

# รายงานฉบับสมบูรณ์

## การประเมินประสิทธิผล

การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

โดย

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์

ธีระวุธ ธรรมกุล

ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2566

# รายงานฉบับสมบูรณ์

## การประเมินประสิทธิผล

การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ  
ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

โดย

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์

ธีระวุธ ธรรมกุล

ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2566

## การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

### บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของภาคีหลายภาคส่วนซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทสำคัญ แต่ยังคงขาดการประเมินผลการดำเนินงานผ่านกลไกคณะกรรมการฯ ดังกล่าว การวิจัยเชิงประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยสุ่มเลือกอำเภอตามเกณฑ์ จำนวน 8 อำเภอ ครอบคลุมพื้นที่ 4 ภูมิภาค ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 992 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 80 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 80 คน ร่วมกับประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถามและแบบประเมินเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการศึกษา** พบรูปแบบการจัดทำแผน 2 รูปแบบ ได้แก่ 1)รูปแบบการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมโดย พชอ. และ 2)รูปแบบการจัดทำแผนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ (NCD Board) ทุกพื้นที่ที่มีแผนบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน โดยมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลัก และพบว่าการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สามารถดำเนินการผ่านกลไกเจ้าพนักงานตามกฎหมายได้ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ส่วนในชุมชนเป็นเพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย และพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยพบว่าการสร้างสนามออกกำลังกายที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยง ส่วนการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากมาตรการ กฎ กติกาที่เกิดจากความตระหนักของชุมชน เช่น งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น และมาตรการการถ่ายทอดความรู้ สื่อสารความเสี่ยงในทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหลัก จากการดำเนินงานของ พชอ. ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 - 2564 และได้มีการประเมินผลการดำเนินงานระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ถูกต้องอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 57.8, 51.6 และ 56.8 ตามลำดับ และพฤติกรรมดูแลรักษาตนเองของกลุ่มป่วย อยู่ในระดับสูงร้อยละ 52.27 ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่มีแผนยุทธศาสตร์อำเภอและมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พชอ. มีแนวโน้มลดลง จากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรคฯ ด้วยกลไก พชอ. ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน ดังนั้นหน่วยงานระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้ NCD Board ระดับอำเภอจัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่านกลไก พชอ.เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทย

# The Evaluation of the effectiveness of diabetes and hypertension prevention and control with the mechanism of the District Health Board in Thailand

---

## Abstract

Chronic non-communicable diseases are a growing health problem. The active involvement of multiple sectors through the District Health Board (DHB) could be an important mechanism. Therefore, this evaluation research aims to evaluate the result of preventing and controlling diabetes and hypertension with the mechanism of the District Health Board (DHB) in Thailand, randomly selected 8 districts, covering 4 regions, for the study, between October 2022 to March 2023. Quantitative data were collected from 992 people aged equal or above 35 years. Qualitative data were collected through a focus group discussion with 80 members of DHB committee and 80 members of the Sub-District Health Board along with the review of relevant documents. The tools used included tests, questionnaires, and document evaluations. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the qualitative data used content analysis to analyze. The result showed 2 groups of working mechanisms: (1) planning with DHB involvement, and (2) a plan developed by the Non-Communicable Disease (NCD) Board. Every area has a standard screening and treatment plans for patients, with Subdistrict Health Promoting Hospitals being the main units. Relevant laws can be enforced through legal mechanisms, implemented by officials in areas designated by law while only cooperation in complying with the law is used in the communities. Many areas have undergone physical environmental changes, for example, the construction of exercise facilities. The changes in the social environment mostly arised from community awareness, for example, the alcohol-free merit-making event. Knowledge transfer and risk communication in all areas were carried out mainly by public health officers and village health volunteers. Majority of the sample groups, normal, at-risk, and patient, had a moderate level of healthy eating behavior, with percentages of 57.8%, 51.6%, and 56.8%, respectively. In addition, the self-care behavior of the patient group was high at 52.27%. In terms of health status, the incidence rate of new cases of diabetes and hypertension in areas with strategic plans and supported from the DHB shows a downward trend. Through the mechanism of DHB, participation from various sectors including the government, private sector, and community was generated. The authorities at the policy level should drive the NCD Board at the district level to develop plan for the prevention and control of diabetes and hypertension through the mechanism of the District Health Board (DHB) to enhance the efficiency of addressing chronic non-communicable health problems.

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินผลจาก สสส. ที่ให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่การวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างดี รวมทั้งกรมควบคุมโรค ในการสนับสนุนงบประมาณในการวิจัย และเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์

นอกจากนี้ขอขอบคุณหน่วยงานและบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่สำคัญต่อการทำวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและภาคีเครือข่ายในพื้นที่วิจัยทุกท่าน มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมมาธิราช รวมทั้งอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายสุดคณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลที่ได้จากการวิจัย จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต

คณะผู้วิจัย

มีนาคม พ.ศ. 2566

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
สารบัญภาพ	ฌ
<b>บทที่ 1 บทนำ</b>	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	6
1.4 ขอบเขตการวิจัย	6
1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	7
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
<b>บทที่ 2 เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
2.1 ความรู้การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	11
2.2 สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย	19
2.3 แนวคิดแบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention	20
2.4 แนวคิด ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model)	24
2.5 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	28
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	29
2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention	33
2.6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	34
2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย	40

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
<b>บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
3.1 รูปแบบการวิจัย	42
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
3.3 กระบวนการดำเนินงานวิจัย	57
3.4 กรอบการประเมินผล	67
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	80
3.6 การแปรผลของเครื่องมือ	81
3.7 วิธีการคัดกรองอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ	87
3.8 กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร	88
3.9 การควบคุมการวิจัย	90
3.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย	90
3.11 การวิเคราะห์ข้อมูล	93
<b>บทที่ 4 ผลการวิจัย</b>	
4.1 ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พชอ.	94
4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม	124
4.3 ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากกระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)	128
<b>บทที่ 5 สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ</b>	
5.1 สรุปผลการวิจัย	137
5.2 อภิปรายผล	141
5.3 ข้อเสนอแนะ	146
บรรณานุกรม	148
<b>ภาคผนวก ก</b> แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	156
<b>ภาคผนวก ข</b> แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	170
<b>ภาคผนวก ค</b> แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง) ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบล	181
<b>ภาคผนวก ง</b> แบบสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	192

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	198
ภาคผนวก ฉ แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป ปีพ.ศ. 2557 – 2564	203





## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	ตารางแสดงเกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต	9
3.1	แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มปกติของอำเภอ จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย	51
3.2	แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของอำเภอ จำแนกตาม ภูมิภาคของประเทศไทย	54
3.3	แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของอำเภอ จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย	56
3.4	ตารางกระบวนการดำเนินงานวิจัย	57
3.5	แสดงองค์ประกอบ ประเด็นการประเมิน ตัวชี้วัด ตามกรอบแนวคิดวิจัย	67
3.6	รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามอาสาสมัคร	90
4.1	ระดับคะแนนภาพรวมทุกองค์ประกอบ ในพื้นที่ 8 อำเภอ	94
4.2	ระดับคะแนนแยกรายองค์ประกอบในพื้นที่ 8 อำเภอ	94
4.3	ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ ในพื้นที่ 8 อำเภอ	95
4.4	ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ในพื้นที่ 8 อำเภอ	100
4.5	จำนวนและร้อยละคุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม	105
4.6	ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามกลุ่ม	106
4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามรายข้อถูก จำแนกตามกลุ่ม	107
4.8	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามองค์ประกอบและภาพรวม จำแนกตามกลุ่ม	108
4.9	ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามกลุ่ม	110
4.10	ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ในพื้นที่ 8 อำเภอ	114
4.11	ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง จำแนกตามกลุ่ม	115
4.12	ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายข้อ จำแนกตามกลุ่ม	115
4.13	พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกรายกลุ่ม	117
4.14	พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่ม	118
4.15	พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่ม	119
4.16	จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง (n=176)	120
4.17	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเอง จำแนกรายข้อ (n= 176)	120
4.18	ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย กลไก พชอ. ของคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่ 8 อำเภอ (n = 80)	129

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	แบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention	21
2.2	แสดงระดับผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ	23
2.3	กรอบแนวคิดของการวิจัย	41



กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

## สารบัญญรูปภาพ

ภาพที่		หน้า
2.1	แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดยเพิ่มปัจจัยการรับรู้ความสามารถของ ตนเอง	26
4.1	ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564	122
4.2	ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564	123
4.3	อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564	123
4.4	อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564	124

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NDCs ซึ่งได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวานและโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดการเสียชีวิตทั่วโลกมากที่สุด โดยปี พ.ศ. 2555 ประชากรทั่วโลกกว่า 38 ล้านคน ได้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคดังกล่าว หรือคิดเป็นร้อยละ 68 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด (WHO, 2016) เช่นเดียวกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย ซึ่งในปี พ.ศ. 2556 ประชากรไทยเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 349,090 คน หรือร้อยละ 75.2 ของการเสียชีวิตของประชากรไทยทั้งหมด โรค NDCs ยังก่อให้เกิดภาระโรคจากการสูญเสีย ปีสุขภาวะ (DALYs) มากถึงร้อยละ 75.44 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดในปี พ.ศ. 2556 (8.0 ล้าน DALYs จากทั้งหมด 10.6 ล้าน DALYs) และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557) สำหรับอัตราการเสียชีวิตแยกโรคในปี พ.ศ. 2557 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายสูงที่สุดคือ 44.84 ต่อแสนประชากร ตามมาด้วยโรคหัวใจ 31.84 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน 21.94 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูง 13.64 ต่อแสนประชากร แต่เมื่อพิจารณาแนวโน้มอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 – 2557 พบว่า โรคความดันโลหิตสูงมีอัตราเพิ่มสูงที่สุดคือ 3 เท่า รองลงมา คือ โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 1.76 เท่า โรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.53 เท่า และโรคหัวใจเพิ่มขึ้น 1.32 เท่า ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข (2557) ได้ทำการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยของประเทศไทย พบว่า ต้นทุนที่เกิดจากโรค NCDs ใน พ.ศ. 2552 มีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประชาชาติ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข, 2557; กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

สำหรับสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองนั้น พบว่า มีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในปี พ.ศ. 2552 มีความชุกของโรคเบาหวาน เท่ากับร้อยละ 6.9 และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปี พ.ศ.2557 มีความชุกเท่ากับร้อยละ 8.9 เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่ามีค่าความชุกของโรคอย่างต่อเนื่อง โดยใน ปี พ.ศ.2552 มีความชุกเท่ากับร้อยละ 21.4 และปี พ.ศ.2557 มีความชุกร้อยละ 24.7 (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งปัญหาของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้นมักเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่ค่อย ๆ สะสมให้เกิดโรคไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น เผ็ดจัด หวานจัด เค็มจัด พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดสูง เป็นต้น (นัฐพันธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง และคณะ, 2564; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) และถึงแม้ว่าความชุกของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้นไม่มาก แต่พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 โรค มีแนวโน้มของภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ โรคไต โดยเฉพาะโรคไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัวในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เนื่องมาจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน การเข้าถึงบริการ คุณภาพ

การบริการ การวินิจฉัยที่ถูกต้องทันเวลา การรักษาที่เหมาะสม และปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

จากการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือโรค NCDs ที่เป็นปัญหาไปทั่วโลกทำให้องค์การอนามัยโลกและ องค์การต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องในการจัดการกับปัญหาโรค NCDs ใน 4 ด้าน คือ 1) การขับเคลื่อน นโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ 2) การส่งเสริม ป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงหลักๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุก ช่วงวัย 3) การเสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงการรักษาโรค และ 4) การเฝ้าระวัง ติดตาม และวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่งประเทศไทยได้นำหลักการนี้มาดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับบริบท โดยสอดแทรกการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแผนพัฒนาต่าง ๆ เช่น การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554 – 2563 แผนยุทธศาสตร์การจัดการ ปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พ.ศ. 2553 – 2562 แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ พ.ศ. 2554 – 2563 แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2557 เป็นต้น (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) โดยแผนฯ ดังกล่าวได้นำลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่างเป็นระบบผ่านบทบาทของ หน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน สำหรับการแก้ไขปัญหาใน พื้นที่ระดับอำเภอนั้นได้มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมาจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ไปยัง โรงพยาบาลอำเภอและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัดต่าง ๆ รวมทั้งงบประมาณซึ่งมีกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยระดับตำบลนี้จะเกิด การประสานงานและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในแนวราบเพื่อดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง (นัฐพนธ์ เอกภักษ์รุ่งเรือง และคณะ, 2564; สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) โดยมีเป้าหมายให้ผลลัพธ์การดำเนินงานตามมาตรการระดับประชากรและระดับบุคคล บรรลุตามที่คาดหวังไว้ อย่างมีคุณภาพ (ภาค ศัลยานุบาล, 2562) นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังมี ทีมสหวิชาชีพในแต่ละเขตรับผิดชอบของเครือข่ายระบบบริการสุขภาพให้บริการอย่างต่อเนื่อง (เนตรชนก จุลวรรณโน, 2561) คู่ขนานกันไป

จากระบบการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่ามี การดำเนินงานตั้งแต่ระดับนโยบาย ภาพกว้างของประเทศที่สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก นโยบายด้านการเงินการคลังลงมาสู่ ระดับกลางซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพประชาชนอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล ระดับต่าง ๆ นำส่งถึงระดับชุมชน ครอบครัวและตัวบุคคล (WHO, 2002; สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2557; อุทัย สุตสุข และคณะ, 2552) ซึ่งที่ผ่านมาจะเป็นการดำเนินงานของระบบสาธารณสุขเป็นหลัก โดยในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงกลไกการทำงานระดับอำเภอเพื่อเกิดการสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิตและสังคม นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน โดยได้มีการ ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หรือ District Health Board (DHB) มีวัตถุประสงค์ คือ การสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน การพัฒนา รูปแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมและให้มีการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยี

สารสนเทศ องค์ความรู้และงบประมาณร่วมกัน โดยในพื้นที่ระดับอำเภอจะมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ตัวแทนภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ รวมแล้วมีจำนวนไม่เกิน 21 คน (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) ส่งผลให้หน่วยงานสาธารณสุขและภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทุกแห่งต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ให้ครอบคลุมการยกระดับคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ โดยทุกอำเภอต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชอ./พชข.) เพื่อสร้างภาวะการนำร่วมและการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ทั้งด้านการคิด การลงมือปฏิบัติ การบูรณาการทรัพยากรเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียวกันจัดช่องว่าง ความซ้ำซ้อนต่าง ๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2560)

การขับเคลื่อนงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่าเบื้องต้นจะทำการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อหาปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ฉลองชัย สิทธิวงษ์ และคณะ, 2564; ปัญญา พลศักดิ์, 2564) โดยข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จะนำมาจากหลายแหล่ง เช่น ข้อมูลทางระบาดวิทยาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกประเภทของหน่วยงานสาธารณสุข ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) สวัสดิการประชาชนและข้อมูลกลุ่มเปราะบางซึ่งได้มาจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ข้อมูลด้านยาเสพติดและข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของสถานีตำรวจ ข้อมูลด้านการเกษตรจากเกษตรกรอำเภอ ข้อมูลด้านการศึกษาจากโรงเรียน ศูนย์การศึกษาอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ และอื่น ๆ ที่จะช่วยตอบประเด็นปัญหาของชุมชนท้องถิ่น (มานะ ภูมิพันธุ์, 2563) นำไปสู่การกำหนดแผนงานโครงการที่บูรณาการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ทำการปกครองอำเภอ โรงพยาบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรให้กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ รวมทั้งงบประมาณจากชุมชน (ปัญญา พลศักดิ์, 2564; มานะ ภูมิพันธุ์, 2563) ภายหลังจากได้แผนงานโครงการระดับอำเภอแล้วนั้น พชอ. จะทำการเชื่อมโยงการทำงานลงสู่พื้นที่ โดยสร้างโครงสร้างการดำเนินงานในระดับชุมชน คือการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งเป็นคณะทำงานตำบลขับเคลื่อนแผนงานโครงการที่สอดคล้องกับแนวนโยบายระดับอำเภอทำให้ชุมชนสามารถขับเคลื่อนและแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ พชอ. จะดำเนินสื่อสารสถานการณ์ต่าง ๆ ของอำเภอให้แก่ พชต. เพื่อสร้างการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความเข้าใจของปัญหาและทราบเหตุผลของการจัดทำแผนงานโครงการ โดย พชต. จะนำไปสื่อสารประชาสัมพันธ์ยังประชาชนได้รับทราบต่อไป (มานะ ภูมิพันธุ์, 2563; กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และคณะ, 2564) ระหว่างการดำเนินงานของ พชต. ในพื้นที่นั้น พชอ. จะทำการติดตามแบบเยี่ยมเสริมพลัง สร้างคุณค่าให้กับ พชต. สะท้อนและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาคำคัญตามบริบทของพื้นที่ นอกจากนี้ พชอ. ยังจัดกิจกรรมและสนับสนุนกลไกการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุผลสำเร็จด้านคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับอำเภอ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การจัดการสุขภาพชุมชน การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม การสร้างความตระหนักและความรู้ต่าง ๆ ของประชาชนร่วมกับ พชต. การพัฒนาภาคีเครือข่ายหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาระบบข้อมูลและเครื่องมือต่าง ๆ ที่สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม การดูแลผู้ป่วยและประชาชน โดยการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นตามบริบทของแต่ละ

ตำบลที่มีความหลากหลายและจัดระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐานที่ได้มาตรฐานตรงตามความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย (มานะ ภูมิพันธุ์, 2563; ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ, 2564; ปัญญา พละศักดิ์, 2564) รวมทั้งการพัฒนาทีมหมอครอบครัว ระบบสนับสนุนการจัดบริการปฐมภูมิและความพึงพอใจของผู้รับบริการ (อดุลย์ บำรุง, 2562) เป็นผลให้เกิดการลดความเหลื่อมล้ำการให้บริการด้านสุขภาพ การเกิดความรู้ ความตระหนักต่อการเกิดโรคของประชาชน การมีรูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม และการได้ผลผลิตตามแผนงานโครงการระดับอำเภอที่กำหนดไว้ (สวพงศ์ กิติภัทย์พิบูลย์, 2561)

ระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2563 พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เลือกประเด็นเพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บทางถนน และผู้สูงอายุ มาเป็นอันดับ 1 ทั้ง 3 ปี (อยู่ระหว่างร้อยละ 38.50 – 55.00) รองลงมา คือ การจัดทำโครงการในประเด็นกลุ่มขยะ สิ่งแวดล้อมและอาหารปลอดภัย (อยู่ระหว่างร้อยละ 27.04 – 37.30) (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2563) ทั้งนี้จากรูปแบบการขับเคลื่อนงานของ พชอ. ที่กล่าวไว้ข้างต้นและการเลือกประเด็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ (โดยแต่เดิมหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และดูแลอย่างครบวงจร) นำมาแก้ไขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) จึงเป็นสาเหตุให้กรมควบคุมโรค โดยสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ความสำคัญและจำเป็นต้องศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จากแผนงานโครงการและกลไกการดำเนินงานของระดับอำเภอที่กำหนดไว้ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) (Spencer B. et al., 2007) เพื่อพิจารณาผลลัพธ์ของการดำเนินงานตาม 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านมาตรการสำหรับการป้องกันโรคควบคุมโรค พิจารณาจาก เกิดการพัฒนาหรือสร้างระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แผนการพัฒนาบริการ แผนการพัฒนา นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการ แผนการขับเคลื่อนทางสังคม และแผนการจัดการความรู้และสื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรค

2. ผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ พิจารณาจากเกิดระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งระดับอำเภอและระดับตำบล การบริการป้องกันและควบคุมโรค นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย ความรู้/แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

3. ผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ พิจารณาจาก เกิดการปรับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (กลุ่มป่วย) สำหรับผลลัพธ์ในมิติดังกล่าวนี้ได้มีการดำเนินงานของพื้นที่ต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นว่าส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค เช่น การสร้างข้อตกลงประเภทอาหารและ

บรรจุกฎอาหารของงานบำเพ็ญกุศลศพประชาชนในเขตเทศบาลเมืองน่าน การงดบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานประเพณีแข่งเรือเมืองน่าน นำไปสู่ชุมชนลดเสี่ยงลดโรคเขตเทศบาลเมืองน่าน ลดพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่มากเกินไปจนเป็น และลดการบาดเจ็บ/เสียชีวิตจากการเมาทะเลาะวิวาทของ ประชาชน นอกจากนี้ยังมีการสร้างข้อตกลงหรือสร้างมาตรการชุมชนลดเค็มชุมชนบ้านน้ำล้อม อำเภอเมือง จังหวัดน่าน เกิดผลลัพธ์ คือ ประชาชนมีพฤติกรรมการชิมอาหารก่อนปรุงเพิ่มมากขึ้น การใช้เครื่องปรุง เช่น ซุปก้อน ผงปรุงรส ผงชูรสลดลง ระดับความเค็มในตัวอย่างอาหารโดยใช้เครื่องวัดระดับความเค็ม พบว่า ตัวอย่างอาหารส่วนใหญ่มีความเค็มในระดับมากลดลง การดำเนินงานทั้งหมดส่งผลให้เขตเทศบาลเมืองน่านมี จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มลดลง รวมทั้งผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563)

4. ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ พิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงของสถานะทางสุขภาพก่อนมี พขอ. (พ.ศ. 2557-2560) และหลังมี พขอ. (พ.ศ. 2561 - 2564) โดยพิจารณาจาก ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป และอัตราป่วยรายใหม่ของ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

โดยรูปแบบการประเมิน SMOC ได้รับการพัฒนามาจากสถาบันการส่งเสริมสุขภาพสวีตเซอร์แลนด์ และสถาบันเวชศาสตร์ป้องกันและสังคมในกรุงเบิร์นและโลซาน ที่ผ่านมามีการนำรูปแบบการประเมิน ดังกล่าว ในการพัฒนาศาสตร์แก้ไขปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบของรัฐเจนีวา ระหว่าง หน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์และยาสูบ การทบทวน/อภิปรายกลยุทธ์ มาตรการ กิจกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการ ดำเนินงานผ่านมา การตั้งเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานแก้ไข้ปัญหา การกำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมิน ผลสัมฤทธิ์ของการแก้ไข้ปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว (Spencer B. et al., 2007) นอกจากนี้ยังใช้รูปแบบ ของ SMOC ในโครงการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลการทำร้ายตนเองในท้องถิ่นของสวีตเซอร์แลนด์ เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงและพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสม (Ostertaga L. et al., 2019) และยังพบว่า ระบบการประเมินที่สร้างขึ้นจาก SMOC ช่วยให้สามารถประเมินความคืบหน้าของโปรแกรมและการพัฒนา ตัวบ่งชี้หลักได้ (Ackermann G., et al., 2015) และสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในการวางแผนและในขั้นตอนการ ประเมินโครงการ (Cloetta. B., et al., 2005) ด้วยแนวคิดและรูปแบบการประเมินข้างต้น ผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อ ค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับปรุงมาตรการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่มี ความเหมาะสมกับบริบทในระดับอำเภอ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไข้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพ ของประชากรไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

## 1.2 คำถามการวิจัย

พื้นที่ที่ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีผลลัพธ์ด้านมาตรการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ และด้านสถานะสุขภาพ และมีปัจจัย ความสำเร็จ เจื่อนใจข้อจำกัดในการดำเนินงานในพื้นที่ระดับอำเภอเป็นอย่างไร



### 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ :

เพื่อประเมินผลลัพธ์ ด้านมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ด้านสถานะสุขภาพและปัจจัยความสำเร็จ เจื่อนไขข้อจำกัดของการดำเนินงานป้องกันและควบคุมในพื้นที่ระดับอำเภอ

### 1.4 ขอบเขตการวิจัย

#### 1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีองค์ประกอบในการประเมิน 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) มาตรการการป้องกันควบคุมโรค 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ 4) สถานะทางด้านสุขภาพของประชาชน

#### 1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

ดำเนินการคัดเลือกตามเกณฑ์คัดพื้นที่เข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นอำเภอที่มีอัตราป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงและเป็น 1 ใน 5 ของปัญหาสุขภาพที่สำคัญของอำเภอ 2) เป็นอำเภอที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตเลือกปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เป็นประเด็นปัญหาของอำเภอปี พ.ศ. 2564 และ 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีมติเห็นชอบให้ดำเนินโครงการวิจัยฯ ในพื้นที่ โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกพื้นที่ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 คัดเลือกอำเภอที่มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี พ.ศ. 2564 ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 จำนวน 878 อำเภอ (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี, 2561)

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกอำเภอจากขั้นตอนที่ 1 ที่เข้าเกณฑ์คัดเลือกพื้นที่เข้าศึกษา (Inclusion criteria) โดยคัดเลือกอำเภอที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เลือกปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เป็นประเด็นปัญหาของอำเภอ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 224 อำเภอ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ขั้นตอนที่ 3 จำแนกอำเภอจากขั้นตอนที่ 2 เป็นจำนวน 4 ภูมิภาค ประกอบด้วย ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้

ขั้นตอนที่ 4 ในแต่ละภูมิภาคจะดำเนินการสุ่มเลือกอำเภอจากขั้นตอนที่ 3 โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภูมิภาคละ 2 อำเภอ (รวมได้ 8 อำเภอ) โดยแต่ละภูมิภาคจะเลือกอำเภอเมืองจำนวน 1 อำเภอ และอำเภอที่ไม่ใช่อำเภอเมืองจำนวน 1 อำเภอ ซึ่งได้พื้นที่ดังต่อไปนี้

1. เขตสุขภาพที่ 1 อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
2. เขตสุขภาพที่ 2 อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
3. เขตสุขภาพที่ 3 อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร
4. เขตสุขภาพที่ 5 อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
5. เขตสุขภาพที่ 8 อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู
6. เขตสุขภาพที่ 9 อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา
7. เขตสุขภาพที่ 11 อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่
8. เขตสุขภาพที่ 12 อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

#### 1.4.3 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่

- 1) บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อและตำแหน่งในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปีพ.ศ. 2564 อย่างน้อยอำเภอละ 10 คน
- 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะอนุกรรมการและคณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล โดยจะเลือกอำเภอละ 1 ตำบล ซึ่งแต่ละตำบลคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยตำบลละ 10 คน
- 3) กลุ่มประชาชน ในกลุ่มนี้จะเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
  - 3.1) ประชาชนกลุ่มปกติ 448 คน
  - 3.2) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง 368 คน
  - 3.3) กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง 176 คน

#### 1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการตั้งแต่ เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

### 1.5 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

**1.5.1 การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอ** หมายถึง การศึกษาผลลัพธ์ที่ได้จากแผนงานโครงการและกลไกการดำเนินงานของ พชอ.ที่กำหนดไว้ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) (Spencer B. et al., 2007) เพื่อพิจารณาผลลัพธ์การดำเนินงานตาม 4 องค์ประกอบ ดังนี้

- 1) องค์ประกอบด้านมาตรการ ประกอบด้วย

- การพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- แผนการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- แผนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- แผนการพัฒนามาตรการทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับชุมชน

2) องค์ประกอบด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย

- ระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล
- ระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- กฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชน/สังคมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน

3) องค์ประกอบด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย

- การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน

4) องค์ประกอบด้านสถานะสุขภาพของประชาชน ได้แก่

- ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
- ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป
- อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน
- อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง

**1.5.2 ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง** หมายถึง ข้อคำถามเพื่อทดสอบระดับความรู้ ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและระดับการปฏิบัติของพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สำหรับอาสาสมัคร 3 กลุ่ม คือ 1) ประชาชนกลุ่มปกติ 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และ 3) ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยเนื้อหาประกอบด้วย ดังนี้

1) ข้อคำถามความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ความรู้ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผลต่อการเกิดโรคฯ และความรู้ลักษณะของการเกิดโรคฯ ทั่วไป

2) ข้อคำถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค

3) ข้อคำถามพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ข้อคำถามระดับการปฏิบัติของพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคฯ ทั้งพฤติกรรม การรับประทานอาหาร/ผัก/ผลไม้ การออกกำลังกาย และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และข้อคำถามพฤติกรรมดูแลรักษาตนเอง เป็นข้อคำถามระดับการปฏิบัติเพื่อดูแลและรักษาตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงเท่านั้น

**1.5.3 ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชาชนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีค่าระดับน้ำตาลในเลือด โดยวิธีการเจาะปลายนิ้ว (Fasting capillary blood glucose : FCG) ซึ่งไม่ต้องอดอาหาร (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) โดยมีเกณฑ์การเปรียบเทียบ ดังนี้

กลุ่มปกติ คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วน้อยกว่า 100 มก./ดล.

กลุ่มเสี่ยง คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลายนิ้วอยู่ระหว่าง 100 – 125 มก./ดล. หรือในกรณีที่ค่าระดับน้ำตาลฯ มีค่าสูงเกินกว่า 125 มก./ดล. แต่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน

กลุ่มป่วย คือ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะปลาย มีค่าตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไปและได้รับการยืนยันวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

**1.5.5 ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชาชนที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งมีค่าความดันภายในหลอดเลือดแดงของร่างกาย 2 ค่า คือ ค่าความดันโลหิตตัวบน หรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood pressure : SBP) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว และค่าความดันโลหิตตัวล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure : DBP) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564) โดยมีเกณฑ์การเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 1.1

### ตารางที่ 1.1 ตารางแสดงเกณฑ์การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิต

กลุ่มความเสี่ยง	ความดันโลหิตตัวบน SBP (มม.ปรอท)	เงื่อนไข	ความดันโลหิตตัวล่าง DBP (มม.ปรอท)
กลุ่มปกติ มีความดันโลหิตปกติ	น้อยกว่า 120	และ	น้อยกว่า 80
กลุ่มเสี่ยง มีความดันโลหิตค่อนข้างสูง	ตั้งแต่ 120 ถึง 139	และ/หรือ	ตั้งแต่ 80 ถึง 89
กลุ่มป่วย มีความดันโลหิตสูง	เท่ากับหรือมากกว่า 140	และ/หรือ	เท่ากับหรือมากกว่า 90

### 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ จะสามารถนำไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการปรับปรุงมาตรการด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ระดับอำเภอและระดับประเทศ ต่อไป

1.6.2 ผลการศึกษาดังกล่าวจะสามารถนำไปสู่การขยายผล เพื่อปรับปรุงกลไกที่เกี่ยวข้องต่อการป้องกันควบคุมโรคจากระดับประเทศลงสู่ระดับชุมชนทั้งแนวตั้งและแนวระนาบ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนต่อไปได้

## บทที่ 2

### เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม เอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับ ดังนี้

- 2.1 ความรู้การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- 2.2 สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย
- 2.3 แนวคิดแบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention
- 2.4 แนวคิด ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
- 2.5 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
  - 2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention
  - 2.6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
- 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### 2.1 ความรู้การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

##### โรคเบาหวาน (Diabetes)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากภาวะดื้ออินซูลิน (Insulin resistance) ร่วมกับการหลั่งอินซูลินไม่เพียงพอ (Relative insulin deficiency) สาเหตุมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างพันธุกรรมที่เป็นแบบ polygenic และปัจจัยแวดล้อม ยีนที่น่าจะเกี่ยวข้องคือยีนที่ควบคุม Pancreatic Development การสังเคราะห์การหลั่งและการทำงานของอินซูลิน ปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญคือภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนกับการมีกิจกรรมทางกายน้อย

ความผิดปกติของ Glucose Metabolism ในคนอ้วนเริ่มจากมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจากภาวะดื้ออินซูลิน ไปสู่ภาวะ Impaired Glucose Tolerance (IGT) หรือ Pre-Diabetes แล้วพัฒนาเป็นโรคเบาหวาน การติดตามระยะยาวพบว่าจะตรวจพบภาวะดื้ออินซูลินก่อนเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นาน 10 – 20 ปี ความไวต่ออินซูลิน (Insulin Sensitivity) หรือการนำกลูโคสเข้าที่ Peripheral Tissues และเบตาเซลล์ของตับอ่อน ลดลงในคนอ้วนและดีขึ้นหลังจากที่น้ำหนักลดลง เด็กอ้วนมีความไวต่ออินซูลินต่ำกว่าเด็กที่ไม่อ้วนร้อยละ 40

ภาวะดื้ออินซูลินทำให้เบตาเซลล์ของตับอ่อนต้องหลั่งอินซูลินเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะสูญเสียสมรรถนะการทำงานของ Beta Cell ประมาณร้อยละ 80 ก่อนจะเป็นโรคเบาหวาน สาเหตุที่คนอ้วนเสี่ยงต่อภาวะดื้ออินซูลินยังไม่แน่ชัด สาเหตุหลังจากเซลล์ไขมัน (Adipokines) ที่มีมากในคนอ้วนมีผลต่อการหลั่งและความไวต่ออินซูลินและยังก่อให้เกิดภาวะอักเสบเรื้อรังซึ่งเชื่อมโยงโรคอ้วนกับเบาหวานและโรคหัวใจและหลอดเลือด (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2562)

### การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

โรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน มีปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตหรือวิถีการดำรงชีวิตในรูปแบบที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยแบ่งแนวทางการป้องกันได้ ดังนี้

1. Primary Prevention แนวทางในการป้องกันโรคเบาหวาน ควรพิจารณาถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเกิดโรคเบาหวานสูงและเลือกวิธีการที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอว่าได้ผลในการป้องกันการเกิดโรค ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ผู้ที่มีประวัติครอบครัวของโรคเบาหวานชัดเจน ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเป็นแบบตะวันตก จากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติขณะตั้งครรภ์ และผู้ที่มีความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง อ้วน แนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ควบคุมน้ำหนักตัว ลดการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงยาบางชนิดที่อาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง

2. Secondary Prevention เป้าหมาย คือ การวินิจฉัยผู้ที่เป็นโรคเบาหวานได้ในระยะแรกเริ่ม เพื่อให้การรักษาที่ถูกต้อง เพราะถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือดสูงโดยไม่แสดงอาการผิดปกติผู้ป่วยจะไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคเบาหวาน จนกระทั่งเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น การคัดกรองผู้ที่มีอายุ 40 ปี หรือมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ด้วยการวัดระดับ Fasting Plasma Glucose การป้องกันในระยะนี้จึงมุ่งเน้นการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มของโรค เพื่อทำการรักษา และควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3. Tertiary Prevention เป็นการรักษาเพื่อป้องกัน หรือชะลอภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และช่วยลดความพิการและการสูญเสีย ทำได้โดยพยายามควบคุมระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงกับระดับปกติ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมความดันโลหิตดังสูบบุหรี่ ดูแลเท้า การป้องกันระยะนี้เป็นการควบคุมระดับน้ำตาลเพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนโดยการใช้ยาลดระดับน้ำตาล ควบคุมการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและลดภาวะเครียด ให้เหมาะสมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน

การป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานนั้น สามารถใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการลดปัจจัยที่สามารถแก้ไขหรือป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตด้วยการควบคุมอาหาร ลดน้ำหนัก ตามหลัก 3 อ. ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกายและอารมณ์ ไม่ให้เกิดความเครียด ดังนี้

1. การรับประทานอาหาร การเลือกรับประทานอาหารมีความสำคัญอย่างมากในการป้องกันโรคเบาหวาน เนื่องจากน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐานหรือมีภาวะอ้วน เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน ในขณะเดียวกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีที่สุด สาเหตุของความอ้วนมาจากพฤติกรรมบริโภคคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 89 พฤติกรรมส่วนใหญ่รับประทานอาหารไขมันสูง และอาหารที่มีน้ำตาลสูงร้อยละ 97.6 และ 78.1 ตามลำดับ การรับประทานอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนัก

โดยควบคุมปริมาณแคลอรี ถ้าลดพลังงานในอาหารได้วันละ 500 แคลอรี จะสามารถลดน้ำหนักลงได้สัปดาห์ละ 1/2 กิโลกรัม การลดพลังงานจากอาหารเป็นการลดน้ำหนักที่ปลอดภัย การรับประทานอาหารเพื่อลดน้ำหนักต้องไม่ลดโปรตีนลงไปมากและต้องได้โปรตีนอย่างน้อย 60 กรัม เนื่องจากโปรตีนจำเป็นต่อการสร้างและซ่อมแซมเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย ในโรคเบาหวานต้องควบคุมปริมาณ คาร์โบไฮเดรตไม่น้อยกว่า 100 กรัม และควรหลีกเลี่ยงคาร์โบไฮเดรต น้ำตาลทุกชนิด สำหรับปริมาณไขมัน ผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักไม่ควรดไขมันอาหารทั้งหมด เพราะไขมันช่วยให้วิตามินที่ละลายในน้ำมันถูกดูดซึมได้ดีขึ้น และควรรับประทานผักให้มากทุกมื้อ ส่วนผลไม้ควรเป็นผลไม้ที่รสหวานน้อย เช่น ส้ม มะละกอ ฝรั่งพุทรา ควรดื่มน้ำให้เพียงพอและเป็นน้ำที่ไม่มีน้ำตาลหรือแอลกอฮอล์

2. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่ถูกต้องสามารถป้องกันโรคได้ การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายที่เกิดผลดีต่อสุขภาพต้องทำเป็นประจำทุกวัน วันเว้นวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ยิ่งมีการออกกำลังกายควบคู่กับการควบคุมอาหารที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดี

3. การปรับอารมณ์ให้ผ่อนคลายความเครียด การผ่อนคลายความเครียดจะทำให้เกิดผลดีในการตอบสนองต่อประสาทอัตโนมัติทำให้มีการเปลี่ยนแปลง โดยการลดฮอร์โมนที่มีผลต่อระบบประสาทลดปริมาณการใช้ออกซิเจนในร่างกาย การเผาผลาญในร่างกายลดลง ลดอัตราการหายใจและลดอัตราการเต้นผิดปกติของหัวใจ ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการหดตัวผิดปกติของกล้ามเนื้อเวทริเคิลของหัวใจลดความดันโลหิตตัวบน (Systolic) ความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) และเพิ่มคลื่นแอลฟาในสมอง โดยมีกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด 4 วิธี ดังนี้

3.1 การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง โดยการรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ การนอนหลับให้เพียงพอและพยายามไม่นอนกลางวัน และหลีกเลี่ยงการกระทำที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ขณะเครียดควรดวณสิ่งต่างๆ เช่น งดการดื่มสุรา และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน งดการสูบบุหรี่ ไม่เล่นการพนัน ไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิด เป็นต้น

3.2 การเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่ทำให้ลดความเครียด ได้แก่ การปรับปรุงสถานที่ให้เหมาะสม ควรหาทางปรับปรุงแก้ไขให้มีสภาพที่น่าอยู่อาศัย เปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว เมื่อมีบรรยากาศที่ไม่สบายใจ หรือกังวลใจควรใช้วิธีหลีกเลี่ยง การหาเวลาหยุดพักผ่อน การลดปัญหาชีวิตครอบครัวด้วยการพูดจาปรับความเข้าใจกันมากขึ้น

3.3 การปรับเปลี่ยนที่จิตใจ การปรับความคิดเชิงบวก (Positive thinking) การมีอารมณ์ขัน การให้อภัย การสร้างแรงบันดาลใจภายใน

