

การประเมินผลโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ เพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

ลัักษณา พงษ์ภูมิมา*, **

กฤษณพงศ์ ลาภผล**, สุรณัฐ สุขทวี**

ธัญธรณ์ ศิริโรจน์ธนาชัย***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผลนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พื้นที่ตำบลเขาคันทรง วิเคราะห์นโยบาย ระบบสนับสนุน และกระบวนการดำเนินงาน เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 125 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยพบว่า 1) ด้านสถานะสุขภาพและพฤติกรรมภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) โดยด้านการจัดการอารมณ์มีคะแนนเพิ่มขึ้นสูงสุด ในขณะที่ผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่ากลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อน (สีส้มและสีแดง) ลดลงร้อยละ 7.2 และกลุ่มปกติ (สีขาวและสีเขียว) เพิ่มขึ้นร้อยละ 11.2 2) ด้านนโยบายและระบบสนับสนุนนโยบายสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น โดยมีการประสบความสำเร็จจากการบูรณาการทรัพยากรระหว่างสถาบันพระบรมราชชนกและหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่และการใช้ศูนย์หมู่ 7 เป็นจุดเชื่อมต่อเพื่อทลายอุปสรรคด้านคมนาคม แต่ยังมีข้อจำกัดด้านงบประมาณและฐานข้อมูลดิจิทัล 3) ด้านกระบวนการศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพผ่านกลไกการทำงานของทีมสุขภาพจากสถานีนามัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ร่วมกับพลังอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง

สรุปผลการประเมินชี้ให้เห็นว่า ความสำเร็จของโครงการเกิดจากการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติที่เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคี ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ ควรพัฒนาระบบสนับสนุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลในระยะยาวและสร้างกลไกการบริหารจัดการงบประมาณแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบสืบไป

คำสำคัญ: สุขภาพดี วิถี สุข., การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การประเมินผลโครงการ

* อีเมลล์ผู้รับผิดชอบบทความ Email: laksana@bnc.ac.th

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*** สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขาคันทรง

An Evaluation of the PBRI Healthy Way Project and the Community Health Center Model for Non-Communicable Diseases Management in Khao Khansong Subdistrict, Si Racha District, Chonburi Province

Laksana Pongpumma*, **

Krisanapong Laphphol**, Suranuch Suktawee**

Thanyatorn Sirojthanacha***

Abstract

This mixed-methods evaluative research aimed to evaluate the implementation of the "PBRI Healthy Way" project and the Prototype Community Health Center for NCD management in Khao Khansong Subdistrict. The study focused on analyzing policies, support systems, and operational processes to formulate strategic recommendations. Data were collected from 125 participants and complemented by in-depth interviews with key stakeholders.

The results revealed that 1) Health Outcomes: Participants demonstrated significantly higher health behavior scores post-intervention ($p < .05$), particularly in emotional management. Clinical outcomes also improved, with high-risk groups and those with complications (orange and red zones) decreasing by 7.2%, while the proportion of the normal group by 11.2% 2) Policy and Support Systems: The PBRI Healthy Way policy was highly congruent with the area's semi-industrial context. It effectively addressed accessibility constraints caused by geographic and transportation barriers. Integrated resource sharing between the Praboromarajchanok Institute (PBRI) and local health agencies was a primary success factor; however, though limitations remained regarding budget continuity and digital health database integration. 3) Operational Processes: The prototype center was efficiently driven by a tripartite collaboration among the local health promoting hospital, Boromarajonani College of Nursing Chonburi, and empowered Village Health Volunteers.

Conclusion and Recommendations: The project's success was rooted in the effective translation of policy into practice through multisectoral collaboration. Key recommendations include accelerating IT systems development for long-term monitoring and establishing integrated budgeting mechanisms with Local Administrative Organizations (LAOs) to ensure the sustainable operation of community health centers.

Keywords: PBRI Healthy Way, NCDs Management, Program Evaluation

* Corresponding author Email: laksana@bnc.ac.th

** Boromarajonani College of Nursing, Chonburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*** Chaloe Phrakiat 60 th Nawaminthachini Health Station (Khao Khan Song)

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อภาระโรค ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว โดยข้อมูลสถานการณ์สุขภาพพบว่า ประชากรไทยจำนวนมากมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การขาดกิจกรรมทางกายและภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายปีที่ผ่านมา (Global Health Action Study, 2021; The Nation Thailand, 2025) ในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งครอบคลุมจังหวัดชลบุรี พบแนวโน้มอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของ NCDs เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งอุตสาหกรรม เช่น ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา ซึ่งมีการขยายตัวของภาคอุตสาหกรรมและความเป็นเมืองอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไป ได้แก่ การบริโภคอาหารสำเร็จรูป การมีกิจกรรมทางกายน้อยลงและความเครียดจากการทำงาน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด NCDs (Vichitkunakorn et al., 2025) แม้ว่าจังหวัดชลบุรีจะมีหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิกระจายตัวในหลายพื้นที่ รวมทั้งในอำเภอศรีราชา แต่ยังคงมีความท้าทายด้านความครอบคลุมของการคัดกรองสุขภาพ โดยเฉพาะในประชากรกลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไป รวมถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตาม เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเนื่องจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ประชาชนในพื้นที่จึงมีความต้องการบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และการสนับสนุนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน การพัฒนากลไกชุมชน เช่น ศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน จึงมีความสำคัญต่อการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับพื้นที่ โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเครือข่ายภาคส่วนต่าง ๆ ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ การดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวคาดว่าจะช่วยลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มศักยภาพของชุมชนในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน อันนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในระยะยาว

ปัจจุบันกลุ่ม NCDs มีแนวโน้มอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และทวีความรุนแรงในระบบสุขภาพไทย โดยสถิติล่าสุดจากกองโรคไม่ติดต่อ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2567) พบว่าเฉพาะโรคเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยสะสมทั่วประเทศกว่า 14.4 ล้านคน และมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกเขตสุขภาพ โดยในภาพรวมประเทศมีอัตราความชุกของโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 45 ตามด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.5 และยังมีประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยโรคเบาหวานอีกกว่า 5.7 ล้านคน ซึ่งโรคในกลุ่ม NCDs นี้ เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย หรือคิดเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 400,000 รายต่อปี สอดคล้องกับสถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 6 และจังหวัดชลบุรี ที่มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่และอัตราความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในระดับที่สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีลักษณะเป็นพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งอุตสาหกรรม การขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมส่งผลให้วิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคมามากขึ้น ปัญหาสำคัญที่พบคือ ข้อจำกัดด้านกายภาพของเส้นทางคมนาคม โดยพื้นที่ชุมชนและสถานพยาบาลหลักถูกคั่นกลางด้วยทางหลวงสายยุทธศาสตร์ที่มีการจราจรหนาแน่นจากรถขนส่งสินค้าตลอด 24 ชั่วโมง อุปสรรคดังกล่าวไม่เพียงแต่ทำให้การเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานเป็นไปด้วยความยากลำบาก แต่ยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนนแก่ประชาชนที่เดินทางมารับบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการรักษาเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเชิงรุก จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน

