⁽²⁶⁾

2. ความขัดแย้งระหว่างตัวชี้วัดและผลลัพธ์ของระบบ

ผลการศึกษาพบว่า แม้ตัวชี้วัดเชิงโครงสร้าง เช่น ความครอบคลุมของบริการ จะบรรลุเป้าหมายในระดับสูง แต่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับประชากรยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิด Implementation Gap ซึ่งอธิบายถึงช่องว่างระหว่างการออกแบบนโยบายและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง^(27,28) โดยเฉพาะในกรณีที่ระบบมุ่งเน้นการบรรลุตัวชี้วัดเชิงปริมาณมากกว่าคุณภาพของการดำเนินงาน นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ “KPI บรรลุ แต่ระบบข้อมูลล้มเหลว” ยังสะท้อนถึงข้อจำกัดของตัวชี้วัดที่ไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์เชิงสุขภาพที่แท้จริง ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการใช้ข้อมูลที่ไม่มีคุณภาพหรือไม่เชื่อมโยงกัน อาจนำไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายที่คลาดเคลื่อน⁽²⁹⁾

3. บริบทพื้นที่อุตสาหกรรมกับข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า แม้ประชาชนจะมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค แต่ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม ข้อค้นพบนี้สามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ Health Belief Model (HBM) ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรค⁽³⁰⁾ โดยในกรณีนี้พบว่า “อุปสรรคเชิงบริบท” เช่น เวลา และรูปแบบการทำงาน มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ COM-B Model ซึ่งระบุว่าพฤติกรรมเกิดจากความสามารถ (Capability) โอกาส

(Opportunity) และแรงจูงใจ (Motivation)⁽³¹⁾ โดยผลการศึกษาพบว่าแม้ประชาชนจะมี capability และ motivation แต่ยังมีขาด opportunity ในการปฏิบัติ ดังนั้น ปัญหาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงไม่ได้เกิดจากการขาดความรู้ แต่เป็นผลจากความไม่สอดคล้องระหว่างมาตรการนโยบายกับบริบทชีวิตจริงของประชาชน

4. ข้อจำกัดของระบบข้อมูลในฐานะปัจจัยเชิงระบบ

ผลการศึกษาพบว่าการใช้ระบบข้อมูลหลายระบบที่ไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้เกิดภาระงานซ้ำซ้อน^(32,33) และลดประสิทธิภาพของการติดตามและประเมินผล ในมุมมองของ System theory ระบบข้อมูลถือเป็นกลไกสำคัญของ Feedback Loop ที่ช่วยให้ระบบสามารถเรียนรู้และปรับตัวได้⁽³⁴⁾ เมื่อข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน จะส่งผลให้การติดตามผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง การประเมินผลขาดความแม่นยำ การตัดสินใจเชิงนโยบายไม่มีประสิทธิภาพ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานของ⁽³⁵⁾ ที่เน้นความสำคัญของระบบข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการในการสนับสนุนการดำเนินนโยบายด้านสุขภาพ

การอภิปรายรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบาย จังหวัดชลบุรี

สำหรับรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษานี้ ซึ่งประกอบด้วย Driver–Mechanism–Outcome แสดงให้เห็นว่าการดำเนินนโยบายในระดับพื้นที่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบหลายด้าน แม้ระบบจะมีตัวขับเคลื่อนที่สำคัญ เช่น เครือข่ายความร่วมมือ ภาวะผู้นำ และระบบข้อมูล รวมถึงมีกลไกการดำเนินงานที่ยืดหยุ่น แต่ยังไม่สามารถแปลงไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพเนื่องจากยังมี “ช่องว่างสำคัญของระบบ” ได้แก่ (1) ช่องว่างด้านพฤติกรรม (2) ข้อจำกัดเชิงบริบท (3) การไม่เชื่อมโยงของระบบข้อมูล ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Complex Adaptive Systems ที่อธิบายว่า ระบบสุขภาพเป็นระบบที่มีพลวัต และผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ^(36,37)