3.4 การฝึกผ่อนคลายความเครียด ความเครียดมีผลให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จึงเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก ได้แก่ การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น การใช้เทคนิคความเงียบ การทำงานศิลปะ การใช้เสียงเพลง การใช้เทปเสียงฝึกปฏิบัติคลายความเครียด เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานได้มากกว่าคนอายุน้อย การสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2557 พบว่า กลุ่มอายุที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด คือ 60 – 69 ปี เป็นโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 19.2 ซึ่งมากกว่าความชุกโดยเฉลี่ยของประเทศประมาณ 2 เท่า สาเหตุที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเนื่องจากความตื้ออืดอินซูลินเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากความอ้วน กิจกรรมทางกายลดลง การเปลี่ยนแปลงของ



ฮอริโมนและการอักเสบ ประกอบกับการหลังอินซูลินจากเบต้าเซลล์ของตับอ่อนลดลง ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากกว่าคนอายุน้อย เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีกลุ่มอาการ เช่น สมองเสื่อม ซึมเศร้า การทรงตัวผิดปกติ การพลัดตกหกล้ม การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ น้ำหนักลด เวียนศีรษะและการนอนหลับผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีโรคที่พบในผู้สูงอายุ เช่น โรคกระดูกพรุน อัลไซเมอร์ จุดรับภาพในตาเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ เป็นต้น เมื่อมีหลายโรคผู้สูงอายุจึงต้องรับประทานยาหลายชนิดทำให้เสี่ยงต่อผลข้างเคียงของยาและอันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interaction) ความจำกัดในการทำกิจกรรมและความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานรับประทานยา/ฉีดอินซูลินไม่สม่ำเสมอ รับประทานยา/ฉีดอินซูลินผิด ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและต่ำ

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลให้สอดคล้องกับอาการและแผนการรักษาของแพทย์ โดยเรื่องหลัก ๆ ที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน มีดังนี้

#### 1. ด้านร่างกาย การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การพบแพทย์ตามนัด และการจัดสิ่งแวดล้อม

##### 1.1 การดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- การรับประทานอาหาร ควรมีการวางแผนหรือดูแลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคเบาหวาน ถ้าเป็นครอบครัวที่รับประทานอาหารร่วมกันกับผู้สูงอายุ รสชาติหรืออาหารควรใกล้เคียงกับผู้ป่วย หรืออาจปรุงอาหารแยกให้ต่างหาก

- การใช้จ่ายทั้งชนิดยารับประทานและยาฉีดอินซูลิน ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีโรคประจำตัวหลายโรค มียาหลากหลายชนิด บางรายอ่านหนังสือไม่ได้จากการเปลี่ยนแปลงของสายตา หรืออ่านหนังสือไม่ออก รับประทานยาซ้ำหรือหลงลืม ครอบครัวจึงควรมีส่วนร่วมโดยการช่วยจัดเตรียมยา ป้อนยาหรือฉีดยาให้ หรือคอยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการใช้จ่าย

- การออกกำลังกาย กระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย หรือมีกิจกรรมทางกาย หรือปฏิบัติร่วมกันอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน บางรายอาจต้องวางแผนการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพโรค ร่างกาย หรือยาที่ใช้อยู่ บางรายอาจต้องปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะทางเบาหวานเกี่ยวกับความหนักเบา หรือวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม

- การนอนหลับพักผ่อน ในผู้สูงอายุมักมีปัญหาอนอนไม่หลับ หรือตื่นบ่อยเนื่องจากแบบแผนการนอนเปลี่ยน นอนกลางวันมากเกินไป มีความวิตกกังวล สุขภาพไม่ดี หรือปัสสาวะบ่อย ครอบครัวควรมีส่วนช่วยในเรื่องการจัดสถานที่นอนที่เงียบสงบ นอนกลางวันน้อยลง (งีบ 30 นาที) ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ทำจิตใจให้สงบและสังเกตคุณภาพการนอน หากมีปัญหาควรปรึกษาแพทย์

#### 1.2 การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล ดูแลความสะอาดเพื่อลดความเสี่ยงในการนำเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายในด้านต่างๆ ดังนี้

- สุขภาพช่องปาก สุขภาพเหงือกและฟันของผู้สูงอายุ

- ผิวหนัง ผู้สูงอายุจะมีผิวหนังบางลง ต่อมไขมันทำงานลดลง ไขมันใต้ผิวหนังลดลง เซลล์ที่หลั่งเจริญซาลง การสร้างเซลล์ใหม่ลดลง ทำให้ผิวแห้งแตกง่าย เหี่ยวย่น การทายของแผลซาลง หนาวเย็นง่าย จึงควรใส่เสื้อผ้าหรือผ้าห่มหนาๆ การอาบน้ำให้ใช้สบู่อย่างอ่อน ทาผิวหนังด้วยโลชั่น

- ทำเบาหวาน เป็นสิ่งที่สำคัญมากจึงควรดูแลโดยการเริ่มตั้งแต่ 1) การล้างเท้ารวมซอกนิ้วฟอกสบู่ ล้างน้ำเปล่าเสร็จแล้วซับเบา ๆ ให้แห้ง เพื่อป้องกันการอักเสบ 2) ตรวจสอบเท้าเพื่อหาความผิดปกติ เช่น ผิวแห้ง แผล เล็บ 3) ทาครีม หรือโลชั่นเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้ผิวหนัง และ 4) ใส่ถุงเท้าและรองเท้านำตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

1.3 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการจัดการอาการทางกาย ครอบครัวควรมีความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดการอาการผิดปกติต่าง ๆ การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงเฉียบพลัน

1.4 การไปปรับการรักษาตามนัด หรือเมื่อได้รับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากความสามารถในการจำที่อาจลดลง หรือเกิดการหลงลืมควรมีบุคคลในครอบครัวร่วมพบแพทย์ด้วยทุกครั้ง

1.5 การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ได้รับความสะดวกสบายและปลอดภัย

## 2. ด้านจิตใจ อารมณ์ และความเครียด

ความสูงอายุเป็นกระบวนการทางจิตสังคม เพื่อปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตลอดกระบวนการสูงอายุ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีภาวะเครียด ทั้งเรื่องของสุขภาพตนเอง ครอบครัว เศรษฐกิจ หรือการเข้าสังคม ครอบครัวอาจต้องไวต่อความรู้สึก หรือคอยสังเกตความรู้สึกคำพูดการแสดงออก เพื่อช่วยสนับสนุนทางจิตใจ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีคุณค่าทางสังคม รวมทั้งการเป็นเพื่อนพูดคุยให้กำลังใจ ร่วมทำกิจกรรมที่สามารถกระทำได้

## 3. ด้านสังคม

ผู้สูงอายุบางรายมีการถดถอยออกจากสังคม สูญเสียบทบาททางสังคม การสมาคมกับเพื่อนฝูง หรือสถานะทางการเงินที่ดี รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลง บางรายปรับตัวไม่ได้ทำให้เกิดภาวะเบื่อหน่าย เหนงา เศร้า ท้อแท้ได้ง่าย การมีกิจกรรมทางสังคมอย่างต่อเนื่องทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีความสุข จึงควรสนับสนุนให้กำลังใจ

## 4. ด้านเศรษฐกิจ

ผู้สูงอายุบางรายอาจมีเงินเก็บสะสมไว้ใช้จ่าย หรือได้รับเบี้ยผู้สูงอายุแต่อาจไม่เพียงพอสำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ครอบครัวอาจต้องสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2562)

## โรคความดันโลหิตสูง ( Hypertension) (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคที่สำคัญมาก โดยจะตรวจพบได้จากการวัดความดันโลหิต ได้ในระดับที่สูงกว่าปกติเรื้อรังอยู่เป็นเวลานาน องค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2542 ว่า ผู้ใดก็ตามที่มีความดันโลหิตวัดได้มากกว่า 140 /90 มม.ปรอท ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและไม่รักษาให้ถูกต้องจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคอัมพาตจากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยปัจจุบันสำรวจพบว่าคนไทยประมาณ ร้อยละ 20 เป็นโรคความดันโลหิตสูง คนส่วนใหญ่ที่มีความดันโลหิตสูงมักจะไม่รู้ตัวว่าเป็นโรค เมื่อรู้ตัวว่าเป็นส่วนมากจะไม่ได้รับการดูแลรักษา ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องจากไม่มีอาการทำให้คนส่วนใหญ่ไม่ได้ให้ความสนใจ เมื่อเริ่มมีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วจึงจะเริ่มสนใจและรักษา ซึ่งบางครั้งก็อาจจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร

ควบคุมความดันโลหิตให้ปกติอย่างสม่ำเสมอ สามารถลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้อย่างชัดเจน เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก

### ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิต

ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงได้ตามปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ดังนี้

- อายุ ส่วนใหญ่เมื่ออายุมากขึ้น ความดันโลหิตจะสูงขึ้น ตัวอย่างเช่น ขณะอายุ 18 ปี ความดันโลหิต เท่ากับ 120/70 มม.ปรอท แต่พออายุ 60 ปี ความดันโลหิตอาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 140/90 แต่ก็ไม่ได้เป็นกฎตายตัวว่าอายุมากขึ้นความดันโลหิตจะสูงขึ้นเสมอไป อาจวัดได้ 120/70 เท่าเดิมก็ได้

- เวลา ความดันโลหิตจะขึ้นๆ ลงๆ ไม่เท่ากันตลอดวัน เช่น ตอนเช้าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) อาจจะมีวัดได้ 130 มม.ปรอท ขณะที่ ตอนช่วงบ่ายอาจวัดได้ถึง 140 มม.ปรอท ขณะนอนหลับอาจวัดได้ต่ำถึง 100 มม.ปรอท เป็นต้น

- จิตใจและอารมณ์ พบว่า มีผลต่อความดันโลหิตได้มาก ขณะที่ได้รับความเครียดอาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มม.ปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้ เมื่อรู้สึกเจ็บปวดก็เป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้เช่นกัน

- เพศ พบว่า เพศชายจะเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้บ่อยกว่าเพศหญิง

- พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ผู้ที่มีบิดาและมารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคนี้นอกจากผู้ที่ไม่ประวัติในครอบครัว สิ่งแวดล้อมที่เคร่งเครียด ก็ทำให้มีแนวโน้มการเป็นโรคความดันสูงขึ้นด้วยเช่นกัน

- สภาพภูมิศาสตร์ ผู้ที่อยู่ในสังคมเมืองจะพบภาวะความดันโลหิตสูงมากกว่าในสังคมชนบท

- เชื้อชาติ พบว่า ชาวแอฟริกันอเมริกัน มีความดันโลหิตสูงมากกว่าชาวอเมริกันผิวขาว

- เกลือ ผู้ที่กินเกลือมากจะมีโอกาสเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าผู้ที่กินเกลือน้อย

จากการที่ความดันโลหิตมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นและลงได้เช่นนี้ ทำให้การวินิจฉัยโรคด้วยตัวผู้ป่วยเอง อาจทำได้ลำบาก ผู้ป่วยจะต้องปรึกษาแพทย์เพื่อให้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหรือไม่

### ระดับความรุนแรง

ระดับที่ 1 ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรก ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 140 - 159/ 90 - 99 มม.ปรอท

ระดับที่ 2 ความดันโลหิตสูงระยะปานกลาง ค่าความดันโลหิต ระหว่าง 160 - 179/100 - 109 มม.ปรอท

ระดับที่ 3 ความดันโลหิตสูงระยะรุนแรง ค่าความดันโลหิต มากกว่า 180/110 มม.ปรอทขึ้นไป

การวัดความดันโลหิตควรจะวัดขณะนั่งพัก วัดด้วยเทคนิคที่ถูกต้องและควรวัดซ้ำ 2 - 3 ครั้ง เพื่อให้มั่นใจว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริง

### การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตในระยะยาวเป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases, NCDs) รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง และยังเป็นพื้นฐานการควบคุมความดันโลหิตสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกรายไม่ว่าผู้ป่วยจะมีข้อบ่งชี้ในการใช้ยาหรือไม่ก็ตาม

รายละเอียดของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ก. การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน

ควรพยายามควบคุมให้มีค่าดัชนีมวลกายตั้งแต่ 18.5 – 22.9 กก./ตร.ม. และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทย คือ สำหรับผู้ชายไม่เกิน 90 ซม. (36 นิ้ว) และสำหรับผู้หญิงไม่เกิน 80 ซม. (32 นิ้ว) หรือ ไม่เกินส่วนสูงหารสองทั้งเพศชายและหญิง

#### ข. การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ แบ่งงานแบบขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้ว ออกเป็น 4 ส่วน เท่า ๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็นผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลา และทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย

ควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อให้ร่างกายได้รับโพแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียมและใยอาหาร ซึ่งช่วยลดความดันโลหิต และอาจช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ และหลอดเลือด

ไม่แนะนำให้ใช้โพแทสเซียม และ/หรือแมกนีเซียมเสริมในรูปแบบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแนวทางการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจากแพทย์ หรือนักกำหนดอาหาร

ควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสารสกัดจากสมุนไพรที่อาจส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้ เช่น มาฮวง, ชะอมเทศ, ชะเอม, ส้มขม, โยฮิมบี เป็นต้น

#### ค. การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร

องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม การจำกัดโซเดียมให้เข้มงวดขึ้นในปริมาณไม่เกินวันละ 1.5 กรัม นั้นอาจช่วยลดความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น

ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาซีอิ๊วขาว 3 – 4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350 – 500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก.

#### ง. การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50 – 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ละ 150 นาที

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75 – 90 นาที

การออกกำลังกายในกลุ่มที่ใช้การเกร็งกล้ามเนื้ออยู่กับที่ (Isometric exercise) เช่น ยกน้ำหนัก อาจทำให้ระดับความดันโลหิตสูง ดังนั้นหากยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มการออกกำลังกายในลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ผู้ที่มีภาวะต่อไปนี้ควรได้รับคำแนะนำของแพทย์

- Systolic blood pressure : SBP ตั้งแต่ 180 มม.ปรอท หรือ Diastolic blood pressure : DBP ตั้งแต่ 110 มม.ปรอทขึ้นไป

- มีอาการเจ็บหน้าอก หรือหายใจไม่สะดวก โดยเฉพาะเมื่อออกกำลังกาย
- มีโรคหัวใจล้มเหลว
- มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- มีโรคเบาหวานที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี
- มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่น ๆ
- มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น อัมพฤกษ์ ข้อเข่าเสื่อม โรคปอดเรื้อรัง เป็นต้น

#### จ. การกำจัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ในผู้ที่ไม่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือ ถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (Standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐานต่อวัน โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึงเครื่องดื่มที่มีปริมาณแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม

#### ฉ. การเลิกบุหรี่

การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอยากเลิกบุหรี่

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยเพื่อรับบริการคำปรึกษาฟรีจากศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ (ศบช.) (Thailand National Quitline, TNQ) ที่เรียกว่า “1600 สายเลิกบุหรี่” หรือ “Quitline 1600” โดยสามารถโทร 1600 ฟรีได้ทุกเครือข่ายและไม่เรียกเก็บค่าบริการ หรือสามารถติดต่อขอรับบริการผ่านเว็บไซต์ [www.thailandquitline.or.th](http://www.thailandquitline.or.th)

สิ่งสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมชีวิตได้ในระยะยาว คือ การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ร่วมกับการตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้ร่วมกัน มีการติดตามประเมินผลระยะๆ และหมั่นให้กำลังใจผู้ป่วย นอกจากนี้ควรพิจารณาส่งต่อบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความชำนาญเฉพาะ เช่น นักกำหนดอาหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกาย ตามความเหมาะสม

## 2.2 สถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย

### สถานการณ์โรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด สำหรับประเทศไทยได้ตระหนักและให้ความสำคัญในการให้ความร่วมมือเพื่อต่อสู้กับโรคเบาหวานเช่นกัน ในบทบาทของการเพิ่มขึ้นของวิถีชีวิตแบบเนือยนิ่ง โรคอ้วน และอายุมากขึ้น นำมาซึ่งการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ถูกดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา โรคติดต่อเคยเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และทุพพลภาพทั่วโลก แต่เมื่อไม่นานมานี้ กลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรัง (NCDs) กำลังจะกลายเป็นสาเหตุหลักมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศไทย มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งรวมถึงโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2559 พบว่า มีการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคเบาหวานเป็นจำนวน

76,000 ราย หรือมากกว่า 200 รายในแต่ละวัน ข้อมูลผลสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.8 ในปี พ.ศ. 2557 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60 - 69 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปีพ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี และหากรวมอีก 3 โรค คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs อีกมากมาย อาทิ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและ โรคไต ฯลฯ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564)

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 เมื่อปี พ.ศ. 2562 -2563 พบโรคเบาหวานในคนไทยที่อายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 9.5 หมายถึง ขณะนี้ในคนไทย 10 คน จะมี 1 คนเป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่จะเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบบ่อยลงมา คือ เบาหวานชนิดที่ 1 แต่มีจำนวนไม่มาก ผู้ป่วยเบาหวาน 100 คน จะเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 เพียง 4-5 คน เป็นได้ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ การรักษาโรคเบาหวานชนิดที่ 1 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กและวัยรุ่นมีความซับซ้อน และละเอียดอ่อนมากกว่าผู้ใหญ่ เพราะเด็กเล็กยังต้องการความช่วยเหลือของผู้ปกครอง เด็กต้องมีพัฒนาการและมีการเจริญเติบโตที่สมวัย ส่วนวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนและอารมณ์ขณะเข้าวัยรุ่นสาว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยทีมดูแลรักษาที่เข้าใจสภาวะดังกล่าว (วรรณิ นิธิยานันท์, 2565)

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา ความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลกและส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เคยเข้าใจว่าเป็นโรคของผู้ใหญ่ พบรายงานมากขึ้นในเด็กและวัยรุ่น การรวบรวมรายงานจากทั่วโลก พบว่า เมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้วผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานรายใหม่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพียงร้อยละ 3 แต่ปัจจุบันเพิ่มเป็นร้อยละ 45 ในประเทศไทยสัดส่วนของเด็กที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานที่มารักษาที่กุมารแพทย์ต่อมไร้ท่อเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5 ในระหว่างปี พ.ศ. 2529 -2538 เป็นร้อยละ 18 ในระหว่างปีพ.ศ. 2539 -2542 หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 3 เท่าในช่วงเวลาประมาณ 10 ปีรวมกับการระบาดของโรคอ้วนในเด็กไทย เด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคเบาหวานเหล่านี้มักป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน ปัญหาไขมันในเลือดสูง ไขมันพอกตับ ความดันเลือดสูงและเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาและสูญเสียโอกาสที่จะมีชีวิตที่มีคุณภาพก่อนวัยอันควร

#### สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

จากรายงานองค์การอนามัยโลกปีพ.ศ. 2562 ประชากรอายุ 30 -79 ปี ประมาณ 1.28 พันล้านคนทั่วโลกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่ทราบว่าเป็นตัวเองป่วยมากถึงร้อยละ 46 และมีเพียงร้อยละ 42 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา โดย 1 ใน 5 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

สำหรับสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.4 (ชาย ร้อยละ 26.7 และหญิง ร้อยละ 24.2) จากร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ. 2557 การเข้าถึงระบบบริการของกลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 44.7 ในปี พ.ศ. 2557 เป็นร้อยละ 48.8 โดยปี พ.ศ. 2563 สัดส่วนที่ได้รับการรักษาลดจากร้อยละ 49.2 เป็น 47.6 แต่กลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมได้ กลับมีสัดส่วนที่ลดลงจากร้อยละ 29.7 เป็น 22.6 ตามลำดับ

ประเทศไทยมีแนวโน้มพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 13 ล้านคน และในจำนวนนี้มีมากถึง 7 ล้านคน ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีอาการ ความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่างๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ทั้งนี้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี

สถานการณ์โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องที่สำคัญในประเทศไทย ทบทวนจากฐานข้อมูลที่สำคัญหลากหลายฐานในประเทศไทยในอดีตถึงปี พ.ศ.2562 กล่าวโดยสรุปดังนี้

ความชุกของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 24.7 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 1.8 ล้านคน โดยเพศชายมีความชุกและอุบัติการณ์สูงมากกว่าผู้หญิงภายหลังปี พ.ศ. 2558

ความชุกของโรคเบาหวานในปี พ.ศ. 2557 เท่ากับร้อยละ 8.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2552 หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 8.2 แสนคน โดยเพศหญิงมีความชุก และอุบัติการณ์สูงมากกว่าเพศชาย ภายหลังปี พ.ศ. 2558

สถานการณ์ของปัจจัยเสี่ยงในระดับประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปี พ.ศ. 2558 พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงที่มีความชุกลดลง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการกินผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

อุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวานรายใหม่มีแนวโน้มลดลง โดยมีปัจจัยเชิงบวกด้านพฤติกรรมในประชากรที่ดีขึ้นทั้งในกลุ่มวัยผู้ใหญ่และวัยรุ่น คือ ความชุกของการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงเชิงลบที่คุกคามสุขภาพคือการบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ; 2563)

### 2.3 แนวคิดแบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention

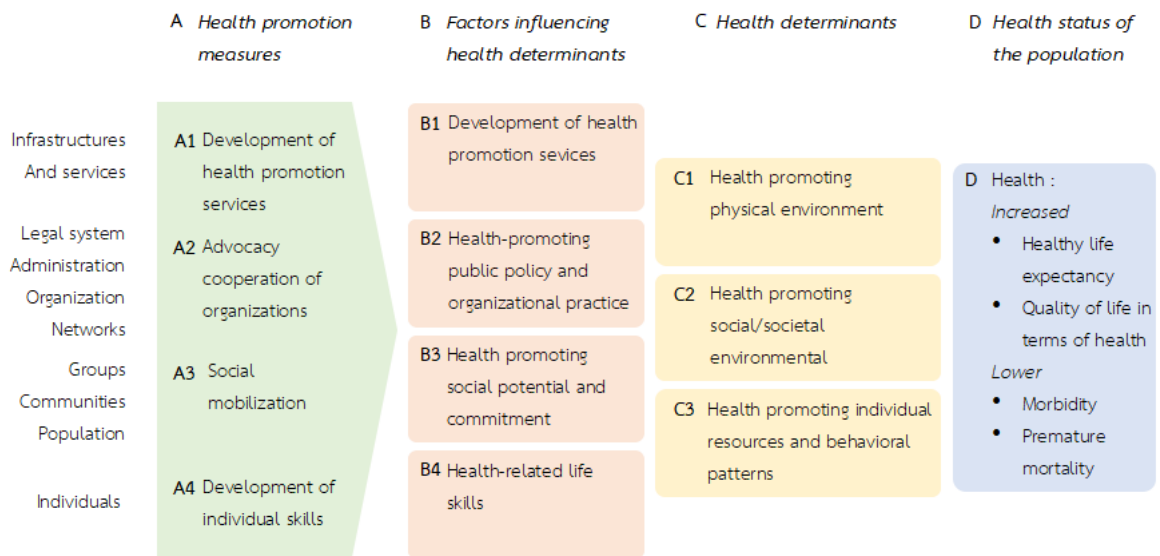
Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนาคุณภาพโครงการ เพื่อที่จะใช้ศักยภาพของเครื่องมืออย่าง

เต็มที่ไม่เพียงแต่ใช้โดยผู้จัดการโครงการหรือผู้ประเมินเพียงอย่างเดียว แต่ควรใช้ร่วมกับทีมงานโครงการทั้งหมด หรือระหว่างผู้ประเมินและสมาชิกหลักของโครงการ เป็นต้น โดยทั่วไปแบบจำลองสามารถใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผนกำหนดมาตรการ และเป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินผล ซึ่งอาจจะใช้ SMOC สำหรับประเมินระหว่างดำเนินการ หรือ ณ จุดใดจุดหนึ่งของโครงการ และไม่เฉพาะสำหรับการประเมินผลตอนสิ้นสุดโครงการเท่านั้น หากใช้ในระหว่างโครงการจะทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับทิศทางของโครงการได้ (Spencer B, et al. 2007)

**ภาพรวมแบบจำลอง**

แบบจำลอง SMOC เป็นระบบการจัดหมวดหมู่ผลลัพธ์ที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกในการบันทึกผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการอย่างเป็นระบบ ระบบนี้ได้รับการพัฒนาบนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่เป็นต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดย Don Nutbeam ซึ่งตั้งอยู่บนสมมติฐานพื้นฐานที่ว่า สุขภาพ คือเป้าหมายสูงสุดของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้โดยตรง แต่ต้องบรรลุผลลัพธ์ระยะกลาง ที่หมายถึงกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับบุคคล กลุ่ม หรือองค์กร รายละเอียดตามแผนภูมิที่ 2.1

**แผนภูมิที่ 2.1** แบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention



**การประยุกต์ใช้แบบจำลอง SMOC ในการทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงผลลัพธ์**

การสร้างเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการสนับสนุนให้ประชาชนสามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถควบคุมปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพเพื่อให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี



ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพต้องมองทั้งระดับปัจเจก เช่น อายุ เพศ สภาพร่างกาย ความเชื่อ ทัศนคติ รูปแบบการใช้ชีวิตประจำวัน ฯลฯ ระดับชุมชน เช่น เครือข่ายสังคมและชุมชนและระดับมหภาค เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ระบบบริการสาธารณสุข สวัสดิการต่าง ๆ ฯลฯ

การทำงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงผลลัพธ์ จะต้องระบุ “ผลลัพธ์ (Outcome)” หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินแผนงาน/โครงการนั้นๆ ได้ชัดเจน อาจจัดระดับของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ 3 ระดับ โดยที่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างทางต้องเชื่อมโยงส่งผลซึ่งกันและกันอย่างมีหลักฐานและอธิบายได้

ผลลัพธ์ระดับ A เป็นผลกระทบ (Impact) หรือการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย เป็นผลลัพธ์สูงสุดที่ต้องการให้บรรลุ เช่น การเจ็บป่วยและบาดเจ็บลดลง อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ความเป็นอยู่และคุณภาพชีวิตดีขึ้น ฯลฯ

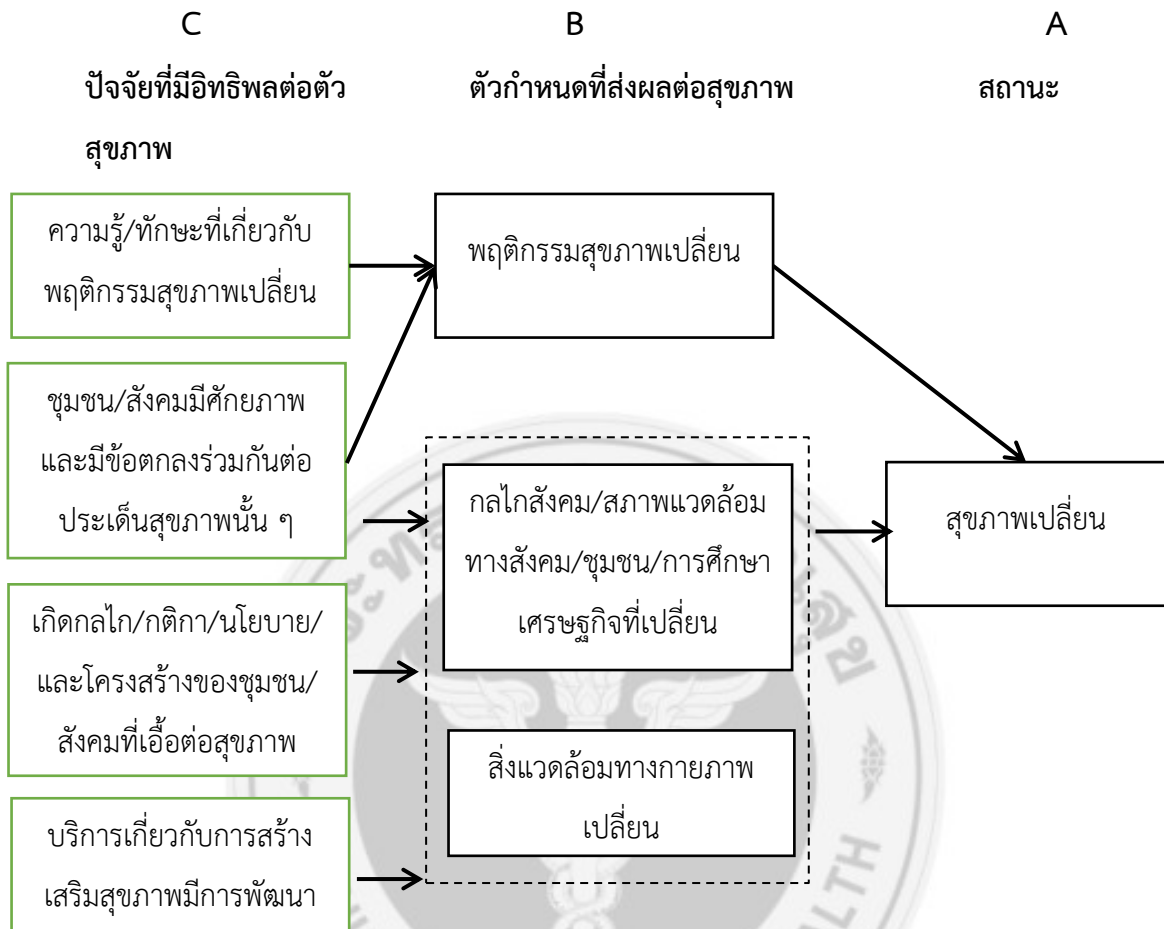
ผลลัพธ์ระดับ B เป็นการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดที่ส่งผลต่อสุขภาพ เมื่อเปลี่ยนแล้วจะมีอิทธิพลต่อสถานะทางสุขภาพ (หรือผลลัพธ์ระดับ A) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

- การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับปัจเจก กลุ่มคน และชุมชน
- การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม เกิดนโยบาย ข้อตกลง กลไก หรือกติกาที่ถือปฏิบัติร่วมกันภายในชุมชน/สังคม
- การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น มีการนำแผนส่งเสริมสุขภาพไปดำเนินงานในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ผลภาวะลดลง ปรับแก้ไขจุดเสี่ยง ฯลฯ

ผลลัพธ์ระดับ C เป็นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหรือเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ซึ่งตัวกำหนดต่อสุขภาพนี้จะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ต้องการได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ด้าน คือ

- การเปลี่ยนแปลงทางทักษะ ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เช่น คนในชุมชนมีความรู้ มีทักษะผ่านการนำความรู้ไปใช้ มีความเชื่อมั่นและตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เป็นต้น
- การเปลี่ยนแปลงของการรวมตัวของกลุ่มบุคคล / ชุมชนที่มีความพร้อมและข้อตกลงร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น มีกลุ่มแกนนำที่เข้มแข็งและมีศักยภาพ มีภาคีหนุนเสริม กลุ่มเป้าหมายยอมรับและปฏิบัติตามกติกาที่กำหนดไว้ เป็นต้น
- การเปลี่ยนแปลงของการเกิดข้อตกลง นโยบาย กติกา กลไกและโครงสร้างชุมชน หรือสังคมที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนงาน
- การเปลี่ยนแปลงทางการปรับปรุงและพัฒนาบริการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการออกแบบและปรับเปลี่ยนบริการให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงได้ง่าย ฯลฯ รายละเอียด ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 แสดงระดับผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพ



ทั้งนี้ อาจจัดกลุ่มผลลัพธ์ตามระดับการเปลี่ยนแปลง ออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว

C	B	A
ระยะสั้น (เกิดการเรียนรู้)	ระยะกลาง (เกิดการปฏิบัติ)	ระยะยาว (เกิดผลกระทบ)
เกิดการเปลี่ยนแปลง		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ความรู้/การเรียนรู้</li> <li>■ ความตระหนัก</li> <li>■ ทักษะ</li> <li>■ แรغب้านดาลใจ/แรงจูงใจ</li> <li>■ ความตั้งใจจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ พฤติกรรมเปลี่ยน</li> <li>■ เปลี่ยนแปลงระบบปฏิบัติหรือกลไก</li> <li>■ เปลี่ยนแปลงนโยบาย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ผลกระทบต่อสุขภาพ</li> <li>■ ผลกระทบต่อสังคม</li> <li>■ ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ</li> <li>■ ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม</li> </ul>

ผลลัพธ์ระยะสั้น (Immediate Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่จะเปลี่ยนแปลงทันทีหลังจากจบกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายจะเปลี่ยนแปลงความตระหนัก ความรู้ ทักษะ หรือเกิดความตั้งใจที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ระยะสั้นจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดที่ส่งผลต่อสุขภาพ (C)

ผลลัพธ์ระยะกลาง (Intermediate Outcomes) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับลงมือปฏิบัติ จะเกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการเรียนรู้และเกิดความตระหนักแล้ว โดยอาจมีหลายรูปแบบ เช่น ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนนโยบาย/ข้อบังคับ/กติกาของชุมชน ซึ่งเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้แล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ระยะยาวต่อไป การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ระยะกลางจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงระดับที่เป็นตัวกำหนดที่ส่งผลต่อสุขภาพ (B)

ผลลัพธ์ระยะยาว (Impact) เป็นเป้าประสงค์สูงสุดหรือผลกระทบที่คาดหวัง ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในระยะกลางอย่างจริงจังและต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ระยะยาวจึงเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสถานะสุขภาพ (A) และเป็นการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมของชุมชน/สังคมที่สำคัญ 4 ด้าน คือ

- 1) ผลกระทบต่อสุขภาพ : มีสุขภาพที่ดีในมิติต่าง ๆ
- 2) ผลกระทบต่อสังคม : มีการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขสำคัญในระดับชุมชนที่ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนไป เช่น ชุมชนปลอดเหล้าอย่างถาวร
- 3) ผลกระทบต่อเศรษฐกิจ : ผลกระทบต่อรายรับและรายจ่ายของคนในสังคม หรือมูลค่าความสูญเสียจากพฤติกรรมเสี่ยง
- 4) ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม : ระบบนิเวศน์ที่รับผลกระทบจากการดำเนินโครงการ

(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

**กล่าวโดยสรุป** แบบจำลอง Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) เป็นเครื่องมือที่นำไปใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ พัฒนาการวางแผนเพื่อกำหนดมาตรการ และประเมินผลโครงการเพื่อปรับทิศทางของโครงการ โดยมีการจัดหมวดหมู่ผลลัพธ์เพื่ออำนวยความสะดวกในการบันทึกผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีองค์ประกอบในการประเมินผลลัพธ์ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) มาตรการสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ 4) สถานะทางด้านสุขภาพของประชาชน

## 2.4 แนวคิด ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อสุขภาพ (Health Belief Model)

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)** เป็นทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพในยุคแรกๆ ทฤษฎีนี้มีจุดเริ่มต้นในปี ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา คือ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock ซึ่งมีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคทั้ง ๆ ที่เป็นบริการที่จัดให้ฟรี หรือเสียค่าใช้จ่ายบ้างเล็กน้อย เนื่องมาจากนโยบายสาธารณสุขในระยะนั้น (ค.ศ. 1950-1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา โดยมีข้อสมมุติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ เมื่อมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาสามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูง เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่ได้รับ พื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานะ (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ Lewin โดยทฤษฎีกล่าวว่า บุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก (positive value) และขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมเชิงลบ (negative value) โดย Lewin มีความเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมเชิงลบ และสรุปว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงบริเวณดังกล่าว เพื่อให้ตนเองเคลื่อนไปสู่การมีสุขภาพดีซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก และ

การที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขึ้นอยู่กับการประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ออกมา (อาภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ ,2554)

ในปี ค.ศ. 1958 Hochbaum ได้นำแนวคิดทฤษฎีสนามของ Lewin มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ต่อมาในปี ค.ศ. 1969 Rosenstock ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการตัดสินใจภายใต้สภาวะที่ยังไม่แน่นอน โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ 2 ประการ

1) บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (Readiness to Act) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น

2) บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และให้น้ำหนักให้กับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์ (จุฬารัตน์ โสิตตะ, 2554)

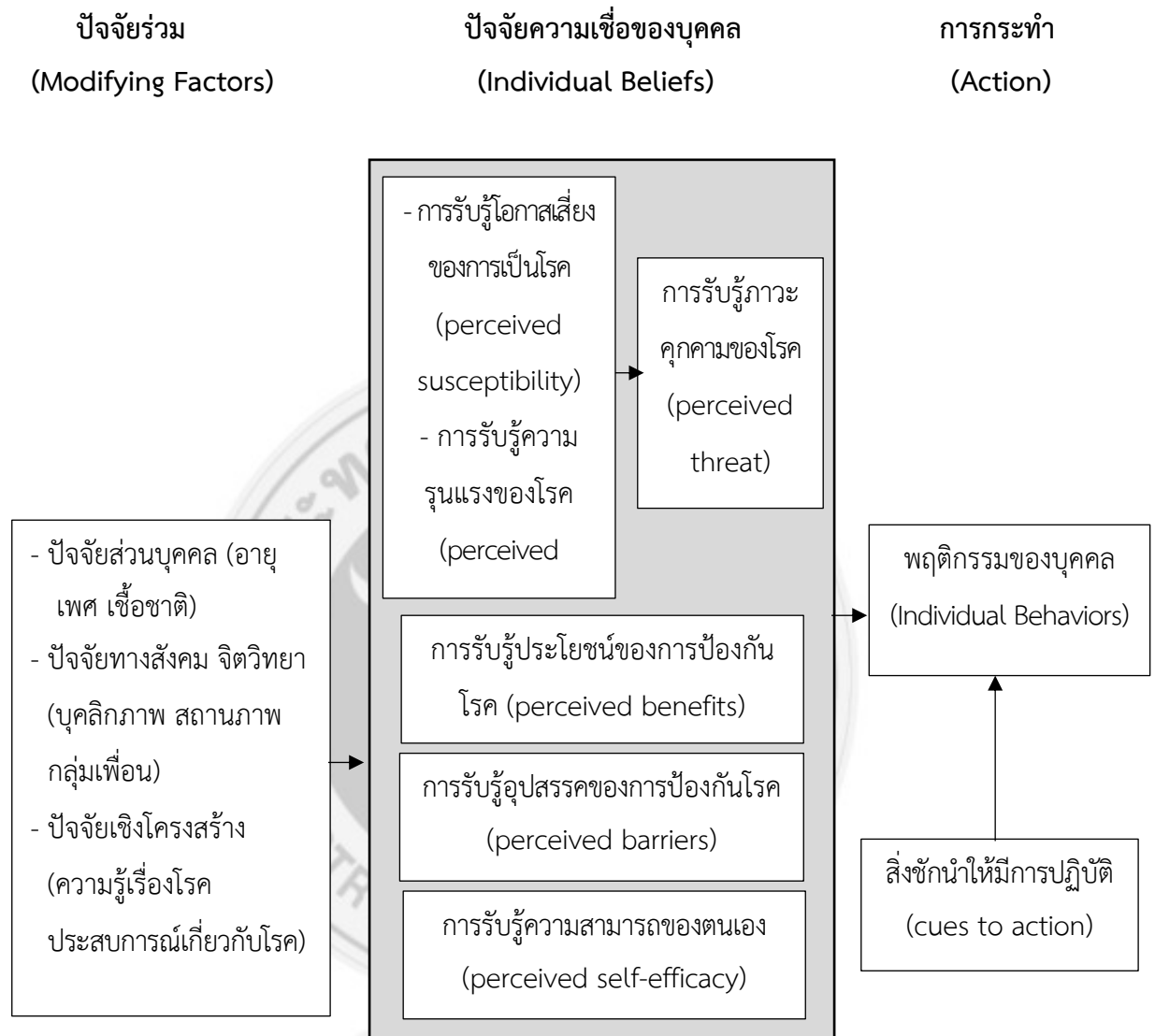
นอกจากนี้ในปี ค.ศ. 1974 Rosenstock ได้กล่าวว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคเมื่อเขามีความเชื่อว่า 1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 2) การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง และ 3) การกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (perceived benefits) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (perceived barriers) (Rosenstock, 1974)