ต้นแบบ หมู่ที่ 7 ตำบลเขาคันทรง เพื่อเป็นจุดเชื่อมโยงในการกระจายบริการสู่ชุมชน ลดช่องว่างการเข้าถึง และส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วย NCDs ในระดับท้องถิ่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี ในฐานะสถาบันการศึกษาเฉพาะทาง จึงได้ขับเคลื่อนโครงการ สุขภาพดี วิถี สบข. ร่วมกับศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพการจัดการ NCDs โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based Management) มุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมบริการที่สอดคล้องกับบริบทเศรษฐกิจและสังคม เพื่อนำไปสู่สุขภาพที่ยั่งยืนของประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและสามารถพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการประเมินผลโครงการอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านความเหมาะสมของบริบท การใช้ทรัพยากร กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงต่อสุขภาพประชาชนและระบบบริการสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงใช้แนวคิดการประเมินผลโครงการแบบ CIPP Model ของ Stufflebeam (2007) ซึ่งครอบคลุมมิติ Context, Input, Process และ Product โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานอย่างรอบด้าน อันจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนา การปรับปรุงรูปแบบบริการและการขยายผลโครงการในระดับชุมชนและระบบสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าของโครงการสุขภาพดี วิถี สบข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบเพื่อการจัดการ NCDs ในชุมชนตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาด้านกระบวนการในการดำเนินงานตามแนวคิด สบข. รวมถึงปัญหาอุปสรรคและกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
3. เพื่อศึกษาด้านผลผลิตของโครงการเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ และปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพทางคลินิกของชุมชน ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
4. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโมเดลการจัดการสุขภาพเพื่อการจัดการ NCDs ในบริบทพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี

วิธีการศึกษา

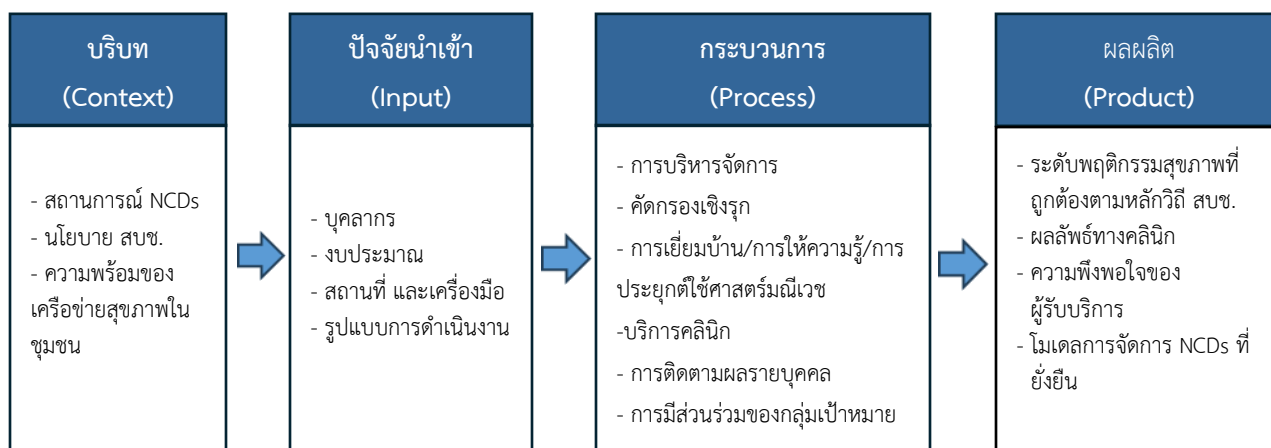
รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธีชนิด Convergent Parallel Mixed Methods Design โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในระยะเวลาใกล้เคียงกัน วิเคราะห์ข้อมูลแยกส่วนตามลักษณะข้อมูลและบูรณาการผลการวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อประเมินโครงการตามกรอบ CIPP Model อย่างครอบคลุม ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2568 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2569

ขอบเขตด้านเนื้อหา (ตามกรอบการประเมิน CIPP Model) โดยเชื่อมโยงองค์ประกอบของโครงการกับผลลัพธ์ที่ต้องการประเมิน ดังนี้

- 1) ตัวแปรด้านบริบท (Context Variables) ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สถานการณ์ NCDs ความพร้อมของพื้นที่ นโยบายและแผนสุขภาพระดับพื้นที่
- 2) ตัวแปรด้านปัจจัยนำเข้า (Input Variables) จำนวนและศักยภาพบุคลากร ทรัพยากรที่ใช้ดำเนินโครงการ รูปแบบกิจกรรม แผนการดำเนินงาน และการสนับสนุนจากหน่วยงานเครือข่าย
- 3) ตัวแปรด้านกระบวนการ (Process Variables) ความครบถ้วนของกิจกรรม การมีส่วนร่วมของชุมชน การติดตามต่อเนื่อง ความเหมาะสมของวิธีดำเนินงาน และการบริหารจัดการโครงการ
- 4) ตัวแปรด้านผลผลิตและผลลัพธ์ (Product Variables) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ด้านการดูแลตนเอง ตัวชี้วัดสุขภาพพื้นฐาน ความพึงพอใจของผู้รับบริการ และโมเดลการจัดการ NCDs

แผนภาพการเชื่อมโยง (System View)



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามลักษณะข้อมูลที่ใช้ในการประเมินโครงการ ได้แก่

1. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย NCDs ที่เข้าร่วมโครงการสุขภาพดี วิถี สบข. และรับบริการจากคลินิกพยาบาลชุมชนต้นแบบในตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี
2. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชนที่มีบทบาทในการดำเนินงานหรือรับผิดชอบโครงการ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามประเภทข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วย NCDs ที่เข้าร่วมโครงการ โดยอ้างอิงรายชื่อจากฐานข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการสุขภาพดี วิถี สบข. ในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ($n = 125$) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวกและการเข้าถึงเชิงพื้นที่ ไม่ได้ผ่านการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมาดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้สถานะสุขภาพ (กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย) เป็นเกณฑ์ในการแบ่งชั้นภูมิ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครอบคลุมลักษณะของประชากรที่ศึกษาและผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างย่อย (Sub-sample) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คนจากกลุ่มตัวอย่างหลักข้างต้น ซึ่งเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะเฉพาะในฐานะแกนนำสุขภาพประจำชุมชนที่ร่วมขับเคลื่อนกิจกรรม เพื่อใช้ในการตอบแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มเติมเชิงลึก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาหรืออาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลเขาคันทรงไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีชื่อในฐานข้อมูลโครงการสุขภาพดี วิถี สบข. สื่อสารภาษาไทยได้ดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ป่วย NCDs ที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในระยะเฉียบพลันหรืออยู่ในภาวะติดเตียงฟุ้งฟิง ตลอดจนผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้และสติปัญญาหรือมีภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถให้ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามความเป็นจริงได้

2. กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการใช้วิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ของโครงการ ทั้งนี้จำนวนผู้ให้ข้อมูลสำคัญขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) รวมทั้งสิ้น