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับระบบจากการเน้นความครอบคลุมของบริการไปสู่การเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและความต่อเนื่องของการดูแล
2. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้เชื่อมโยงกัน ลดความซ้ำซ้อนและใช้ประโยชน์ในการติดตามผู้ป่วย
3. ออกแบบบริการเชิงรุกที่ยืดหยุ่น สอดคล้องกับวิถีชีวิตแรงงานในพื้นที่อุตสาหกรรม

สรุปผล

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า แม้การดำเนินนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในระดับพื้นที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายในเชิงความครอบคลุมของบริการได้ในระดับสูง แต่ยังไม่สามารถแปลง

ไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่าง ความสำเร็จเชิงโครงสร้าง และ ประสิทธิภาพเชิงระบบ ข้อค้นพบดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสำคัญของการดำเนินนโยบายไม่ได้อยู่ที่การขาดทรัพยากรหรือกิจกรรม แต่เป็นข้อจำกัดของ การเชื่อมโยงเชิงระบบ ระหว่างนโยบาย กลไกการดำเนินงาน พฤติกรรมของประชาชน และระบบข้อมูล ซึ่งส่งผลให้เกิดช่องว่างระหว่างการดำเนินงานและผลลัพธ์ ดังนั้น การพัฒนานโยบายในระยะต่อไป ควรมุ่งเน้นการออกแบบระบบใหม่ โดยให้ความสำคัญกับ (1) การเชื่อมโยงระบบข้อมูลแบบบูรณาการ (2) การพัฒนารูปแบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริงของประชาชน (3) การเสริมสร้างกลไกที่สามารถเชื่อมโยงจากการเข้าถึงบริการไปสู่ความต่อเนื่องของการดูแลและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยสรุป ความสำเร็จของนโยบายในอนาคตจะไม่ได้ขึ้นอยู่กับปริมาณหรือความครอบคลุมของบริการเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการเชื่อมโยงการทำงานของทุกองค์ประกอบให้สอดคล้องกัน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนจากการเข้าถึงบริการไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลและความร่วมมือเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน รวมถึงครอบครัวและเพื่อน ที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dahal S, Sah RB, Niraula SR, Karkee R, Chakravartty A. Prevalence and determinants of non-communicable disease risk factors among adult population of Kathmandu. PLoS One. 2021;16(9):e0257037.
2. Sun X, Yon DK, Nguyen TT, Tanisawa K, Son K, Zhang L, et al. Dietary and other lifestyle factors and their influence on non-communicable diseases in the Western Pacific region. Lancet Reg Health West Pac. 2024;43:100987.
3. Surma S, Okopień B, Murphy AJ, Banach M. High salt intake and atherosclerosis progression—not only via blood pressure: a narrative review. Nutrients. 2025;17(21):3464.