ต่อมาในปี ค.ศ. 1975 Becker และคณะได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยนอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค การเพิ่มปัจจัยเหล่านี้เข้าไปก็เพื่อให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น (Becker & et al, 1975)

ในปี ค.ศ. 1988 Rosenstock, et al. ได้เพิ่มแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นใช้อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมในทางส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถแสดงได้ (Rosenstock, I.M., et al, 1988) ดังภาพที่ 2.1

ภาพที่ 2.1 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดยเพิ่มปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง



องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบสำคัญที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต การเกิดโรคแทรกซ้อน ความเจ็บปวด รวมถึงผลกระทบที่ไม่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การสูญเสียหน้าที่การงาน ทรัพย์สินเงินทอง เป็นต้น

ผลรวมของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดการรับรู้ภาวะคุกคาม (Perceived threat) ซึ่งหากบุคคลรับรู้ภาวะคุกคามมากก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้น ๆ เกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง หรือเป็นตัวผลักดันให้บุคคลมีการป้องกันและรักษาโรคนั้นๆ มากตามไปด้วย

3. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการ กระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่ทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ

4. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค (Perceived barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ ซึ่งได้แก่ ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด หรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความเจ็บปวด ความไม่สบาย

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติ สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติมี 2 ด้านคือ สิ่งชักนำภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง และสิ่งชักนำภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อต่าง ๆ หรือการเตือนจากบุคคลรอบข้าง

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) หมายถึง เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ เป็นต้น ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

7. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของคนที่ปฏิบัติหรือที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

**กล่าวโดยสรุป** แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ โดยอธิบายว่าบุคคลจะมีพฤติกรรมขึ้นอยู่กับ 5 ปัจจัยหลัก ได้แก่ การรับรู้ภาวะคุกคามของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค โดยการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคเกิดจากการรวม 2 ปัจจัยคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเป็นโรค เมื่อบุคคลรับรู้ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นแล้วจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการป้องกันโรค (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554)

## 2.5 แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

การที่ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเผชิญหน้ากับโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น การเกิดวิกฤติการณ์ทางสังคม เช่น ปัญหาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิตและความก้าวล้ำเทคโนโลยี ทำให้การปฏิรูปดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อระบบสุขภาพจึงได้มีขยายมิติของสุขภาพให้กว้างกว่าการบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นระบบสุขภาพสร้างนำซ่อม ครอบคลุมทั้งการแก้ไขหรือการตรากฎหมายใหม่ มาตรการ เครื่องมือบริหารจัดการ ให้ความสำคัญกับมิติสุขภาพในทุกนโยบายสาธารณะ (Health in all Policies) เชื่อมโยงเรื่องระบบสุขภาพในการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชน ทั้งระบบสุขภาพชุมชนระดับตำบล และระบบบริหารสุขภาพผสมผสานในระดับอำเภอ (District Health System : DHS) โดยในปี พ.ศ. 2557 ได้มีนโยบายทีมหมอครอบครัวทั้งในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบ District Health System มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดกับประชาชน มีส่วนในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติ ทั้งการรักษา ส่งเสริม และป้องกันอย่างต่อเนื่องทันทางที่ รวมถึงประสานการส่งต่อไปยังหน่วยบริการทุกระดับอย่างใกล้ชิดและเหมาะสมกับ

ผู้ป่วย โดยมีแพทย์เป็นที่ปรึกษา (สำนักบริหารการสาธารณสุข, 2557) แต่ยังคงพบปัญหาอันเกิดมาจากหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิขาดแคลนทรัพยากรทางด้านบุคลากร งบประมาณ ยานพาหนะและอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นสำหรับปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการจัดบริการให้เกิดคุณภาพในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย (กัญญา บุญธรรม, 2553; สมยศ ศรีจารนัยและคณะ, 2558)

จากปัญหาด้านบริหารจัดการที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินงานด้านสุขภาพ และปัญหาการเกิดโรคและภัยสุขภาพที่ยังแก้ไขไม่ได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีแนวคิดของการสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS) โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองครวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง (เอกสารประกอบการประชุม พชอ., 2560) จึงเป็นที่มาของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) การสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนอย่างเป็นองครวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยให้ทุกอำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนและบูรณาการร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน การพัฒนารูปแบบบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่เหมาะสมและให้มีบูรณาการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศ งบประมาณ และงบประมาณร่วมกัน โดยให้นายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ เป็นคณะกรรมการรวมแล้วมีจำนวนไม่เกิน 21 คน เขามาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ

### **หน้าที่ความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่งเรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษาให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินสี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านจำนวนหนึ่งคนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวนหนึ่งคนเป็นกรรมการ

(2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (1) (2) และ (3) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

### อำนาจหน้าที่ของ พชอ. มีดังนี้

- (1) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่
- (2) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่
- (3) ขับเคลื่อนใหม่มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่กำหนดและแผนงาน เป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม ข้อ 2 ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในต้นทรพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น
- (4) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามข้อ 1 และ 2
- (5) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- (6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามข้อ 1 และ 2
- (7) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่, 2561)

## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกำป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

นวลระหงส์ ณ เชียงใหม่ และคณะ (2549) ได้ศึกษาการประเมินคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสาธารณสุขด้านหน้าในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ.2548 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกแห่งมีการจัดให้บริการด้านการป้องกันควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนทุกระดับ คือ ในผู้ที่ยังไม่เป็นโรค (ขั้นปฐมภูมิ: Primary prevention) ในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรค (ขั้นทุติยภูมิ: Secondary prevention) และในผู้ที่เป็นโรคแล้ว (ขั้นตติยภูมิ: Tertiary prevention) โดยจัดกิจกรรมบริการตามแนวปฏิบัติ และมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ครบถ้วนเกือบทุกกิจกรรม เช่น การให้บริการความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การให้บริการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น มีเพียงกิจกรรมการวัดความดันโลหิตที่ยังทำไม่ได้ตามมาตรฐานการคัดกรอง ซึ่งคงต้องมีการทบทวนด้านองค์ความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ และทำความเข้าใจถึงมาตรฐานการคัดกรองความดันโลหิตโดยเฉพาะวิธีวัดความดันโลหิตเพื่อการคัดกรองว่าแตกต่างจากวิธีวัดความดันโลหิต โดยทั่วไปอย่างไร เพื่อพัฒนาการให้บริการป้องกันควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น



ณิชาธิ์ย์ใจคำวัง (2558) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวม อยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ( $\bar{X} = 2.76$ ,  $SD=1.89$ ) พฤติกรรมการออกกำลังกายในภาพรวมมีระดับเสี่ยงมากที่สุด ( $\bar{X} = 1.87$ ,  $SD = 1.02$ ) และรายละเอียดของพฤติกรรมเสี่ยงด้านการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมน้ำหนัก  $\bar{X} = 1.68$ ,  $SD = 0.97$  โดยส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงรองลงมาคือ การบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ( $\bar{X} = 2.45$ ,  $SD = 0.95$ ) พฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีระดับเสี่ยงปานกลาง ( $\bar{X} = 3.20$ ,  $SD = 1.09$ ) ( $\bar{X} = 3.13$ ,  $SD=1.48$ ) ( $\bar{X} = 3.17$ ,  $SD=1.62$ ) หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรสร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งส่งเสริมการจัดการความรู้ และการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

วีรชัย บริบูรณ์ (2559) ศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี ผลการศึกษา พบว่า 1) สภาพการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าระบบการจัดการยังไม่มี ความชัดเจนตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูสภาพไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข 2) ในด้านการแสวงหาแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี ได้วางระบบหรือแนวทางการดำเนินงานรวมถึงตัวชี้วัดที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายทั้งของจังหวัดและภาพรวมของประเทศ การวางระบบการจัดการโรคเรื้อรัง การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพรวมถึงการนำมาตรการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ 3) ผลการพัฒนาตามแนวทางและตัวชี้วัดเพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรีครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการกำหนดนโยบาย มาตรการ และแนวทาง รวมถึงตัวชี้วัดที่ชัดเจน การนำมาตรการการจัดการบริการคลินิก NCD คุณภาพของกรมควบคุมโรคมาใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นทางออกที่สำคัญทำให้ผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

พลอยณณารินทร์ ราวินิจ และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากรตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งได้สำรวจประชาชนจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (ไม่เป็นโรคเรื้อรัง) ประเด็นดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ 3) ปัจจัยตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) พฤติกรรมส่วนบุคคล โดยพบว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 212 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฯ เท่ากับ 3.12 คะแนน (ค่า S.D. = 0.54) จากการคำนวณหาความสัมพันธ์ โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปร พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ เพศหญิงและพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 9.83 เท่า ของเพศชาย (OR adj.=9.83, 95%CI=3.45-27.99) สถานภาพคู่พบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 12.54 เท่าของผู้ที่สถานภาพโสด (OR adj.=12.54, 95%CI=1.31-120.27) คะแนนการสนับสนุนด้านการประเมิน พบว่าเมื่อคะแนนลดลงทุกๆ 1 เท่า จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงเป็น 2.85 เท่า (O Radj.=2.85,

95%CI=1.08-7.54) และผู้ที่ออกกำลังกายน้อยกว่า 20 นาที มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง 4.35 เท่า ของผู้ที่ออกกำลังกายมากกว่า 20 นาที (OR adj.=4.35, 95%CI=1.91-9.88) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการป้องกันการเกิดภาวะอ้วนลงพุงคือ ผู้ที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัทเอกชน มีโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 87 ของผู้ที่ประกอบอาชีพ รับจ้างทั่วไป (OR adj.=0.13, 95%CI=0.02-0.67) ซึ่งผลการค้นพบนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการรักษาและป้องกันภาวะอ้วนลงพุงต่อไป

สมใจ จางวาง และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่า ด้านพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านการรับประทานอาหาร ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ รับประทานผักใบเขียว เช่น ผักบุ้ง ผักกาด ผักคะน้า เป็นต้น (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) ด้านการออกกำลังกาย ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ การออกแรงจนเหงื่อออกแทนการออกกำลังกาย (ร้อยละ 53.52 และ 53.36) ด้านความเครียด ข้อที่มีการปฏิบัติมากที่สุดคือ เมื่อมีอาการปวดศีรษะ หรือคิดมากในเรื่องต่าง ๆ ทำนพักผ่อนเพื่อผ่อนคลาย (ร้อยละ 73.24 และ 73.53) ปัจจัยด้านความรู้ และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ( $X^2 = 36.000$ , Cramer's V = 0.015;  $X^2 = 443.746$ , Cramer's V = 0.030;  $X^2 = 45.000$ , Cramer's V = 0.008;  $X^2 = 444.894$ , Cramer's V = 0.030) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง โดยมีการทำงานเชิงรุกเพิ่มขึ้นโดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

ดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2560) ศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่งในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี ในรายด้านทั้งด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการรักษา และการใช้ยา อยู่ในระดับดี กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือนต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติและคณะ (2561) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.31$ , S.D. = 0.39) ส่วนรายด้านที่อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ( $\bar{X} = 4.04$ , S.D. = 0.65) รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการบริโภคอาหาร ( $\bar{X} = 3.18$ , S.D. = 0.37) ด้านการออกกำลังกาย ( $\bar{X} = 3.09$ , S.D. = 0.67) และด้านการจัดการความเครียด ( $\bar{X} = 3.08$ , S.D. = 0.54) ตามลำดับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรครมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของ

การรักษาและการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนและแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

นัฐพันธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง (2564) การศึกษาเชิงประเมนระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับ อำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย 2562 ผลการศึกษา พบว่า ระบบการควบคุมป้องกันโรค NCDs ในระดับ อำเภอภาคเหนืออยู่ในระดับพื้นฐานร้อยละ 60 ระดับดีร้อยละ 35 ระดับดีมากร้อยละ 5 ตามเกณฑ์คุณภาพ จากการศึกษายังพบว่า กลไกขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรค NCDs ตามกรอบของงานส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตามกฎบัตรออกตาวา Ottawa charter ด้านการสนับสนุนการดูแลตนเอง มีการ จัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ต่อการตัดสินใจและจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยน ทบทวนข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งที่บ้านและ รพ. อย่างต่อเนื่อง และด้านการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน พบว่า มีการจัดทำแผนร่วมกันระหว่างเครือข่าย องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน ติดตามและประเมินผล มีการร่วมมือกับ อปท.จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการ ลดเสี่ยงลดโรค มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในชุมชนบูรณาการกับคณะทำงานพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ส่วนในด้านชุมชนก็พบว่า มีชมรมเพื่อสุขภาพในชุมชน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ติดตามประเมินผลร่วมกับอปท.ชุมชนและชมรมอย่างต่อเนื่องรวมถึงการติดตามสนับสนุนและมีส่วนร่วม กับ อสม. ในการจัดทำแผนดูแลกลุ่มเสี่ยง/ป่วย

นาตยา พิระวรรณกุล (2565) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่ายจังหวัดกำแพงเพชร ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุมาก รูปร่างท้วม การศึกษาต่ำ ทำงานหนัก รายได้ต่ำ มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในระดับสูง แต่ยังมีปัญหาใน เรื่องของการใช้ยารักษาโรคเบาหวาน ซึ่งยังมีการยืมยาเมื่อขาดหมด รวมทั้งความเชื่อที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการออก กำลังกายเนื่องจากเชื่อว่า “การประกอบอาชีพที่ทำงานหนักทุกวันนี้เลยทำให้ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และคิดว่าการทำงานทุกวันถือว่าได้ออกกำลังกายแล้ว” มีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.33, SD. = 0.47) โดยด้านการใช้ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนต่ำที่สุด ( $\bar{X}$  = 2.53, SD. = 0.92) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทาง สถิติกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย การได้รับความรู้ วิธีรักษา ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้น ทีม สุขภาพต้องเร่งสร้างความรู้-ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแล ตนเองโดยเฉพาะด้านการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

Mita, G., et al. (2016) ศึกษาประสิทธิผลของโซเซียลมีเดียในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ผล การศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ Meta-analysis ของการทดลองทั้งหมดไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยมาตรฐาน [SMD] -0.14; 95%CI -0.28 ถึง 0.01) โดยมีการค้นพบที่คล้ายกัน ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (SMD 0.07; 95%CI -0.25 ถึง 0.38) , น้ำหนักตัว (SMD 0.07; 95%CI -0.17 ถึง 0.20) และการบริโภคผักและผลไม้ (SMD 0.39; 95%CI -0.11 ถึง 0.89) การทดลองที่ประเมินการใช้โซเซียล มีเดียในการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ พบว่า การใช้โซเซียลมีเดียช่วยให้เกิดผลลัพธ์ ระยะสั้น (primary outcomes) แต่คุณภาพโดยรวมของผลการศึกษาที่รวบรวมยังจำกัดการค้นพบ นอกจากนี้มีควรมีการทดลอง

เพิ่มเติม เพื่อแยกผลกระทบของการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และเพื่อประเมินผลกระทบของสื่อบนแพลตฟอร์มสื่อสังคมออนไลน์อย่างครบถ้วน

Jeong NJ, et al. (2021) ศึกษาแนวทางการสำรวจระดับชาติ ผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมและปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมต่อโรคไม่ติดต่อในประเทศเกาหลีใต้ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง ( $\beta = 0.101$ ,  $p < 0.001$ ), MI ( $\beta = 0.058$ ,  $p < 0.001$ ), แนนหน้าอก ( $\beta = 0.077$ ,  $p < 0.001$ ), เบาหวาน ( $\beta = 0.201$ ,  $p < 0.001$ ) และมะเร็ง ( $\beta = 0.069$ ,  $p < 0.001$ ) ซึ่งรวมถึงมะเร็งกระเพาะอาหาร ลำไส้ใหญ่ ปอด และต่อมไทรอยด์ อย่างไรก็ตาม ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมกับมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก การวิเคราะห์สมมติฐานที่สองพบว่าปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมส่งผลต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ ( $\beta = 0.031$ ,  $p = 0.045$ ), MI ( $\beta = 0.030$ ,  $p = 0.046$ ), แนนหน้าอก ( $\beta = 0.039$ ,  $p = 0.009$ ) และเบาหวาน ( $\beta = 0.049$ ,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมต่อโรคไม่ติดต่อ นั้นแตกต่างกันไปตามประเภทของโรคต่างๆ และมีนัยสำคัญในในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

## 2.6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention

Cloetta B., et al. (2005) ศึกษาเรื่อง Model for the systematic classification of outcomes in health promotion and prevention ผลการศึกษา พบว่า ผลสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องมีการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของมาตรการและโครงการต่างๆ และมีการจัดทำเอกสารอย่างเป็นระบบ วัตถุประสงค์การพัฒนาแบบจำลองเพื่อพัฒนารูปแบบของระบบการจัดหมวดหมู่ผลลัพธ์ ประกอบด้วยผลลัพธ์ระยะกลางของมาตรการส่งเสริมสุขภาพ 4 หมวด และผลลัพธ์ในระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3 หมวด แต่ละหมวดจะประกอบด้วย 3 - 4 หมวดย่อย ซึ่งแสดงตัวอย่างตัวบ่งชี้ที่เป็นไปได้ สามารถนำแบบจำลองไปใช้ได้ทั้งในการวางแผนและในขั้นตอนการประเมินโครงการ สิ่งนี้ทำให้หน่วยงานส่งเสริมสุขภาพและสถาบันที่รับผิดชอบด้านเงินทุนสามารถรับทราบผลลัพธ์ของมาตรการ/โครงการได้

Spender B, et al. (2007) ศึกษาการสร้างแบบจำลองผลลัพธ์ของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในประเทศสวิตเซอร์แลนด์: การพัฒนาแบบจำลองสวิสสำหรับการจำแนกประเภทผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า การศึกษานี้อธิบายแบบจำลอง Swiss Model for Outcome: SMOC สำหรับการจำแนกประเภทผลลัพธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคที่นำมาใช้โดยหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพของสวิตเซอร์แลนด์ และขั้นตอนการพัฒนา มีการระบุบริบท จุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์ และวิธีการในการพัฒนาแบบจำลอง มีการรายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบจำลองดังกล่าว ในการวางแผน การประเมิน และการวิเคราะห์สถานการณ์ บนพื้นฐานของการค้นคว้าวรรณกรรมที่กว้างขวาง แบบจำลองนี้อยู่ในบริบทระหว่างประเทศที่มีความพยายามที่จะตอบสนองความท้าทายในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อประเมินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ

Ackermann G., et al. (2015) ศึกษาการวัดความสำเร็จในการป้องกันโรคอ้วน: การสังเคราะห์ยุทธศาสตร์การติดตามและประเมินผลระยะยาวของการส่งเสริมสุขภาพของสวิตเซอร์แลนด์ เป็นการประเมินตามกรอบ Swiss Model for Outcome Classification (SMOC) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่ออกแบบมาเพื่อจำแนก

ผลกระทบของการส่งเสริมสุขภาพและความพยายามในการป้องกันโรค ผลลัพธ์ที่น่าเสนอในบทความนี้เน้นทั้งเนื้อหาและวิธีการ ผลการประเมิน พบว่า โครงการระดับชาติประสบผลสำเร็จในหลายระดับ ภายในโครงสร้างทางสังคมที่ซับซ้อน ระบบการประเมินที่สร้างขึ้นจาก SMOC ช่วยให้สามารถประเมินความคืบหน้าของโปรแกรมและการพัฒนาตัวบ่งชี้หลักได้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถระบุได้อย่างแน่ชัดว่าโครงการระดับชาติช่วยให้ความชุกของโรคอ้วนในสวีตเซอร์แลนด์คงที่ได้ในระดับใด แบบจำลองได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในการเป็นพื้นฐานสำหรับการประเมินและติดตามโครงการระดับชาติ การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากการประเมินและการติดตามทำให้สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ตลอดจนสร้างมุมมองโดยรวมและการประเมินประสิทธิผลที่ได้รับการสนับสนุนจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้น

Ostertaga L., et al. (2019) ศึกษาเรื่อง The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm โดยใช้รูปแบบของ SMOC ในโครงการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลการทำร้ายตนเองในท้องถิ่นของสวีตเซอร์แลนด์ เพื่อระบุกลุ่มเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงและพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยรวม 490 คน (หญิง 54.9% และชาย 45.1%) สำหรับการทำร้ายตัวเอง 554 ครั้ง แสดงสัดส่วนของผู้ป่วยอายุ 18 - 34 ปี (49.2%) มากกว่ากลุ่มอายุ (35 - 49, 33.7% และ 50 - 65, 17.1%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโสด (56.1%) และอยู่ในสถานการณ์ทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีปัญหา (65.7%) Self-poisoning เป็นวิธีที่ใช้บ่อยที่สุด (58.2%) และเป็นที่ต้องการของผู้หญิง (71% ของผู้หญิงและ 42.5% ของผู้ชาย,  $p < 0.001$ ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (53.3%) มีประสบการณ์อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนหน้าของการทำร้ายตัวเอง อัตราการทำร้ายตัวเองอยู่ที่ 220 ต่อประชากร 100,000 คน แม้ว่าผลลัพธ์จะสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการทำร้ายตัวเอง (อัตราการทำร้ายตัวเอง การแบ่งเพศ และอายุ วิธีการที่เลือกตามเพศ) ที่แสดงให้เห็นความแตกต่างที่น่าสนใจอย่างมากในเรื่องอัตราการทำร้ายตัวเอง เจตนาฆ่าตัวตาย และวิธีการทำร้ายตนเอง ความแตกต่างเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพัฒนาการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเองในสถานที่ต่างๆ และไม่พึ่งพาอัตราการฆ่าตัวตายเพียงอย่างเดียว เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายด้วยกลยุทธ์ที่ปรับให้เหมาะกับลักษณะเฉพาะของประชากรในท้องถิ่น

### 2.6.3 งานวิจัยเกี่ยวกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2552) ศึกษาการพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนในพื้นที่ 12 ตำบล ผลการศึกษาพบว่า ในด้านนโยบายและระบบสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขยังมีโครงสร้างรองรับได้จำกัด โดยเฉพาะในระดับจังหวัด ในขณะที่ระดับอำเภอและระดับตำบลมีรูปธรรมเชิงโครงสร้างและการทำงานร่วมกันที่เห็นได้ชัดมากกว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความคิดเห็นเชิงหลักการหรือนโยบายการถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่แตกต่างกัน และพบว่าจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศักยภาพความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ รวมถึงระยะเวลาการทำงานสาธารณสุขในพื้นที่มีผลด้านบวกต่อการทำงานสร้างภาคีเครือข่ายร่วมกัน และพบว่าในการสนับสนุนชาวบ้านและท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความเข้าใจในเรื่องการจัดการและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อการรายงานในระดับหน่วยงาน มากกว่าการใช้ข้อมูลเพื่อการวางแผนแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ ศักยภาพและความพร้อมของภาคชุมชนขึ้นกับความหลากหลาย บทบาทและความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน และพบว่ารูปธรรมที่เด่นชัดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนชาวบ้านและท้องถิ่นในการดูแล

สุขภาพ คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายโดยกลุ่มชมรมต่าง ๆ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

มณฑา เก่งการพานิช และคณะ (2559) ศึกษากลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพกับการควบคุมยาสูบโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตามข้อเสนอในกฎบัตรรอตตาวา 5 กลยุทธ์ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 3) การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุข ซึ่งเมื่อนำไปประยุกต์เป็นแนวทางในการดำเนินงานควบคุมยาสูบในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ทำให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองและระดมการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบุคคลที่เชื่อว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทุกระดับตั้งแต่ครอบครัว สังคม ชุมชน องค์กร ระบบสาธารณสุข และนโยบายชุมชนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตัวชี้วัดความสำเร็จคือการทำมีนโยบายของชุมชนในด้านการควบคุม ยาสูบ ซึ่งเป็นได้ทั้งระดับหมู่บ้าน ตำบลหรืออำเภอ โดยเป็นแนวทางปฏิบัติที่มาจากชุมชน ชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ พร้อมปฏิบัติตามและกำกับให้เป็นไปตามนโยบาย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสิ่งที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดการเลิกบุหรี่ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชนได้ดีที่สุด

วุฒิชัย จรียา และคณะ (2561) ศึกษากระบวนการระดับอำเภอ สังเคราะห์หลักการและประสบการณ์การดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอใน 5 ประเด็น ผลการศึกษาพบว่า 1) แนวคิดระบบสุขภาพระดับอำเภอสอดคล้องกับหลักการกระจายอำนาจการปกครองส่วนกลางให้จัดบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 2) มีโครงสร้างทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอในรูปแบบคณะกรรมการทำหน้าที่บริหารจัดการการดำเนินงาน 3) หลักการทำงานจะเน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 4) การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอมีทั้งผลกระทบด้านบวกและด้านลบ 5) ผลกระทบด้านบวก คือ การพัฒนาการเข้าถึงและคุณภาพของบริการสุขภาพ ส่วนผลกระทบด้านลบ คือ ความไม่ชัดเจนของนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ และขาดทักษะผู้นำภาวะผู้นำของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ 1) ผู้นำระดับนโยบายควรให้ความสำคัญกับกระบวนการถ่ายทอดนโยบายและติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ รวมทั้งมีระบบสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพผู้นำโดยนโยบายไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 2) ผู้นำและทีมเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอควรเน้นการทำงานเชิงรุกร่วมกับภาคีเครือข่ายโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลางในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน และคณะ (2561) ศึกษาแบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 และ 3 ผลการศึกษาพบว่า ทุกอำเภอใช้ข้อมูลในการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยทั้ง 24 อำเภอมีรูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอที่คล้ายกันคือ การมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนชุมชน ประกอบด้วย 1) ภาคผู้ให้บริการ 2) ภาคส่วนราชการ โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3) ภาคประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนรูปแบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอมีจุดเด่น คือ การมีนายอำเภอเป็นประธานร่วมขับเคลื่อนภายใต้ประเด็นคุณภาพชีวิตและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพระดับอำเภอ โดยปัจจัยสู่ความสำเร็จคือการมีนโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีคณะกรรมการจัดการ

ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีศักยภาพ ผู้บริหารทุกระดับเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนติดตามอย่างต่อเนื่อง

อดุลย์ บำรุง (2562) ศึกษาข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ผลการศึกษา พบว่า 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาสมรรถนะของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเป็นทางการจากภาครัฐและเอกชน ทั้งในด้านวิชาการและงบประมาณ โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ ทั้งด้านบุคลากร องค์ความรู้ และงบประมาณ รวมถึงการอำนวยความสะดวกด้านกฎหมายที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม โดยกองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นผู้ดำเนินการในฐานะหน่วยงานเจ้าภาพในการดูแลและกำหนดนโยบาย 2) ข้อเสนอแนะในการพัฒนาองค์กรสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS) พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภออย่างมีส่วนร่วมเสริมสร้างศักยภาพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดยการวางแผนยุทธศาสตร์ (Strategic plan) และแผนปฏิบัติการ (Plan of actions) และการบูรณาการแผนจากภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องตั้งคณะอนุกรรมการ หรือทีมงานรับผิดชอบงาน การส่งเสริมให้เกิดการ “บูรณาการ” ด้วยการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคส่วนต่างๆ สร้างทีมแกนนำส่วนกลาง พัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สปสช.จัดสรรงบประมาณให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนพร้อมพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งภายในจังหวัด ในระดับเขต และในภาพรวมของทั้งประเทศเพื่อการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

มานะ ภูมิพันธุ์ (2563) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า 1) สภาพปัญหาการดำเนินงาน ด้านคณะกรรมการขาดความเข้าใจแนวทางการดำเนินงาน และบทบาท หน้าที่ ด้านงบประมาณ การบริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร แผนการ พัฒนาบุคลากรไม่ชัดเจน และการจัดกิจกรรมพัฒนาบุคลากรไม่ตรงตามแผน และ 2) รูปแบบการดำเนินงานเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ประกอบด้วย 2.1) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน 2.2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 2.3) การคืนข้อมูลสู่ชุมชน และ 2.4) การถอดบทเรียน ดังนั้นการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อน โดยอาศัยหลักการประชาชนเป็นศูนย์กลาง

กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และคณะ (2564) ศึกษาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา พบว่าปัจจุบันปัญหาสุขภาพประชาชนเปลี่ยนไป มีเหตุปัจจัยรอบด้านทั้งจากตัวประชาชน องค์กรหน่วยงานภาครัฐและเอกชน การแก้ปัญหาต้องอาศัยการบูรณาการทุกภาคส่วน จึงมีแนวคิดเพิ่มเติม ได้แก่ ระบบสุขภาพอำเภอ โดยมี คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลุ่มจัดการสุขภาพประชาชนในอำเภอ เป้าหมาย คือ ชุมชนเข้มแข็งและประชาชนพึ่งพาตนเองภายใต้การสร้างการมีส่วนร่วม พบประเด็นปัญหาอุปสรรคระบบสุขภาพอำเภอ ในด้านรูปแบบการดำเนินการและการจัดการ ดังนั้นแนวทางการดำเนินงาน คือ ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจและมีการจัดการแบบมีส่วนร่วมเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ทำให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ด้วยการสร้าง

โครงสร้างการทำงานที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมตัดสินใจ และมีระบบที่เลี้ยงจะช่วยพัฒนาชุมชนได้แบบก้าวกระโดด เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือระดับหมู่บ้าน (พชม.) เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อผลลัพธ์ คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

ฉลองชัย สิทธิวัง และคณะ (2564) ศึกษาการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอในจังหวัดน่าน ผลการศึกษา พบว่า คณะทำงานในพื้นที่วิจัยมีการใช้เครื่องมือ 5 ชิ้นและการวางแผนแบบ Logical Model ในการแก้ไขปัญหาพร้อมกับภาคีเครือข่ายทุกอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธานคณะทำงานและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีประสิทธิผลในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนตลอดจนภาคีเครือข่ายและการพัฒนาความปลอดภัยทางถนน คือ 1) สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนลง 2) สามารถลดจำนวนครั้งการบาดเจ็บทางถนน 3) สามารถลดจุดเสี่ยงการบาดเจ็บทางถนนลงได้ด้วยความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย และ 4) เกิดรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถผลักดันให้เกิดการแก้ไขจุดเสี่ยงทางถนน มาตรการทางสังคม การเข่าสาธารณะและการจัดการเชิงกลไกของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องผ่านการสั่งการและการประสานงานของภาคราชการ ซึ่งเป็นการจัดการกับปัจจัยด้านถนนและสิ่งแวดล้อม ยังมีข้อจำกัด คือ ยังไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลได้อย่างยั่งยืน ซึ่งควรกำหนดโจทย์วิจัยสู่การพัฒนาการทำงานของภาคประชาชนในชุมชนหมู่บ้านในลักษณะของชุมชนนำร่องขับเคลื่อนความปลอดภัย หรือตำบลขับเคลื่อนความปลอดภัยด้วยกลวิธีด้านครอบครัว หรือด้านชุมชน

ปัญญา พลศักดิ์ (2564) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือมีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหาและร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ เพื่อบ่มบ่มสุขภาพเมืองสุขภาพดี (Health City) โดยมีเป้าหมายให้คนเมืองศรีสะเกษเป็นคนสุขภาพดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี มีชุมชนและสังคมดี นอกจากนี้ยังมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ประเด็น ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย โรคปลอดภัย ออกกำลังกายและการเพิ่มรายได้ 2) การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE พบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และ 3) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การเชื่อมประสานข้อมูลและการบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายทำให้ง่ายต่อการพัฒนาและคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอมีการประชุมทวนประเด็นพัฒนา คืบข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

ไพโรจน์ พรหมพันใจ และคณะ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า คณะกรรมการ



พขอ. ร้อยละ 66.7 ต้องการให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลระดับพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และมีกระบวนการ/เครื่องมือในการวางแผนแก้ปัญหาปัญหาร้อยละ 40.0 ต้องการให้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ในระยะพัฒนาหลักสูตรและระยะนำหลักสูตรไปใช้ พบว่า ความรู้ ทักษะการบริหารแผนงาน/โครงการของทีมพี่เลี้ยงระดับเขต จังหวัด อำเภอ สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าอำเภอเกิดกลไกการขับเคลื่อนทั้งในระดับอำเภอ ระดับตำบล และหมู่บ้าน สามารถนำมาตรการไปถึงกลุ่มเป้าหมาย ส่งผลให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรค ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบ พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และผลลัพธ์ด้านการลดโรคและปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนา

Barron P & Sankar U (2000) ศึกษาเรื่อง Development towards a district health system ผลการศึกษาพบว่า รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสมาชิกสภาบริหาร (MEC) ด้านสุขภาพของ 9 จังหวัด ได้กล่าวถึงวิสัยทัศน์ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ ถึงมุมมองที่ว่าบ้านสุดท้ายของ DHS นั้นอยู่กับรัฐบาลท้องถิ่น แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และมีฐานะยากจน ดังนั้น การพัฒนาที่เกิดขึ้นในภาครัฐบาลท้องถิ่นในปี ค.ศ. 2000 จึงมีและจะยังคงมีต่อไป จะส่งผลกระทบต่อการจัดตั้ง DHS และการมีส่วนร่วมของชุมชนและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเป็นรากฐานที่สำคัญของ DHS รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการยุทธศาสตร์เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการของ DHS

Malcolm L, et al. (2002) ศึกษาเรื่อง Clinical leadership and Quality in district health boards in New Zealand ผลการศึกษาพบว่า ประเทศนิวซีแลนด์ มีแนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอเพื่อให้เกิดการทำงานบริการด้านสุขภาพที่เป็นหนึ่งเดียวกันในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (service integration in a single entity) โดยมีเป้าหมายที่ประชาชนเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ (population focused health system) โดยสามารถสรุปหลักการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอได้เป็น 3 ประเด็น คือ (1) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน (set of common goals) โดยเน้นที่สุขภาพของประชาชนเป็นหลัก (2) การสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายของระบบสุขภาพ (collaborative health system) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชน และภาคส่วนอื่น ๆ (3) การผลักดันให้ผู้ให้บริการใส่ใจต่อคุณภาพและคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ (quality and cost)

Levers LL, et al. (2007) ศึกษาเรื่อง A literature review of district health systems in east and southern Africa ผลการศึกษาพบว่า วรรณกรรมที่ได้รับการทบทวนแสดงให้เห็นว่ารัฐบาลได้กำหนดนโยบายในการจัดการกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น จากการวิเคราะห์ยังมีข้อกังวลเกี่ยวกับความซับซ้อนของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น ความแตกต่างของพื้นที่ ความเข้าใจทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโลกาภิวัตน์ และการทำให้เป็นสินค้าเพื่อสุขภาพ ลักษณะที่ขัดแย้งกันของการกระจายอำนาจของบริการสุขภาพ และความยากจนในแอฟริกาที่มีความสำคัญอย่างมากต่อปัญหาสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างความยากจนกับปัญหาความเสมอภาค และการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพและบริการด้านสุขภาพ แต่การขับเคลื่อนทีมทำงานที่มีตัวแทนมาจากหลายฝ่ายนั้น

จะต้องสร้างสัมพันธภาพของทุกฝ่ายและจะต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งในเรื่องของทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน

Arora M, et al. (2011) ศึกษาการดำเนินการหลายภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัจจัยทางสังคมของโรคไม่ติดต่อและส่งเสริมสุขภาพในโครงการสุขภาพแห่งชาติในประเทศอินเดีย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ที่สำคัญ 4 ชนิด (การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และการขาดกิจกรรมทางกาย) ที่ขับเคลื่อนผ่านนโยบายการตลาดเชิงรุก จึงมักถูกต่อต้านจากธุรกิจที่ก่อให้เกิดภาระโรคไม่ติดต่อ ดังนั้นในทางการเมืองจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสาธารณสุขและการพัฒนาก่อนผลประโยชน์ทางการค้า และในการฟื้นฟูสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีการกระจายอำนาจซึ่งสามารถจัดการกับความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพและขึ้นอยู่กับบรรณาภิบาลด้วย การสร้างหุ้นส่วนที่มีประสิทธิผลในทุกระดับในชุมชน การใช้แนวทางที่ครอบคลุมเพื่อการพัฒนาที่เหมาะสม การปรับปรุงบริการสาธารณสุข การประสานงานระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และปัจจัยทางสังคมสุขภาพ การเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติสามารถทำได้ก็ต่อเมื่อมีความรู้สึกเป็นเจ้าของของระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและการดำเนินนโยบายสาธารณสุขที่ดี

Salunke S. & Lal DK. (2017) ศึกษาแนวทางการดำเนินงานหลายภาคส่วนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน จากการศึกษาพบว่า แนวทางการดำเนินงานหลายภาคส่วน (MSA) หมายถึงความร่วมมือโดยเจตนา ระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (เช่น ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน) และภาคส่วนต่างๆ (เช่น สุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ) เพื่อร่วมกันบรรลุผลตามนโยบาย ด้วยการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน พันธมิตรสามารถใช้ประโยชน์จากความรู้ ความเชี่ยวชาญ การเข้าถึง และทรัพยากร โดยได้รับประโยชน์จากจุดแข็งที่รวมกันและหลากหลายในขณะที่พวกเขาทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันในการสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น การปรับปรุงด้านสาธารณสุข (PH) เป็นสิ่งที่ท้าทายเนื่องจากขนาดของประชากรและความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ MSA ช่วยในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่ระบุในลักษณะที่มุ่งเน้น เนื่องจากช่วยในการรวบรวมทรัพยากรและกำหนดวัตถุประสงค์ร่วมกัน ข้อได้เปรียบที่สำคัญประการหนึ่งคือการเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรโดยหลีกเลี่ยงการป้อนข้อมูลและกิจกรรมซ้ำซ้อน ซึ่งช่วยปรับปรุงประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโปรแกรมได้อย่างมาก ความตั้งใจในระดับผู้นำและระดับนโยบายเป็นสิ่งจำเป็นในการวางแผนและดำเนินการประสานงานหลายภาคส่วนที่ประสบความสำเร็จ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญทั้งหมดจำเป็นต้องแบ่งปันวิสัยทัศน์และมุมมองร่วมกัน การพัฒนาโลกเชิงสถาบันเป็นข้อกำหนดสูงสุดเนื่องจากจะทำให้กระบวนการประสานงานระหว่างภาคส่วน (ISC) เป็นมาตรฐาน การสร้างข้อตกลงเป็นการเคลื่อนไหวเชิงกลยุทธ์เพื่อตอบสนองความท้าทายด้านสุขภาพที่สำคัญที่ระบบสุขภาพเผชิญ มีตัวอย่างการใช้งาน MSA ในระดับประเทศและระดับนานาชาติมากมาย เช่น การกำจัดมาลาเรีย การควบคุมยาสูบ การป้องกัน HIV/AIDS โครงการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในชุมชนของฟินแลนด์ (โครงการ North Karelia) และคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพของสิงคโปร์ การส่งเสริม MSA ภายในระบบสุขภาพกับกระทรวงอื่น ๆ ถูกมองว่าเป็นมาตรการสำคัญสำหรับการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ

Bakhtiari, A., et al. (2020) ศึกษาการประเมินและจัดลำดับความสำคัญ "best buys" ของ WHO และมาตรการที่แนะนำอื่น ๆ สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศอิหร่าน ผลการศึกษาพบว่าจากการดำเนินการและมาตรการ 105 รายการที่แนะนำโดย WHO มีเพียง 12 รายการที่ไม่อยู่ในวาระแห่งชาติ