ประมาณ 25-35 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้รับผิดชอบโครงการ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 5-8 คน อสม. ผู้นำชุมชน จำนวน 8-10 คน และตัวแทนประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ จำนวน 12-15 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโครงการอย่างน้อย 6 เดือน และเข้าใจระบบสนับสนุนหรือเป็น อสม./ผู้นำชุมชนแกนนำที่ร่วมขับเคลื่อนศูนย์สุขภาพและติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือเป็นตัวแทนประชาชนที่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ชัดเจน สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการให้ข้อมูลหรือสัมภาษณ์ได้ตลอดระยะเวลาที่กำหนดหรือขอถอนตัวจากการให้ข้อมูลระเบียบวิธีวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ผู้บริหาร ได้แก่ ผู้บริหารระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่ และ/หรือ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ และ/หรือ ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้ป่วย NCDs เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบาย กระบวนการ และการพัฒนาของผู้ปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน มีทั้งหมด 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการวิเคราะห์นโยบาย ระบบสนับสนุนและกระบวนการดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. เป็นคำถามปลายเปิดและแสดงความคิดเห็น จำนวน 7 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขระดับแพทย์ และ/หรือผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานในศูนย์สุขภาพชุมชน ในสถานอนามัยเขาคันทรง มีทั้งหมด 5 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ประสบการณ์ในการทำงาน ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลของท่านทราบถึงนโยบายการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน หรือไม่ ถ้าทราบ ท่านได้รับทราบข้อมูลจากที่ใด ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 รูปแบบการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ สถานที่ตั้ง การให้บริการ การมีป้าย/ที่นั่ง/ให้ความรู้ผู้มารับบริการ มีเจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ การประเมิน/คัดกรอง Geriatric Assessment การมีคู่มือและปฏิบัติตามแนวทาง มีการชี้แจงและอธิบายตัวชี้วัด/แนวทางจากกรมควบคุมโรค/สำนักงานควบคุมโรค/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เลือกตอบ “มี” หรือ “ไม่มี” ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 13 ข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้คะแนนดังนี้

คำตอบ มี ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คำตอบ ไม่มี ให้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลของคะแนน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมารวมด้วยจำนวนข้อเป็นคะแนนรวมทั้งหมด มีคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด

ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่มีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชน และจำนวนบุคลากรอื่น ๆ เช่น พยาบาล อาจารย์พยาบาล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบได้เพียงข้อเดียว จำนวน 1 ข้อ และลักษณะข้อคำถามต้องการคำตอบจำนวนบุคลากรแต่ละประเภทระบุ 1-10 คน จำนวน 8 ข้อ รวม ทั้งหมด 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับการประเมินศูนย์สุขภาพชุมชน ที่เป็นการประเมินกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ทิศทางของนโยบาย ระบบสารสนเทศ การปรับกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนและการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดการบริการเชื่อมโยงชุมชน จำนวน 6 ข้อ ผู้ตอบสามารถเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและการให้ คะแนนดังนี้ (Likert, 1961)

มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1

การแปลผลของคะแนน โดยนำคะแนนจริงที่ได้จากการตอบแบบสอบถามมาแบ่งเป็นระดับ 5 ระดับ เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

4.51 – 5.00 มีความต้องการพัฒนาในระดับ มากที่สุด

3.51 – 4.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ มาก

2.51 – 3.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ ปานกลาง

1.51 – 2.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ น้อย

1.00 – 1.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 5 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อคิดเห็นด้านการให้บริการตามนโยบายการจัดตั้งและดำเนินการศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน มีทั้งหมด 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการมารับบริการ จำนวน 9 ข้อ ใช้มาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1

การแปลผลของคะแนน แบ่งเป็นระดับ 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

4.51 – 5.00 มีความต้องการพัฒนาในระดับ มากที่สุด

3.51 – 4.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ มาก

2.51 – 3.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ ปานกลาง

1.51 – 2.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ น้อย

1.00 – 1.50 มีความต้องการพัฒนาในระดับ น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อคิดเห็นผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของการใช้ภาษา โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) รายข้อมากกว่า 0.60 ขึ้นไป ซึ่งผลการประเมินพบว่าข้อคำถามรายข้อมีค่า IOC ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ และมีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 0.86

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน ต่อจากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามของครอนบาชได้ค่า อัลฟ่าเท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามประเภทของข้อมูลและวัตถุประสงค์การวิจัยออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพทางคลินิก โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคล (เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ) และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ลด วิเคราะห์ด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพทางคลินิก (ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ) ของกลุ่มประชาชน แกนนำเป้าหมายในตำบลเขาคันทรง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired *t*-test ข้อมูลสถานะสุขภาพทางคลินิกและการกระจายตัวของกลุ่มสีตามเกณฑ์ป้องกันจราจรชีวิต 7 สี (ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ) วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ และทดสอบการเปลี่ยนแปลงของระดับกลุ่มสีด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม (บุคลากรสาธารณสุข, อสม./ผู้นำชุมชน, ตัวแทนประชาชน) จะถูกนำมาวิเคราะห์ ดังนี้

การวิเคราะห์เนื้อหา นำข้อมูลที่ถอดเทปแล้วมาทำการอ่านทบทวนหลาย ๆ รอบ แยกแยะข้อความ จัดหมวดหมู่ความคิดเห็นและเชื่อมโยงประเด็นตามกรอบแนวคิด CIPP Model เพื่ออธิบายบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของโมเดลการจัดการสุขภาพในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง

การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูลโดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่ต่างกัน และเปรียบเทียบกับข้อมูลเชิงปริมาณทางคลินิก เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์บริบท การดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบเพื่อการจัดการ NCDs ในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี โดยครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

1. สถานการณ์และวิกฤตการณ์ NCDs บริบทเชิงระบาดวิทยาในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง สะท้อนภาพความท้าทายของชุมชนกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรม ซึ่งสอดคล้องกับวิกฤตการณ์ NCDs ในระดับประเทศที่ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 74 ของสาเหตุการตายทั้งหมด โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรีที่มีสถิติผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงติดอันดับต้น ๆ ของเขตสุขภาพที่ 6 (กรมควบคุมโรค, 2568) สำหรับพื้นที่ตำบลเขาคันทรง ข้อมูลในปี 2568 พบอุบัติการณ์ของ NCDs เพิ่มขึ้นเฉลี่ยถึง ร้อยละ 7.3 โดยมีปัจจัยเสี่ยงหลักจากวิถีชีวิตที่เร่งรีบและพฤติกรรมบริโภคที่เปลี่ยนไปตามสภาพเศรษฐกิจ (องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี, 2568) นอกจากนี้การขยายตัวของโครงสร้างพื้นฐานและเส้นทางคมนาคมสายหลักที่ตัดผ่านชุมชน ยังกลายเป็นปราการทางกายภาพสำคัญที่ลดทอนโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ส่งผลให้การจัดการโรคในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและยากลำบากยิ่งขึ้น