4. Han B, Lee GB, Yoon J, Kim YH. Lifestyle interventions for hypertension management in primary care: a narrative review. *Ewha Med J.* 2025;48(4):e56.
5. Roth GA, Mensah GA, Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risks: a compass for global action. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2980–2981.
6. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
7. World Health Organization. Saving lives, spending less: the global investment case for noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041059>
8. Kachantorn W. The association among environmental and economic factors and NCDs: implications for Thailand's economy [thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2023. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2023/TU_2023_6504040079_18998_29118.pdf (in Thai)
9. World Health Organization. WHO South-East Asia Region biennium report 2022–2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://iris.who.int/items/e9a657dd-1f28-487c-966f-3ae07c83ddcb>
10. Jittavisutthikul N, Jamieson IA. Strategies to develop Thai healthcare systems [thesis]. Pathum Thani: Thammasat University; 2022. Available from: http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2022/TU_2022_6416120019_17443_26836.pdf (in Thai)
11. Supsongserm P. Economic burden of obesity and NCD risk factors in Thailand [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2023. Available from: <https://digital.car.chula.ac.th/cgi/viewcontent.cgi?article=13353&context=chulaetd> (in Thai)
12. Ministry of Public Health (TH). Plan for establishing NCD centers and implementation guidelines for the “Thais free from NCDs” policy. Bangkok: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
13. Akbar MA, Sahar J, Rekawati E, Sartika RAD. Challenges and barriers to noncommunicable disease management at community health centers in South Sumatera Province, Indonesia: a qualitative study. *Nurs Pract Today.* 2025;12(2):190–201.
14. Khatri RB, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, et al. Enablers and barriers of community health programs for improved equity and universal coverage of primary health care services: a scoping review. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):385.
15. Alwan AD. Noncommunicable diseases: a major challenge to public health in the Region. *East Mediterr Health J.* 1997;3(1):6–16.
16. Matthew I, Viljoen M, McCartney J. Integration of public health policies as a means of strengthening primary healthcare: a case study of five countries and their healthcare integration strategies. *J Public Health Afr.* 2026;17(1):11.
17. Garcia PJ, Espinoza-Pajuelo L, Leslie HH, Kruk ME, Arsenault C, Mazzoni A, et al. The non-communicable disease e-cohort for hypertension in Latin America: concept, survey development and study protocol. *Glob Health Action.* 2025;18(1):2541987.
18. Esht V, Verma M, Malik S, Slimani MAM, Kaur G, Tripathy JP, et al. Community-based models for type 2 diabetes care: a review of effectiveness, implementation, and health system integration. *Adv Ther.* 2026;43:1–23.
19. Khan MH, Inagaki Y, Magar S, Koirala S, Rana N, Soti PB, et al. Non-communicable disease care in peri-urban Nepal: potential for community-based interventions. *medRxiv [Preprint].* 2025 [cited 2026 Apr 27]. Available from: <https://www.medrxiv.org>
20. Chonburi Provincial Public Health Office. Report on the implementation of the “Thais free from NCDs” policy, Chonburi Province, fiscal year 2025. Chonburi: Chonburi Provincial Public Health Office; 2025. (in Thai)
21. Rovinelli RJ, Hambleton RK. On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Tijdschr Onderwijsres.* 1977;2(2):49–60.

22. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*. 2006;29(5):489–497.
 23. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide*. London: SAGE Publications; 2021.
 24. Meadows DH. *Thinking in systems: a primer*. White River Junction (VT): Chelsea Green Publishing; 2008.
 25. World Health Organization. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: WHO; 2007.
 26. Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *J Public Adm Res Theory*. 2008;18(2):229–252.
 27. Ahmed MM, Okesanya OJ, Olaleke NO, Adigun OA, Adebayo UO, Oso TA, et al. Integrating digital health innovations to achieve universal health coverage: promoting health outcomes and quality through global public health equity. *Healthcare (Basel)*. 2025;13(9):1060.
 28. Rodríguez Gatta D, Gutiérrez Monclus P, Wilbur J, Hanefeld J, Banks LM, Kuper H. Inclusion of people with disabilities in Chilean health policy: a policy analysis. *Int J Equity Health*. 2024;23(1):174.
 29. Rajkumar S, Secula F, Cobos D, Socha A, Boch J, des Rosiers S, et al. Health information systems data for decision-making: case study in three cities on current practices and opportunities. *Discover Health Systems*. 2024;3(1):68.
 30. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr*. 1974;2(4):328–335.
 31. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6(1):42.
 32. Gashu KD. The digital ecosystem and major public health informatics initiatives in resource-limited settings. In: *Public health informatics: implementation and governance in resource-limited settings*. Cham: Springer Nature Switzerland; 2024. p. 97–140.
 33. Kaboré SS, Ngangue P, Soubeiga D, Barro A, Pilabré AH, Bationo N, et al. Barriers and facilitators for the sustainability of digital health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Front Digit Health*. 2022;4:1014375.
 34. Johnson JA, Anderson DE, Rossow CC. *Health systems thinking: a primer*. Burlington (MA): Jones & Bartlett Learning; 2018.
 35. Hung YW, Hoxha K, Irwin BR, Law MR, Grépin KA. Using routine health information data for research in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):790.
 36. Covvey HD. Healthcare as a complex adaptive system. In: *eHealth research, theory and development*. London: Routledge; 2018. p. 69–90.
 37. Araja D. Resilience and complex adaptive systems: a perspective on healthcare. *J Bus Manag*. 2022;20:1–10.
-