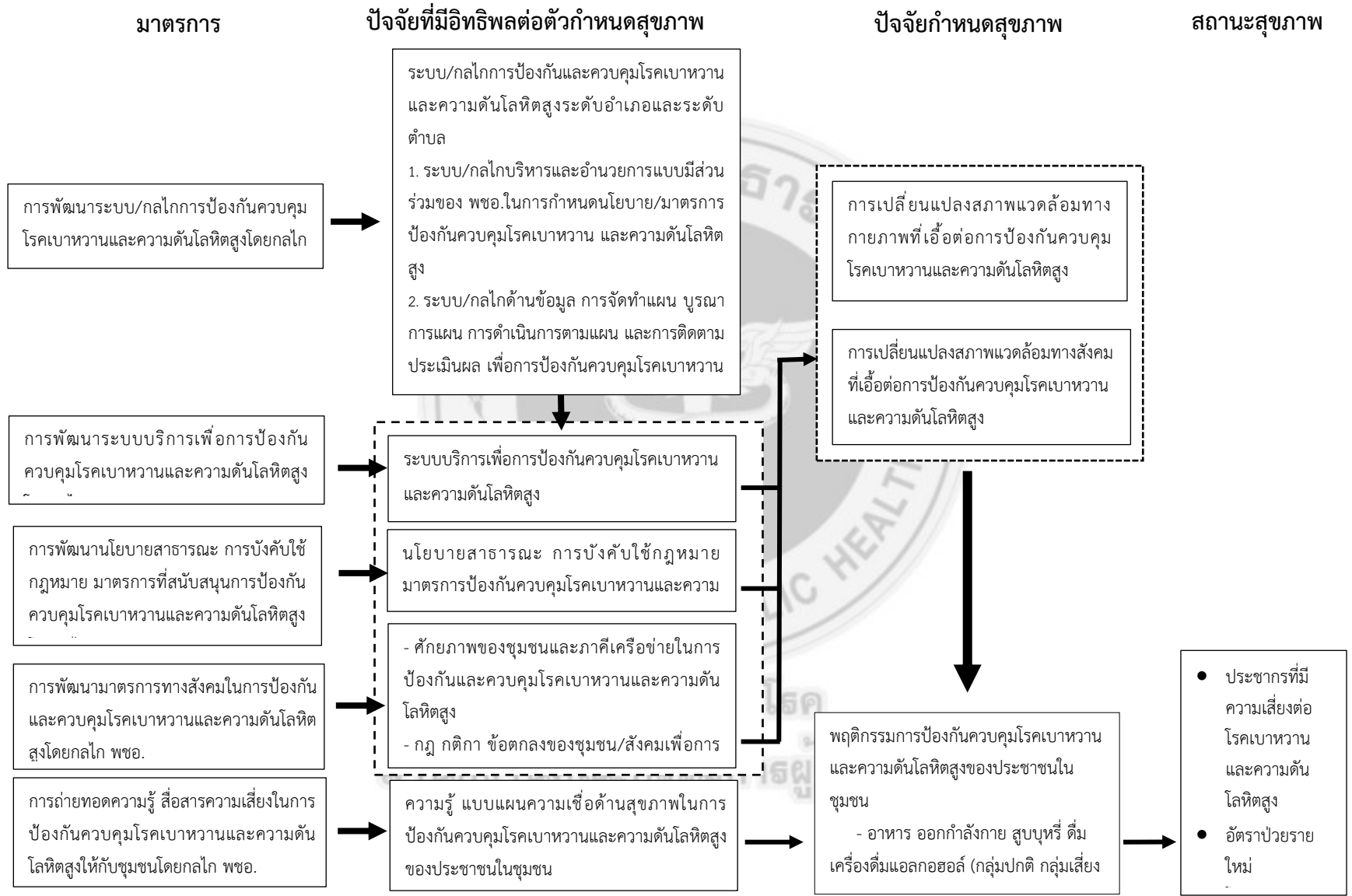
ของประเทศอิหร่าน เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด ประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางจึงจำเป็นต้องระบุและจัดลำดับความสำคัญของมาตรการที่คุ้มค่าและเท่าเทียมมากขึ้นเพื่อต่อสู้กับการแพร่ระบาดของโรคไม่ติดต่อ (NCDs) จากการศึกษา พบว่าประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางควรสนับสนุนการรณรงค์ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำดื่มในสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำดื่ม เช่นเดียวกับการรวมมาตรการป้องกันทางคลินิกที่มีประสิทธิภาพไว้ในแผนปฏิบัติการระดับชาติ พร้อมวิธีการในการจัดการกับโรคไม่ติดต่อระยะยาว และเข้าถึงการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืน

## 2.7 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย เรื่อง การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ดังแผนภูมิที่ 2.3



แผนภูมิที่ 2.3 กรอบแนวคิดของการวิจัย



## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

#### 3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยการนำรูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) (Spencer B. et al., 2007) มาประยุกต์ใช้ มีองค์ประกอบในการประเมิน 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) การพัฒนามาตรการ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ 4) สถานะทางด้านสุขภาพของประชาชน

#### 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

##### 3.2.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค) โดยแต่ละอำเภอมีย พชอ. จำนวนทั้งสิ้น 21 คน ประกอบด้วย 1) นายอำเภอ 2) สาธารณสุขอำเภอ 3) ผู้แทนส่วนราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน 4) ผู้แทนภาคเอกชน และ 5) ผู้แทนภาคประชาชน รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 168 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค) โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) นายอำเภอ (1 คน) 2) สาธารณสุขอำเภอ (1 คน) 3) ผู้แทนส่วนราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) /ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน (3 คน) 4) ผู้แทนภาคเอกชน (2 คน) และ 5) ผู้แทนภาคประชาชน (3 คน) รวม 10 คนต่อ 1 อำเภอ รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 80 คน

##### เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- เป็นผู้ที่มีรายชื่อตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ปี 2564 และมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

##### เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้หรือให้ข้อมูลใดๆ ได้เลย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกการศึกษา (Discontinuation criteria for participant) ประกอบด้วย อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด หรือขอยกจากการศึกษาไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นๆ เป็นต้น

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for study)

ประกอบด้วย 1) กิจกรรมในงานวิจัยถูกต่อต้านจากผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่การศึกษาทำให้เกิดความเสียหายในพื้นที่นั้นๆ ทั้งทางด้านจิตใจหรือทางด้านสังคม 2) เมื่อทีมผู้วิจัยมีข้อมูลสนับสนุนว่าการดำเนินโครงการวิจัยก่อให้เกิดผลกระทบในทางเสียหายทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม ต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ และ 3) แต่ละกิจกรรมตามที่โครงการวิจัยกำหนดไว้ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อยกว่ากึ่งหนึ่ง (จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะพิจารณาจากรายชื่อและตำแหน่งในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างน้อยจำนวน 10 คน สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ที่จะเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย จำแนกได้ตามหน่วยงานดังต่อไปนี้

1. นายอำเภอ	จำนวน 1 คน
2. สาธารณสุขอำเภอ	จำนวน 1 คน
3. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เช่น นายกเทศมนตรี หรือนายกองคการ บริหารส่วนตำบล	จำนวน 1 คน
4. กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน	จำนวน 1 คน
5. ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ	จำนวน 1 คน
6. ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ	จำนวน 2 คน
7. ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ	จำนวน 3 คน

โดยแต่ละตำแหน่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยต้องมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้มีรายชื่ออยู่ในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564 หรือคำสั่งแต่งตั้ง พชอ. ซึ่งอำเภอใช้ในปีงบประมาณ พ.ศ.2564

**2. นายอำเภอ**

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

หน้าที่และการทำงาน มีหน้าที่หรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ดำเนินงานที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของนายอำเภอ เช่น การดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของนายอำเภอตามที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมายลักษณะปกครองท้องถิ่น กฎหมายว่าด้วยการรักษาสิ่งแวดล้อม กฎหมายว่าด้วยโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น

- ดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดทำแผนพัฒนาอำเภอ การส่งเสริมการจัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้านและการจัดทำข้อมูลเพื่อการบริหารและพัฒนาพื้นที่อำเภอแบบบูรณาการ
- ดำเนินการประสานแผนพัฒนาระดับต่างๆ ในพื้นที่อำเภอกับแผนพัฒนาจังหวัด รวมทั้งแผนพัฒนาของหน่วยงานต่างๆ ที่อยู่ในพื้นที่อำเภอ
- ดำเนินการเกี่ยวกับการปรับปรุงฐานข้อมูลสารสนเทศในความรับผิดชอบของกรมการปกครอง การบูรณาการข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน
- ดำเนินการอื่นตามนโยบายของรัฐบาลและกระทรวงมหาดไทย เช่น โครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ โครงการปรับขยายการให้บริการประชาชนของกระทรวงมหาดไทย โครงการประเทศไทยใสสะอาด การสนับสนุนส่งเสริมการกีฬาและนันทนาการเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการส่งเสริมการท่องเที่ยว

### 3. สาธารณสุขอำเภอ

- คุณสมบัติ :**
1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
  2. มีตำแหน่งเป็นสาธารณสุขอำเภอ
  3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

**หน้าที่และกรปฏิบัติงาน** มีหน้าที่หรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ดำเนินงานที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ
- ประเมินสภาพปัญหาสาธารณสุข สถานการณ์ ระบบบริการสุขภาพ รวมถึงพยากรณ์แนวโน้มสภาพปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่
- ประสานและจัดทำแผนต่างๆ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ แผนปฏิบัติการ 4 ปี และแผนปฏิบัติการประจำปี
- ประสานการจัดทำข้อเสนอ เป้าหมาย ผลผลิตและผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพประจำปี
- ประสานและบูรณาการแผนกับหน่วยงานอื่น
- วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพเชิงระบบของอำเภอ
- ประมวลผลภาวะ ภาระโรค ดัชนีชี้วัดด้านสาธารณสุข ตารางชีพ สถิติชีพ และสถิติสาธารณสุขต่างๆ ของอำเภอ
- ประเมินผลการพัฒนาสุขภาพประชาชนและแผนงาน/โครงการ
- ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค เช่น งานส่งเสริมสุขภาพตาม กลุ่มอายุ งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ งานส่งเสริมภาวะโภชนาการ งานอนามัยการเจริญพันธุ์ งานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม งานป้องกันควบคุมโรค เป็นต้น
- ดำเนินงานอื่นที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ

### 4. ผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

- คุณสมบัติ :**
1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
  2. นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น นายกเทศมนตรี นายกองตรีการบริหารส่วนตำบล) หรือรองนายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น หรือปลัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

### 3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

หน้าที่และการปฏิบัติงาน มีหน้าที่หรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ดำเนินงานที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนางานตำบล
- ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนา 3 ปี และการจัดทำร่างเทศบัญญัติ หรือข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
- มีหน้าที่รับผิดชอบหรือมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ ประสานแผน ประมวลแผน จัดทำแผน หรือโครงการ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและโครงการต่างๆ พิจารณาเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหารวมทั้งการกำหนดมาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพ ปฏิบัติงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ตำบลนั้นๆ รวมทั้งเป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพประจำตำบล
- ดำเนินการด้านวิชาการพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา สันทนาการ การอนามัยและสุขภาพ การปกครองท้องถิ่นและความเจริญด้านอื่นๆ รวมทั้งเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างส่วนราชการและองค์การอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นทุกด้าน
- ดำเนินงานอื่นที่กำหนดให้เป็นหน้าที่ของผู้บริหารองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น

### 5. กำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออก-เขียนได้

2. ตำแหน่งกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน
3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

### 6. ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้แทนจากหน่วยงานราชการต่างๆ และปรากฏรายชื่อในคำสั่งหรือได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนงานระดับตำบล
3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

### 7. ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. สามารถอ่านออก-เขียนได้
3. ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี

การปฏิบัติงานและประสบการณ์

- เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ หรือประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา คลินิกทันตกรรม หรือสถานศึกษาเอกชน หรือผู้ประกอบการวิชาชีพอื่น ๆ เช่น เจ้าของกิจการ โรงงาน ผู้ค้าขาย เป็นต้น
- เคยมีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาวะในด้านต่างๆ ของชุมชน



## 8. ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

2. สามารถอ่านออก-เขียนได้

3. ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี

ประสบการณ์ มีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- เป็นผู้ที่มีความเข้าใจการดำเนินชีวิตประจำวันและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยทราบถึงปัญหาและความต้องการของประชาชนต่อการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้น
- เคยมีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ ของชุมชน
- เป็นผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์การพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ปราชญ์ชาวบ้าน
- เป็นกลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
- เป็นเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ

### 3.2.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งอยู่ในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัยการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยประชากรกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการต่างๆ ของ พชอ. ทั้งประเด็นทั่วไป และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของลงสู่ระดับตำบล ในพื้นที่ 8 ตำบลทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 8 อำเภอๆ ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค) โดยแต่ละตำบลมี พชต. จำนวน 15 คน อย่างน้อยต้องประกอบด้วย 1) นายกองคกรปกครองส่วนท้องถิ่น (นายก อปท.) 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 3) ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน 4) ผู้แทนหน่วยงานราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 6) ผู้แทนภาคเอกชน และ 7) ผู้แทนภาคประชาชน (รวมทั้งสิ้นจำนวน 120 คน)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งอยู่ในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัยการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างนี้จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการต่าง ๆ ของ พชอ. ทั้งประเด็นทั่วไป และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงลงสู่ระดับตำบล ในพื้นที่ 8 ตำบลทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 8 อำเภอ ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค) โดยจะเลือกอำเภอละ 1 ตำบล ซึ่งแต่ละตำบลกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 1) นายก อปท. (1 คน) 2) ผู้อำนวยการ รพ.สต. (1 คน) 3) ผู้แทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน (2 คน) 4) ผู้แทนหน่วยงานราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทน อปท. (1 คน) 5) อสม. (3 คน) 6) ผู้แทนภาคเอกชน (1 คน) และ 7) ผู้แทนภาคประชาชน (1 คน) จำนวนตำบลละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

- เป็นผู้ที่มีรายชื่อตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชต.) หรือคณะทำงานระดับตำบล ซึ่งอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัยการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยประชากรกลุ่มนี้จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนนโยบายมาตรการต่างๆ ของ พชอ. ทั้งประเด็นทั่วไป และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของลงสู่ระดับตำบล

- มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

- ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้หรือให้ข้อมูลใด ๆ ได้เลย

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

- เกณฑ์ให้อาสาสมัครเลิกการศึกษา (Discontinuation criteria for participant) ประกอบด้วย อาสาสมัครเข้าร่วมกิจกรรมน้อยกว่าร้อยละ 50 ของกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ทั้งหมด หรือขอยกจากการศึกษาไม่ว่าจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น ย้ายที่อยู่ เสียชีวิต ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่น ๆ เป็นต้น

เกณฑ์การพิจารณาเลิกหรือยุติการศึกษาทั้งโครงการ (Termination criteria for study)

ประกอบด้วย 1) กิจกรรมในงานวิจัยถูกต่อต้านจากผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่การศึกษาทำให้เกิดความเสียหายในพื้นที่นั้น ๆ ทั้งทางด้านจิตใจหรือทางด้านสังคม 2) เมื่อทีมผู้วิจัยมีข้อมูลสนับสนุนว่าการดำเนินโครงการวิจัยก่อให้เกิดผลกระทบในทางเสียหายทั้งทางด้านจิตใจ ร่างกาย และสังคม ต่ออาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการ และ 3) แต่ละกิจกรรมตามที่โครงการวิจัยกำหนดไว้ มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมน้อยกว่ากึ่งหนึ่ง (จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด)

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละตำบลจะพิจารณาจากรายชื่อและตำแหน่งในคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานระดับตำบลซึ่งขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างน้อยจำนวน 10 คน สำหรับจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ที่จะเข้าร่วมในกระบวนการวิจัย จำแนกได้ตามหน่วยงานดังต่อไปนี้

- |   |            |
|---|------------|
| 1. นายกองตรีปกครองส่วนท้องถิ่น  | จำนวน 1 คน |
| 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล                                   | จำนวน 1 คน |
| 3. ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน   | จำนวน 2 คน |
| 4. ผู้แทนหน่วยงานราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | จำนวน 1 คน |
| 5. อาสาสมัครสาธารณสุข   | จำนวน 3 คน |
| 6. ผู้แทนภาคเอกชน   | จำนวน 1 คน |
| 7. ผู้แทนภาคประชาชน   | จำนวน 1 คน |

โดยแต่ละตำแหน่งที่สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยต้องมีคุณสมบัติดังนี้

### 1. นายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2. ตำแหน่งนายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือเคยดำรงตำแหน่งนายกองค้กรปกครองส่วนท้องถิ่นในปี 2564

3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้น ๆ 1 ปีขึ้นไป

หน้าที่และการปฏิบัติงาน มีหน้าที่หรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนางานตำบล
- ดำเนินการจัดทำแผนพัฒนา 3 ปีและการจัดทำร่างเทศบัญญัติ หรือข้อบัญญัติขององค์การบริหารส่วนตำบล

- มีหน้าที่รับผิดชอบหรือมีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ ประสานแผน ประมวลแผน จัดทำแผนหรือโครงการ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนและโครงการต่างๆ พิจารณาเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการกำหนดมาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ปฏิบัติงานทางด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่ตำบลนั้นๆ รวมทั้งเป็นผู้จัดทำแผนสุขภาพประจำตำบล

- ดำเนินการด้านการพัฒนาชุมชน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การศึกษา สันทนาการ การอนามัยและสุขภาพ การปกครองท้องถิ่นและความเจริญด้านอื่น ๆ รวมทั้งเป็นผู้ประสานงานระหว่างส่วนราชการและองค์การอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นทุกด้าน

### 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2. ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

หน้าที่และการปฏิบัติงาน มีหน้าที่หรือปฏิบัติงานอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- ดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดกิจกรรมหรือบริการ รวมทั้งวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพร่วมกับภาคีต่างๆ ในพื้นที่ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งสถาบันการศึกษา เพื่อหาแนวทางในการป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง

- ดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านต่างๆ เช่น งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มอายุ งานส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ งานส่งเสริมภาวะโภชนาการ งานอนามัยเจริญพันธุ์ งานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

### 3. ผู้แทนกำนันหรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้าน

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป และสามารถอ่านออก – เขียนได้

2. ตำแหน่งกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน

3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

### 4. ผู้แทนหน่วยงานราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คุณสมบัติ : 1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

2. เป็นผู้แทนจากหน่วยงานราชการต่างๆ และปรากฏรายชื่อในคำสั่ง หรือได้รับมอบหมายให้เข้าร่วมเป็นคณะทำงานขับเคลื่อนงานระดับตำบล

3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป

#### 5. ผู้แทนในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข

- คุณสมบัติ :
1. อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป
  2. ตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุข
  3. มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งนั้นๆ 1 ปีขึ้นไป
  4. สามารถอ่านออก-เขียนได้

โดยตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข จะเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกและมอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษรจากประธานอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

#### 6. ผู้แทนภาคเอกชน

- คุณสมบัติ :
1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
  2. สามารถอ่านออก-เขียนได้
  3. ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา อย่างน้อย 2 ปีขึ้นไป

#### การปฏิบัติงานและประสบการณ์

- เป็นผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ หรือประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลเอกชน คลินิก ร้านขายยา คลินิกทันตกรรม หรือสถานศึกษาเอกชน หรือผู้ประกอบการอื่น ๆ เช่น เจ้าของกิจการ โรงงาน ผู้ค้าขาย เป็นต้น

- เคยมีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาวะในด้านต่าง ๆ ของชุมชน

#### 7. ผู้แทนภาคประชาชน

- คุณสมบัติ :
1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
  2. สามารถอ่านออก-เขียนได้
  3. ระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชนนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ขึ้นไป

#### ประสบการณ์ มีประสบการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่

- เป็นผู้ที่มีความเข้าใจการดำเนินชีวิตประจำวันและพฤติกรรมทางด้านสุขภาวะของคนในชุมชน โดยทราบถึงปัญหาและความต้องการของประชาชนต่อการพัฒนาสุขภาวะให้ดีขึ้น

- เคยมีประสบการณ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาวะในด้านต่าง ๆ ของชุมชน

- เป็นผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์การพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น ประชาชนชาวบ้าน

- เป็นกลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร
- เป็นเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ

**3.2.3 กลุ่มประชาชน** ในกลุ่มนี้ จะเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทั้งในส่วนของระบบหรือกลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และระบบบริการการคัดกรอง/ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการปฏิรูปกระบวนการจัดบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น การมีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเชื่อมกับระบบบริการระดับอำเภอที่มีความรวดเร็วและสะดวกต่อประชาชนการวางแผนระบบบริการให้สะดวกและมีความเหมาะสมกับบริบทของประชาชนในพื้นที่ การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการให้บริการสุขภาพทำให้ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เป็นต้น จึงต้องดำเนินการเก็บข้อมูลใน 3 กลุ่มย่อย ได้แก่

#### 1) ประชาชนกลุ่มปกติ

ประชากร ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่อง การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 448 คน

จำนวนขนาดตัวอย่าง : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งในส่วนหนึ่งของงานวิจัยจะทำการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มปกติ เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ดังนั้น สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างจึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย (กรณีประชากรขนาดใหญ่) (Lwanga SK & Lemeshow S., 1991) โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2}{d^2}$$

เมื่อ  $n$  คือ จำนวนตัวอย่าง

$Z$  คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = 0.05$ ) มีค่าเท่ากับ 1.96

$\sigma^2$  คือ ค่าความแปรปรวน

d คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.05)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอลำปาง จังหวัดพะเยาของพลอยณัฐารินทร์ ราวิณี และคณะ (2559) ซึ่งได้สำรวจประชาชนจำนวน 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะอ้วนลงพุงและกลุ่มที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง (ไม่เป็นโรคเรื้อรัง) ประเด็นดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ 3) ปัจจัยตามทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) พฤติกรรมส่วนบุคคล โดยพบว่า ผู้ที่ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 212 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะอ้วนลงพุง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังฯ เท่ากับ 3.12 คะแนน (ค่า S.D. = 0.54) ซึ่งสามารถนำค่าต่าง ๆ มาแทนในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{(1.96)^2(0.54)^2}{(0.05)^2}$$

$$n = 448 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มปกติจำนวนทั้งสิ้น 448 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง : การสุ่มอำเภอตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเชิงเดียว (Stratified random sampling) โดยเริ่มด้วยการจัดแบ่งอำเภอเป็นรายภูมิภาค จำนวน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จากนั้นในแต่ละภูมิภาคจะทำการสุ่มเลือกอำเภอเป้าหมายจำนวน 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอจะนำรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและสุ่มเลขด้วยโปรแกรม Microsoft Excel 2021 จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามความต้องการ ทั้งนี้ตัวแทนประชาชนกลุ่มปกติที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยทั้ง 8 อำเภอ สำหรับการจัดสรรขนาดตัวอย่างให้แต่ละอำเภอนั้น จะใช้วิธีการจัดสรรเท่ากัน (Equal allocation) (ยุพา ถาวรพิทักษ์, 2554) (ตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มปกติของอำเภอ จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย

ภูมิภาค	จังหวัด	อำเภอ	จำนวน (n = 448)
ภาคเหนือ	จังหวัดลำปาง	อำเภอมืองลำปาง	56
	จังหวัดสุโขทัย	อำเภอศรีสัชชนาลัย	56
ภาคกลาง	จังหวัดเพชรบุรี	อำเภอมืองเพชรบุรี	56
	จังหวัดพิจิตร	อำเภอลำดวน	56
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดหนองบัวลำภู	อำเภอมืองหนองบัวลำภู	56
	จังหวัดนครราชสีมา	อำเภอพิมาย	56
ภาคใต้	จังหวัดกระบี่	อำเภอมืองกระบี่	56
	จังหวัดพัทลุง	อำเภอกงหรา	56

## 2) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาคโดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน และ/หรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 368 คน

จำนวนขนาดตัวอย่าง : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งในส่วนหนึ่งของงานวิจัยจะทำการศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ดังนั้นสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างจึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ที่ทราบประชากรแน่นอน (Ngamjarus C., 2014) โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{d^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

เมื่อ	n	คือ จำนวนตัวอย่าง
	Z	คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = 0.05$ ) มีค่าเท่ากับ 1.96
	$\sigma^2$	คือ ค่าความแปรปรวน
	d	คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.10)
	N	คือ จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ( $N_{DM} = 1,881,811$ คน และ $N_{HT} = 1,311,818$ คน) (กระทรวงสาธารณสุข HDC, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัยของณิชารีย์ ใจคำวัง (2558) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 270 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย เท่ากับ 1.68 คะแนน (ค่า SD = 0.97) สามารถนำค่าต่าง ๆ มา

แทนในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มเสี่ยงฯ แยกรายโรค และจะเลือกจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มากที่สุดใช้ในการเก็บข้อมูล รายละเอียดการแทนค่ามีดังนี้

1. เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และใช้จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{1,881,811(1.96)^2(0.97)^2}{(0.10)^2(1,881,811 - 1) + (1.96)^2(0.97)^2}$$

$$n = 362 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจำนวนทั้งสิ้น 362 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

2. เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และใช้จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{1,311,818 (1.96)^2(0.97)^2}{(0.10)^2(1,311,818 - 1) + (1.96)^2(0.97)^2}$$

$$n = 362 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้นจะได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งสิ้น 362 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มเสี่ยงฯ แยกรายโรค พบว่า จำนวนตัวอย่างเท่ากัน ดังนั้นขนาดตัวอย่างของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง เท่ากับ 362 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

**วิธีการสุ่มตัวอย่าง :** การสุ่มอำเภอตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเชิงเดียว (Stratified random sampling) โดยเริ่มด้วยการจัดแบ่งอำเภอเป็นรายภูมิภาค จำนวน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จากนั้นในแต่ละภูมิภาคจะทำการสุ่มเลือกอำเภอเป้าหมายจำนวน 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอจะนำรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและสุ่มเลขด้วยโปรแกรม Microsoft Excel 2021 จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามความต้องการ ทั้งนี้ตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยงฯ ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยทั้ง 8 อำเภอ สำหรับการจัดสรรขนาดตัวอย่างให้แต่ละอำเภอนั้น จะใช้วิธีการจัดสรรเท่ากัน (Equal allocation) (ยูพา ถาวรพิทักษ์, 2554) จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างจาก 362 คน เป็น 368 คน เพื่อให้แต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ตัวอย่างเท่ากัน (ตารางที่ 3.2)



ตารางที่ 3.2 แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของอำเภอ  
จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย

ภูมิภาค	จังหวัด	อำเภอ	จำนวน (n = 368)
ภาคเหนือ	จังหวัดลำพูน	อำเภอเมืองลำพูน	46
	จังหวัดสุโขทัย	อำเภอศรีสัชชนาลัย	46
ภาคกลาง	จังหวัดเพชรบุรี	อำเภอเมืองเพชรบุรี	46
	จังหวัดพิจิตร	อำเภอวังทรายพูน	46
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดหนองบัวลำภู	อำเภอเมืองหนองบัวลำภู	46
	จังหวัดนครราชสีมา	อำเภอพิมาย	46
ภาคใต้	จังหวัดกระบี่	อำเภอเมืองกระบี่	46
	จังหวัดพัทลุง	อำเภอกงหรา	46

### 3) ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตจัดอยู่ในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ.2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอทั่วประเทศ (จากทั้งหมด 4 ภูมิภาค โดยอยู่ภายในพื้นที่อำเภอที่ถูกเลือกสำหรับโครงการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย) ซึ่งผลการคัดกรอง พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตจัดอยู่ในกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 176 คน

จำนวนขนาดตัวอย่าง : การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ซึ่งในส่วนหนึ่งของงานวิจัยจะทำการศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ดังนั้น สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง จึงใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ย ที่ทราบประชากรแน่นอน (Ngamjarus C., 2014) โดยมีสูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2\sigma^2}{d^2(N-1)+Z_{\alpha/2}^2\sigma^2}$$

เมื่อ	<b>n</b>	คือ จำนวนตัวอย่าง
	<b>Z</b>	คือ ค่ามาตรฐานจากตารางการแจกแจงปกติมาตรฐาน ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ( $\alpha = 0.05$ ) มีค่าเท่ากับ 1.96
	$\sigma^2$	คือ ค่าความแปรปรวน
	<b>d</b>	คือ ค่าความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้ (ในที่นี้กำหนดค่าเท่ากับ 0.10)
	<b>N</b>	คือ จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปทั้งหมดที่เป็นกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน หรือ ความดันโลหิตสูงปีงบประมาณ พ.ศ.2564 ( $N_{DM} = 321,667$ คน และ $N_{HT} = 737,338$ คน) (กระทรวงสาธารณสุข HDC, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชรของนายยา พิระวรรณกุล (2565) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 617 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม เท่ากับ 3.33 คะแนน (ค่า SD = 0.47) และการศึกษา เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ของอโนทัย ผลิตนนท์เกียรติและคณะ (2561) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 136 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย เท่ากับ 3.09 คะแนน (ค่า SD = 0.67) ซึ่งสามารถนำค่าต่าง ๆ มาแทนในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างของกลุ่มป่วยฯ แยกรายโรค และจะเลือกจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้มากที่สุดใช้ในการเก็บข้อมูล รายละเอียดการแทนค่ามีดังนี้

1. เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{321,667 (1.96)^2 (0.47)^2}{(0.10)^2 (321,667 - 1) + (1.96)^2 (0.47)^2}$$

$$n = 85 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน จำนวนทั้งสิ้น 85 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

2. เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างดังนี้

$$n = \frac{737,338 (1.96)^2 (0.67)^2}{(0.10)^2 (737,338 - 1) + (1.96)^2 (0.67)^2}$$

$$n = 173 \text{ คน}$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างข้างต้น จะได้กลุ่มตัวอย่างประชาชนกลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนทั้งสิ้น 173 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งใช้ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มาแทนค่าในสูตรฯ พบว่า จำนวนตัวอย่างที่ใช้ค่าความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากำหนด ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่ใหญ่และครอบคลุมมากกว่าโรคเบาหวาน ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง เท่ากับ 173 คน ในพื้นที่ 8 อำเภอ ครอบคลุมทั้ง 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง : การสุ่มอำเภอตัวอย่าง จะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นเชิงเดียว (Stratified random sampling) โดยเริ่มด้วยการจัดแบ่งอำเภอเป็นรายภูมิภาค จำนวน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ จากนั้นในแต่ละภูมิภาคจะทำการสุ่มเลือกอำเภอเป้าหมายจำนวน 2 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 อำเภอ โดยแต่ละอำเภอจะนำรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและสุ่มเลขด้วยโปรแกรม Microsoft Excel 2021 จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามความต้องการ ทั้งนี้ตัวแทนประชาชนกลุ่มป่วยฯ ที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะต้องเป็นผู้ที่สมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยทั้ง 8 อำเภอ สำหรับการจัดสรรขนาดตัวอย่างให้แต่ละอำเภอนั้น จะใช้วิธีการจัดสรรเท่ากัน (Equal allocation) (ยุพา ถาวรพิทักษ์, 2554) จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างจาก 173 คน เป็น 176 คน เพื่อให้แต่ละอำเภอมียุทธศาสตร์ตัวอย่างเท่ากัน (ตารางที่ 3.3)

ตารางที่ 3.3 แสดงจำนวนตัวอย่างประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงของอำเภอ จำแนกตามภูมิภาคของประเทศไทย

ภูมิภาค	จังหวัด	อำเภอ	จำนวน (n = 176)
ภาคเหนือ	จังหวัดลำพูน	อำเภอเมืองลำพูน	22
	จังหวัดสุโขทัย	อำเภอศรีสัชชนาลัย	22
ภาคกลาง	จังหวัดเพชรบุรี	อำเภอเมืองเพชรบุรี	22
	จังหวัดพิจิตร	อำเภอวังทรายพูน	22
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จังหวัดหนองบัวลำภู	อำเภอเมืองหนองบัวลำภู	22
	จังหวัดนครราชสีมา	อำเภอพิมาย	22
ภาคใต้	จังหวัดกระบี่	อำเภอเมืองกระบี่	22
	จังหวัดพัทลุง	อำเภอกงหรา	22

### 3.3 กระบวนการดำเนินงานวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

#### ตารางที่ 3.4 ตารางกระบวนการดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
<b>ขั้นตอนที่ 1</b>						
1. การเตรียมการ	1.1 เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทราบวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยและขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัย รวมทั้งขอความยินยอมจากกลุ่มเป้าหมาย	1.1.1 ประชุมราชการชี้แจงวัตถุประสงค์ กระบวนการวิจัยเพื่อขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากนายอำเภอ ผู้นำชุมชน และขอความยินยอมในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ประเมินผลภายหลังการวิจัยอย่างละเอียดครบถ้วนด้วยความเข้าใจอย่างถ่องแท้ปราศจากการบีบบังคับหรือการจูงใจใดๆ ปราศจากการให้รางวัล สิ่งของ ค่าชดเชยเกินเหมาะสมเพื่อเป็นกลุ่มอาสาสมัครของโครงการวิจัย	8 อำเภอๆ ละ 2 วัน รวม 16 วัน	1. นายอำเภอ 2. ผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน 3. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 3.1 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 3.2 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) / คณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของพชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	- ใบอนุญาตให้ดำเนินโครงการวิจัยที่ลงนามโดยนายอำเภอ และผู้นำชุมชน - กลุ่มเป้าหมายได้รับทราบรายละเอียดโครงการวิจัยจากผู้วิจัยและได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย - ใบยินยอมให้ทำการวิจัยของอาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ จำนวน 5 กลุ่มคือ 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
				<p>3.3 ประชาชนกลุ่มปกติที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p> <p>3.4 ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p> <p>3.5 ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p>		<p>3. ประชาชนกลุ่มปกติที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p> <p>4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p> <p>5. ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป</p>
<b>ขั้นตอนที่ 2</b>						
2. การเก็บรวบรวมข้อมูล	2.1 เพื่อทราบข้อมูลหรือสถานการณ์การบริหารจัดการและผลลัพธ์ของการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับอำเภอตามกรอบประเมินโครงการวิจัยฯ	2.1.1 ทีมวิจัยลงพื้นที่ - เก็บข้อมูลด้วยการประเมินเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง ปี 2561-2564 (เอกสารต่างๆ จะพิจารณาทั้งในระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อดูความเชื่อมโยงของกลไกการดำเนินงาน)	8 อำเภอๆ ละ 2 วัน รวม 16 วัน	- เอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนงาน/โครงการระดับอำเภอและตำบล รายงานประจำปีของอำเภอ/ตำบล รายงานการประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รายงานผลการดำเนินงาน เป็นต้น	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลตามกรอบการวิจัยและรายละเอียดที่กำหนดจากเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
		2.1.2 ทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับภาคประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงฯ และกลุ่มป่วยฯ ด้วยการเก็บแบบทดสอบแบบสอบถาม	8 อำเภอๆ ละ 3 วัน รวม 24 วัน	อาสาสมัครในโครงการ วิจัย คือ - ประชาชนกลุ่มปกติ - ประชาชนกลุ่มเสี่ยงฯ - ประชาชนกลุ่มป่วยฯ	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลตามกรอบการวิจัยและรายละเอียดที่กำหนดจากอาสาสมัครภาคประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงฯ และกลุ่มป่วยฯ เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป
		2.1.3 ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ ได้แก่ - ค่าประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป - ค่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งจะใช้แบบบันทึกเก็บข้อมูลย้อนหลัง ปี 2557-2560 และปี 2561-2564 ในแต่ละอำเภอ ทั้งนี้จะดำเนินการเก็บข้อมูล ระดับอำเภอจากฐานข้อมูลของHDC กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับข้อมูลจากโรงพยาบาล		- โรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือ - สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือ - โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดในเขตอำเภอนั้น ๆ (ข้อมูลทุติยภูมิ)	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลย้อนหลัง ได้แก่ - ค่าประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป - ค่าอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
		ระดับอำเภอ หรือสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดในเขตอำเภอนั้น ๆ (ข้อมูลทุติยภูมิ)				
		2.1.4 ทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ด้วยกระบวนการ สนทนากลุ่ม	8 อำเภอ ๆ ละ 1 วัน รวม 8 วัน	อาสาสมัครในโครงการ วิจัย คือ กลุ่มคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลตามกรอบการวิจัย และรายละเอียดที่กำหนด จากอาสาสมัครกลุ่ม คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อนำไปวิเคราะห์ ต่อไป
		2.1.5 ทีมวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลกับ กลุ่มคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อน นโยบายของ พชอ. ประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับโรค เหาหวานและ ความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับ ตำบลด้วยกระบวนการสนทนา กลุ่ม	8 อำเภอ ๆ ละ 1 วัน รวม 8 วัน	อาสาสมัครในโครงการ วิจัย คือ กลุ่มคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ ตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานฯ	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลตามกรอบการวิจัย และรายละเอียดที่กำหนด จากอาสาสมัครกลุ่ม คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานฯ เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
<b>ขั้นตอนที่ 3</b>						
3. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล	3.1 เพื่อให้ได้ผลการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลตามกรอบโครงการ วิจัยฯ ในเบื้องต้น	3.1.1 ทีมวิจัยนำผลจากการประเมินเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระบวนการสนทนากลุ่ม และการเก็บแบบสอบถาม จากอาสาสมัครโครงการวิจัยฯ ทั้ง 5 กลุ่ม มาทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์	10 วัน	-	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ผลการวิจัยเบื้องต้น ทั้งนี้ ในบางประเด็นซึ่งกำหนดไว้ในกรอบการวิจัยจะต้องดำเนินการทำเดลฟายเทคนิคก่อนการสรุปผล
4. การตัดสินใจและลงข้อสรุปผลการวิจัย	4.1 เพื่อได้ข้อสรุปการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	4.1.1 ทีมวิจัยนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ทุกประเด็นตามกรอบแนวคิดโครงการวิจัยฯ เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรค โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ - เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทราบข้อมูลและผลการวิเคราะห์เบื้องต้น รวมทั้งให้ความคิดเห็นต่อผลการวิเคราะห์ฯ ดังกล่าว - เพื่อหาหรือประเด็นสำคัญที่ได้จากผลการศึกษาเบื้องต้น ระหว่างทีมวิจัยและผู้เชี่ยวชาญฯ	3 วัน	ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรค เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิ สสส. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สถาบันการศึกษา เป็นต้น	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้กรอบหรือประเด็นที่สำคัญ เพื่อจัดทำแบบสอบถามสำหรับการจัดกระบวนการเดลฟายเทคนิค



ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
		ในการกำหนดกรอบสร้างแบบสอบถามสำหรับการจัดกระบวนการเคลฟายเทคนิค				
		4.1.2 ทีมวิจัยนำประเด็นสำคัญที่ได้จากการหารือกับผู้เชี่ยวชาญฯ ไปสร้างแบบสอบถาม โดยมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) 5 ระดับ (ประยุกต์ตามแบบวัดของลิเคิร์ท สเกล (Likert scale) จากนั้นนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญฯ กลุ่มเดิมตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อคำถาม พร้อมทั้งขอคำแนะนำและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม	7 วัน	ผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรค เช่น ผู้ทรงคุณวุฒิ สสส. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สถาบันการศึกษา เป็นต้น	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	แบบสอบถามเพื่อทำเคลฟายเทคนิค
		4.1.3 ทีมวิจัยจัดกระบวนการเพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากแบบสอบถามในอาสาสมัครกลุ่ม พขอและ พชต. ด้วย	8 อำเภอ ๆ ละ 1 วัน รวม 16 วัน โดยช่วงเช้าจะเป็นกลุ่ม	อาสาสมัครในโครงการ วิจัยคือ - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ข้อมูลจากการจัดกระบวนการเทคนิคเคลฟาย