2. การตอบสนองเชิงนโยบายของ สบข. ทิศทางนโยบายสุขภาพดี วิถี สุข. ถือเป็นตัวแปรบริบทเชิงกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นการนำองค์ความรู้จากสถาบันการศึกษาพยาบาลลงสู่การปฏิบัติจริงจากการศึกษาพบว่า การดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. ในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง มีลำดับการขับเคลื่อนเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ เริ่มต้นจากการตอบสนองเชิงนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก (สบข.) ที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนบทบาทจากสถาบันการศึกษาพยาบาลสู่การสร้างคามเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพปทุมภูมิ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ (Model) ที่บริหารจัดการสุขภาพเชิงรุกและเข้าถึงประชาชนในระดับฐานราก จากการวิเคราะห์บริบทพื้นที่ พบข้อจำกัดทางกายภาพที่สำคัญของตำบลเขาคันทรงคือ การมีถนนเส้นหลักที่มีปริมาณรถบรรทุกหนาแน่น ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงและอุปสรรคในการเดินทางไปรับบริการ ณ สถานีอนามัยหรือหน่วยบริการสาธารณสุขขั้นต้นของประชาชน บริบทความเสี่ยงดังกล่าวกลายเป็นปัจจัยเร่งที่ทำให้โครงการต้องมุ่งเน้นการติดต่อทางปัญญา ให้แก่ อสม. ผ่านเครื่องมือป้องกันจราจร 7 สี เพื่อการคัดกรองที่แม่นยำและการนำศาสตร์ภูมิเวช ซึ่งเป็นองค์ความรู้ด้านการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายเพื่อจัดระเบียบกระดูก กล้ามเนื้อและเส้นประสาท ด้วยท่ากายบริหารที่ง่ายและปลอดภัย มาใช้เป็นนวัตกรรมการดูแลสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน ดังนั้น การออกแบบโครงการที่ผสมผสานนวัตกรรมการคัดกรองเชิงระบบเข้ากับภูมิปัญญาการดูแลสุขภาพ

สอดคล้องกับบริบทปัญหาเชิงพื้นที่อย่างแท้จริง ช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ลดความเสี่ยงจากการเดินทาง และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนตำบลเขาคันทรงให้สอดคล้องกับมาตรฐานนโยบายระดับประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. ความพร้อมและทุนทางสังคมของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง ขึ้นอยู่กับต้นทุนทางสังคมที่มีอยู่เดิม โดยเฉพาะความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพระดับท้องถิ่นที่ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานประกอบการเอกชน ซึ่งมีความพร้อมด้านทัศนคติและการยอมรับนวัตกรรมบริการรูปแบบใหม่ ตลอดจนการมีส่วนร่วมจัดสรรทรัพยากรและพื้นที่จัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน (หมู่ 7) ถือเป็นตัวแปรบริบทเชิงบวกสำคัญที่ช่วยหนุนเสริมการขับเคลื่อนโครงการให้ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า อสม. ในพื้นที่ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานในชุมชนมากกว่า 10 ปี มีความคุ้นเคยกับบริบทครอบครัวของผู้ป่วย NCDs เป็นอย่างดี ผลการสัมภาษณ์สะท้อนถึงความพร้อมใจและความภาคภูมิใจที่ทางวิทยาลัยฯ เข้ามาถ่ายทอดองค์ความรู้เชิงรุก ทั้งการคัดกรองด้วยหลักป้องกันจรรยา 7 สีและการนำภูมิปัญญาการดูแลตนเองด้วยศาสตร์มณีเวช มาประยุกต์ใช้ ซึ่งถือเป็นการยกระดับบทบาทจากผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สู่การเป็นผู้จัดการสุขภาพ ประจำศูนย์สุขภาพชุมชนอย่างเต็มตัว ปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นหลักประกันสำคัญที่สะท้อนถึงความยั่งยืนของโครงการในระยะยาว

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า การดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สบข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ เพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการทรัพยากรเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

1. ศักยภาพของบุคลากรและทีมสุขภาพ ตัวแปรด้านบุคลากรถือเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน โดยครอบคลุมทั้ง ทีมคณาจารย์ และนักศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ในฐานะผู้นำองค์ความรู้เชิงวิชาการเกี่ยวกับเรื่องการใช้ป้องกันจรรยา 7 สี ในการคัดกรอง NCDs และการใช้ศาสตร์มณีเวช เพื่อให้ความรู้กับ อสม. ให้มีความมั่นใจ ก่อนลงสู่พื้นที่เพื่อปฏิบัติจริง เมื่อผสานเข้ากับภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชน อาทิ พยาบาลในชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีความพร้อมด้านจำนวน ทัศนคติเชิงบวก และทักษะการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือ ปัจจัยนำเข้าสำคัญที่สร้างความเชื่อมั่น และแรงจูงใจให้แก่ประชาชนในชุมชนตำบลเขาคันทรง ในการเข้ารับบริการ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานอนามัย ผลการสัมภาษณ์สะท้อนถึงการที่วิทยาลัยฯ เข้ามาช่วยเสริมเข้มทางวิชาการและเตรียมความพร้อมให้กับ อสม. อย่างเป็นระบบ ช่วยลดภาระงานการคัดกรองเบื้องต้นของพยาบาลในสถานอนามัยได้มาก ทำให้ทีมสุขภาพสามารถทำงานเชิงรุกในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเดียวกัน และเกิดความคล่องตัวในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามระดับสีของป้องกันจรรยาได้อย่างแม่นยำยิ่งขึ้น

2. การบริหารจัดการงบประมาณ ปัจจัยด้านงบประมาณถือเป็นตัวแปรนำเข้าเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ โดยมี การบูรณาการงบประมาณร่วมกันระหว่างสถาบันพระบรมราชชนก และ กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น (อปท. เขาคันทรง) เพื่อรองรับการดำเนินกิจกรรมเชิงรุก ทั้งการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมบ้าน ความร่วมมือนี้สะท้อนถึงการให้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่า

จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ผลการสัมภาษณ์สะท้อนว่า การมี ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ (หมู่ 7) เป็นพื้นที่ปฏิบัติงานที่ชัดเจน ช่วยให้การจัดสรรงบประมาณตามแผนงานโครงการมีความแม่นยำและคล่องตัวสูงขึ้น สามารถติดตามผลการใช้จ่ายงบประมาณที่เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพของประชาชนได้โดยตรง นอกจากนี้ยังช่วยให้กองทุนฯ สามารถอนุมัติงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมต่อเนื่องได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีฐานข้อมูลการคัดกรองที่ชัดเจนจากทีม อสม. และวิทยาลัยฯ

3. โครงสร้างพื้นฐาน สถานที่ และเครื่องมือทางการแพทย์ ตัวแปรด้านกายภาพมุ่งเน้นไปที่ความพร้อมของศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบหมู่ที่ 7 ซึ่งเป็นจุดศูนย์กลางชุมชนที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการอย่างปลอดภัย โดยมีการ