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
		<p>เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) สำหรับการจัดกระบวนการนั้นในแต่ละพื้นที่ จะดำเนินการแยกวัน หรือแยกช่วงระยะเวลาในการทำเดลฟายเทคนิค (Delphi Technique) ระหว่างกลุ่ม พชอ. และกลุ่ม พชต. ซึ่งทีมวิจัยจะเป็นผู้ชี้แจง อธิบาย รายละเอียด วัตถุประสงค์ของแบบสอบถามทุกประเด็น เพื่อให้กลุ่มอาสาสมัครมีความเข้าใจและหากมีประเด็นหรือข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะจัดบันทึกข้อมูลดังกล่าว อย่างละเอียด โดยทีมวิจัยจัดกระบวนการผ่านระบบออนไลน์ด้วยโปรแกรม Zoom หรือโปรแกรมออนไลน์อื่น ๆ ที่ไม่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนโปรแกรมฯ</p>	<p>พชอ. ช่วงบ่าย จะเป็นกลุ่ม พชต.</p>	<p>(พชอ.) ในพื้นที่ 8 อำเภอ ๆ ละ 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ซึ่งแต่ละตำแหน่งที่เข้าร่วมกระบวนการประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นายอำเภอ</li> <li>2. สาธารณสุขอำเภอ</li> <li>3. ตัวแทนภาคประชาชน จำนวน 1 คน</li> <li>4. ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ ในอำเภอจำนวน 1 คน</li> <li>5. ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวน 1 คน</li> </ol> <p>- กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ที่ขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรค เบาหวาน และความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล ในพื้นที่ 8 อำเภอ ๆ ละ 5 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน</p>		

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
		พร้อมทั้งรายละเอียดวิธีการ เข้าใช้งาน ให้แก่ทางพื้นที่วิจัย เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวก สะดวก (ก่อนการจัด กระบวนการฯ 1 วัน ทีมวิจัย จะทดสอบระบบกับทางพื้นที่ ทั้งกลุ่ม พขอ. และ พชต.)		1. นายกองครุภกรครอง ส่วนท้องถิ่น 2. ผู้อำนวยการ รพสต. 3. ประธานอาสาสมัคร สาธารณสุข 4. กำนันหรือผู้แทนกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านหรือ ประธานชุมชน จำนวน 1 คน 5. ตัวแทนภาครัฐในระดับ ตำบลที่มีส่วนช่วยในการ ขับเคลื่อนงานเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จำนวน 1 คน		
		4.1.4 ทีมวิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์ ข้อมูลจากการทำเทคนิคเดลฟาย ซึ่งผลการวิเคราะห์นั้นผู้วิจัยจะ แสดงสถิติเชิงพรรณนาในผล การศึกษาด้วย เช่น ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยควอไทล์	10 วัน	-	1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยนักวิจัย	ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการจัดกระบวนการ เทคนิคเดลฟาย

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
5. สรุปผลวิจัย	5.1 เพื่อให้ได้รายงานการวิจัยการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย	5.1.1 วิเคราะห์และสรุปผลการวิจัย	30 วัน	-	ทีมวิจัย	รายงานการวิจัย เรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย
	5.2 เพื่อคืนข้อมูลผลการวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบทั้ง 8 อำเภอ ดังนี้ - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของ	5.2.1 ทีมวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจัดประชุมนำเสนอผลการวิจัยให้แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบทั้ง 8 อำเภอ ดังต่อไปนี้ - คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรค	8 อำเภอๆ ละ 1 วัน รวม 8 วัน	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล	1. ทีมวิจัย 2. ทีมผู้ช่วยนักวิจัย 3. ภาศึเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญทั้งภายในและภายนอกกรมควบคุมโรค เช่น กองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค สถาบันการศึกษา	- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล

ขั้นตอน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ร่วมดำเนินการ	ผลผลิต
	<p>พขอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรค</p> <p>เบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- ประชาชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงฯ กลุ่มป่วยฯ)</p> <p>- ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความสนใจ</p>	<p>เบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- ประชาชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงฯ กลุ่มป่วยฯ)</p> <p>- ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความสนใจ</p>		<p>- หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- ประชาชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงฯ กลุ่มป่วยฯ)</p> <p>- ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความสนใจ เช่น สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ โรงเรียน ประชาชนทั่วไป เป็นต้น</p>	เป็นต้น	<p>- หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ระดับตำบล</p> <p>- ประชาชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย)</p> <p>- ผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความสนใจ</p> <p>ได้รับทราบผลการวิจัย และนำไปปรับปรุงการดำเนินงานในพื้นที่</p>

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

3.4 กรอบการประเมินผล โดยการนำรูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) มาประยุกต์ใช้โดยมีรายละเอียดดังนี้  
 ตารางที่ 3.5 แสดงองค์ประกอบ ประเด็นการประเมิน ตัวชี้วัด ตามกรอบแนวคิดวิจัย

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
1. การพัฒนา มาตรการ	1.1 แผนพัฒนาระบบ/กลไก การป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ.	- พชอ. มีแผนพัฒนาระบบ/กลไกการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงในระดับอำเภอและระดับตำบล	<u>ขั้นตอนที่ 1</u> เอกสารต่างๆ ของอำเภอ และตำบล ปี 2561-2564 เช่น แผนงาน/โครงการ เอกสารการนำเสนอ รายงานการประชุม รายงานประจำปี คำสั่ง แต่งตั้ง และเอกสารอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง เป็นต้น	<u>ขั้นตอนที่ 1</u> แบบประเมินเอกสาร (รายละเอียดตาม ภาคผนวก)	<u>ขั้นตอนที่ 1</u> เก็บข้อมูลด้วยการประเมิน เอกสารที่เกี่ยวข้องในกรณี นี้ที่มิวิจัยจะเป็นผู้เก็บ ข้อมูลเองทั้งหมด	-วิเคราะห์จาก เอกสาร
		- พชอ. มีการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ อำเภอ	<u>ขั้นตอนที่ 2</u> 1. คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2. คณะกรรมการ พัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.)	<u>ขั้นตอนที่ 2</u> - แบบสนทนากลุ่มเพื่อ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (รายละเอียดหน้า 138)	<u>ขั้นตอนที่ 2</u> เก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม ที่มิวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จะเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง ซึ่ง ผู้วิจัยจะเป็นผู้นำการ สนทนา และผู้ช่วยนักวิจัย จะเป็นผู้บันทึกการสนทนา (การบันทึกจะทำ 2 กรณี คือ การจดบันทึก และ บันทึกเสียงทั้งนี้จะต้อง	-วิเคราะห์ข้อมูล แบบเชิงคุณภาพ
		- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/พชต./ คณะทำงานที่ครอบคลุม Stakeholder สำคัญทั้งในและนอกกระทรวง สาธารณสุข เพื่อวางแผน ประสานงาน และขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจาก ระดับอำเภอถึงระดับตำบล				
		- มีกลไกการจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่มาจากความร่วมมือ วิเคราะห์จากทุกฝ่าย				
		- มีการบูรณาการทรัพยากร (บุคลากร				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<p>งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) จาก Stakeholder สำคัญทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรค เบาดหวนและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>- มีกลไกการถ่ายทอดหรือสื่อสารนโยบาย แผนงานทุกแผนงานสู่ระดับตำบลเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค เบาดหวนและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>- มีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนป้องกันควบคุมโรคเบาดหวนและความดัน โลหิตสูงอย่างมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน</p> <p>- มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมระดับอำเภอ /ตำบลที่ใช้ข้อมูลในการวางแผน เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาดหวนและความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น โครงการคัดกรองโรค โครงการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โครงการดูแลรักษา เป็นต้น</p>			ผ่านความยินยอมจากอาสาสมัครทั้งหมด)	

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		- มีแผนการติดตามประเมินผลโครงการ ระดับอำเภอ/ตำบล				
	1.2 แผนพัฒนาระบบบริการ เพื่อการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	- มีแผนการจัดบริการคัดกรองโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมี ส่วนร่วมทุกตำบล ทั้งอำเภอ				
		- มีแผนระบบบริการดูแลรักษา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดย เชื่อมโยงกับชุมชนทุกตำบล				
	1.3 แผนพัฒนานโยบาย สาธารณะ การบังคับใช้ กฎหมาย มาตรการที่ สนับสนุนการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	- มีการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับ อำเภอเพื่อป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มาจากการรับฟังเวทีสาธารณะ บน พื้นฐานของการวิเคราะห์และใช้ข้อมูล สุขภาพ				
		- มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบ บุหรี่ การดื่มสุรา				
	1.4 แผนพัฒนามาตรการทาง สังคมในการป้องกันและ ควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	- มีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจาก การรับฟังเวทีสาธารณะ ของผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย บนพื้นฐานของการวิเคราะห์และ ใช้ข้อมูลสุขภาพ				



องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
	1.5 แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงใน การป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูงให้กับชุมชน	- มีการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยง ให้กับประชาชนโดยการมีส่วนร่วมการ ดำเนินงาน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ของภาคีเครือข่าย				
2. ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อ ตัวกำหนด สุขภาพ	2.1 ระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล  2.1.1 ระบบ/กลไกบริหาร และอำนวยการแบบมี ส่วนร่วมของ พชอ. ใน การกำหนดนโยบาย/ มาตรการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	- คณะกรรมการ พชอ./คณะ อนุกรรมการระดับอำเภอ/พชต. มี สมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการใช้ ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย การ บริหาร อำนวยการ ขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน ระดับอำเภอสู่การปฏิบัติในระดับตำบล และหมู่บ้าน  - เกิดระบบ/กลไกการสั่งการจากระธาน พชอ. /พชต. ไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
	<p>2.1.2 ระบบ/กลไกด้าน ข้อมูล การจัดทำแผน บูรณาการแผน การ ดำเนิน การตามแผน และการติดตาม ประเมินผล เพื่อการ ป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการประสานแผนการทำงานร่วมกัน ระหว่างคณะกรรมการ/ คณะทำงานใน ระดับ พขอ. ลงมาสู่พื้นที่ระดับตำบลหรือ หมู่บ้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบและ ต่อเนื่อง</li> <li>- มีข้อมูลระดับอำเภอ ตำบล ที่ครบถ้วน (พฤติกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม) ถูกต้องและทันสมัย เพื่อ สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค เบาหวาน และความดันโลหิตสูง</li> <li>- คณะกรรมการ พขอ./คณะอนุกรรมการ ระดับอำเภอ/พชต. มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการจัดการข้อมูลเพื่อการ วางแผน และติดตามประเมินผลได้</li> <li>- มีกลไกติดตาม ประเมินผลแผนงาน/ โครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและ เป็นระบบ</li> <li>- มีการนำผลการประเมินโครงการหรือ กิจกรรม ไปใช้ในการปรับปรุงการ ขับเคลื่อนงานเพื่อป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
	2.1.3 ระบบ/กลไกทาง สังคม/ภาคประชาชน ในการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความร่วมมือและการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน ในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน</li> </ul>					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อ ทบทวน ปรับ ขับเคลื่อน ต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงาน</li> </ul>					
	2.2 ระบบบริการเพื่อการ ป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในการ จัดบริการคัดกรองและลดความเสี่ยง ในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</li> <li>- มีกลไกการเฝ้าระวังความเสี่ยง (เช่น สำรวจพฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง</li> </ul>				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<p>เป็นต้น) โดย พชอ. ชุมชน สถานประกอบการ โรงเรียน และโดยประชาชนเอง</p> <p>- มีรูปแบบบริการคัดกรอง และลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสถานประกอบการที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่</p> <p>- มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน</p> <p>- บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง (เช่น อปท. ผู้ดูแลงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในsetting) ต่างๆ มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>- มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีรูปแบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่</li> <li>- มีการใช้ข้อมูล นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ใช้ Application ของสมาร์ตโฟนในการให้ความรู้ monitor อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การจัดทำ Personnal health record เป็นต้น</li> <li>- มีนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารลดเสี่ยง การควบคุมแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ และมีมาตรการที่เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดภาวะเสี่ยงและการลดโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง</li> <li>- มีนโยบายการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบในอำเภอ</li> <li>- พชอ./พชต. มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และ</li> </ul>				
	2.3 นโยบายสาธารณะการบังคับใช้กฎหมายมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<p>มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พชอ. /พชต. มีการกำหนดกลไกในการผลักดัน สนับสนุน ติดตามและประเมินผล การนำนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการฯไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>				
	<p>2.4 ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แกนนำทางสังคม/ท้องถิ่น/ภาคประชาชน มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ)ในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกาเพื่อการป้องกันและควบคุมโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>				
	<p>กฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชน/สังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชน เช่น การระดมทุน การใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชน การใช้ทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมเพื่อสร้าง</li> </ul>				

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<p>สภาพแวดล้อมทางสังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ/เอกชน ชุมชน และเครือข่ายต่างๆ (ทั้งภายในและภายนอกชุมชน) เพื่อขับเคลื่อนข้อตกลงทางสังคม</li> <li>- เกิดการเรียนรู้แก้ไขปัญหาชุมชนร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน ชุมชน และเครือข่ายต่างๆ (ทั้งภายในและภายนอกชุมชน) จากข้อมูลต่างๆในพื้นที่ ตั้งแต่กระบวนการประเมินปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล</li> </ul>				
	<p>2.5 ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>- มีความรู้ที่ถูกต้อง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบสอบถาม (รายละเอียดตามภาคผนวก)</li> </ul>	<p>เก็บข้อมูลโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทีมวิจัย</li> <li>2. ผู้ช่วยวิจัย หรือ ผู้เก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยมอบหมายดำเนินการ</li> </ol> <p>สอบถาม/เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครตามเครื่องมือที่กำหนด และตามเวลาการนัดหมายของอาสาสมัคร</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความถี่</li> <li>- ค่าเฉลี่ย</li> <li>- ร้อยละ</li> <li>- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</li> </ul>

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
	และความดันโลหิตสูง ของประชาชนในชุมชน					
3. ปัจจัย กำหนดสุขภาพ	3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพ แวดล้อมทางกายภาพที่ เอื้อต่อการป้องกัน ควบคุมโรค เบาหวาน และความดันโลหิตสูง	<p>- มีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายใน ชุมชน</p> <p>- มีสถานที่เข้าถึงอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) รวมทั้ง ผักผลไม้ ที่ ปลอดภัย หาง่าย ราคาสมเหตุสมผล</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> เอกสารต่างๆ ของอำเภอ และตำบล ปี 2561-2564 เช่น แผนงาน/โครงการ เอกสารการนำเสนอ รายงานการประชุม รายงานประจำปี คำสั่ง แต่งตั้ง และเอกสารอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง เป็นต้น</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> 1. คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) / คณะอนุกรรมการ ระดับอำเภอ 2. คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.)</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> แบบประเมินเอกสาร (รายละเอียดตาม ภาคผนวก)</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> - แบบสนทนากลุ่มเพื่อ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ</p>	<p><u>ขั้นตอนที่ 1</u> เก็บข้อมูลด้วยการประเมิน เอกสารที่เกี่ยวข้องในกรณี นี้ที่มิวิจัยจะเป็นผู้เก็บ ข้อมูลเองทั้งหมด</p> <p><u>ขั้นตอนที่ 2</u> เก็บข้อมูลการสนทนากลุ่ม ที่มิวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัย จะเป็นผู้เก็บข้อมูลเอง ซึ่ง ผู้วิจัยจะเป็นผู้นำการ สนทนา และผู้ช่วยนักวิจัย จะเป็นผู้บันทึกการสนทนา (การบันทึกจะทำ 2 กรณี คือการจดบันทึก และ บันทึกเสียงทั้งนี้จะต้อง</p>	<p>-วิเคราะห์จาก เอกสาร</p> <p>-วิเคราะห์ข้อมูล แบบเชิงคุณภาพ</p>



องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึง การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของประชาชนในชุมชน</li> <li>- มีการจัดการดูแลรักษาเชิงรุก หรือมีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผนพขอ.</li> </ul>			ผ่านความยินยอมจากอาสาสมัครทั้งหมด)	
	3.2 การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีชุมชน (ระดับตำบลหรือหมู่บ้าน) ที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น งานบุญปลอดเหล้า องค์กร/สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น</li> </ul>				
	3.3 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน - การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) - การดูแลและการรักษาตนเอง (กลุ่มป่วย)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง (การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์)</li> <li>- ประชาชน (กลุ่มป่วย) ที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองถูกต้อง</li> </ul>	- ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	- แบบสอบถาม	เก็บข้อมูลโดย 1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยวิจัย หรือ ผู้เก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยมอบหมาย ดำเนินการสอบถาม/เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครตั้งเครื่องมือที่กำหนด ตามเวลาการนัดหมายของอาสาสมัคร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความถี่</li> <li>- ค่าเฉลี่ย</li> <li>- ร้อยละ</li> <li>- ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน</li> </ul>

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	กลุ่ม เป้าหมาย	เครื่องมือ	วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
4. สถานะทาง สุขภาพ	4.1 สถานะทางสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป</li> <li>- ร้อยละประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไป</li> <li>- อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานต่อแสนประชากรของ</li> <li>- อัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรของ</li> </ul>	ข้อมูลทุติยภูมิ	แบบบันทึกข้อมูล	ทีมวิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข และ ในสถานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ และบันทึกลงในแบบบันทึกข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ</li> <li>- อัตรา</li> </ul>

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

### 3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### 3.5.1 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

- 1) แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้ในการประเมินเอกสาร
- 2) แบบการสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
  - กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับตำบล
- 3) แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน
- 4) แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนย้อนหลัง 8 ปี
- 5) แบบสอบถามตามกระบวนการเทคนิคเดลฟาย

#### 3.5.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ดำเนินการดังนี้

- 1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการบริโภคอาหาร โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณา จากนั้นรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องระหว่างรายการ ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยด้วยค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) โดยใช้ค่า IOC มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความยากง่ายของเนื้อหาความตรงตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และแบบสอบถามตามกระบวนการเทคนิคเดลฟาย

มีค่า IOC เท่ากับ 0.80 1.00 0.80 0.67 และ 0.80 ตามลำดับ

- 2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับประชาชนกลุ่มปกติ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ซึ่งไม่ใช่พื้นที่เป้าหมายของโครงการวิจัย โดยแบบทดสอบความรู้ ใช้สูตร KR (Kuder- Richardson) 20 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมรับประทานอาหาร ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีข้อคำถามที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมดูแลและรักษาตนเอง เก็บเฉพาะกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยแบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคฯ (เฉพาะส่วนที่ 1 และส่วนที่ 5) มีลักษณะคำถามเป็นมา

ตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.80 และ 0.84 ตามลำดับ

### 3.6 การแปรผลของเครื่องมือ

**3.6.1 แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)** ประกอบด้วย 3 ส่วน รวมทั้งสิ้น 47 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 47 คะแนน โดยแต่ละข้อผู้ประเมินจะดำเนินการเลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น คือ มี และ ไม่มี สำหรับการคิดคะแนนของแต่ละข้อนั้นหากผลการประเมิน เลือกตัวเลือก คือ มี จะได้ 1 คะแนน และถ้าเลือกตัวเลือก คือ ไม่มี จะได้ 0 คะแนน มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1** องค์ประกอบด้านการพัฒนามาตรการ มีประเด็นการประเมิน 5 ประเด็น คือ

1. ประเด็นแผนพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ. มีจำนวน 9 ข้อ
2. ประเด็นแผนพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ. มีจำนวน 2 ข้อ
3. ประเด็นแผนพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ. มีจำนวน 2 ข้อ
4. ประเด็นแผนพัฒนามาตรการทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ. มีจำนวน 1 ข้อ
5. ประเด็นแผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับชุมชน มีจำนวน 1 ข้อ

**ส่วนที่ 2** องค์ประกอบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ มีประเด็นการประเมิน 4 ประเด็นหลัก คือ

1. ประเด็นระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล มีจำนวน 3 ประเด็นย่อย คือ
  - ระบบ/กลไกบริหารและอำนวยการแบบมีส่วนร่วมของ พชอ.ในการกำหนดนโยบาย/มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 3 ข้อ
  - ระบบ/กลไกด้านข้อมูล การจัดทำแผน บูรณาการแผน การดำเนินการตามแผน และการติดตามประเมินผล เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4 ข้อ
  - ระบบ/กลไกทางสังคม/ภาคประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 3 ข้อ
2. ประเด็นระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 8 ข้อ
3. ประเด็นนโยบายสาธารณะการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4 ข้อ

4. ประเด็นศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีจำนวน 5 ข้อ

**ส่วนที่ 3** องค์ประกอบปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีประเด็นการประเมิน 4 ประเด็น คือ

1. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 4 ข้อ

2. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 1 ข้อ

รวมทั้งสิ้นมีจำนวน 47 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0 – 47 คะแนน โดยแต่ละข้อผู้ประเมินจะดำเนินการเลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น คือ มี และ ไม่มี สำหรับการคิดคะแนนของแต่ละข้อนั้นหากผลการประเมิน เลือกตัวเลือก คือ มี จะได้ 1 คะแนน และถ้าเลือกตัวเลือก คือ ไม่มี จะได้ 0 คะแนน

การประเมินผลคะแนน ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) (เดชา แซ่หลี่, 2557) ดังนี้

ระดับสูงที่สุด หมายถึง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระหว่าง 38 - 47 คะแนน)

ระดับสูง หมายถึง คะแนนมากกว่าร้อยละ 60 – 80 (ระหว่าง 29 - 37 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนมากกว่าร้อยละ 40 - 60 (ระหว่าง 19 - 28 คะแนน)

ระดับพอใช้ หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 20 – 40 (ระหว่าง 10 - 18 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 20 (ระหว่าง 0 - 9 คะแนน)

**3.6.2 แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** ประกอบด้วย 5 ตอน ได้แก่

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้เฉลี่ย บทบาทในชุมชนหรือสังคม การตรวจสุขภาพประจำปี

**ตอนที่ 2** แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ มีค่าคะแนนรวม 10 คะแนน โดยข้อคำถามที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก 4 ตัวเลือก (1 2 3 และ 4) ในข้อที่ 2.1 – 2.10 โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น สำหรับการคิดคะแนนของแต่ละข้อนั้นหากตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดจะไม่ได้คะแนน (0 คะแนน)

การประเมินผลคะแนน และจัดระดับคะแนนตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, BS., 1956) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป  
(ระหว่าง 8 - 10 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99  
(ระหว่าง 6 - 7 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60  
(ระหว่าง 0 - 5 คะแนน)

**ตอนที่ 3** แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ (4 องค์ประกอบ) กล่าวโดยภาพรวมของข้อคำถาม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24 – 120 คะแนน โดยทั้งหมดมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) เป็นข้อคำถามด้านบวก และด้านลบ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	5	คะแนน
เห็นด้วย	=	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	1	คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกต้อง (Negative statement)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	1	คะแนน
เห็นด้วย	=	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	5	คะแนน

การประเมินผลคะแนน ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแนวคิดของบลูม

(Bloom, BS., 1956) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

(ระหว่าง 96 - 120 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99

(ระหว่าง 72 - 95 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

(ระหว่าง 24 - 71 คะแนน)

เมื่อพิจารณาแบบสอบถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า มีจำนวน 4 องค์ประกอบ ดังนี้

**องค์ประกอบที่ 1** การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 6 ข้อ คือข้อที่ 1 - 6 มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 – 30 คะแนน

**องค์ประกอบที่ 2** การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 6 ข้อ คือข้อที่ 7 - 12 มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 – 30 คะแนน

**องค์ประกอบที่ 3** การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 6 ข้อ คือข้อที่ 13 - 18 มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 – 30 คะแนน

**องค์ประกอบที่ 4** การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวน 6 ข้อ คือข้อที่ 18 - 24 มีช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6 – 30 คะแนน โดยทุกองค์ประกอบมีลักษณะคำถามเป็น มาตรการส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) เป็นข้อความด้านบวกกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกต้อง (Positive statement)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	5	คะแนน
เห็นด้วย	=	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	1	คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกต้อง (Negative statement)

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	1	คะแนน
เห็นด้วย	=	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	=	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	=	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	=	5	คะแนน

การประเมินผลคะแนน ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแนวคิดของบลูม (Bloom, BS., 1956) โดยแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แปลผลดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

(ระหว่าง 24 - 30 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99

(ระหว่าง 18 - 23 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

(ระหว่าง 6 - 17 คะแนน)

**ตอนที่ 4** แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นข้อความพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา มีจำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 36 คะแนน ลักษณะคำถามเป็นมาตรการส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) โดยมีลักษณะข้อความทุกข้อเป็นข้อความด้านบวกและด้านลบ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือกจาก 4 ตัวเลือก คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 6 – 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 3 – 5 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 1 – 2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ได้ดำเนินการใด ๆ เลย

ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	=	3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	0 คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Negative statement)

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	=	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	3 คะแนน

การประเมินผลคะแนน ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแนวคิดของบลูม (Bloom, BS., 1956) ดังนี้

ระดับสูง	หมายถึง	คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระหว่าง 29 - 36 คะแนน)
ระดับปานกลาง	หมายถึง	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79.99 (ระหว่าง 22 - 28 คะแนน)
ระดับต่ำ	หมายถึง	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (ระหว่าง 0 - 21 คะแนน)

**ส่วนที่ 2** พฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นข้อความพฤติกรรมการออกกำลังกาย ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยมีข้อความที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก รายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 2 พฤติกรรม ได้แก่ การออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว และการออกกำลังกายที่ทำให้เหนื่อยกว่าปกติพอควรโดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย โดยแต่ละพฤติกรรมจะมี 2 ตัวเลือกหลัก ได้แก่ ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น หากเลือกปฏิบัติ ให้เลือกรายละเอียดระยะเวลาต่อครั้ง และจำนวนต่อสัปดาห์การปฏิบัติแต่ละพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์และนำเสนอ เป็นความถี่และร้อยละของการปฏิบัติในแต่ละตัวแปร

**ส่วนที่ 3** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อความพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยมีข้อความที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก รายละเอียด ดังนี้



พฤติกรรมกาสูบหรี่ มี 2 ตัวเลือกหลัก ได้แก่ สูบ และไม่สูบ โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น หากเลือก สูบ ให้เลือกรายละเอียด จำนวนกั้มว่นต่อวัน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์และนำเสนอ เป็นความถี่และร้อยละของการปฏิบัติในแต่ละตัวแปร

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา โดยมีข้อคำถามที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก รายละเอียด ดังนี้

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มี 2 ตัวเลือกหลัก ได้แก่ ดื่ม และไม่ดื่ม โดยให้เลือกคำตอบเพียง 1 ตัวเลือกเท่านั้น หากเลือก ดื่ม ให้เลือกรายละเอียด ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อวัน และปริมาณการดื่มเหล้าหมักต่อวัน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์และนำเสนอ เป็นความถี่และร้อยละของการปฏิบัติในแต่ละตัวแปร

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลและรักษาตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 42 คะแนน มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต สเกล (Likert scale) โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวกและด้านลบ กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1 ตัวเลือก จาก 4 ตัวเลือก คือ

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 6 – 7 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 3 – 5 วันต่อสัปดาห์
ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติจำนวน 1 – 2 วันต่อสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ไม่ได้ดำเนินการใดๆเลย

ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Positive statement)

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	=	3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	1 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	0 คะแนน

ข้อความที่ไม่ส่งเสริมให้ผู้ตอบมีการปฏิบัติได้ถูกต้อง (Negative statement)

ปฏิบัติสม่ำเสมอ	=	0 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	=	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	=	2 คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติเลย	=	3 คะแนน

การประเมินผลคะแนน ใช้เกณฑ์การให้คะแนนแนวคิดของบลูม (Bloom, BS., 1956) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

(ระหว่าง 34 - 42 คะแนน)

ระดับปานกลาง หมายถึง คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99

(ระหว่าง 26 - 33 คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60  
(ระหว่าง 0 - 25 คะแนน)

**3.6.3 แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับกระบวนการเทคนิคเดลฟาย** ประกอบด้วย 2 ส่วน  
ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ  
5) ตำแหน่ง/บทบาทการทำงานในสังคมอื่นๆ 6) ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ  
ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ 7) ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล  
(พชต.) หรือคณะทำงานระดับตำบล

**ส่วนที่ 2** การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน  
พื้นที่ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) ซึ่งได้ประยุกต์ตามแบบวัดทัศนคติลิเคิร์ต  
สเกล (Likert scale) โดยมีลักษณะข้อคำถามทุกข้อเป็นข้อความด้านบวก กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้เพียง 1  
ตัวเลือกจาก 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุดในแต่ละข้อจะนำมาหาค่ามัธยฐาน และ  
ค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์ ดังนี้

- ค่ามัธยฐาน (Median) ของข้อมูลที่มีการแจกแจงความถี่ แปลความหมายดังนี้
 

ระหว่าง 4.50 – 5.00	หมายถึง	กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมากที่สุด
ระหว่าง 3.50 – 4.49	หมายถึง	กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยมาก
ระหว่าง 2.50 – 3.49	หมายถึง	กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยปานกลาง
ระหว่าง 1.50 – 2.49	หมายถึง	กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยน้อย
น้อยกว่า 1.50	หมายถึง	กลุ่มผู้ตอบแบบสอบถามเห็นด้วยน้อยที่สุด
- ค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์ เป็นการคำนวณหาค่าความแตกต่างระหว่างควอไทล์ที่ 3 และ ควอ  
ไทล์ที่ 1 ซึ่งผลของค่าพิสัยหากไม่เกิน 1.50 แสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามที่มีต่อ  
ข้อความนั้นไม่แตกต่างกัน แต่หากพิสัยมีค่าเกินกว่า 1.50 ขึ้นไป แสดงว่าความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม  
ที่มีต่อข้อความนั้นมีความแตกต่างกัน ดวงภา ศรีนนท์ทวงศ์ (2548)

### 3.7 วิธีการคัดกรองอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

เมื่อกรมควบคุมโรคได้ให้ความเห็นชอบต่อการดำเนินโครงการวิจัยฯ และนายอำเภอซึ่งเป็นหัวหน้า  
ส่วนราชการให้คำตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย อนุญาตให้ทีมวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ระดับอำเภอและ  
ตำบลแล้วนั้น ผู้วิจัยจะทำหนังสือราชการจากกรมควบคุมโรคประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อ  
ขอให้จัดเตรียมรายชื่อประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือโรคความดันโลหิตสูง  
โดยรายชื่อทั้งหมดดังกล่าวได้มาจากการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงประจำปีของอำเภอแต่ละ  
แห่ง ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ซึ่งเป็นงานปกติในพื้นที่อำเภอที่ดำเนินการร่วมกัน  
ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลระดับอำเภอ ทั้งนี้ผล  
การคัดกรองจะถูกรวบรวมไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หลังจากนั้นทีมวิจัยจะลงพื้นที่ไปยังสำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ เพื่อพิจารณาคัดเลือกรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย (ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง) ในแต่ละพื้นที่ ตามเกณฑ์คัดเข้าและเลือกออกตามเกณฑ์คัดออกที่กำหนดไว้ และให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและสุ่มเลขด้วยโปรแกรม Microsoft Excel 2021 จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามความต้องการ ทั้ง 3 กลุ่มและขอคำยินยอมอาสาสมัครต่อไป

### 3.8 กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

#### 3.8.1 กลุ่มอาสาสมัครคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับตำบล ประกอบด้วย

- กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานที่ขับเคลื่อน

นโยบายของ พชอ. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล มีขั้นตอนดังนี้

1) เมื่อกรมควบคุมโรคได้ให้ความเห็นชอบต่อการดำเนินโครงการวิจัยฯ ผู้วิจัยจะประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง คือ นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นทางโทรศัพท์เป็นการเบื้องต้น เพื่อขอเข้าไปชี้แจงโครงการและขอเวลานัดหมายกับผู้เกี่ยวข้องดังกล่าว ทั้ง 8 อำเภอ (ครอบคลุม 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ)

2) ในแต่ละพื้นที่ (8 อำเภอ) ผู้วิจัยเข้าพบกับนายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ และนายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ตามสถานที่ผู้เกี่ยวข้องดังกล่าวนัดหมาย ซึ่งในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอโครงการวิจัยอธิบายขั้นตอนการวิจัยอย่างละเอียด กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด รวมทั้งผลลัพธ์ที่จะได้จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยจะใช้ระยะเวลาการอธิบายและตอบข้อซักถามคนละ 1.30 – 2 ชั่วโมง

3) นายอำเภอทั้ง 8 พื้นที่ จะเป็นผู้ให้คำตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งแต่ละพื้นที่สามารถนำข้อมูลโครงการวิจัยที่ได้รับทราบเบื้องต้นเข้าหาหรือผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ภายในอำเภอก่อนที่จะให้การตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งกระบวนการนี้ผู้วิจัยจะให้ระยะเวลาการตัดสินใจแก่นายอำเภอเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ทั้งนี้หากนายอำเภอทั้ง 8 อำเภออนุญาตหรือตอบรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะส่งหนังสือราชการขอลงพื้นที่ศึกษาวิจัยอย่างเป็นทางการอีกครั้ง

4) ในแต่ละพื้นที่ (8 อำเภอ) ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากกรมควบคุมโรค ถึงที่ว่าการอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและศึกษาวิจัย

#### 5) ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการ ดังนี้

- ขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากนายอำเภออย่างเป็นทางการ
- จัดประชุมราชการอย่างเป็นทางการในพื้นที่แต่ละอำเภอ (จำนวน 8 อำเภอ) เพื่อ

ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานวิจัย วิธีป้องกันความเสี่ยงนั้นๆ วิธีการคุ้มครองอาสาสมัคร สิทธิและประโยชน์ที่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ และการที่สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงานแต่อย่างใด ให้แก่กลุ่มเป้าหมายโครงการวิจัย/ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ได้รับทราบ และกลุ่มเป้าหมายสามารถซักถามในประเด็นที่สงสัยได้ทั้งในเวทีประชุมชี้แจงรายอำเภอและการชี้แจงรายบุคคล โดยเปิดโอกาส

ทุกคนได้ซักถามและ ทีมวิจัยจะใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 1 วัน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนได้ศึกษารายละเอียดของโครงการอย่างละเอียดรอบคอบหรือนำไปปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อที่จะตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสำหรับ การให้คำตอบเพื่อตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น กลุ่มเป้าหมายสามารถให้คำตอบได้ในวันถัดไป โดยกลุ่มเป้าหมายจะเป็นผู้นัดเวลาและสถานที่กับผู้วิจัย เพื่อทำการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ หากยังมีข้อสงสัยกลุ่มเป้าหมายสามารถสอบถามผู้วิจัยเพื่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัย เมื่อมีตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มอาสาสมัครลงนามในคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อหน้าผู้วิจัย หลังจากนั้นจึงจะนัดหมายเก็บข้อมูล

**หมายเหตุ** งานวิจัยนี้จะไม่มีการถ่ายรูปอาสาสมัครและอัดเสียงระหว่างเก็บข้อมูลขอคำยินยอมอาสาสมัคร

### 3.8.2 อาสาสมัครกลุ่มประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วย

- ประชาชนกลุ่มปกติ
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง
- ประชาชนกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง มีขั้นตอนการขอความยินยอม

ดังนี้

1) เมื่อกรมควบคุมโรคได้ให้ความเห็นชอบต่อการดำเนินโครงการวิจัยฯ และนายอำเภออนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่ระดับอำเภอแล้ว (พื้นที่ 8 อำเภอ) ผู้วิจัยจะนัดหมายกับผู้นำชุมชนในพื้นที่วิจัย (กำนันและผู้ใหญ่บ้าน) และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจัดประชุมชี้แจงและขอคำยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ทีมวิจัยลงพื้นที่เพื่อดำเนินการจัดประชุมราชการชี้แจงโครงการวิจัยโดยภาพรวมอย่างเป็นทางการในพื้นที่แต่ละอำเภอ (จำนวน 8 อำเภอ) ให้แก่ผู้นำชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานวิจัย วิธีป้องกันความเสี่ยงนั้น ๆ วิธีการคุ้มครองอาสาสมัคร สิทธิและประโยชน์ที่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับ และการที่สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดใดต่อการดำเนินชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงาน แต่อย่างใด ให้แก่กลุ่มเป้าหมายโครงการวิจัย/ผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ได้รับทราบ และกลุ่มเป้าหมายสามารถซักถามในประเด็นที่สงสัยได้ทั้งในเวทีประชุมชี้แจงรายอำเภอและการชี้แจงรายบุคคล โดยเปิดโอกาสทุกคนได้ซักถามและทีมวิจัยจะใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 1 วัน เพื่อให้ผู้นำชุมชนและกลุ่มเป้าหมายทุกคนได้ศึกษารายละเอียดของโครงการอย่างละเอียดรอบคอบหรือนำไปปรึกษาหารือกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อที่จะตัดสินใจยินยอมหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสำหรับการให้คำตอบเพื่อตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนั้น

3) ภายหลังจากการชี้แจงโครงการวิจัยโดยภาพรวม 1 วัน ผู้วิจัยและทีมวิจัยจะลงพื้นที่ขอคำยินยอมจากอาสาสมัครประชาชนทั้ง 3 กลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป เป็นรายบุคคลอีกครั้งซึ่งขั้นตอนนี้จะใช้เวลาคนละ 30 นาที โดยผู้วิจัยจะไม่มีการรับกลุ่มเป้าหมายเพื่อขอคำยินยอม ณ สถานที่ใด แต่ผู้วิจัยจะขอเข้าไปพบกลุ่มเป้าหมายในแต่ละครัวเรือนด้วยตนเอง (ผู้วิจัยและทีมวิจัยไปจำนวน 2 คน) หรือหากไม่สะดวกให้เข้าพบในบ้านพักอาศัย ก็สามารถเป็นสถานที่อื่นซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้กำหนด โดยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงาน แผนการดำเนินงาน ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากงานวิจัย วิธีป้องกันความเสี่ยงนั้น ๆ วิธีการคุ้มครองอาสาสมัคร สิทธิและประโยชน์ที่อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยพึงได้รับและการที่สามารถออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใดใดต่อการดำเนิน

ชีวิต ครอบครัว หน้าที่การงานแต่อย่างใด อีกครั้งเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจและซักถามได้มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจะนัดหมายและมารับฟังคำยินยอมจากกลุ่มเป้าหมายเพื่อเป็นอาสาสมัครโครงการวิจัยอีกครั้ง หากมีการยินยอม ทีมวิจัยจึงจะให้กลุ่มอาสาสมัครลงนามในคำยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อหน้าผู้วิจัยหลังจากนั้นจึงจะนัดหมายเก็บข้อมูล

**หมายเหตุ :** งานวิจัยนี้จะไม่มีการถ่ายรูปอาสาสมัครและอัดเสียงระหว่างเก็บข้อมูลขอคำยินยอมอาสาสมัคร

### 3.9 การควบคุมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประชุมทีมวิจัยและผู้เก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงกระบวนการดำเนินงาน การชี้แจงอาสาสมัคร ขอคำยินยอม เก็บรวบรวมข้อมูลและการปกป้องคุ้มครองอาสาสมัครทั้งเรื่องข้อมูลและความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงาน รวมทั้งปรับมาตรฐานการใช้เครื่องมือและมีการซักซ้อม ทำความเข้าใจนิยามศัพท์ต่างๆ รวมไปถึงการทำทำความเข้าใจในเครื่องมือทุกส่วนรวมทั้งการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ผลที่น่าเชื่อถือ โดยการวิจัยจะไม่เปิดเผยชื่อผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด

### 3.10 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ทีมวิจัยเก็บข้อมูลหลังจากนายอำเภอได้ลงนามยินยอมให้วิจัยในพื้นที่ อาสาสมัครได้รับคำชี้แจงจากทีมวิจัยและลงนามยินยอมให้ทำวิจัยแล้วเท่านั้น โดยทุกกระบวนการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถาม/แบบประเมิน/แบบบันทึก หรือเข้าร่วมกิจกรรมใดๆ โดยกลุ่มอาสาสมัครสามารถยกเลิกการให้ข้อมูลหรือยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยมีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามอาสาสมัครได้ดังตารางต่อไปนี้ (ตารางที่ 3.6)

**ตารางที่ 3.6** รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูลจำแนกตามอาสาสมัคร

กลุ่ม	ประเด็นเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	วิธีการเก็บข้อมูล
1. การศึกษาจากเอกสารต่างๆ ปี 2561-2564 ในพื้นที่อำเภอที่เกี่ยวข้อง	ผลผลิตและผลลัพธ์การดำเนินงาน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	เก็บข้อมูลโดย 1. ทีมวิจัย 2. ผู้ช่วยวิจัย หรือ ผู้เก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยมอบหมายดำเนินการตรวจสอบเอกสารต่างๆ ในพื้นที่อำเภอและระดับตำบลที่เกี่ยวข้อง

กลุ่ม	ประเด็นเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	วิธีการเก็บข้อมูล
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง</li> <li>- ข้อมูลทั่วไป/ลักษณะพื้นที่</li> <li>- การบริหารจัดการงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)</li> <li>- ผลลัพธ์แต่ละระยะที่เกิดขึ้น</li> <li>- จุดแข็ง และจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาของพื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จ เงื่อนไขข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงาน</li> </ul>	แบบสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	ทีมวิจัยเข้าไปพบอาสาสมัครและจัดกระบวนการ focus group ในพื้นที่อำเภอของอาสาสมัครตามกำหนดการที่นัดหมายร่วมกัน
3. กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานที่ขับเคลื่อนฯ ระดับตำบล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง</li> <li>- ข้อมูลทั่วไป/ลักษณะพื้นที่</li> <li>- การบริหารจัดการงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานที่ขับเคลื่อนฯ</li> <li>- ผลลัพธ์แต่ละระยะที่เกิดขึ้น</li> <li>- จุดแข็ง และจุดอ่อนที่ต้องพัฒนาของพื้นที่ ปัจจัยความสำเร็จ เงื่อนไขข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> </ul>	ทีมวิจัยเข้าไปพบอาสาสมัครและจัดกระบวนการ focus group ในพื้นที่อำเภอของอาสาสมัครตามกำหนดการที่นัดหมายร่วมกัน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลทั่วไป</li> <li>- ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่ในประเด็นด้านมาตรการ ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ และ</li> </ul>	แบบสอบถามความคิดเห็นสำหรับกระบวนการเทคนิคเดลฟาย	ทีมวิจัยจัดกระบวนการเทคนิคเดลฟาย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นที่ได้จากแบบสอบถามของอาสาสมัครกลุ่ม

กลุ่ม	ประเด็นเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	วิธีการเก็บข้อมูล
	<p>ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งเป็นแบบสอบถามปลายปิดมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) 5 ระดับ (ประยุกต์ตามแบบวัดของลิเคิร์ท สเกล)</p>		<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนฯ ระดับตำบล</p>
<p>4. ประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มปกติ</li> <li>- กลุ่มเสี่ยงฯ</li> <li>- กลุ่มป่วยฯ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน</li> <li>- ข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>- ข้อคำถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ</li> <li>- ข้อคำถามพฤติกรรมป้องกันการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</li> <li>- ข้อคำถามพฤติกรรมดูแลและรักษาตนเอง (ตอบเฉพาะอาสาสมัครกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)</li> </ul>	<p>แบบทดสอบความรู้แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<p>เก็บข้อมูลโดย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทีมวิจัย</li> <li>2. ผู้ช่วยวิจัย หรือ ผู้เก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยมอบหมายดำเนินการสอบถาม/เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครตามเครื่องมือที่กำหนดตามเวลาการนัดหมายของอาสาสมัคร</li> </ol>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ข้อมูลสถานะสุขภาพ โดยเก็บข้อมูลได้แก่</li> <li>- ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564</li> <li>- ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564</li> <li>- อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564</li> <li>- อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564</li> </ul>	<p>แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพ</p>	<p>สำหรับการเก็บข้อมูลผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ ทีมวิจัยจะดำเนินการใช้แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพ ย้อนหลัง 8 ปี ในแต่ละอำเภอ ซึ่งจะเก็บข้อมูลระดับอำเภอจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับอำเภอ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทั้งหมดในเขตอำเภอนั้น ๆ (ข้อมูลทุติยภูมิ)</p>

### 3.11 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลทั้งหมดถูกแปลผลออกมาในภาพรวมตามกลุ่มลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจสอบความเรียบร้อย ครบถ้วนของแบบเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ตรวจสอบให้คะแนน ตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. ตรวจสอบข้อมูลที่มีค่ามากเกินไป หรือน้อยเกินไป และตรวจสอบความสัมพันธ์

ของข้อมูลในแต่ละตัวแปร หลังจากการตรวจสอบข้อมูลตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่

3.1 การวิเคราะห์เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากร โดยจะนำเสนอค่าความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลไม่ต่อเนื่อง เช่น ตัวแปร เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และตำแหน่ง/บทบาทการทำงานในสังคม เป็นต้น สำหรับตัวแปรต่อเนื่อง เช่น ตัวแปร อายุ ระยะเวลาในการอยู่อาศัยในชุมชน เป็นต้น จะนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3.2 การวิเคราะห์ผลประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ แบ่งระดับโดยประยุกต์เกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) (เดชา แซ่หลี และคณะ, 2557)

3.3 การวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการดูแลและรักษาตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แบ่งระดับโดยใช้คะแนนแบบบลูม (Bloom) (Bloom B.S. et al., 1956) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ

3.4 ผู้วิจัยนำคำตอบจากการจัดกระบวนการเทคนิคเดลฟาย หาค่ามัธยฐาน เพื่อสรุปเป็นระดับของการพยากรณ์แต่ละข้อ และนำค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์กับค่ามัธยฐานเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องของผู้ตอบแบบสอบถาม หากค่าสถิติของแบบสอบถามในแต่ละข้อ อยู่ในเกณฑ์กำหนดจะถือว่ามีความสอดคล้องกัน (ดวงนภา ศรีนันทวงศ์, 2548)

3.5 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการดังนี้

- ตรวจสอบไฟล์เสียงที่บันทึก และดำเนินการถอดเทปให้ครบถ้วนทุกประเด็น
- จัดหมวดหมู่ของข้อมูลเข้าแฟ้มแยกตามรายบุคคลและแยกเป็นประเด็นต่าง ๆ
- เปลี่ยนข้อมูลเชิงคุณภาพบางอย่างให้เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและบันทึกเป็นความถี่
- วิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ



## บทที่ 4 ผลการศึกษา

การประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการในกลุ่มอาสาสมัคร ดังนี้

- 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
- 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และ
- 3) ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยได้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การประเมินเอกสาร และข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มประชาชน ในพื้นที่อำเภอทั้ง 8 พื้นที่ โดยจะนำเสนอผลการประเมิน ออกเป็น 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

### 4.1 ส่วนที่ 1 ผลการประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พชอ.

จากการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง ทั้งระดับอำเภอและระดับตำบลเพื่อดูความเชื่อมโยงกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ลงสู่ระดับตำบลและชุมชนในพื้นที่ 8 อำเภอ โดยมีประเด็นการประเมิน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ ผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมจำนวน 47 ตัวชี้วัด ซึ่งคะแนนในภาพรวมทั้งหมดนั้น พบว่าทั้ง 8 อำเภอ มีค่าคะแนนรวมของทุกองค์ประกอบอยู่ในระดับสูงที่สุด ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 ระดับคะแนนภาพรวมทุกองค์ประกอบ ในพื้นที่ 8 อำเภอ

ระดับคะแนนภาพรวม	จำนวนพื้นที่ (n = 8)	ร้อยละ
ระดับสูงที่สุด	8	100.0

เมื่อพิจารณาแยกรายองค์ประกอบ พบว่า ผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ และผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ มีคะแนนระดับสูงที่สุด จำนวน 7 พื้นที่ (ร้อยละ 87.5 เท่ากัน) สำหรับผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ มีคะแนนระดับสูงที่สุดจำนวน 5 พื้นที่ (ร้อยละ 62.5) ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ระดับคะแนนแยกรายองค์ประกอบในพื้นที่ 8 อำเภอ

องค์ประกอบประเมิน	จำนวนพื้นที่ (n = 8)	ร้อยละ
<b>ผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ</b>		
ระดับสูงที่สุด	7	87.5
ระดับสูง	1	12.5

องค์ประกอบการประเมิน	จำนวนพื้นที่ (n = 8)	ร้อยละ
<b>ผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ</b>		
ระดับสูงที่สุด	7	87.5
ระดับสูง	1	12.5
<b>ผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ</b>		
ระดับสูงที่สุด	5	62.5
ระดับสูง	2	25.0
ระดับปานกลาง	1	12.5

### 1.1 องค์ประกอบผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ

ในองค์ประกอบผลลัพธ์การพัฒนามาตรการ ประกอบด้วย 5 ประเด็น 15 ตัวชี้วัด โดยมีประเด็นการประเมิน ประกอบด้วย 1) แผนพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคฯ 2) แผนพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคฯ 3) แผนพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคฯ 4) แผนพัฒนามาตรการทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ และ 5) แผนการจัดการความรู้ สื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคฯ จากการศึกษา พบว่า ภาพรวม ทั้ง 8 พื้นที่ มีแผนพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และมีการดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัด 12 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 80.0) สำหรับตัวชี้วัดที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกพื้นที่ประกอบด้วย 1) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมระดับอำเภอและตำบลที่ใช้ข้อมูลในการวางแผนเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมฯ ที่ครอบคลุมด้านต่างๆ ดำเนินการได้จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0) 2) การกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจากกรรับฟังเวทีสาธารณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดำเนินการได้จำนวน 7 พื้นที่ (ร้อยละ 87.5) และ 3) การให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงให้กับประชาชนโดยการมีส่วนร่วมฯ ดำเนินการได้จำนวน 7 พื้นที่ (ร้อยละ 87.5) ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ ในพื้นที่ 8 อำเภอ

ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
<b>1. แผนพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคฯ โดยกลไก พขอ. ตัวชี้วัด</b>		
1) มีแผนพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	8	100.0
2) มีการใช้ข้อมูลวิเคราะห์และกำหนดประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ	8	100.0
3) มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ/พชต./คณะทำงานที่ครอบคลุมทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข	8	100.0

ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
4) มีกลไกการจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่มาจากความร่วมมือคิดวิเคราะห์จากทุกฝ่าย	8	100.0
5) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมระดับอำเภอและตำบลที่ใช้ข้อมูลในการวางแผนเพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมด้านต่างๆ	6	75.0
6) มีการบูรณาการทรัพยากรสำคัญทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของอำเภอ	8	100.0
7) มีกลไกการถ่ายทอดหรือสื่อสารนโยบาย แผนงานทุกแผนงานสู่ระดับตำบล เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ	8	100.0
8) มีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน	8	100.0
9) มีแผนการติดตามประเมินผลโครงการระดับอำเภอ/ตำบล	8	100.0
<b>2. แผนพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคฯ โดยกลไก พขอ.</b>		
10) มีแผนการจัดบริการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมทุกตำบลทั้งอำเภอ	8	100.0
11) มีแผนพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเชื่อมโยงกับชุมชนทุกตำบล	8	100.0
<b>3. แผนพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคฯ โดยกลไก พขอ.</b>		
12) มีการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับอำเภอเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	8	100.0
13) มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา	8	100.0
<b>4. แผนพัฒนามาตรการทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคฯ โดยกลไก พขอ.</b>		
14) มีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจากกรรับฟังเวทีสาธารณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	7	87.5
<b>5. แผนการถ่ายทอดความรู้ สื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคฯ โดยกลไก พขอ.</b>		
15) มีการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงให้กับประชาชนโดยการมีส่วนร่วมดำเนินงาน และการใช้ทรัพยากรร่วมกันของภาคีเครือข่าย	7	87.5

## ข้อค้นพบ

1) แผนการพัฒนาาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดย  
กลไก พชอ. มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

### โครงสร้างและกลไกการบริหารงานของ พชอ. ต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา พบว่า พชอ. 5 ใน 8 พื้นที่ (ร้อยละ 62.5) ประธาน พชอ.ได้จัดตั้งคณะกรรมการ  
ประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อเชื่อมโยงการปฏิบัติงานระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบลผ่าน  
พชต. สำหรับพื้นที่อื่นนั้นมี NCD Board ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างอำเภอและตำบล โดยผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชนเป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการฯ และพบว่าระดับตำบลทุกแห่งมีการจัดตั้ง พชต. โดยมี  
โครงสร้างสอดคล้องกับ พชอ. ซึ่ง พชต. เกือบทุกพื้นที่

(7 พื้นที่) จะดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ในการรับนโยบายจาก พชอ. มาดำเนินการ  
ขับเคลื่อนงานและรายงานผลการปฏิบัติงานไปยัง พชอ.ผ่านคณะกรรมการฯ

### การกำหนดนโยบาย แผนงาน และการติดตามประเมินผลของ พชอ.

จากการศึกษา พบว่า พชอ.ทั้ง 8 พื้นที่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมและนำเสนอข้อมูลที่  
เกี่ยวข้องในที่ประชุมของ พชอ. โดยข้อมูลนั้นจะนำมาจากฐานข้อมูลสุขภาพประชาชนของหน่วยงาน  
สาธารณสุขทั้งในระดับอำเภอและตำบล (8 พื้นที่) ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมของประชาชนโดยเป็นข้อมูล  
พฤติกรรมที่เคยสำรวจในพื้นที่ (6 พื้นที่) และข้อมูลผลการดำเนินงานด้านโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวม  
ไปถึงปัจจัยเสี่ยงในปัจจุบันประมาณที่ผ่านมา (8 พื้นที่) มาร่วมวิเคราะห์ ภายหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิต  
สูงถูกกำหนดเป็นประเด็นการแก้ไขระดับอำเภอแล้ว พชอ.จะมีการจัดทำกรอบแนวทางการดำเนินงานระดับ  
อำเภอ (5 พื้นที่) โดยมีการจัดทำโครงการระดับอำเภอ (3 พื้นที่) จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ ระดับอำเภอ  
(2 พื้นที่) เพื่อนำไปใช้ถ่ายทอดลงสู่ระดับตำบล สำหรับพื้นที่อำเภอที่จัดทำแผนโดย NCD Board (3 พื้นที่) จะ  
ทำการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับระดับตำบล (พชต. และ รพ.สต.) และนำเสนอแนวทางการดำเนินงานผ่านเวที  
การประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประสานแผนดำเนินการ  
ร่วมกับ พชอ. และพบว่า กลไกการถ่ายทอด/สื่อสาร นโยบาย มี 2 ช่องทางหลักในการสื่อสารถ่ายทอด ได้แก่  
1) ถ่ายทอดผ่านการประชุมคณะกรรมการ พชอ. อนุกรรมการ/คณะกรรมการ พชต. 2) ถ่ายทอดผ่านการ  
ประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยทั้ง 2 ช่องทางนำสู่ระดับชุมชน

ในส่วนของระดับตำบลนั้นเมื่อ พชต. ได้รับนโยบายระดับอำเภอ กรอบแนวทางการดำเนินงาน  
แผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอแล้ว จะดำเนินการจัดทำโครงการระดับตำบลผ่านเวทีประชาคมระหว่าง  
คณะกรรมการฯ พชต. อปท. กม.และประชาชน โดยใช้ข้อมูลและการร่วมคิดวิเคราะห์จากทุกฝ่ายที่  
ครอบคลุมด้านต่างๆ (8 พื้นที่) ซึ่งโครงการดังกล่าวได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล (8  
พื้นที่) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (1 พื้นที่) นอกจากนี้งบประมาณระดับ  
ตำบลและหมู่บ้านยังสามารถสรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่างๆ เช่น จัดวิ่งการ  
กุศล กิจกรรมทอดผ้าป่า และจากการศึกษา พบว่า ในพื้นที่ที่มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการที่พัฒนาจาก  
พชอ.จะได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนมาตรการจากภาคีเครือข่าย พชต. อปท.ภาคเอกชน และชุมชน ใน  
ส่วนของการติดตามประเมินผลการดำเนินงานนั้นคณะกรรมการฯ หรือ NCD Board จะติดตามผลการ  
ปฏิบัติร่วมกับ พชต. และรายงานไปที่ประชุม พชอ. ทราบอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และ พชอ. มีการนำผล

การประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (8 พื้นที่)

## 2) แผนการพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยกลไก พขอ. มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ทุกอำเภอจะมี รพ.สต. ซึ่งเป็นหน่วยบริการสุขภาพขนาดเล็กที่ร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายของ พขอ.อย่างต่อเนื่อง โดย รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้สำหรับแผนฯ ดังกล่าวจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจาก อปท. สำหรับการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพยังคงเป็น อสม. และหน่วยงานสาธารณสุขเป็นหลัก เน้นการปฏิบัติงานตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ ในส่วนของบทบาททางวิชาการของ รพ.สต. นั้น หลายแห่ง (5 พื้นที่) เกิดแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ สำหรับการคัดกรองรวมถึงการใช้ข้อมูล/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษา

## 3) แผนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนกัน ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ. มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ทุกพื้นที่มีแผนการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านกลไกของเจ้าพนักงานตามกฎหมายในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ในระดับชุมชนไม่พบแผนการบังคับใช้กฎหมาย เป็นเพียงการขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมาย แต่จะมีการบังคับใช้กฎหมายเป็นช่วง ๆ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่จากระดับจังหวัดหรือเขต สำหรับมาตรการด้านสังคมในบางพื้นที่ พขอ. จะนำนโยบายระดับจังหวัดของหน่วยงานต่างๆ และระดับอำเภอโดยมีนายอำเภอเป็นผู้กำหนดนโยบายแปลงสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ ที่กำหนดวางแนวทางปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมและมาตรการทางสังคมลงสู่ชุมชน (2 พื้นที่) หลายพื้นที่ได้มีมาตรการหรือข้อตกลงสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการจัดทำกิจกรรมตามโครงการต่างๆ ในระดับชุมชน และผ่านการรับฟังความต้องการของประชาชนก่อนนำมาตราการดังกล่าวมาปฏิบัติในหมู่บ้าน สำหรับมาตรการหรือข้อตกลงในลักษณะนี้ไม่ได้กำหนดบทลงโทษ หากประชาชนไม่ดำเนินการหรือปฏิบัติ ตัวอย่างของมาตรการที่เกิดในระดับชุมชน เช่น มาตรการส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ มาตรการงานศพปลอดเหล้าภายในชุมชน มาตรการงดจำหน่ายขนมขบเคี้ยวในโรงเรียน เป็นต้น ทั้งนี้มาตรการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระดับตำบล พชต.จะดำเนินการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ/เอกชน ชุมชน และเครือข่ายต่างๆ (ทั้งภายในและภายนอกชุมชน) เพื่อขับเคลื่อนข้อตกลงทางสังคม (7 พื้นที่)

## 4) แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า การถ่ายทอดความรู้และสื่อสารประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและภัยสุขภาพยังเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต. และ อสม.ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งของการดำเนินงานเดิม โดยเน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (8 พื้นที่) แต่พื้นที่บางแห่งได้แปลงนโยบายระดับอำเภอมาสู่การปฏิบัติระดับชุมชนทำให้เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะใช้ในการถ่ายทอดไปยังประชาชนมากกว่าการให้

ความรู้ในระดับทั่วไป นั่นคือการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เกี่ยวข้อง (2 พื้นที่) ในพื้นที่ลักษณะดังกล่าวจะมี 1 พื้นที่ที่มีเครื่องมือสำหรับการติดตาม วัด และประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเนื้อหา เป้าหมายของผู้รับสาร ระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ โดยจะดำเนินการร่วมกับ อสม. ในการถ่ายทอดองค์ความรู้ ผ่าน 4 ช่องทางหลัก ได้แก่ 1) สื่อบุคคล โดยรพ.สต.อบรมให้ความรู้ให้ อสม. ในการประชุมประจำเดือนของ อสม. เพื่อให้ อสม.ไปถ่ายทอด บอกระดับครัวเรือน 2) สื่อออนไลน์ ส่วนใหญ่ ถ่ายทอดผ่านไลน์กลุ่มหมู่บ้าน ไลน์กลุ่ม พชอ./พชต. และกำหนดผู้ใหญ่บ้าน และมี Page Facebook ของ อสม. ในการสื่อสาร โดยพบว่าการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงผ่านโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และ 3) สื่อผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน และ 4) สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้าย โปสเตอร์แผ่นพับ จาการพ.สต. ที่จัดทำขึ้น

### 1.2. องค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนด

ในองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ประเด็นการประเมิน ได้แก่ 1) ระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล 2) ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 3) นโยบายสาธารณะการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 4) ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชน/สังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 5) ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน โดยประเด็นที่ 1 – 4 ใช้แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พชอ. เก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และประเด็นการประเมินที่ 5 ใช้แบบสอบถามความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นการประเมินที่ 1 – 4 จำนวน 27 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่พื้นที่ดำเนินการได้ครบทุกแห่ง ทั้ง 8 อำเภอ จำนวน 12 ตัว จากตัวชี้วัดทั้งหมด (ร้อยละ 44.4) สำหรับตัวชี้วัดที่พื้นที่ดำเนินการได้เท่ากับหรือต่ำกว่าร้อยละ 75 ได้แก่

- มีข้อมูลระดับอำเภอ ตำบล ที่ครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย มีพื้นที่ดำเนินการได้ จำนวน 4 พื้นที่ (ร้อยละ 50.0)
- คณะกรรมการ พชอ. /คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชต. มีสมรรถนะในการจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผนและติดตามประเมินผล ดำเนินการได้ จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0)
- มีการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงาน ดำเนินการได้ จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0)
- กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชนมีสมรรถนะในการขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการในพื้นที่ ดำเนินการได้ จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0)
- มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน ดำเนินการได้ จำนวน 6 อำเภอ (ร้อยละ 75.0)

- มีการใช้ข้อมูลนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดำเนินการได้ จำนวน 6 อำเภอ (ร้อยละ 75.0)

- คณะกรรมการ พชอ. /คณะกรรมการ พชต. มีการกำหนดกลไกในการผลักดัน สนับสนุน ติดตามและประเมินผลการนำนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการฯ ไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง ดำเนินการได้ จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0)

- มีข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลด ความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ดำเนินการได้ จำนวน 6 อำเภอ (ร้อยละ 75.0) ดังตารางที่ 4.4

**ตารางที่ 4.4** ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ในพื้นที่ 8 อำเภอ

ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
<b>1. ระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล</b>		
1) คณะกรรมการ พชอ./คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชต. มีสมรรถนะการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย บริหาร อำนาจการ ขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการในระดับอำเภอสู่ระดับตำบล และหมู่บ้าน	7	87.5
2) มีระบบ/กลไกการสั่งการจากประธาน พชอ. /พชต. ไปยังผู้เกี่ยวข้อง	8	100.0
3) มีการประสานแผนการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการ/คณะทำงานในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน	8	100.0
4) มีข้อมูลระดับอำเภอ ตำบล ที่ครบถ้วน ถูกต้องและทันสมัย	4	50.0
5) คณะกรรมการ พชอ./คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการพชต. มีสมรรถนะในการจัดการข้อมูลเพื่อการวางแผน และติดตามประเมินผล	6	75.0
6) มีกลไกติดตามประเมินผลแผนงาน/โครงการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ	7	87.5
7) มีการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงาน	6	75.0
8) กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชนมีสมรรถนะในการขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการในพื้นที่	6	75.0
9) มีความร่วมมือและการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน	8	100.0
10) กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวน ปรับ ขับเคลื่อน ต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงาน	8	100.0
<b>2. ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>		
11) มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการคัดกรองและลดความเสี่ยง ในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง	7	87.5

ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
12) มีกลไกการเฝ้าระวังความเสี่ยงโดย พชต. ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	8	100.0
13) มีรูปแบบบริการคัดกรองและลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วย บริการปฐมภูมิ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสถานประกอบการที่มีความเหมาะสม	8	100.0
14) มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลา และลดค่าใช้จ่ายของประชาชน	6	75.0
15) บุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมีสมรรถนะในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	7	87.5
16) มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	7	87.5
17) มีรูปแบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่	8	100.0
18) มีการใช้ข้อมูลนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	75.0
<b>3. นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>		
19) มีนโยบายสาธารณะและมาตรการที่เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดภาวะเสี่ยงและการลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	8	100.0
20) มีนโยบายการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบในอำเภอ	8	100.0
21) คณะกรรมการ พชอ. /คณะกรรมการ พชต. มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน	7	87.5
22) คณะกรรมการ พชอ. /คณะกรรมการ พชต. มีการกำหนดกลไกในการผลักดัน สนับสนุน ติดตามและประเมินผลการนํานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการฯ ไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง	6	75.0
<b>4. ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชน/สังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>		
23) แกนนำทางสังคม/ท้องถิ่น/ภาคประชาชนมีสมรรถนะในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกา	7	87.5
24) มีข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	6	75.0
25) มีการใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชน	8	100.0



ประเด็นการประเมิน/ตัวชี้วัด	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
26) มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ/เอกชน ชุมชน และ เครือข่ายต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนข้อตกลงทางสังคม	8	100.0
27) มีการเรียนรู้แก้ไขปัญหาชุมชนร่วมกันระหว่างเครือข่ายต่างๆ จากข้อมูล ต่างๆในพื้นที่ตั้งแต่กระบวนการ ประเมินปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล	8	100.0

#### ข้อค้นพบประเด็นที่ 1 - 4

1) ระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

##### สรรณและจัดการข้อมูล

จากการศึกษา พบว่า พขอ.ใน 8 พื้นที่ มีกระบวนการวิเคราะห์และกำหนดปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งประเด็นดังกล่าวหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พขอ. แต่การจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของนายอำเภอ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น พบว่า ยังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงและการอธิบายข้อมูลสถานะทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมิติด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และยังพบว่าการกำหนดเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (8 พื้นที่) และพบว่า ความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะมีสูงในบุคลากรด้านสาธารณสุข และอสม. ส่วนคณะกรรมการ พขอ.จากหน่วยงานด้านอื่นซึ่งไม่ใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะได้รับทราบปัญหา และการจัดการความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากการประชุม (8 พื้นที่) ยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก

##### การอำนวยความสะดวกและสนับสนุนโดยคณะกรรมการ พขอ.

จากการศึกษา พบว่า พขอ. 5 พื้นที่ ที่มีแผนของ พขอ. ได้ให้การสนับสนุนโดยอำนวยความสะดวกในการบูรณาการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง สร้างพื้นฐานความเข้าใจของการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการแก้ไขปัญหากระจายไปยังหน่วยงานต่างๆ ที่ไม่ใช่กระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (จากระดับอำเภอ ลงสู่ระดับตำบล และหมู่บ้านตามลำดับ) นอกจากนี้ พขอ. หรือคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะมีการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนดูความเป็นอยู่ของประชาชน และติดตามการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างไม่เป็นทางการเพื่อรับฟังปัญหาและให้กำลังใจในการปฏิบัติงาน สำหรับพื้นที่ที่มีกลไกของ NCD Board 3 แห่ง พบว่า การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเน้นงานที่มาจากนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนมากให้ความสำคัญในการสร้างความรู้และงานบริการสุขภาพ เน้นดำเนินงานร่วมกับ อสม. เป็นหลัก และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอื่นๆ อย่างเต็มที่ อย่างไรก็ตามก็ทำตามอำเภอทั้ง 8 พื้นที่ พบว่า เจ้าหน้าที่จากภาคีเครือข่าย และประชาชนมีความสัมพันธ์อันดีในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการตามที่ตั้งไว้

**2) ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคและเบาหวานความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้**

จากการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ทุกตำบลเป็นคณะกรรมการ พชต. เมื่อมีการจัดทำแผนระดับตำบลจะเป็นหน่วยงานหลักในการนำเสนอข้อมูลทางด้านสุขภาพของประชาชนระดับตำบล และเป็นผู้เชื่อมโยงในการนำนโยบายของ พชอ. ประเด็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาระดับชุมชน แต่ในส่วนของการจัดบริการคัดกรองและลดความเสี่ยงในกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง พบว่า ทุกอำเภอยังคงมีกิจกรรมตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ ได้แก่ กิจกรรมการอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินการคัดกรองโรคในชุมชน และในพื้นที่ที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พชอ./พชต. จะพบว่าในระดับชุมชน อสม. สามารถจัดบริการเชิงรุก เช่น การให้ความรู้ การตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารด้วย salt meter การปรับสภาพแวดล้อมที่ป้องกันโรคไต การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้หลายพื้นที่ยังเกิดรูปแบบหรือการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของประชาชนร่วมกับการดำเนินงานตามระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุข (7 พื้นที่) เช่น การใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตามแนวคิด “นคร 2 ส” (น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ยาสูบ และสุรา) โรงเรียนเบาหวานวิทยา การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ สำหรับการคัดกรอง เป็นต้น โดยเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคมามากขึ้นกว่าเดิม สำหรับกิจกรรมการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น ยังคงกิจกรรมตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้เช่นเดียวกัน ซึ่งพื้นที่มากกว่าครึ่ง (5 พื้นที่) เน้นการพัฒนาารูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน เช่น คลินิกใกล้ฉัน รูปแบบการดูแลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self-monitoring blood pressure: SMBP) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose: SMBG) และการส่งต่อผู้ป่วยเบาหวานไปที่ รพ.สต. โดยระบบ 3 หมอ เป็นต้น

**3) นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้**

จากการศึกษา พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุราในพื้นที่ โดย พชอ. และ พชต. ได้ในสถานที่ราชการ วัด โรงเรียน โรงพยาบาล และสถานประกอบการ มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน นอกจากนี้ทุกอำเภอยังมีมาตรการที่เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการลดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเน้นการขอความร่วมมือในการปฏิบัติ ไม่ได้กำหนดบทลงโทษ แต่อย่างไรซึ่งใน 6 พื้นที่นั้น พชอ. และ พชต. ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการสนับสนุนติดตามและประเมินผลการนำนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการฯ ไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง

#### 4) ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า มี 3 พื้นที่ ได้รับแหล่งงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจาก สสส. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือข้าราชการเกษียณที่เคยปฏิบัติงานในหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้เขียนโครงการขอรับงบประมาณดังกล่าว ซึ่งผลผลิตของการดำเนินงานคือเกิดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาระดับตำบล/ชุมชน เช่น โครงการตำบลจัดการสุขภาพ โครงการชุมชนน่าอยู่ การขับเคลื่อนลดน้ำหนัก สูบหน้าใหม่ในชุมชน เป็นต้น ระหว่างการดำเนินงานหรือภายหลังจากโครงการเสร็จสิ้น จะเกิดผลลัพธ์คือได้มาตรการของชุมชนที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีงบประมาณสนับสนุนแล้วก็ตาม ปรากฏการณ์ในลักษณะนี้จะเห็นได้ว่าประชาชนพื้นที่ระดับตำบล ส่วนใหญ่มีบทบาทในการร่วมกำหนดประเด็นการขับเคลื่อน และทำประชาคมเสนอมาตรการ/นโยบายระดับชุมชนผ่าน พชต. และขยายผลไปพื้นที่ตำบลข้างเคียงผ่านกลไก พชอ. และใน 2 พื้นที่ ซึ่งใช้กลไกของ NCD Board (ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.) แก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในการขับเคลื่อนประเด็นการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ และมี 3 พื้นที่ พชอ. และ พชต. สนับสนุนให้ประชาชนจัดเวทีประชาคมในหมู่บ้านหรือชุมชนซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้ง ภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ทั้งนี้ ประชาชนจะสามารถสื่อสารหรือบอกกล่าวได้โดยตรง ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดเวทีประชาคมจะเกิดมาตรการของชุมชนทั้งในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค การพัฒนาบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการสร้างมาตรการเพื่อบริการสังคม เช่น มาตรการออกกำลังกาย มาตรการขายอาหารปลอดภัย การขอความร่วมมือไม่ขายขนมกรุบกรอบภายในโรงเรียน มาตรการการจัดงานบุญปลอดเหล้า งานบุญลด หวาน มัน เค็ม ของมุสลิม เป็นต้น

#### 5) ความรู้ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของประชาชน

##### ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมของประชาชน จำนวน 992 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 448 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 368 คน และกลุ่มป่วย จำนวน 176 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4, ร้อยละ 66.6 และร้อยละ 69.9 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.2, ร้อยละ 49.2 และร้อยละ 57.4 ตามลำดับ) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.5, ร้อยละ 45.3 และร้อยละ 42.0 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง (ร้อยละ 49.7, ร้อยละ 47.7 และ ร้อยละ 48.6 ตามลำดับ) และพบว่า กลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ มีอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 33.2 (อายุเฉลี่ย 48.0 ปี SD= 10.7 ปี ต่ำสุด 17 ปี สูงสุด 78 ปี) กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.8 (อายุเฉลี่ย 55.4 ปี SD= 11.5 ปี ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 88 ปี) และร้อยละ 51.1 ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย 62.1 ปี SD= 10.5 ปี ต่ำสุด 32 ปี สูงสุด 88 ปี) และพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 37.3 ส่วนกลุ่มเสี่ยง

และกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 39.3 และร้อยละ 58.5 ตามลำดับ ดังตาราง 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละคุณลักษณะบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่ม

คุณลักษณะ	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย (n=176)
	(n=448)	(n=368)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
<b>1. เพศ</b>			
ชาย	137 (30.6)	123 (33.4)	53 (30.1)
หญิง	310 (69.4)	245 (66.6)	23 (69.9)
<b>2. อายุ</b>			
น้อยกว่า 20 ปี	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
20 – 29 ปี	17 (3.9)	5 (1.4)	0 (0.0)
30 – 39 ปี	84 (19.4)	27 (7.7)	4 (2.3)
40 – 49 ปี	129 (29.7)	75 (21.3)	23 (13.2)
50 – 59 ปี	144 (33.2)	119 (33.8)	58 (33.3)
ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป	59 (13.6)	126 (35.8)	89 (51.1)
อายุเฉลี่ย (SD) (ปี)	48.0 (10.7)	55.4 (11.5)	62.1 (10.5)
อายุต่ำสุด, สูงสุด (ปี)	17,78	24,88	32,88
<b>4. การศึกษา</b>			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12 (2.7)	22 (6.0)	9 (5.1)
ประถมศึกษา	153 (34.2)	181 (49.2)	101 (57.4)
มัธยมศึกษาตอนต้น	73 (16.3)	59 (16.0)	29 (16.5)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	101 (22.5)	60 (16.3)	23 (16.5)
อนุปริญญา/ปวส.	36 (8.0)	22 (6.0)	4 (2.3)
ปริญญาตรี	65 (14.5)	20 (5.4)	9 (5.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	8 (1.8)	4 (1.1)	1 (0.6)
<b>5. อาชีพ</b>			
นักเรียน/นักศึกษา	3 (0.7)	2 (0.6)	0 (0.0)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	72 (16.2)	53 (14.6)	20 (11.4)
พนักงานบริษัท/องค์กรเอกชน	10 (2.2)	9 (2.5)	1 (0.6)
รับราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ	49 (11.0)	17 (4.7)	9 (5.1)
รัฐวิสาหกิจ	0 (0.0)	1 (0.3)	1 (0.6)
ว่างงาน/แม่บ้าน/เกษียณอายุ	35 (7.9)	46 (12.7)	37 (21.0)
เกษตรกรกรรม	158 (35.5)	164 (45.3)	74 (42.0)

คุณลักษณะ	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย (n=176)
	(n=448)	(n=368)	
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
รับจ้าง	113 (25.4)	60 (16.6)	27 (15.3)
อื่น ๆ	5 (1.1)	10 (2.8)	7 (4.0)
<b>6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>			
น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	133 (29.7)	147 (39.9)	103 (58.5)
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	167 (37.3)	124 (33.7)	37 (21.0)
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	102 (22.8)	64 (17.4)	30 (17.0)
มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	46 (10.3)	33 (9.0)	6 (3.4)
<b>7. บทบาทในชุมชนหรือสังคม</b>			
ไม่มีบทบาทในชุมชน	206 (46.0)	224 (60.9)	101 (57.4)
มีบทบาทในชุมชน	242 (54.0)	144 (39.1)	75 (42.6)
<b>8. การตรวจสุขภาพประจำปี</b>			
ไม่เคยตรวจเลย	60 (13.5)	60 (16.4)	17 (9.8)
ตรวจบ้างบางครั้งแต่ไม่ใช่ทุกปี	138 (31.2)	91 (24.9)	38 (22.0)
ปีละครั้ง	220 (49.7)	174 (47.7)	84 (48.6)
ปีละ 2 ครั้ง	16 (3.6)	24 (6.6)	14 (8.1)
ปีละ 3 ครั้ง	2 (0.5)	5 (1.4)	5 (2.9)
มากกว่า 3 ครั้งต่อปี	7 (1.6)	11 (3.0)	15 (8.7)

#### ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 และพบว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.6 และร้อยละ 47.7 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.6

**ตารางที่ 4.6** ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำแนกตามกลุ่ม

ระดับความรู้		กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
		(n=448)	(n=368)	(n=176)
		จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (8-10 คะแนน)	91 (20.3)	54 (14.7)	22 (12.5)
ปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79 (6-7 คะแนน)	195 (43.5)	150 (40.7)	70 (39.8)
ต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-5 คะแนน)	162 (36.2)	164 (44.6)	84 (47.7)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดของทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) คือ ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปี และ

ยังไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มต้นอย่างไร ร้อยละ 82.06 ร้อยละ 79.9 และร้อยละ 82.4 ตามลำดับ และข้อที่ทุกกลุ่มตอบถูกน้อยที่สุด คือ สิ่งที่ถูกต้องมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0 ร้อยละ 21.5 และร้อยละ 17.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามรายข้อถูก จำแนกตามกลุ่ม

ประเด็นข้อคำถาม	กลุ่มปกติ (n=448)		กลุ่มเสี่ยง (n=368)		กลุ่มป่วย (n=176)	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาหารที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด	337 (75.2)	111 (24.8)	278 (75.5)	90 (24.5)	139 (79.0)	37 (21.0)
2. การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันทแตกต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด	207 (46.2)	241 (53.8)	142 (38.6)	226 (61.4)	65 (36.9)	111 (63.1)
3. กิจวัตรประจำวันี่ช่วยให้ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควรทำเป็นประจำ	326 (72.8)	122 (27.2)	236 (64.1)	132 (35.9)	113 (64.2)	63 (35.8)
4. ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติ	301 (67.2)	147 (32.8)	213 (57.9)	155 (42.1)	100 (56.8)	76 (43.2)
5. การออกกำลังกายที่จะลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจได้	208 (46.4)	240 (53.6)	198 (53.8)	170 (46.2)	97 (55.1)	79 (44.9)
6. การควบคุมน้ำหนักควรทำอย่างไร	325 (72.5)	123 (27.5)	239 (64.9)	129 (35.1)	114 (64.8)	62 (35.2)
7. สิ่งที่ถูกต้องมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง	112 (25.0)	336 (75.0)	79 (21.5)	289 (78.5)	31 (17.6)	145 (82.4)
8. บุหรี่มีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	227 (50.7)	221 (49.3)	180 (48.9)	188 (51.1)	69 (39.2)	107 (60.8)