จัดสรรพื้นที่อย่างเป็นสัดส่วนสำหรับการให้บริการคลินิก NCDs และพื้นที่เฉพาะสำหรับการสาธิตศาสตร์มีเวช นอกจากนี้ยังครอบคลุมถึงความพร้อมของเครื่องมือทางการแพทย์พื้นฐาน อาทิ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว และสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ที่ทันสมัยแต่มีลักษณะการใช้งานที่ง่าย ซึ่งความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานนี้เป็นปัจจัยนำเข้าสำคัญที่ช่วยลดอุปสรรคการเดินทางและสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ นอกจากความพร้อมด้านสถานที่และอุปกรณ์แล้ว ผลการประเมินศักยภาพการบริหารจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบตามกรอบ 6 องค์ประกอบหลัก พบว่าในภาพรวมมีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะมิติด้านระบบสารสนเทศที่ต้องเชื่อมโยงข้อมูลกับสถานพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงระบบสนับสนุนการตัดสินใจและการจัดการของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ในการนี้โครงการสุขภาพดี วิถี สุข. ได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นกลไกเติมเต็ม ผ่านการเสริมสร้างระบบสนับสนุนการตัดสินใจให้แก่ อสม. โดยมีคณาจารย์และพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและโค้ช ในสถานการณ์จริงระหว่างการเยี่ยมบ้านในช่วงเริ่มต้น พร้อมทั้งสร้างช่องทางสื่อสารผ่านระบบ Line เพื่อให้คำปรึกษาเร่งด่วนในกรณีซับซ้อน ข้อค้นพบนี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้โครงสร้างทางกายภาพจะมีความพร้อม แต่ความสำเร็จที่ยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงระบบอย่างจริงจัง ซึ่งการนำระบบป้องกันจราจร 7 สี มาบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบสารสนเทศและการใช้ศาสตร์มีเวชมาเสริมสร้างการจัดการตนเอง ได้เปลี่ยนจากความต้องการพัฒนาให้กลายเป็นศักยภาพในการบริการที่ตอบโจทย์การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลเขาคันทรงได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. รูปแบบและแนวทางการดำเนินงาน ตัวแปรด้านกระบวนการจัดการหรือแนวคิดหลักของโครงการกำหนดขึ้นตามแนวทางสุขภาพดี วิถี สุข. ซึ่งมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการสร้างโมเดลการจัดการตนเอง ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรม รูปแบบดังกล่าวครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุก การให้การศึกษาและการบูรณาการนวัตกรรมมีเวชเข้ากับบริการสุขภาพพื้นฐานในชุมชน แนวทางการดำเนินงานที่มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ ช่วยให้ทรัพยากรทุกด้านทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกประชาชนผู้รับบริการในพื้นที่พบว่ารูปแบบการบริการดังกล่าว ได้รับการยอมรับในระดับสูง เนื่องจากประชาชนรู้สึกว่าการป้องกันจราจร 7 สี ช่วยให้เข้าใจสถานะสุขภาพของตนเองได้ง่ายขึ้นกว่าการจำค่าตัวเลขทางสถิติ ขณะที่ศาสตร์มีเวช ถูกมองว่าเป็นนวัตกรรมที่ทำได้จริงในชีวิตประจำวัน แม้ในกลุ่มวัยทำงานที่มีเวลาจำกัด นอกจากนี้ การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบในพื้นที่หมู่ 7 ยังช่วยทลายกำแพงเชิงโครงสร้างที่เคยเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการ ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าการดูแลสุขภาพไม่ใช่เรื่องยุ่งยากหรือต้องเสียเวลาเดินทางไกล รวมถึงช่วยลดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุบนเส้นทางคมนาคมสายหลักที่ตัดผ่านชุมชน ซึ่งเคยเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในอดีต ปัจจัยเชิงบวกเหล่านี้จึงเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเพิ่มความครอบคลุมและความสม่ำเสมอในการรับบริการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี มุ่งเน้นการขับเคลื่อนผ่านกลไกการบริหารจัดการเชิงรุกและการสร้างส่วนร่วมในระดับบุคคล โดยแบ่งลำดับขั้นตอนสำคัญออกเป็น 4 ส่วนหลัก ดังนี้

1. การเข้าถึงเชิงรุกและการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเริ่มต้นจากการวางระบบการคัดกรองเชิงรุก เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเชิงพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่ถูกตัดขาดจากบริการด้วยทางหลวงสายหลัก จากการสังเกตกระบวนการทำงานพบว่า ทีมสุขภาพได้ใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบหมู่ 7 เป็นฐานปฏิบัติการในการกระจายทีม อสม. และนักศึกษาพยาบาลลงเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ กระบวนการเยี่ยมบ้านยังถูกใช้เป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ร่วมกันของทีมสุขภาพสามประสาน โดยมีอาจารย์พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) และให้คำปรึกษาเชิงวิชาการในสถานการณ์จริง ช่วยให้ อสม. และนักศึกษาพยาบาลสามารถบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

จากการสังเกตพบว่า รูปแบบการเรียนรู้สามประสานนี้ช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ อสม. ในการสื่อสารเรื่อง ปิงปองจรรยา 7 สีและการสาธารณสุขศาสตร์เฉพาะ ขณะเดียวกันนักศึกษาได้เรียนรู้วิธีการเข้าถึงใจคนในชุมชนจาก อสม. โดยมีอาจารย์เป็นผู้ช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ กลไกนี้ไม่เพียงแต่ช่วยยกระดับทักษะของทีมงาน แต่ยังเป็นปัจจัย สำคัญที่ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำและสอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง

นอกจากนี้ การทำงานเชิงรุกยังช่วยลดความเสี่ยงจากการคมนาคมบนเส้นทางสายหลักและเป็นกลไก สำคัญในการนำกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบการดูแลได้อย่างรวดเร็ว โดยอาศัยผลการคัดกรองมาจัดลำดับความสำคัญ ตามสีปิงปองจรรยา 7 สี เพื่อวางแผนเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงสูง (สีแดง/สีส้ม) ได้อย่างแม่นยำและทั่วถึง ซึ่งมีประสิทธิภาพ มากกว่าการตั้งรับบริการในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ชุตโรสง (2569) ที่ พบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต้องอยู่กับโรคและการดูแลรักษาเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน การดูแลจึง เน้นการค้นหา การคัดกรองโรคในระยะแรก เพราะจะทำให้สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดความ รุนแรงของโรคได้ ทำให้การดูแลไม่ซับซ้อนและเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก

2. การจัดบริการคลินิกและนวัตกรรมการดูแลทางเลือก กระบวนการให้บริการภายในศูนย์สุขภาพ ชุมชนต้นแบบหมู่ที่ 7 ไม่ได้จำกัดเพียงการรักษาด้วยยาตามมาตรฐานคลินิกเท่านั้น แต่ยังมีบูรณาการนวัตกรรม บริการเชิงรุก เข้ามาเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการ โดยมีลำดับขั้นตอนดังนี้

2.1 กระบวนการคัดกรองและจำแนกกลุ่มเป้าหมาย ใช้เครื่องมือปิงปองจรรยา 7 สี เป็นกลไกหลัก ช่วยให้อสม. วิเคราะห์และแยกแยะระดับความเสี่ยงรายบุคคลได้อย่างเป็นระบบนำไปสู่การวางแผนการดูแล ที่เหมาะสมและจำเพาะเจาะจงตามสภาพปัญหาจริง