ประเด็นข้อคำถาม	กลุ่มปกติ (n=448)		กลุ่มเสี่ยง (n=368)		กลุ่มป่วย (n=176)	
	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด	ตอบถูก	ตอบผิด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
9. สุรามีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	270 (60.3)	178 (39.7)	220 (59.8)	148 (40.2)	109 (61.9)	67 (38.1)
10. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี และยังไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มต้นอย่างไร	370 (82.6)	78 (17.4)	294 (79.9)	74 (20.1)	145 (82.4)	31 (17.6)

#### แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มป่วยส่วนใหญ่ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 51.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า ทุกกลุ่ม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาโรค อยู่ในระดับสูง มีเพียงการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค ส่วนใหญ่ ทุกกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 4.8

**ตารางที่ 4.8** ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามองค์ประกอบและภาพรวม จำแนกตามกลุ่ม

องค์ประกอบ	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ								
	กลุ่มปกติ (n=448)			กลุ่มเสี่ยง (n=368)			กลุ่มป่วย (n=176)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	368 (82.2)	72 (16.0)	8 (1.8)	296 (80.4)	65 (17.7)	7 (1.9)	137 (77.8)	34 (19.3)	5 (2.9)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	380 (84.8)	63 (14.1)	5 (1.1)	293 (79.6)	74 (20.1)	1 (0.3)	140 (79.5)	35 (19.9)	1 (0.6)
การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาโรค	355 (79.2)	87 (19.4)	6 (1.4)	282 (76.6)	85 (23.1)	1 (0.3)	139 (79.0)	34 (19.3)	3 (1.7)
การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค	137 (30.6)	159 (35.5)	152 (33.9)	116 (31.5)	133 (36.1)	119 (32.4)	59 (33.5)	62 (35.2)	55 (31.3)

องค์ประกอบ	ระดับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ								
	กลุ่มปกติ (n=448)			กลุ่มเสี่ยง (n=368)			กลุ่มป่วย (n=176)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
แบบแผนความเชื่อ	235	207	6	174	191	3	90	83	3
ด้านสุขภาพภาพรวม	(52.5)	(46.2)	(1.3)	(47.3)	(51.9)	(0.8)	(51.1)	(47.2)	(1.7)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณาแต่ละองค์ประกอบรายชื่อ จำแนกตามกลุ่ม พบรายละเอียดดังนี้

#### การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์รายชื่อ พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็มเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.62 คะแนน (SD = 0.62), 4.49 คะแนน (SD = 0.64) และ 4.47 คะแนน (SD = 0.70) ตามลำดับ รองลงมาของทุกกลุ่ม คือ การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.46 คะแนน (SD = 0.57), 4.38 คะแนน (SD = 0.58) และ 4.39 คะแนน (SD = 0.57) ตามลำดับ

#### การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์รายชื่อ พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้วไม่กินยาตามที่แพทย์กำหนดจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.42 คะแนน (SD = 0.63), 4.37 คะแนน (SD = 0.58) และ 4.36 คะแนน (SD = 0.61) ตามลำดับ รองลงมาของทุกกลุ่ม คือ คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วรับประทานอาหารรสเค็ม หรือมีไขมันสูงจะทำให้อาการยิ่งรุนแรงมากขึ้น คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.38 คะแนน (SD = 0.61), 4.29 คะแนน (SD = 0.63) และ 4.31 คะแนน (SD = 0.65) ตามลำดับ

#### การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์รายชื่อ พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การลดอาหาร หวาน มัน เค็มจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.43 คะแนน (SD = 0.56), 4.47 คะแนน (SD = 0.59) และ 4.46 คะแนน (SD = 0.56) ตามลำดับ รองลงมาของทุกกลุ่ม คือ การไปตรวจคัดกรองโรคหรือตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปีจะช่วยทำให้ค้นพบโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้เร็วขึ้น คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 4.41 คะแนน (SD = 0.59), 4.40 คะแนน (SD = 0.55) และ 4.38 คะแนน (SD = 0.64) ตามลำดับ



### การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เมื่อวิเคราะห์รายข้อ พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) มีข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีทำให้เสียเวลามาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.46 คะแนน (SD = 1.25), 3.54 คะแนน (SD = 1.19) 3.40 คะแนน (SD = 1.20) รองลงมาของทุกกลุ่ม คือ แม้จะตั้งใจเลิกบุหรี่แต่เมื่อเห็นเพื่อนหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ก็ห้ามใจไม่ได้ ค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.45 คะแนน (SD = 1.21), 3.41 คะแนน (SD = 1.21) และ 3.39 คะแนน (SD = 1.17) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.9

**ตารางที่ 4.9** ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นรายข้อตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในแต่ละองค์ประกอบ จำแนกตามกลุ่ม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น		
	กลุ่มปกติ (n=448)	กลุ่มเสี่ยง (n=368)	กลุ่มป่วย (n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
1. การรับประทานอาหาร หวานมัน เค็มเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	4.62 (0.56)	4.49 (0.64)	4.47 (0.70)
2. คนที่ขาดการออกกำลังกายหรือออก กำลังกายน้อยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยง การเกิดโรคเบาหวานความดันโลหิต สูง	4.14 (0.74)	4.11 (0.68)	4.02 (0.73)
3. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่ม โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้	4.26 (0.67)	4.14 (0.67)	4.18 (0.65)
4. การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิด โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้	4.13 (0.76)	4.11 (0.72)	3.99 (0.76)
5. คนที่มีภาวะอ้วนลงพุงจะยิ่งเสี่ยงต่อ การเกิดโรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง	4.37 (0.60)	4.30 (0.64)	4.27 (0.63)
6. การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการ รักษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูงได้	4.46 (0.57)	4.38 (0.58)	4.39 (0.57)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น		
	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
7. คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้	4.37 (0.60)	4.26 (0.59)	4.29 (0.61)
8. คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เสียชีวิตหรือพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้	4.34 (0.61)	4.24 (0.57)	4.26 (0.60)
9. คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วรับประทานอาหารรสเค็ม หรือมีไขมันสูงจะทำให้อาการยิ่งรุนแรงมากขึ้น	4.38 (0.61)	4.29 (0.63)	4.31 (0.65)
10. คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยิ่งจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น	4.28 (0.66)	4.14 (0.66)	4.18 (0.65)
11. เมื่อเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้วยังคงสูบบุหรี่ จะยังเป็นการเพิ่มความรุนแรงของโรค	4.22 (0.65)	4.14 (0.65)	4.11 (0.69)
12. คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้วไม่กินยาตามที่แพทย์กำหนดจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น	4.42 (0.63)	4.37 (0.58)	4.36 (0.61)
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
13. การลดอาหารหวาน ไขมัน เค็มจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้	4.43 (0.56)	4.47 (0.59)	4.46 (0.56)
14. การออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น ปั่นจักรยาน วิ่ง ทำสวน ว่ายน้ำ เดินเร็ว หรือเต้นแอโรบิกวันละ 30	4.23 (0.63)	4.18 (0.65)	4.18 (0.70)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น		
	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ช่วย ป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้			
15. การลดการสูบบุหรี่ จะช่วย ลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานได้	3.94 (0.84)	3.86 (0.82)	3.78 (0.87)
16. การลดการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์จะช่วยลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้	4.16 (0.72)	4.08 (0.70)	4.05 (0.69)
17. การไปตรวจคัดกรองโรค หรือตรวจสุขภาพเป็นประจำ ทุกปีจะช่วยให้ค้นพบโรคเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูงได้เร็วขึ้น	4.41 (0.59)	4.40 (0.55)	4.38 (0.64)
18. การไปรับการตรวจรักษาอย่าง สม่ำเสมอจะช่วยลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูงได้	4.38 (0.65)	4.35 (0.59)	4.38 (0.56)
<b>การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
19. การลดอาหาร หวาน มัน เค็มเพื่อให้ปลอดภัยจาก โรคเบาหวาน ความดันโลหิต สูงทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว ในการเตรียมอาหาร	2.99 (1.34)	3.00 (1.36)	2.92 (1.28)
20. การออกกำลังกายอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีทำให้เสียเวลามาก	3.46 (1.25)	3.54 (1.19)	3.40 (1.20)
21. ความเหนื่อยล้าจากการ ทำงาน ทำให้ไม่อยาก ออกกำลังกาย	2.89 (1.21)	3.04 (1.24)	3.02 (1.22)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น		
	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
22. การลดการดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยากเนื่องจากต้องเข้าสังคม	3.41 (1.21)	3.41 (1.22)	3.38 (1.20)
23. แม้จะตั้งใจเลิกบุหรี่แต่เมื่อเห็นเพื่อนหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ก็ห้ามใจไม่ได้	3.45 (1.21)	3.41 (1.21)	3.39 (1.17)
24. การเดินทางไปสถานพยาบาล มีความลำบากมาก การคมนาคมไม่สะดวก ไม่มียานพาหนะ	3.43 (1.20)	3.34 (1.21)	3.40 (1.21)

### 1.3 องค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ในองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ประกอบด้วย ประเด็นการประเมิน 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และ 3) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยประเด็นการประเมินที่ 1 และ 2 ใช้แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เก็บข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และประเด็นการประเมินที่ 3 ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนในชุมชน มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นการประเมินที่ 1 และ 2 จำนวน 5 ตัวชี้วัด พบว่า ตัวชี้วัดที่พื้นที่ดำเนินงานได้ครบทุกแห่ง ทั้ง 8 พื้นที่ จำนวน 1 ตัว จากตัวชี้วัดทั้งหมด (ร้อยละ 20.0) สำหรับตัวชี้วัดที่พื้นที่ยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกพื้นที่ ได้แก่

- มีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน ดำเนินการได้ จำนวน 7 พื้นที่ (ร้อยละ 87.5)
- มีสถานที่เข้าถึงผัก-ผลไม้ปลอดสารพิษ หรืออาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการได้จำนวน 5 พื้นที่ (ร้อยละ 62.5)
- มีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของประชาชนในชุมชน ดำเนินการได้จำนวน 7 พื้นที่ (ร้อยละ 87.5)
- มีการจัดบริการดูแลรักษาเชิงรุกหรือมีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ดำเนินการได้จำนวน 6 พื้นที่ (ร้อยละ 75.0) ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ผลประเมินตัวชี้วัดองค์ประกอบผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ ในพื้นที่ 8 อำเภอ

ประเด็นการประเมิน	จำนวน (พื้นที่)	ร้อยละ
<b>1. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>		
1) มีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน	7	87.5
2) มีสถานที่เข้าถึงผัก-ผลไม้ปลอดสารพิษ หรืออาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ	5	62.5
3) มีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของประชาชนในชุมชน	7	87.5
4) มีการจัดบริการดูแลรักษาเชิงรุกหรือมีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผน พชอ.	6	75.0
<b>2. การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>		
5) มีชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	8	100.0

### ข้อค้นพบประเด็นที่ 1 - 2

1) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีข้อค้นพบเพิ่มเติม ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ทุกพื้นที่ที่มีการจัดทำโครงการ/กิจกรรมในระดับชุมชนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเกิดผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ซึ่งอำเภอที่ดำเนินการผ่านกลไกของ พชอ. และ พชต.(5 พื้นที่) และอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board และได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. (1 พื้นที่) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงฯ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. รพ.สต. โรงเรียน วัด และชุมชน ทำให้ชุมชนจัดการปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี เพราะมีแรงเสริมจากหน่วยงานต่างๆ โดยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ร้านอาหารทางเลือกเพื่อลดโซเดียมในชุมชน การปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษ การปลูกผักสวนครัวรั้วกินได้ การจัดตั้งตลาดชุมชน การสร้างสนามออกกำลังกาย ถนนสายสุขภาพ (เดิน วิ่ง ปั่นลวดอ้วน) สถานศึกษารณรงค์ลดน้กสูบบุหรี่ใหม่ การจำกัดเวลา สถานที่ อายุการเข้าถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และศูนย์สุขใจใกล้บ้าน และเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีชมรมออกกำลังกาย เช่น รำไม้พอง รำวงคองก้า ชมรมเต้นแอโรบิก งานบุญปลอดเหล้า การสร้างเครือข่ายเกษตรกรอินทรีย์ลดหรืองดการใช้สารเคมีทางการเกษตร การสร้างเครือข่ายองค์กรปลอดเหล้า/พื้นที่ปลอดเหล้าเป็นต้น สำหรับอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board และใช้งบประมาณปกติในพื้นที่ดำเนินการ ซึ่งมีอยู่ 2 พื้นที่นั้น (ส่วนอีก 1 พื้นที่ที่ใช้งบประมาณสนับสนุนจาก สสส.) พบว่าการเปลี่ยนแปลงฯ เกิดจากการขับเคลื่อนงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.เป็นส่วนใหญ่ ประชาชนรับรู้

รับทราบการดำเนินงานของชุมชนผ่าน อสม. หรือกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และจะเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน เช่น การมีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนโดยมี อสม. เป็นผู้นำออกกำลังกาย กิจกรรมรณรงค์งานประเพณีมุสลิมในการลดอาหารมัน เค็ม ปีนโตสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เป็นต้น

## 2) พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

### พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทุกกลุ่ม มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มปกติ ร้อยละ 57.8 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 56.8 และ ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง จำแนกตามกลุ่ม

ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (29-36 คะแนน)	31 (6.9)	32 (8.7)	23 (13.1)
ปานกลาง ระหว่างร้อยละ 60 - 79 (22-28 คะแนน)	259 (57.8)	190 (51.6)	100 (56.8)
ต่ำ น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-21 คะแนน)	158 (35.3)	146 (39.7)	53 (30.1)

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร เมื่อจำแนกรายชื่อ โดยชื่อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) มีชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมกินผักหลากหลายชนิดใน 1 วัน (ครบ 5 สี) คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.96 คะแนน (SD = 0.76), 1.86 คะแนน (SD = 0.77) และ 1.80 คะแนน (SD = 0.81) ตามลำดับ ส่วนชื่อคำถามที่เป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้อง พบว่า ทุกกลุ่ม มีชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ พฤติกรรมในการปรุงอาหารแต่ละมื้อ เติมน้ำตาลเพิ่มมากกว่า 1 ช้อนชา คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.18 คะแนน (SD = 0.79), 2.22 คะแนน (SD = 0.81) และ 2.10 คะแนน (SD = 0.83) ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารรายชื่อ จำแนกตามกลุ่ม

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	กลุ่มปกติ (n=448)	กลุ่มเสี่ยง (n=368)	กลุ่มป่วย (n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
1. กินผักหลากหลายชนิดใน 1 วัน (ครบ 5 สี) เช่น ผักบุ้ง กระบี่ ตำลึง ฟัก มะเขือ เทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว สะตอ และอื่นๆ	1.96 (0.76)	1.86 (0.77)	1.80 (0.81)
2. กินผักและผลไม้สด มากกว่า 5 กำมือต่อวัน	1.66 (0.89)	1.54 (0.86)	1.53 (0.82)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ความถี่ในการปฏิบัติ		
	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
3. กินผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน เงาะ น้อยหน่า ลำไย หรืออื่นๆ	1.68 (0.69)	1.71 (0.69)	1.84 (0.68)
4. ดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำ ผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชา กาแฟ ชาเขียว พร้อมดื่ม ชาไข่มุก โยเกิร์ต นมเปรี้ยวหรืออื่น ๆ	1.47 (0.81)	1.63 (0.83)	1.90 (0.81)
5. กินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงมัสมั่น แกงคั่ว กล้วยบวชชี แกงบวช หรือแกงใส่กะทิอื่น ๆ	1.81 (0.62)	1.75 (0.68)	1.89 (0.65)
6. กินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงหรือคอเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมู ย่าง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล แกงฮังเล ใส่อั่ว แกงอ่อมเครื่องใน	1.70 (0.65)	1.71 (0.70)	1.84 (0.67)
7. กินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่ง ทอด กล้วยทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออาหารผัดอื่น ๆ เช่น ผัดไท ผัดซีอิ้ว ผัดผัก	1.75 (0.63)	1.65 (0.73)	1.85 (0.60)
8. กินอาหารกึ่งสำเร็จรูปหรืออาหารที่ผ่านการ ถนอมอาหาร เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง อาหาร หมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า บะหมี่ โจ๊ก สำเร็จรูป ข้าวต้มสำเร็จรูป หรืออื่น ๆ	1.89 (0.66)	1.85 (0.71)	2.02 (0.67)
9. กินขนมกรุบกรอบเป็นซอง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ	2.04 (0.68)	2.08 (0.76)	2.02 (0.74)
10. กินขนมหวานต่าง ๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหม้อแกง ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง หรืออื่น ๆ	1.95 (0.64)	2.02 (0.73)	1.98 (0.74)
11. ในการปรุงอาหารแต่ละมื้อ เติมน้ำตาลเพิ่ม มากกว่า 1 ช้อนชา	2.18 (0.79)	2.22 (0.81)	2.10 (0.83)
12. ในการกินอาหารแต่ละมื้อเติมน้ำปลา/ เกลือ/น้ำปลาพริก/ซีอิ้ว/ซอสมะเขือเทศและ ซอสอื่น ๆ เพิ่ม	1.95 (0.89)	1.88 (0.88)	1.96 (0.85)

### พฤติกรรมการออกกำลังกาย

จากการศึกษา พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายระดับหนัก (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรง และเร็ว) ร้อยละ 67.6 ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 64.8 ตามลำดับ และพบว่า ส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายระดับปานกลาง (การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย) ร้อยละ 86.8 ร้อยละ 84.0 และร้อยละ 80.1 ตามลำดับ และพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายระดับหนัก ส่วนใหญ่ ทุกกลุ่มโดยใช้เวลาในการออกกำลังกายครั้งละ 10 – 20 นาที ร้อยละ 49.2 ร้อยละ 46.5 และ ร้อยละ 53.5 ตามลำดับ และออกกำลังกาย 2 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 59.7 ร้อยละ 60.4 และร้อยละ 61.4 ตามลำดับ และพบว่า การออกกำลังกายระดับปานกลาง ส่วนใหญ่ ทุกกลุ่ม ใช้ระยะเวลาต่อครั้ง 30 นาทีขึ้นไป ร้อยละ 47.8 ร้อยละ 46.4 ร้อยละ 44.0 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ออกกำลังกาย 5 วันขึ้นไป ร้อยละ 68.6 ร้อยละ 67.6 ร้อยละ 64.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำแนกรายกลุ่ม

พฤติกรรม	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
<b>ระดับหนัก</b> (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก วิ่ง/วิ่งเหยาะ เล่นฟุตบอล และ อื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรง และเร็ว)			
- ปฏิบัติ	303 (67.6)	230 (62.5)	114 (64.8)
- ไม่ปฏิบัติ	145 (32.4)	138 (37.5)	62 (35.2)
<b>ระยะเวลาต่อครั้ง</b>	(n=303)	(n=230)	(n=114)
ครั้งละ 20 นาที ขึ้นไป	114 (37.6)	84 (36.5)	40 (35.1)
ครั้งละ 10 - 20 นาที	149 (49.2)	107 (46.5)	61 (53.5)
น้อยกว่า 10 นาที	40 (13.2)	39 (17.0)	13 (11.4)
<b>จำนวนต่อสัปดาห์</b>	(n=303)	(n=230)	(n=114)
3 วันหรือมากกว่า	104 (34.3)	78 (33.9)	38 (34.0)
2 วัน	181 (59.7)	139 (60.4)	70 (61.4)
1 วัน	18 (5.9)	13 (5.7)	6 (5.3)
<b>ระดับปานกลาง</b> (ออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ไร่ไม้พลอง และ อื่น ๆ จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย)			
- ปฏิบัติ	389 (86.8)	309 (84.0)	141 (80.1)
- ไม่ปฏิบัติ	59 (13.2)	59 (16.0)	35 (19.9)
<b>ระยะเวลาต่อครั้ง</b>	(n=389)	(n=309)	(n=141)



พฤติกรรม	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ครั้งละ 30 นาที ขึ้นไป	186 (47.8)	143 (46.4)	62 (44.0)
ครั้งละ 20-30 นาที	145 (37.3)	103 (33.3)	48 (34.0)
น้อยกว่า 20 นาที	58 (14.9)	63 (20.4)	31 (22.0)
<b>จำนวนต่อสัปดาห์</b>	(n=389)	(n=309)	(n=141)
5 วันหรือมากกว่า	267 (68.6)	209 (67.6)	91 (64.6)
3 - 4 วัน	70 (18.0)	57 (18.4)	27 (19.1)
1 - 2 วัน	52 (13.4)	43 (13.9)	23 (16.3)

#### พฤติกรรมการสูบบุหรี่

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มเสี่ยง สูบมากที่สุด ร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 6.9 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ โดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) สูบน้อยกว่า 10 มวน/วัน ร้อยละ 48.4 ร้อยละ 58.3 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.14

#### **ตารางที่ 4.14** พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำแนกตามกลุ่ม

พฤติกรรม	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- สูบ	31 (6.9)	36 (9.8)	11 (6.3)
- ไม่สูบ	417 (93.1)	332 (90.2)	165 (93.8)
<b>จำนวนมวน/วัน</b>	(n=31)	(n=36)	(n=11)
- มากกว่า 30 มวน/วัน	6 (19.4)	1 (2.8)	1 (9.1)
- 21 – 30 มวน/วัน	3 (9.7)	1 (2.8)	1 (9.1)
- 11 – 20 มวน/วัน	7 (22.6)	13 (36.1)	2 (18.2)
- น้อยกว่า 10 มวน/วัน	15 (48.4)	21 (58.3)	7 (63.6)

#### พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ในกลุ่มที่ดื่ม เป็นกลุ่มเสี่ยง ดื่มมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 17.4 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ และพบว่า ความถี่ในการดื่มสุรา ที่พบมากที่สุดในทุกกลุ่มคือ 1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 74.4 ร้อยละ 74.3 และร้อยละ 68.2 ตามลำดับ ปริมาณการดื่มสุราต่อ

วันที่พบมากที่สุด (สุราขาว/เซียงซุน/ยาตองเหล้า/สุราสี) ในกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง คือ 1/4 ขวดใหญ่ หรือ 1/2 แบน ร้อยละ 37.2 และร้อยละ 29.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มสุรากลุ่มนี้ ร้อยละ 36.4 และพบว่า ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อวัน ที่พบมากที่สุดของทุกกลุ่ม คือ วันละ 1 กระป๋อง ร้อยละ 43.6 ร้อยละ 37.8 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ ปริมาณการดื่มเหล้าหมักต่อวันที่พบมากที่สุด คือ ทุกกลุ่มไม่ดื่ม ร้อยละ 60.3 ร้อยละ 63.5 และร้อยละ 72.7 ตามลำดับดังตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกตามกลุ่ม

พฤติกรรม	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
- ดื่ม	78 (17.4)	74 (20.1)	22 (12.5)
- ไม่ดื่ม	370 (82.6)	294 (79.9)	154 (87.5)
จำนวนครั้งของการดื่ม/สัปดาห์	(n=78)	(n=74)	(n=22)
- ทุกวัน	11 (14.1)	10 (13.5)	5 (22.7)
- 5 ถึง 6 วันต่อสัปดาห์	9 (11.5)	9 (12.2)	2 (9.1)
- 1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์	58 (74.4)	55 (74.3)	15 (68.2)
ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน (สุราขาว/เซียงซุน/ยาตองเหล้า/สุราสี)	(n=78)	(n=74)	(n=22)
- ไม่ดื่ม	18 (23.1)	22 (29.7)	8 (36.4)
- 2 ถึง 3 ฝา	17 (21.8)	14 (18.9)	6 (27.3)
- 1/4 ขวดใหญ่ หรือ 1/2 แบน	29 (37.2)	22 (29.7)	3 (13.6)
- 1/2 ขวดใหญ่ หรือ 1 แบน	8 (10.3)	10 (13.5)	4 (18.2)
- 1 ขวดใหญ่ ขึ้นไป	6 (7.7)	6 (8.1)	1 (4.5)
ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อวัน (เบียร์,ไวน์,สาโท)	(n=78)	(n=74)	(n=22)
- ไม่ดื่ม	17 (21.8)	21 (28.4)	7 (31.8)
- 1 กระป๋อง	34 (43.6)	28 (37.8)	8 (36.4)
- 2 ถึง 3 กระป๋อง หรือ 1 ขวดใหญ่	18 (23.1)	15 (20.3)	5 (22.7)
- 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่	4 (5.1)	8 (10.8)	1 (4.5)
- มากกว่า 4 กระป๋อง หรือมากกว่า 2 ขวดใหญ่	5 (6.4)	2 (2.7)	1 (4.5)
ปริมาณการดื่มเหล้าหมัก (กระแช่/สาโท/อุ/สุราพื้นบ้าน) ต่อวัน	(n=78)	(n=74)	(n=22)
- ไม่ดื่ม	47 (60.3)	47 (63.5)	16 (72.7)
- 1/2 ขวดใหญ่	25 (32.1)	22 (29.7)	5 (22.7)

พฤติกรรม	กลุ่มปกติ	กลุ่มเสี่ยง	กลุ่มป่วย
	(n=448)	(n=368)	(n=176)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- 1 ขวดใหญ่ หรือ 2 แก้วครึ่ง	6 (7.7)	5 (6.8)	1 (4.5)
- มากกว่า 1 ขวดใหญ่ หรือมากกว่า 2 แก้วครึ่ง	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

พฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง (เฉพาะกลุ่มป่วย)

จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง ที่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.3 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 ดังตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละระดับพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง (n=176)

ระดับพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง		จำนวน	ร้อยละ
- ระดับสูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป (34-42 คะแนน)	92	52.3
- ระดับปานกลาง	ระหว่างร้อยละ 60 - 79 (26-33 คะแนน)	64	36.4
- ระดับต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60 (0-25 คะแนน)	20	11.3

พฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า พฤติกรรมที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ (6-7วัน/สัปดาห์) มากที่สุด คือ การรับประทานยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูงตรงตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.7 และพฤติกรรมที่มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ (6-7วัน/สัปดาห์) น้อยที่สุด คือ พูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงคนอื่น ๆ ในคลินิกโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 18.2 ดังตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรม การดูแลรักษาตนเอง จำแนกรายข้อ (n= 176)

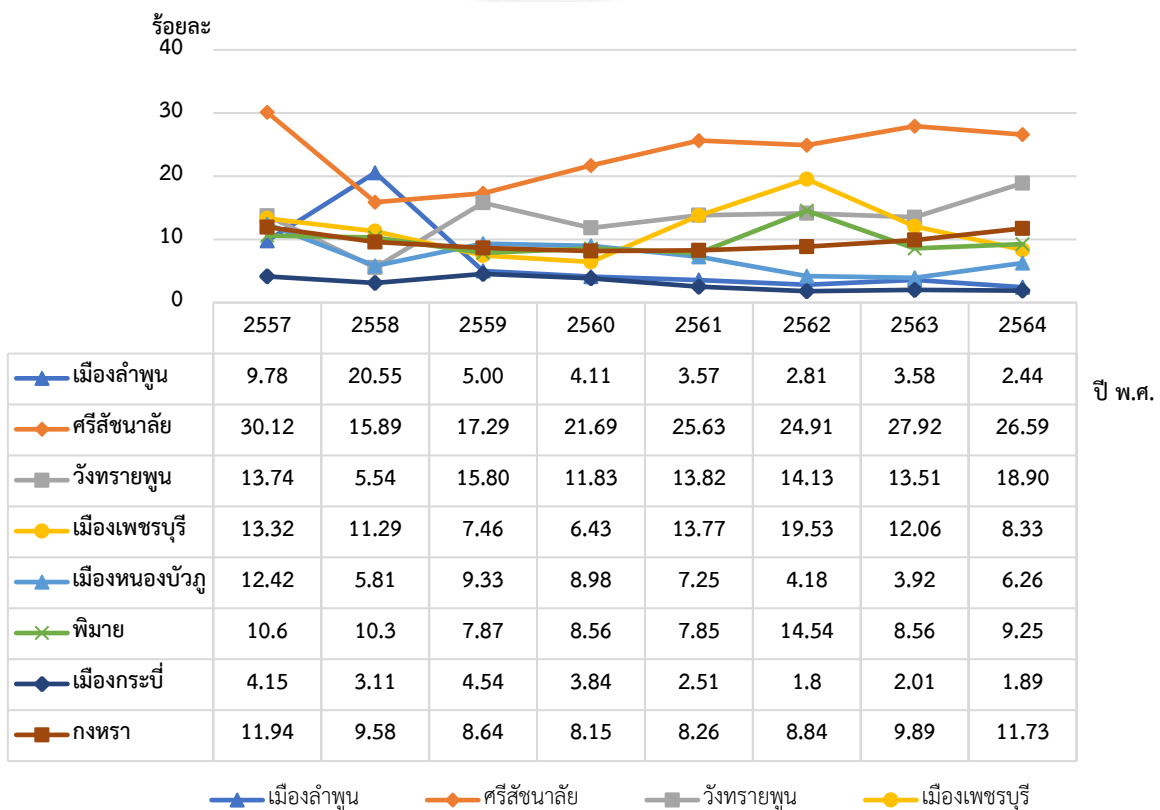
พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ (6-7วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (3-5วัน/ สัปดาห์)	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย
1. อ่านฉลากยาให้เข้าใจก่อนรับประทานยา ทุกครั้ง	144 (81.8)	20 (11.4)	11 (6.2)	1 (0.6)
2. ตรวจสอบวันหมดอายุของยา ก่อน รับประทานยา	127 (72.2)	32 (18.2)	13 (7.4)	4 (2.2)
3. รับประทานยาเบาหวาน ยาความดัน โลหิตสูง ตรงตามคำแนะนำของแพทย์ /เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	149 (84.7)	18 (10.2)	6 (3.4)	3 (1.7)

พฤติกรรม	ความถี่ในการปฏิบัติ			
	สม่ำเสมอ (6-7วัน/ สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (3-5วัน/ สัปดาห์)	บางครั้ง (1-2วัน/ สัปดาห์)	ไม่เคย ทำเลย
4. ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเบาหวานด้วยตนเอง	118 (67.1)	11 (6.2)	9 (5.1)	38 (21.6)
5. รับประทานยาเบาหวาน ยาคความดันโลหิตสูงตรงตามเวลา (ทั้งนี้โรคเบาหวานรวมถึงการ ฉีดอินซูลินเพื่อการรักษาด้วย)	139 (78.9)	25 (14.2)	9 (5.2)	3 (1.7)
6. ไม่ใช้ยาต้ม ยาสมุนไพร ในการรักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง	63 (35.7)	17 (9.4)	22 (12.4)	75 (42.5)
7. ขอเยี่ยมารักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของเพื่อนเมื่อยาของท่านหมด	136 (77.3)	15 (8.5)	8 (4.5)	17 (9.7)
8. พุดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงคนอื่น ๆ ในคลินิกโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง	32 (18.2)	51 (28.9)	78 (44.4)	15 (8.5)
9. ปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ	44 (25.0)	63 (35.8)	60 (34.1)	9 (5.1)
10. สนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ	65 (36.9)	65 (36.9)	43 (24.5)	3 (1.7)
11. ดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เป็นต้น	79 (44.9)	64 (36.4)	32 (18.2)	1 (0.5)
12. ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือ โรคความดันโลหิตสูง	103 (58.6)	51 (28.9)	19 (10.8)	3 (1.7)
13. มีการปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง หรือเคยปรึกษา การปฏิบัติตัว และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย	48 (27.3)	43 (24.4)	55 (31.2)	30 (17.1)
14. ไปพบแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามนัด	139 (78.9)	16 (9.1)	15 (8.6)	6 (3.4)

#### 1.4 องค์ประกอบผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ

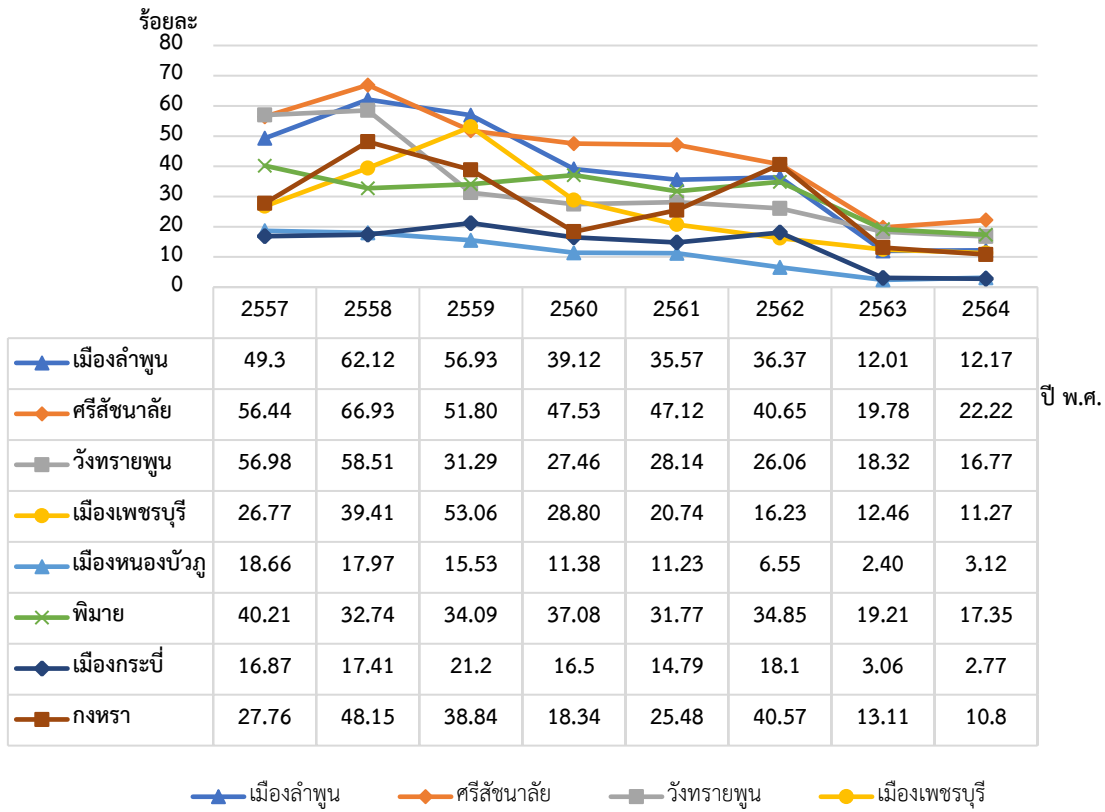
จากการประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564 มีแนวโน้มลดลง แต่พบว่า ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีแนวโน้มคงที่ถึงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2557 – 2564 ในภาพรวมยังไม่คงที่ และพบว่าในพื้นที่อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พขอ. มีแนวโน้มลดลงหลังปี 2561 ที่มีระเบียบสำนักนายกฯ ในการจัดตั้งคณะกรรมการ พขอ. (ภาพที่ 4.1 – 4.4)

ภาพที่ 4.1 ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการคัดกรอง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564

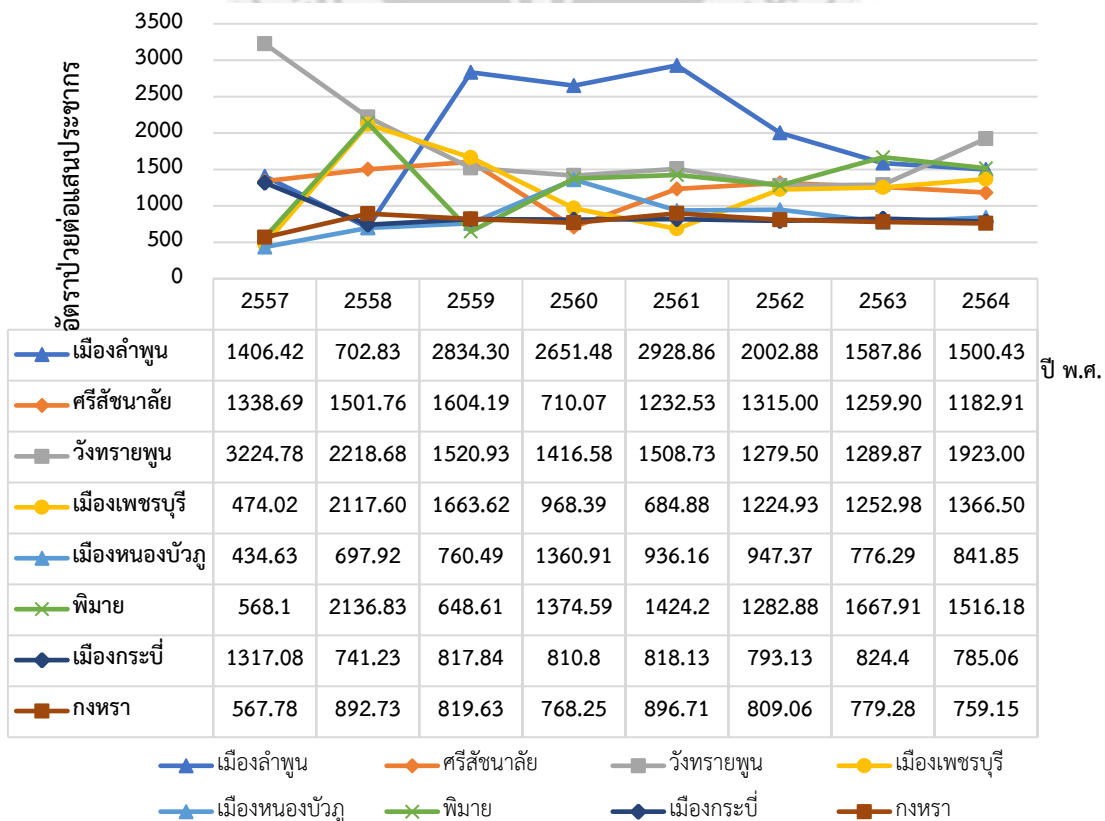


สำนักงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน

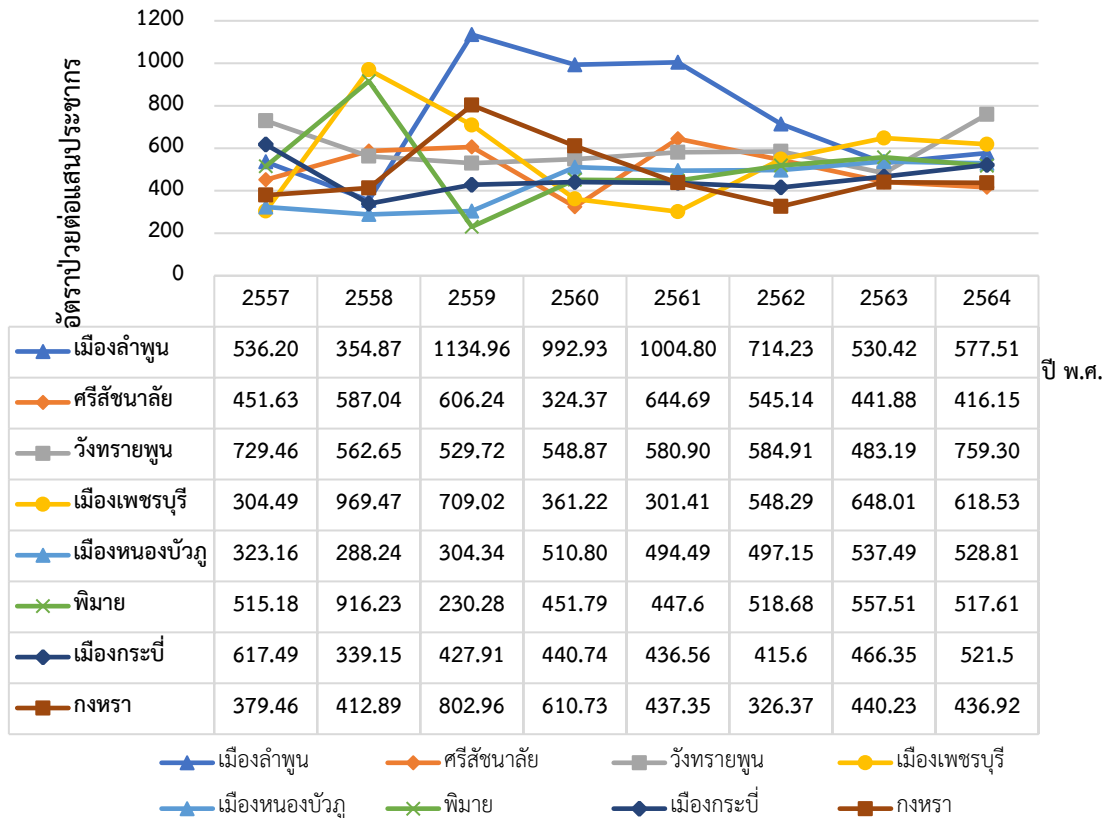
ภาพที่ 4.2 ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรอง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564