2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยนวัตกรรมทางเลือกบูรณาการศาสตร์เฉพาะ เป็นเครื่องมือสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเน้นทำทางที่ทำได้จริงในวิถีชีวิตคนทำงานกึ่งอุตสาหกรรม ซึ่งนอกจากจะช่วยบรรเทา อาการและควบคุมโรคแล้ว ยังเป็นกลยุทธ์สร้างจุดเด่นของบริการ ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของคนใน ตำบลเขาคันทรง ส่งผลให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการรับบริการมากขึ้น

2.3 การสร้างกลไกการมีส่วนร่วมและแรงจูงใจ กระบวนการนำศาสตร์เฉพาะมาใช้ร่วมกับการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เพียงแต่เป็นการบรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แต่ยังถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการ สร้างจุดเด่นของบริการ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพของคนในตำบลเขาคันทรง ทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจและมีแรงจูงใจในการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น

3. กลไกการติดตามและการดูแลต่อเนื่องในครัวเรือน หัวใจสำคัญของกระบวนการคือการเชื่อมโยง บริการจากศูนย์สุขภาพชุมชนสู่บ้าน ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านและการให้สุขศึกษาเฉพาะราย เพื่อประเมินศักยภาพ การจัดการตนเองในสภาพแวดล้อมจริง โดยมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อให้ อสม. สามารถปรึกษาคณาจารย์และพยาบาลวิชาชีพได้ทันทีเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงสีส้ม/สีแดง

กระบวนการนิเทศติดตามและเยี่ยมบ้านซ้ำ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสีปิงปองจรรยาอย่างต่อเนื่องนี้ ถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการทลายข้อจำกัดด้านการคมนาคมที่เป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างของพื้นที่ ทำให้ประชาชน ได้รับบริการที่ต่อเนื่องและเท่าเทียม แม้จะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาลหลัก

4. การเสริมสร้างพลังและการมีส่วนร่วมรายบุคคล กระบวนการสุดท้ายมุ่งเน้นไปที่การสร้าง ความร่วมมืออย่างมีส่วนร่วม โดยปรับเปลี่ยนบทบาทของกลุ่มเป้าหมาย จากการเป็นเพียง ผู้รับบริการ สู่การเป็นผู้จัดการ สุขภาพตนเอง ผ่านการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวทำงานร่วมกับทีม อสม. เพื่อวิเคราะห์สาเหตุของสีปิงปอง จรรยาที่ปรากฏ พร้อมทั้งร่วมกันออกแบบเป้าหมายการลดความเสี่ยงด้วยศาสตร์เฉพาะ ที่สอดคล้องกับข้อจำกัด ในอาชีพและวิถีชีวิต การที่ประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของสุขภาพและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายเฝ้าระวังโรค ภายในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรมนี้เอง ที่เป็นกลไกสำคัญในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน ซึ่งสะท้อน

ผ่านผลการสัมภาษณ์เชิงลึกที่พบการเปลี่ยนแปลงระดับทัศนคติที่สำคัญคือ การตระหนักว่า การรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ไม่ยาก แค่เราหันกลับมารักและดูแลตนเอง ชีวิตก็ดีขึ้นได้ สภาวะการสร้างแรงบันดาลใจจากภายในและการออกแบบเป้าหมายลดความเสี่ยงด้วยตนเอง

ส่วนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบ เพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิถี สุข. จากการเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เป็นแกนนำสุขภาพตามหลัก 3 อ. พบว่ากลุ่มเป้าหมายมีระดับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมสุขภาพตามวิถี สุข. ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ จำแนกตามรายด้าน (n=30)

ประเด็นพฤติกรรมสุขภาพ (3 อ.)	ก่อนร่วมโครงการ		หลังร่วมโครงการ		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1. ด้านการบริโภคอาหาร (อ.1)	2.89	0.36	4.06	0.38	-14.98	.000**
2. ด้านการออกกำลังกาย (อ.2)	2.83	0.35	4.02	0.29	-15.13	.000**
3. ด้านการจัดการอารมณ์ (อ.3)	2.76	0.40	4.16	0.32	-14.18	.000**

** p < .01

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังจากดำเนินโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. ในพื้นที่ตำบลเขาคันทรง กลุ่มเป้าหมายที่เป็นแกนนำสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. โดยรวมสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการจัดการอารมณ์ (อ.3) มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X}$ = 4.16) รองลงมาคือ ด้านการบริโภคอาหาร (อ.1) ($\bar{X}$ = 4.06) และ ด้านการออกกำลังกาย (อ.2) ($\bar{X}$ = 4.02) ตามลำดับ

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก จากการเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบความเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ (ความดันโลหิต) ตามเกณฑ์สีปิงปองจราจร ในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน (ดังตารางที่ 2)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบและการทดสอบความเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพ (ความดันโลหิต) ตามเกณฑ์สีปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 125)

สถานะสุขภาพ (ความดันโลหิต) สีปิงปองจราจร	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ)	(Wilcoxon Signed- Rank Test)	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ			
กลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยงต่ำ (สีเขียว/สีเขียวอ่อน)	38	30.4	52	41.6	+ 11.2		
กลุ่มป่วยควบคุมได้ดี (สีเขียวเข้ม)	23	18.4	37	29.6	+ 11.2		
กลุ่มป่วยเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง)	48	38.4	29	23.2	- 15.2		
กลุ่มป่วยเสี่ยงสูง/ มีภาวะแทรกซ้อน (สีแดง/สีแดงเข้ม)	16	12.8	7	5.6	- 7.2		
รวม	125	100	125	100		-5.408 ^a	.000**

**p < .01

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบและทดสอบสถานะสุขภาพ (ความดันโลหิต) ของผู้รับบริการจำนวน 125 คน ตามเกณฑ์สี่ปีป้องกันโรคชีวิต 7 สี ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน โดยกลุ่มปกติ/กลุ่มเสี่ยง (สีขาว/สีเขียวอ่อน) และกลุ่มป่วยควบคุมได้ดี (สีเขียวเข้ม) มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในอัตราเท่ากันคือร้อยละ 11.2 ขณะที่กลุ่มป่วยเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) ลดลงร้อยละ 15.2 และกลุ่มป่วยเสี่ยงสูง/มีภาวะแทรกซ้อน (สีส้ม/สีแดง) ลดลงร้อยละ 7.2 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสอดคล้องทางสถิติด้วย Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า ระดับสถานะสุขภาพตามเกณฑ์สี่ปีป้องกันโรคชีวิต 7 สี ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีความเปลี่ยนแปลงไปจากก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($Z = -5.408, p < .001$) โดยผลการเปรียบเทียบอันดับรายบุคคลปรากฏว่า มีผู้รับบริการที่มีอันดับความรุนแรงของโรคลดลงหรือสุขภาพพัฒนาดีขึ้น (Negative Ranks) จำนวน 39 คน และมีสถานะสุขภาพคงเดิม (Ties) จำนวน 86 คน โดยไม่พบผู้รับบริการที่มีสถานะสุขภาพแย่ลง (Positive Ranks) เลย ซึ่งเป็นการยืนยันเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผลของโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. ในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนตำบลเขาคันทรง การเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์นี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกศินี มหาวงค์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ช่วยให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งยืนยันว่าการใช้เครื่องมือเชิงรุกในชุมชนควบคู่กับการติดตามอย่างเป็นระบบ สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและยกระดับสถานะสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ จากการวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจของผู้รับบริการที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้รับบริการจากการเยี่ยมบ้าน ในเขตพื้นที่ตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและการเยี่ยมบ้าน ($n = 125$)

ประเด็นการประเมิน	$\bar{x}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
1. การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่หรือ อสม. มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	4.75	0.14	มากที่สุด
2. ท่านได้รับคำแนะนำและการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์เมื่อเจ้าหน้าที่/อสม. มาเยี่ยมบ้าน	4.63	0.32	มากที่สุด
3. ท่านได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหาร ที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง	4.64	0.35	มากที่สุด
4. ท่านได้รับความรู้และคำแนะนำเรื่องการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับโรค	4.62	0.24	มากที่สุด
5. การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามแนวทาง "ป้องกันโรคชีวิต 7 สี" ช่วย让您เข้าใจสถานะโรคของตนเองชัดเจน	4.54	0.28	มากที่สุด
6. เจ้าหน้าที่หรือ อสม. มีความใส่ใจ รับฟัง และให้กำลังใจท่านในการจัดการโรคประจำตัว	4.52	0.26	มากที่สุด
7. ความสะดวกในการเข้าถึงบริการ (ทั้งการเดินทางมาศูนย์สุขภาพชุมชนและการได้รับบริการเชิงรุกที่บ้าน)	4.53	0.30	มากที่สุด
8. ความพึงพอใจต่อระบบการนัดหมาย การติดตามอาการ และการส่งต่อเพื่อรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ	4.51	0.29	มากที่สุด
9. ท่านมีความมั่นใจและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการนี้	4.51	0.25	มากที่สุด
รวม	4.58	0.27	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชนและผู้รับบริการจากการเยี่ยมบ้าน จำนวน 125 คน มีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.27) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่หรือ อสม. มีความสม่ำเสมอและต่อเนื่องอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.14) รองลงมาคือ ท่านได้รับความรู้ และคำแนะนำเรื่องการควบคุมอาหารที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.64$, S.D. = 0.35) และท่านได้รับคำแนะนำและการดูแลสุขภาพที่เป็นประโยชน์เมื่อเจ้าหน้าที่/อสม. มาเยี่ยมบ้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, S.D. = 0.32) ตามลำดับ

ความยั่งยืนของโมเดลนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบหมู่ 7 เป็นจุดเชื่อมต่อเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายท้องถิ่น และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่กินได้ ผ่านศาสตร์มณีเวช ทำให้ประชาชนสามารถแลตนเองได้จริงในบริบทกึ่งอุตสาหกรรม โมเดลนี้จึงเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญในการขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีบริบทความท้าทายเชิงโครงสร้างในลักษณะเดียวกันต่อไป

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบแต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงดังนี้

1. จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการ 125 คน มาจากการเลือกตามเกณฑ์ความสะดวกโดยไม่ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าตามหลักสถิติ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการเป็นตัวแทนประชากรในภาพรวม
2. ระยะเวลาการติดตามประเมินผลโครงการมีความจำกัดในระยะสั้น ทำให้ยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวได้อย่างเด่นชัด
3. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านการกระจายตัวของพื้นที่ โดยจัดทำเพียงพื้นที่บางหมู่บ้านในตำบลเขาคันทรง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เท่านั้น ซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะที่มีประชากรวัยแรงงานและนิคมอุตสาหกรรมหนาแน่น ส่งผลให้การนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้หรืออ้างอิงในบริบทพื้นที่อื่น ๆ อาจมีข้อจำกัดด้านความเที่ยงตรงภายนอก (External Validity)

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมสุขภาพตามหลักวิถี สุข. (3 อ.) จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยเฉพาะด้านการจัดการอารมณ์ (อ.3) ที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ซึ่งผลลัพธ์นี้สามารถอภิปรายได้ว่าเป็นผลสำเร็จมาจากกระบวนการเรียนรู้แบบสามประสาน (อาจารย์ นักศึกษา และ อสม.) ที่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านเชิงรุก โดยมีการนำศาสตร์มณีเวช มาเป็นเครื่องมือหลักในการสื่อสารและฝึกปฏิบัติ กระบวนการนี้ช่วยเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนจากการเป็นผู้รับบริการสู่การเป็นผู้จัดการสุขภาพตนเอง ที่เข้าใจความสมดุลของกายและใจ การที่นักศึกษาพยาบาลและ อสม. ร่วมกันสาธิตและฝึกปฏิบัติศาสตร์มณีเวชในบริบทที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริง ทำให้ประชาชนเห็นประโยชน์ที่ชัดเจนและสามารถทำได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติตระหนักว่าการรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่ไม่ยาก เกิดความเป็นเจ้าของสุขภาพและเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายเฝ้าระวังโรคภายในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรมนี้เอง จึงนับเป็นกลไกสำคัญในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน สภาวะการสร้างแรงบันดาลใจจากภายในและการออกแบบเป้าหมายลดความเสี่ยงด้วยตนเองนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (1991) และ Wallerstein (1992) ที่ระบุว่า ความยั่งยืนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไม่ได้เกิดจากการบังคับเชิงโครงสร้าง แต่เกิดจากการที่บุคคลเกิดความตระหนักรู้และสร้าง

แรงบันดาลใจจากภายใน จนนำไปสู่ความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ (Sense of Health Ownership) จึงเป็นข้อยืนยันว่าโครงการไม่ได้เพียงแค่ให้ความรู้ แต่สามารถกระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภายใน โดยส่งผลต่อเนื่องไปยังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (อ.1) และการออกกำลังกาย (อ.2) ที่ดีขึ้นตามลำดับ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่า เมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและได้รับการสนับสนุนที่ตรงจุด จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน

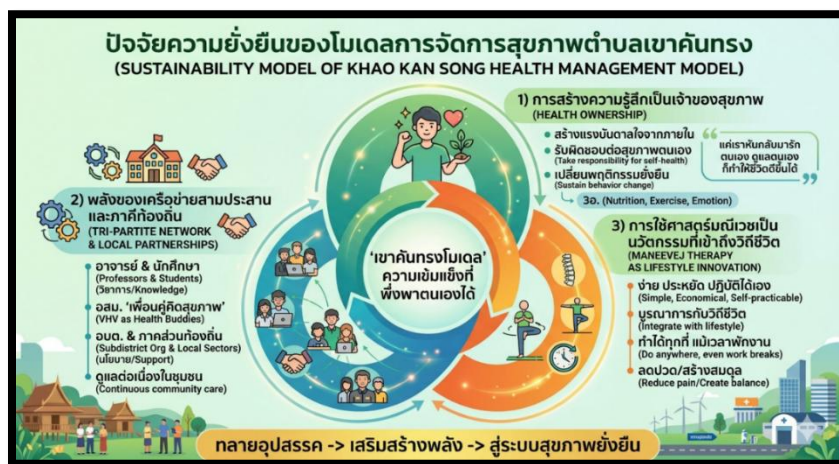
2. สถานะสุขภาพ/ผลทางคลินิกตามเกณฑ์ป้องกันจราจร นอกเหนือจากกระบวนการดูแลเชิงรุกแล้ว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีสถานะสุขภาพทางคลินิกที่ดีขึ้นคือ การใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบหมู่ 7 เป็นจุดเชื่อมต่อ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหา อุปสรรคด้านคมนาคมของพื้นที่ตำบลเขาคันทรงที่มีทางหลวงสายหลักกั้นกลางหมู่บ้าน อุปสรรคทางกายภาพนี้เดิมที่เป็นปัจจัยขัดขวางการเข้าถึงบริการทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขาดความต่อเนื่องในการติดตามรักษา การจัดตั้งฐานปฏิบัติการสุขภาพในชุมชนจึงเป็นการจัดการสุขภาพเชิงพื้นที่ ที่ช่วยลดระยะทางและลดความเสี่ยงในการเดินทาง ส่งผลให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ ประชาชนสามารถเข้าถึงการคัดกรองและรับคำปรึกษาได้บ่อยครั้งตามความจำเป็น สอดคล้องกับหลักการของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ต้องมีความสะดวกและใกล้ชิดชุมชน ผลลัพธ์นี้จึงสะท้อนให้เห็นผ่านจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและสีแดงที่ลดลงอย่างชัดเจน เนื่องจากการติดตามดูแลอย่างทันทั่วถึง ณ จุดบริการที่ไร้อุปสรรคทางกายภาพ

3. ปัจจัยความยั่งยืนของโมเดลการจัดการสุขภาพตำบลเขาคันทรง จากการสังเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน คณะผู้วิจัยพบว่า ความยั่งยืนของโมเดลนี้ไม่ได้เกิดจากกลไกการบริการเพียงอย่างเดียว แต่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ

1) การสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลง ระดับทัศนคติที่สำคัญคือ การที่ประชาชนเปลี่ยนจากการรอรับคำสั่งจากเจ้าหน้าที่ สู่การรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง ดังคำสะท้อนที่ว่า แคเราหันกลับมารักตนเอง ดูแลตนเอง ก็ทำให้ชีวิตดีขึ้นได้ ข้อค้นพบนี้ยืนยันว่ากระบวนการของโครงการสามารถสร้างแรงบันดาลใจ ให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากภายใน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. มีความคงทนและยั่งยืนกว่าการจูงใจด้วยปัจจัยภายนอก

2) พลังของเครือข่ายสามประสานและภาคีท้องถิ่น ความยั่งยืนยังเกิดจากกลไกการสนับสนุนที่เข้มแข็ง โดยมีอาจารย์และนักศึกษาเป็นผู้เติมเต็มองค์ความรู้ และมี อสม. เป็นเพื่อนคู่คิดสุขภาพในพื้นที่ การทำงานร่วมกับ อบต.เขาคันทรงและภาคส่วนท้องถิ่น ช่วยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง แม้จะสิ้นสุดระยะเวลาโครงการแล้ว แต่กลไกความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนจะยังคงทำหน้าที่เฝ้าระวังและดูแลกันและกันต่อไป

3) การใช้ศาสตร์วิถีชีวิตเป็นนวัตกรรมที่เข้าถึงวิถีชีวิต การเลือกใช้ศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย ประหยัด และสามารถปฏิบัติได้เองทุกที่ แม้ในช่วงเวลาพักจากการทำงานในนิคมอุตสาหกรรม ทำให้เครื่องมือนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตไม่ใช่ภาระที่ต้องทำเพิ่ม ความเรียบง่ายแต่เห็นผลเชิงประจักษ์นี้เองที่เป็นตัวขับเคลื่อนให้โมเดลนี้สามารถขยายผลและพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ซึ่งสามารถนำเสนอโมเดลของเขาคันทรงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 โมเดลการจัดการสุขภาพตำบลเขาคันทรัง

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี เลขที่ BNC REC 33/2569 ลงวันที่ 9 เมษายน 2569 ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ หากไม่สมัครใจจะไม่เสียสิทธิหรือผลประโยชน์ใด ๆ ข้อมูลที่ได้รับจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวิจัยและการศึกษาเท่านั้น โดยรายงานผลในลักษณะภาพรวมโดยไม่เปิดเผยตัวตนของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดถือแนวทางปฏิบัติอย่างเคร่งครัด โดยเริ่มดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยอย่างเป็นทางการแล้วเท่านั้น

ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1. ควรมีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะ 3-5 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางสุขภาพดี วิถี สุข. ของประชากรในพื้นที่ นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขว่า การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน ภายใต้การสนับสนุนทางวิชาการจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี ร่วมกับการบูรณาการดูแลของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เขาคันทรัง สามารถช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในภาพรวมของชุมชนได้มากน้อยเพียงใด เพื่อเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการขยายผลนโยบายในระดับประเทศต่อไป

2. สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ เขาคันทรัง ควรพัฒนานวัตกรรมดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ควรวิจัยและพัฒนาแอปพลิเคชันหรือระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างศาสตร์มณีเวช และการติดตามผลรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยในเขตอุตสาหกรรมที่มีเวลาจำกัด สามารถบันทึกผลและปรึกษาทีมสุขภาพจากวิทยาลัยพยาบาลฯ ได้แบบเรียลไทม์ ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดด้านการเดินทางได้อย่างถาวร

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานประจำปี 2567 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
- เกศินี มหาวงศ์, วรุฒิ ชมภูพาน, และสลักจิต นิลประเสริฐศักดิ์. (2563). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อระดับความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. วารสารการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ, 2(2), 26–38.
- นิตยา ชุตโรสง. (2569). การพัฒนาสถานีนรีเวชสุขภาพ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 35(1), 166–182.
- วีระศักดิ์ เดชอรัญ. (2568). ประสิทธิภาพเชิงระบบของศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน: แนวทางลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ยั่งยืน. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 1–18.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2565). แนวทางการดำเนินงานโครงการสุขภาพดี วิถี สุข. และการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนต้นแบบเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง.
- สุรีย์ ธรรมิกพงษ์, จิราภรณ์ วงศ์ใหญ่, และนนุช วงศ์สว่าง. (2563). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 38(4), 138–147.
- องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี. (2568). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งอุตสาหกรรม จังหวัดชลบุรี ประจำปี 2568. กองสาธารณสุข.
- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 354–361. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Vichitkunakorn, P., Bunyanukul, W., Apiwan, K., Tanasanchonnakul, D., & Sittisombut, M. (2025). Prevalence of non-communicable disease risk factors and their association with economic status: Findings from the 2021 health behaviour of population survey in Thailand. *Global Health Action*, 18(1), Article 2485689. <https://doi.org/10.1080/16549716.2025.2485689>
- The Nation Thailand. (2025, November 8). Rising non-communicable diseases: Thailand's major health crisis. [The Nation Thailand](#)
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. Jossey-Bass.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on the effectiveness of empowerment to improve health? (Health Evidence Network Report No. 6). WHO Regional Office for Europe