ภาพที่ 4.3 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564



ภาพที่ 4.4 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564



#### 4.2 ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่ม

จากการจัดกระบวนการสนทนากลุ่มกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ซึ่งจะนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมใน 2 ประเด็น คือ 1) การบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ 2) ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

##### 2.1 การบริหารจัดการด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

- เป้าหมายการดำเนินงาน หลายพื้นที่ไม่ได้ตั้งเป้าหมายของการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมของอำเภอโดยเฉพาะ แต่เป็นการใช้เป้าหมายการดำเนินงานตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเอาไว้ ตัวอย่างเช่น อำเภอศรีสะเกษ จังหวัดสุโขทัย ได้ให้ความคิดเห็นว่าในการดำเนินงานที่ผ่านมาของอำเภอศรีสะเกษไม่ได้ตั้งเป้าหมาย หรือตัวชี้วัดในประเด็นที่แก้ไขปัญหา แต่เป็นการพิจารณาผลที่ดำเนินการสามารถลดปัญหาจากเดิมได้เท่าไร ยกเว้นในเรื่องของปัญหาสุขภาพจิต (การฆ่าตัวตาย) ที่ได้นำเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน ถึงแม้ว่าพื้นที่อำเภอไม่ได้ตั้งเป้าหมายของตัวชี้วัด แต่ได้คาดหวังผลการดำเนินงานจากการทำโครงการ Smart life project ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ ประชาชนมีความรอบรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรง (ตามแนวคิดของนคร 2ส) ... "ปัจจุบันยังไม่มีการวัดผลลัพธ์ที่ชัดเจนในภาพของระดับอำเภอ แต่ในระดับตำบลมีการติดตามและเก็บผลการดำเนินงานของแผนงาน/โครงการที่กำหนดไว้"... สำหรับอำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ตั้งเป้าหมายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคฯ ดังกล่าว ประกอบด้วย 1) ร้อยละ 90 ได้รับการคัดกรอง

เบาหวาน และความดันโลหิตสูง 2) อัตราป่วยรายใหม่เบาหวานลดลง ร้อยละ 5 3) ความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 2.5 4) ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และ 5) ร้อยละ 50 ควบคุมระดับความดันได้ดี ดังความคิดเห็นดังนี้

ปลัดอำเภอ “ได้มีการนำประเด็นต่าง ๆ มาผนวกรวมกัน เพื่อขับเคลื่อนไปด้วยกันหลาย ๆ มิติ ทั้งด้านความเป็นอยู่ รายได้ การศึกษา สุขภาพ และการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐ โดยจะเน้นการแก้ปัญหาจากต้นเหตุ ปรับทัศนคติรายบุคคล อนุกรรมการจะเน้นด้านความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย และมีติรายได้ ด้านที่อยู่อาศัย บมจ. ได้บันทึกความร่วมมือที่จะแก้ไขปัญหาความยากจน เป้าหมายการทำงานของอำเภอเรา คือ ประชาชนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี”

สาธารณสุขอำเภอ “เนื่องจากประเด็นโรคไม่ติดต่อเป็นประเด็นหลักในการดำเนินงานของจังหวัดลำพูน โดยขับเคลื่อนแบบภาพรวม ทีมเทศบาลเข้มแข็งมีการดำเนินงานคู่ขนานร่วมกับทีม รพสต. และทางทีมผู้บริหารท้องถิ่น เป็นคนที่มีวิสัยทัศน์เกี่ยวกับด้านสุขภาพค่อนข้างจะดี และยังเป็นผู้ที่รับถ่ายโอน รพสต. ไปจำนวนหนึ่ง มีแนวทางที่จะขับเคลื่อนโดยมีเป้าหมาย ในกลุ่มปกติไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่ให้อายุให้มากขึ้น แนวทางการรักษา คือ จะรับผู้ป่วยมาดูแลและฟื้นฟู แต่การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มปกติไม่ให้เป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงไม่ให้อายุ ยังไม่เข้มแข็ง เป็นประเด็นที่จะนำไปพัฒนาต่อไป”

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล “การป้องกัน NCD เน้นการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย เพื่อไม่ให้ขัดต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของเขา ในเรื่องของงบประมาณจะใช้งบประมาณต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุนมา ซึ่งถ้าหากทางตำบล หรืออำเภอต้องการการสนับสนุน ก็จะได้รับการสนับสนุนจากภาคส่วนเอกชน หรือภาคส่วนของชุมชนมาร่วม”

- การบรรลุเป้าหมายของการดำเนินงานที่ผ่านมา ความสำเร็จของงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่ในแต่ละอำเภอ มีความหลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่นั้นๆ ตัวอย่าง เช่น อำเภอศรีสัชชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ได้ให้ความคิดเห็นว่าอำเภอศรีสัชชนาลัยไม่ได้ตั้งตัวชี้วัดระดับอำเภอ แต่พื้นที่ระดับตำบลจะเก็บผลการดำเนินโครงการของพื้นที่เอง ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงของมาตรการ นโยบายต่างๆ และการปรับสภาพแวดล้อมของอำเภอ เช่น มีนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับตำบล มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ มีสนามออกกำลังกายที่ประชาชน พ่อค้า แม่ค้าในพื้นที่ร่วมกันสร้างและพัฒนา จำนวน 2 แห่ง คือ สนามกีฬาในโรงเรียนเมืองเซียงดำเงินการติดตั้งแผง solar cell งบประมาณ 250,000 บาท และสนามกีฬาใน อบต.ดงคู่ ติดตั้งแผง solar cell งบประมาณ 160,000 บาท เพื่อให้ประชาชนมีพื้นที่ออกกำลังกายในช่วงเย็น นอกจากนี้การดำเนินงานโครงการ Smart life project ส่งผลดีต่อโครงการ To be number one โดยอำเภอศรีสัชชนาลัยมีผลการดำเนินงานอยู่ใน 5 ลำดับแรกของประเทศไทย สำหรับในภาคส่วนเอกชนพบว่า โครงการ Smart life project ขยายผลเข้าไปในโรงงานน้ำตาลและบริษัทบ้านทองสมสมัย ทำให้ได้รับรางวัลสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข ในเวลาต่อมา สำหรับการจัดทำแผนงาน/โครงการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องในอำเภอนั้น พบว่า ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2565 มีจำนวน 168 โครงการ คิดเป็นงบประมาณทั้งสิ้น 2,811,050 บาท ซึ่งโครงการดังกล่าวได้เกิดขึ้นต่อเนื่องทุกปี



และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เห็นความสำคัญ ให้งบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี ได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน ซึ่งผลลัพธ์ของโครงการทำให้ระหว่าง ปี พ.ศ.2561 – 2565 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตในทุkmหมู่บ้านของอำเภอเมือง ได้มากกว่าร้อยละ 90 จัดกิจกรรมการส่งเสริมการออกกำลังกายของประชาชนในทุkmหมู่บ้าน ส่งเสริมกิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม เต็มเต็มผักและผลไม้ในชุมชน และกิจกรรมค้นหาบุคคลต้นแบบองค์กรต้นแบบด้านสุขภาพอนามัยเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในหมู่บ้านต้นแบบ เป็นต้น ดังความคิดเห็นดังนี้

นายอำเภอ “การดำเนินงานของ พชอ. คือ ทำอย่างไรที่เราจะสามารถสร้างการรับรู้ สร้างบทบาทสร้างภารกิจ สร้างกลไกของบุคลากรทีมขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งในทุกๆ ระดับ ปัจจุบันจังหวัดหนองบัวลำภูได้รับเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ซึ่งก็จะมีภารกิจหน้าที่ที่ต้องป้องกัน บำบัดรักษาปราบปราม แต่การประสานงานเชิงระบบยังติดขัด วิธีการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายนั้น เราต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงาน ทีมงานของแต่ละตำบล และสร้างครู ก ครู ข ลงไปขับเคลื่อนงานในพื้นที่ ต้องสร้างการรับรู้ ความเข้าใจให้เป็นแนวเดียวกันในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่เพื่อไม่ให้เกิดการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อนกัน”

สาธารณสุขอำเภอ “การถ่ายทอดนโยบายลงมาสู่การปฏิบัติเป็นการสื่อสารที่ไม่ละเอียด เกิดความผิดพลาดทางการสื่อสาร เกิดปัญหา กับ พชอ. ปัจจุบันคุณภาพชีวิตไม่เวิร์ค เช่น หากจะดำเนินงานเบาหวานก็จะมาสำรวจข้อมูลกลุ่มเบาหวานในพื้นที่ เป็นกลุ่มคนที่ถ้าหากมีคนคอยกำกับดูแล การประพฤติ ปฏิบัติตนของผู้ป่วยก็จะดี ควบคุมน้ำตาลได้ดี หากไม่ได้รับการดูแลก็จะไม่ใส่ใจในการปฏิบัติตน หรือดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้เกิดนโยบายที่ต้องไปดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งการดำเนินงานด้านนี้ในระยะยาวไม่ค่อยได้ผลดีเท่าไร ควรจะมานั่งเรื่องคุณภาพชีวิตมากกว่าว่าจะให้ผู้ป่วยอยู่กับโรคเบาหวานอย่างไรให้มีความสุข ต้องสร้างจากข้างในให้เกิดความตระหนักรู้ด้วยตนถึงจะแก้ปัญหาอย่างยั่งยืน ปัจจุบันการกำหนดประเด็นปัญหายังไม่สอดคล้องกับพื้นที่ แต่ทุกพื้นที่มีความพร้อมด้านบุคลากร อีกเรื่อง คือ ความยั่งยืน เป็นเรื่องที่ดีที่ [ระบุงจังหวัด] เน้นเรื่องการเยี่ยมเสริมพลัง เพราะส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งแง่ว่าทำไมพื้นที่นี้ทำงานไม่ดี เปลี่ยนเป็นไปเยี่ยมพื้นที่ที่มีผลงานเด่น ทำงานดี เพื่อเป็นการเชียร์และให้กำลังใจ ส่วนตำบลที่ทำผลงานไม่ดี เมื่อก่อนจะไม่ค่อยอยากเข้าร่วมกิจกรรม เมื่อได้ผ่านการเยี่ยมเสริมพลังแล้ว ตอนนีดีขึ้น”

ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล “ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะให้รูปแบบกิจกรรม และทางกลุ่มที่ปฏิบัติงานจะออกแบบการติดตามผลงานเอง เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย ก่อนเริ่มกิจกรรมจะมีบันทึกข้อมูลผู้ร่วมกิจกรรม ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต ก่อนดำเนินการและหลังดำเนินการ 3 เดือน จะมีการบันทึกข้อมูลตามที่ได้บันทึกก่อนการดำเนินการ หลังจากนั้นจะมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วม ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหาร เป็นต้น หลังเสร็จสิ้นการดำเนินการจะสรุปผลให้คณะกรรมการ พชต. รับทราบ และมีการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อ NCD Board ด้วย เวทีสรุปผลการดำเนินงานหลังการดำเนินงาน ปัญหา NCD โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ดำเนินโครงการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ อสม. ทางด้านชุมชน หรือหมู่บ้านจะเป็นผู้สนับสนุน งบประมาณหลักจะได้จาก สปสช. และมีงบประมาณที่ขอเพิ่มเติมจาก สสส. การดำเนินงานแต่ละโครงการนั้นเมื่อถึงช่วงสิ้นปีงบประมาณจะมีการจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อดู

ว่าการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายก็เปอร์เซ็นต์ มีปัญหาอุปสรรคอะไรใหม่ มีประเด็นที่จะต้องดำเนินการต่อที่ประเด็น”

## 2.2 ปัจจัยความสำเร็จการดำเนินงานภาพรวมระดับอำเภอ

ปัจจัยความสำเร็จในพื้นที่ที่มีขับเคลื่อนโดยกลไก พชอ. จะมีความคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะภาวะการนำและภาวะผู้นำของนายอำเภอ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดการบูรณาการงานของด้านสาธารณสุขไปยังหน่วยงานภาครัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน และภาคประชาชนอย่างเข้าใจ และมีความรู้สึกการเป็นเจ้าของร่วมกัน รวมทั้งงานด้านอื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมทั้งการให้ความร่วมมือการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงานทั้งพื้นที่ระดับอำเภอและตำบล ดังความคิดเห็นดังนี้

นายอำเภอ “การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เป็นภาระหน้าที่ของผู้นำทุกคน เป็นโจทย์ที่ท้าทายการทำงาน แต่นายอำเภอทำคนเดียวไม่ได้หรอก ต้องอาศัยคนอื่นทำ แต่จะอย่างไรที่เราจะสามารถสร้างการรับรู้ สร้างบทบาท สร้างภารกิจ สร้างกลไกของบุคลากรทีมขับเคลื่อนงานให้เข้มแข็งในทุกๆ ระดับ”

ปลัดอำเภอ “การบูรณาการดำเนินงานด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมจากเครือข่าย เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ [ระบุดำเภอ] โรงพยาบาลอำเภอ [ระบุดำเภอ] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด[ระบุดำจังหวัด] และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค [ระบุดำเขต ระบุดำจังหวัด] ร่วมลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงาน สนับสนุนสื่อให้แก่พื้นที่ ก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้งานในพื้นที่เข้มแข็ง”

สาธารณสุขอำเภอ “ความสำเร็จของทำงาน คือ การระดมทรัพยากร อุปกรณ์ ระดมทุนบริจาคจากชุมชนเอง แล้วก็มีภารกิจสุขภาพของประชาชนชาวบ้าน เช่น กลุ่มคุณครูเกษียณอายุ นำเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลประชาชนในชุมชน ”

ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) “การมีส่วนร่วมดำเนินการของ พชต. และ พชม. ที่เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทำให้เกิดพลังการทำงานของ พชอ. เพิ่มขึ้น เช่น ประชาสัมพันธ์ในชุมชน สื่อสารความเข้าใจให้แก่ประชาชน ร่วมจัดทาสสนับสนุนอุปกรณ์ และร่วมคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยชุมชนเอง ผ่านการจัดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชน”

ตัวแทนองค์กรปกครองท้องถิ่น “นายก อบต. มีนโยบายและวิสัยทัศน์การทำงานที่ให้ความสำคัญการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกเรื่อง และพร้อมให้การสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณอย่างเต็มที่”

ตัวแทนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) “การผลักดันให้เกิดการปฏิบัติตามนโยบายของอำเภอนั้นจะต้องมีการจัดการเครือข่ายที่ดี และเข้มแข็ง ดึงศักยภาพเครือข่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้นำชุมชน อสม. วัด พม. นอกจากนี้การมีผู้นำเข้มแข็งคือนายอำเภอในการผลักดันแผนทั้งจากอำเภอ ไปยังตำบล หมู่บ้าน จากบนลงล่าง ก็เป็นปัจจัยเบื้องต้นของความสำเร็จในการทำงานของพื้นที่”

### 4.3 ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาจากกระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)

จากการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการเทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นขั้นตอนการวิเคราะห์ความคิดเห็นที่สอดคล้องและไม่สอดคล้องกัน ในกลุ่มคณะกรรมการ พชอ. และคณะกรรมการ พชต. เพื่อแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย โดยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความคิดเห็นสอดคล้องในข้อคำถามจำนวนทั้งหมด 54 ข้อ ไปในทิศทางเดียวกัน คือ เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 42 ข้อ และเห็นด้วยมาก จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ คณะกรรมการ พชอ. มีการกำหนดนโยบายสาธารณสุขระดับอำเภอเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ และรับฟังจากเวทีประชาคมประกอบการกำหนดนโยบาย (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 2) คณะกรรมการ พชอ. มีกลไก/คณะทำงานในการจัดทำแผนงาน/โครงการระดับอำเภอ โดยใช้ข้อมูลและการร่วมคิดวิเคราะห์จากทุกฝ่ายที่ครอบคลุมด้านต่าง ๆ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 3) อำเภอมีการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงานฯ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 4) กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวน ปรับปรุงพัฒนาต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงานฯ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 5) คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชต. คณะกรรมการ พชม./ คณะกรรมการหมู่บ้าน สรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่างๆ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 2.0) 6) อำเภอมีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดบริการคัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงฯ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 7) อำเภอมีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยฯ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 8) อำเภอมีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 9) อำเภอมีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจาก การรับฟังเวทีสาธารณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 10) อำเภอมีข้อตกลงทางสังคม พันธะทางสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) 11) คณะกรรมการ พชอ. / คณะกรรมการ พชต. มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และ มาตรการทางสังคมเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบล และหมู่บ้าน (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) และ 12) คณะกรรมการ พชอ. / คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชต. มีความรู้ ทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย การบริหาร อำนวยการ ขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการการฯ (ค่ามัธยฐาน = 4 ค่าพิสัยอินเตอร์ควอไทล์ = 1.0) ดังตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย กลไก พขอ. ของคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พชต. ในพื้นที่ 8 อำเภอ (n = 80)

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
<b>โครงสร้าง และกลไกการบริหารงานของ พขอ. ต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
1. คณะกรรมการ พขอ. มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ ประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทำหน้าที่ถ่ายทอด นโยบาย พขอ. สู่พื้นที่เพื่อนำไปปฏิบัติและรับ นโยบายจากพื้นที่เสนอต่อคณะกรรมการ พขอ.	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
2. อำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ (NCD Board) แยกเฉพาะเพื่อขับเคลื่อน งานโรคไม่ติดต่องสู่ระดับตำบลและชุมชน และ เชื่อมประสานกับ พขอ.	5	0.0	เห็นด้วยมากที่สุด
3. คณะกรรมการ พขอ. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ พชต. เพื่อนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปปฏิบัติ และรายงานผลการปฏิบัติงานไปยังคณะกรรมการ พขอ. ผ่านคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
4. คณะกรรมการ พชต. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) หรือ คณะกรรมการระดับหมู่บ้าน (กม.) เพื่อส่งเสริมการ นำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปปฏิบัติในระดับ หมู่บ้าน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
5. อำเภอเกิดระบบหรือกลไกการส่งการจากประธาน คณะกรรมการพขอ.ไปยังคณะอนุกรรมการแต่ละ ประเด็นรวมทั้งคณะกรรมการ พชต. และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
6. กลไกการดำเนินงานของ NCD Board จะเน้นงาน ที่มาจากนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนมาก ให้ ความสำคัญในการสร้างความรู้และงานบริการ สุขภาพร่วมกับ อสม.เป็นหลัก	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
7. คณะกรรมการ พขอ.อำนวยความสะดวกให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหา โดยสร้างพื้นฐานความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการแก้ไขปัญหา กระจายไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
<b>การกำหนดนโยบาย แผนงาน และการติดตามประเมินผลของ พขอ.</b>			
8. คณะกรรมการ พขอ. มีการกำหนดนโยบาย สาธารณะระดับอำเภอเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ และรับฟังจากเวทีประชาคมประกอบการกำหนดนโยบาย เช่น นโยบายการออกกำลังกาย การลดอาหารเค็ม การลดละเลิกการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น	4	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
9. อำเภอมีนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารลดเสี่ยง การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ เป็นต้น	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
10. คณะกรรมการ พขอ. มีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในระดับอำเภอและตำบล ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอโดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ พขอ.	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
11. อำเภอมีรูปแบบการจัดทำแผน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมโดย พขอ. และรูปแบบการจัดทำแผนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ (NCD Board)	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
12. คณะกรรมการ พขอ. มีกลไก/คณะทำงานในการจัดทำแผนงาน/โครงการระดับอำเภอ โดยใช้ข้อมูลและการร่วมคิดวิเคราะห์จากทุกฝ่ายที่ครอบคลุมด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุม	4	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
13. อำเภोजัดทำแผนโดย NCD Board จะทำการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกับ พชต. และ รพ.สต. และนำเสนอผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประสานแผนดำเนินการร่วมกับ พขอ.	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
14. อำเภोजัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการที่พัฒนาจาก พขอ.จะได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนมาตรการจากภาคีเครือข่าย พชต. อปท. ภาคเอกชน และชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
15. การจัดทำโครงการระดับตำบลจะนำเสนอผ่านเวทีประชาคม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล สสส. และการจัดกิจกรรมระดมทุนของชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
16. อำเภอมีกกลไกการติดตามประเมินผล ผ่าน คณะอนุกรรมการฯ หรือ NCD Board โดยจะติดตามผลการปฏิบัติงานร่วมกับ พชต. และรายงานไปที่ประชุม พขอ. ทราบ	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
17. อำเภอมีกการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
<b>กลไกขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
18. อำเภอมีกกลไกการถ่ายทอด/สื่อสารนโยบาย แผนงาน ผ่านคณะกรรมการ พขอ./อนุกรรมการ/คณะกรรมการ พชต.และผ่านการประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยทั้ง 2 ช่องทาง นำสู่ระดับชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
19. คณะกรรมการ พขอ. มีการประสานแผนการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับอำเภอลงมาสู่พื้นที่ระดับตำบลหรือหมู่บ้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบและต่อเนื่อง	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
20. รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดทำแผนระดับตำบล และเป็นผู้เชื่อมโยงในการนำนโยบายของ พชอ. มาวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
21. คณะกรรมการ พชอ. มีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
22. กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวน ปรับปรุงพัฒนา ต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	1.0	เห็นด้วยมาก
<b>การสรรหาทรัพยากรเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
23. คณะกรรมการ พชอ. มีการบูรณาการทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุ และอุปกรณ์) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4.5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
24. คณะกรรมการ พชต. มีการบูรณาการทุนจากกองทุนต่างๆ ในตำบลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
25. คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชต. คณะกรรมการ พชม./คณะกรรมการหมู่บ้าน สรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่างๆ เช่น จัดวิ่งการกุศล กิจกรรมทอดผ้าป่า	4	2.0	เห็นด้วยมาก
<b>การพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
26. อำเภอมีแผนการจัดบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน โดยการมีส่วนร่วมทุกตำบลทั้งอำเภอ และมี รพ.สต.เป็นหน่วยงานหลัก	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
27. รพ.สต. เช่นหน่วยงานหลักระดับตำบลในการ ขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ ร่วม อสม.	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
28. อำเภอที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พชอ./พชต. อสม.สามารถจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสามารถ ดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
29. อำเภอมีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน การจัดบริการคัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่ม ประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	1.0	เห็นด้วยมาก
30. อำเภอมีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิใน การจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	4	1.0	เห็นด้วยมาก
31. อำเภอมีรูปแบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วย โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการ ปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
32. อำเภอมีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ใน การคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่าย ของประชาชน	4	1.0	เห็นด้วยมาก
33. อำเภอมีการใช้ข้อมูล นวัตกรรมหรือเทคโนโลยี ต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เช่น ใช้แอปพลิเคชันของ สมาร์ทโฟนในการให้ความรู้ ติดตามอาการของ ผู้ป่วย การจัดทำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<b>มาตรการทางกฎหมายและทางสังคม</b>			
34. อำเภอมีการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบผ่านกลไกของเจ้าพนักงานตามกฎหมายใน สถานที่ที่กฎหมายกำหนด	5	2.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด



ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
35. ในระดับชุมชนการบังคับใช้กฎหมาย จะเป็นการขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมาย	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
36. อำเภอมีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจาก การรับฟังเวทีสาธารณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพ	4	1.0	เห็นด้วยมาก
37. อำเภอมีข้อตกลงทางสังคม พันธะทางสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	1.0	เห็นด้วยมาก
38. อำเภอมีความร่วมมือและการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
39. คณะกรรมการ พขอ. / คณะกรรมการ พชต. มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบล และหมู่บ้าน	4	1.0	เห็นด้วยมาก
40. คณะกรรมการ พขอ. มีการใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชน เช่น การระดมทุน การใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชน การใช้ทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น งานศพ ปลอดภัย รำวงออกกำลังกาย เป็นต้น	4.5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
41. มาตรการ/ข้อตกลงระดับชุมชนที่ผ่านการรับฟังความต้องการของประชาชนก่อนนำมาปฏิบัติในหมู่บ้านจะสามารถขยายผลไปพื้นที่ตำบลข้างเคียง โดยผ่านกลไก พขอ. และ พชต.	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
<b>ความรู้ ทักษะในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน</b>			
42. คณะกรรมการ พขอ. / คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการ พชต. มีความรู้ ทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบาย การบริหาร	4	1.0	เห็นด้วยมาก

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
<p>อำนวยการ ขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงในระดับอำเภอสู่การปฏิบัติในระดับตำบลและ หมู่บ้าน</p>			
<p>43. คณะกรรมการ พชอ.จากหน่วยงานอื่นจะได้ รับทราบปัญหา และการจัดการความรู้ผ่านการ ประชุม แต่ยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอ ในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุม โรคได้มากนัก</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<p>44. การจัดการข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการ ตัดสินใจของนายอำเภอ ยังขาดความเชื่อมโยงการ อธิบายข้อมูลสถานะทางสุขภาพและปัจจัยกำหนด สุขภาพต่างๆ รวมทั้งมิติด้านคุณภาพชีวิตอื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<p>45. กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มี ความรู้ ทักษะในการขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในพื้นที่</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<p>46. ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความรู้ ทักษะในการ ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาลด ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจาก สสส. และแหล่งทุน ต่างๆ</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<b>การจัดการความรู้ สื่อสารความเสี่ยง</b>			
<p>47. อำเภอมีการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงเพื่อการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้กับประชาชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<p>48. การถ่ายทอดความรู้และสื่อสารประเด็นต่างๆ ยัง เป็นหน้าที่ของ รพ.สต. และ อสม. เป็นหลัก โดยเน้น การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด
<p>49. การสื่อสารความรู้ผ่านโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางที่ เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และ สร้างการรับรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น</p>	5	1.0	เห็นด้วยมาก ที่สุด

ประเด็น	ค่า มัธยฐาน (Median)	ค่าพิสัย อินเตอร์ควอ ไทล์ (IQR)	ความหมาย
<b>สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>			
50. อำเภอมีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
51. อำเภอมีสถานที่เข้าถึงอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) รวมทั้ง ผักผลไม้ ที่ปลอดภัย หาร่างราคาสมเหตุสมผล	5	2.0	เห็นด้วยมากที่สุด
52. อำเภอมีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึงการสูบบุหรี่ การดื่มสุราของประชาชนในชุมชน	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
53. อำเภอมีการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเชิงรุกหรือมีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผนของคณะกรรมการ พขอ.	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด
54. อำเภอมีชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น งานบุญปลอดเหล้า องค์กร/สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น	5	1.0	เห็นด้วยมากที่สุด

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

## บทที่ 5

### สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของภาคีหลายภาคส่วนซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทสำคัญ โดยระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2563 พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้เลือกประเด็นเพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชน ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บทางถนน และผู้สูงอายุ มาเป็นอันดับ 1 ทั้ง 3 ปี (อยู่ระหว่างร้อยละ 38.50 - 55.00) รองลงมา คือ การจัดทำโครงการในประเด็นกลุ่มขยะ สิ่งแวดล้อมและอาหารปลอดภัย (อยู่ระหว่างร้อยละ 27.04 - 37.30) (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย, 2563) ทั้งนี้จากรูปแบบการขับเคลื่อนงานของ พชอ. และการเลือกประเด็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ (โดยแต่เดิมหน่วยงานสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักและดูแลอย่างครบวงจร) นำมาแก้ไขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถของชุมชน พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับระบบบริการสุขภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) แต่ยังคงการประเมินผลการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. จึงเป็นสาเหตุให้กรมควบคุมโรค โดยสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ให้ความสำคัญที่คณะวิจัยต้องทำการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยการนำรูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention (SMOC) (Spencer B. et al., 2007) มาประยุกต์ใช้ มีองค์ประกอบในการประเมิน 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) การพัฒนามาตรการ 2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ 3) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และ 4) สถานะทางด้านสุขภาพของประชาชน โดยสุ่มเลือกอำเภอตามเกณฑ์ จำนวน 8 อำเภอ ครอบคลุมพื้นที่ 4 ภูมิภาค ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2565 - มีนาคม พ.ศ.2566 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 992 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 80 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 80 คน ร่วมกับประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถามและแบบประเมินเอกสาร ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

#### ผลการวิจัย

##### 5.1.1 ผลลัพธ์ด้านการพัฒนามาตรการ

จากการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินตัวชี้วัด ซึ่งมีจำนวน 15 ตัวชี้วัด พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ มีการดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัด 12 ตัวชี้วัด จากทั้งหมด 15 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 80.0) และมีข้อค้นพบ ดังนี้

การพัฒนาาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ. ผลการศึกษา มีดังนี้

**โครงสร้างและกลไกการบริหารงานของคณะกรรมการ พชอ.ต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง** พบว่า พชอ. 5 ใน 8 พื้นที่ (ร้อยละ 62.5) ประธาน พชอ. ได้จัดตั้งคณะอนุกรรมการประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อเชื่อมโยงการปฏิบัติงานระดับอำเภอลงสู่ระดับตำบลผ่าน พชต. สำหรับพื้นที่อื่นอีก 3 พื้นที่นั้นมี NCD Board ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างอำเภอและตำบล และพบว่าระดับตำบลทุกแห่งมีการจัดตั้ง พชต. โดยมีโครงสร้างสอดคล้องกับ พชอ. ซึ่ง พชต. เกือบทุกพื้นที่ (7 พื้นที่) จะดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ในการรับนโยบายจาก พชอ. มาดำเนินการขับเคลื่อนงานและรายงานผลการปฏิบัติงานไปยัง พชอ. ผ่านคณะอนุกรรมการฯ

**การกำหนดนโยบายของอำเภอ แผนงาน และการติดตามประเมินผล** พบว่า พชอ. ทั้ง 8 พื้นที่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมและนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมของ พชอ. โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับอำเภอและตำบล (8 พื้นที่) ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมของประชาชน (6 พื้นที่) และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (8 พื้นที่) มาร่วมวิเคราะห์ ภายหลังจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถูกกำหนดเป็นประเด็นนโยบายการแก้ไขระดับอำเภอแล้ว พบว่าทุกพื้นที่ มีแผนงานแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่ง พชอ. จะมีการจัดทำกรอบแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ (5 พื้นที่) โดยจัดทำเป็นโครงการระดับอำเภอ (3 พื้นที่) และจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ ระดับอำเภอ (2 พื้นที่) เพื่อนำไปใช้ถ่ายทอดลงสู่ระดับตำบล สำหรับพื้นที่อำเภอที่จัดทำแผนโดย NCD Board (3 พื้นที่) จะทำการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับ พชต. และ รพ.สต. และนำเสนอผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประสานแผนดำเนินการร่วมกับ พชอ. และในระดับตำบลเมื่อ พชต. ได้รับนโยบาย กรอบแนวทางการดำเนินงาน จะจัดทำโครงการระดับตำบลผ่านเวทีประชาคม และได้รับงบประมาณสนับสนุนการขับเคลื่อนจากกองทุนสุขภาพตำบล (8 พื้นที่) และ สสส.(1 พื้นที่) และชุมชนยังสามารถสรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่าง ๆ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานนั้นคณะอนุกรรมการฯ หรือ NCD Board จะติดตามผลการปฏิบัติร่วมกับ พชต. และรายงานไปที่ประชุม พชอ. ทราบอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง

**แผนการพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ.** พบว่า ทุกพื้นที่จะมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานที่กระทรวงกำหนด และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจาก อปท. ในส่วนของบทบาททางวิชาการของ รพ.สต. นั้นหลายแห่ง (5 พื้นที่) เกิดแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ สำหรับการคัดกรองรวมถึงการใช้ข้อมูล/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดบริการดูแลรักษา

**การพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ.** พบว่า มีแผนการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุราในพื้นที่ สำหรับมาตรการด้านสังคมในบางพื้นที่ พชอ. จะนำนโยบายระดับจังหวัดของหน่วยงานต่าง ๆ และระดับอำเภอ แปลงสู่การเป็นนโยบายสาธารณะ วางแนวทางปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมและมาตรการทางสังคมลงสู่ชุมชน หลายพื้นที่ได้มีมาตรการหรือข้อตกลงสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการจัดทำกิจกรรมตามโครงการต่าง ๆ ในระดับชุมชนและผ่านการรับฟังความต้องการของประชาชนก่อนนำมาตรการดังกล่าวมาปฏิบัติในหมู่บ้าน

**แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน** พบว่า การถ่ายทอดความรู้และสื่อสารประเด็นต่าง ๆ ยังเป็นหน้าที่ของ รพ.สต.

และ อสม. เป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (8 พื้นที่) แต่พื้นที่บางแห่ง (2 พื้นที่) มีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และมีการติดตาม วัด และประเมินผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับการถ่ายทอดความรู้ พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสม. ดำเนินการผ่าน 4 ช่องทางหลัก ได้แก่ 1) สื่อบุคคล 2) สื่อออนไลน์ โดยพบว่าการสื่อสารความรู้ผ่านโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น 3) สื่อผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน และ 4) สื่อประชาสัมพันธ์

### 5.1.2 ผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ

จากการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินตัวชี้วัด ซึ่งมีจำนวน 27 ตัวชี้วัด พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ มีการดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัด 11 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 45.8) และมีข้อค้นพบ ดังนี้

#### ระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

*สมรรถนะและการจัดการข้อมูล* พขอ.ใน 8 พื้นที่มีกระบวนการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พขอ. แต่การจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของนายอำเภอ พบว่ายังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงและอธิบายข้อมูลสถานะทางสุขภาพกับปัจจัยกำหนดสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งมิติด้านคุณภาพชีวิตอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง การกำหนดเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหา ยังคงเป็นเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (8 พื้นที่) และคณะกรรมการ พขอ.จากหน่วยงานอื่นจะได้รับทราบปัญหา และการจัดการความรู้ผ่านการประชุม (8 พื้นที่) และยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก

*การอำนวยความสะดวกและสนับสนุนโดยคณะกรรมการ พขอ.* พบว่า พขอ.5 พื้นที่ อำนาจการให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหา โดยสร้างพื้นฐานความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการแก้ไขปัญหา กระจายไปยังหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน สำหรับพื้นที่ที่มีแผนของ NCD Board 3 แห่ง พบว่า การดำเนินงานยังเน้นงานที่มาจากนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนมาก ให้ความสำคัญในการสร้างความรู้และงานบริการสุขภาพร่วมกับ อสม.เป็นหลัก และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอื่น ๆ

*ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* พบว่า เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดทำแผนระดับตำบล และพบว่าทุกอำเภอยังคงมีกิจกรรมการจัดบริการคัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานของกระทรวง และในพื้นที่ที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พขอ./พชต.จะพบว่าในระดับชุมชน อสม.สามารถจัดบริการเชิงรุกได้ โดยสามารถดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด และพบว่า หลายพื้นที่ยังเกิดรูปแบบหรือการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการคัดกรองโรค การบริการดูแลรักษา รวมทั้งการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน

*นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง* พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุราได้ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ส่วนในชุมชนจะเน้นการขอความร่วมมือในการปฏิบัติ ไม่ได้กำหนดบทลงโทษแต่อย่างใด

*ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดปัจจัยเสี่ยง* พบว่า มี 3 พื้นที่ ได้รับแหล่ง

งบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจาก สสส. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเป็นผู้เขียนโครงการขอรับงบประมาณดังกล่าว ระหว่างการดำเนินงานหรือภายหลังจากโครงการเสร็จสิ้น จะได้มาตรการของชุมชนที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มงบประมาณสนับสนุนและขยายผลไปพื้นที่ตำบลข้างเคียงได้ และในพื้นที่อำเภอ 2 แห่งซึ่งใช้กลไกของ NCD Board แก้ไขปัญหาพบว่า ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในการขับเคลื่อน

นอกจากนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคฯ ของประชาชน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.5 กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.6 และร้อยละ 47.7 ตามลำดับ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.5 และร้อยละ 51.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และเมื่อจำแนกตามองค์ประกอบ พบว่า ทุกกลุ่ม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกันและรักษาโรค อยู่ในระดับสูง มีเพียงการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค ส่วนใหญ่ ทุกกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง

### 5.1.3 ผลลัพธ์ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ

จากการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการประเมินตัวชี้วัด ซึ่งมีจำนวน 5 ตัวชี้วัด พบว่า ทั้ง 8 พื้นที่ มีการดำเนินงานเป็นไปตามตัวชี้วัด 1 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 20.0) และมีข้อค้นพบ ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ทุกพื้นที่ มีการจัดทำโครงการ/กิจกรรมในระดับชุมชน โดยอำเภอที่ดำเนินการผ่านกลไกของ พขอ. และ พชต. (5 พื้นที่) และอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. (1 พื้นที่) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงฯ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทำให้ชุมชนจัดการปัญหาโรคและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี โดยพบว่ามีเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ร้านอาหารทางเลือกเพื่อลดโซเดียมในชุมชน การสร้างสนามออกกำลังกาย และเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีชมรมออกกำลังกาย งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น สำหรับอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board และใช้งบประมาณปกติดำเนินการใน 2 พื้นที่ นั้น (ส่วนอีก 1 พื้นที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส.) พบว่า การเปลี่ยนแปลงเกิดจากการขับเคลื่อนงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.

นอกจากนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มปกติ ร้อยละ 57.8 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 56.8 และ ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายระดับหนัก (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายโดยหายใจแรงและเร็ว) ร้อยละ 67.6 ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 64.8 ตามลำดับ และพบว่า ส่วนใหญ่ มีการออกกำลังกายระดับปานกลาง (การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย) ร้อยละ 86.8 ร้อยละ 84.0 และร้อยละ 80.1 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ โดย

พบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มเสี่ยง สูบมากที่สุด ร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 6.9 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ในกลุ่มที่ดื่ม เป็นกลุ่มเสี่ยง ดื่มมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 17.4 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ จากการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มป่วยมีพฤติกรรมการดูแลรักษาตนเองที่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.27 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.36

#### 5.1.4 ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ

จากการประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557–2564 มีแนวโน้มลดลง แต่พบว่า ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีแนวโน้มคงที่ถึงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2557–2564 ในภาพรวมยังไม่คงที่ แต่พบว่าในพื้นที่อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอและมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พขอ. มีแนวโน้มลดลงหลัง ปี พ.ศ. 2561 ที่มีระเบียบสำนักนายกฯ ในการจัดตั้งคณะกรรมการ พขอ.

จากการเก็บข้อมูลด้วยกระบวนการเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จำนวน 40 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) จำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้น 80 คน ซึ่งแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พขอ. ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความเห็นสอดคล้องในข้อความเกี่ยวกับผลการประเมิน จำนวนทั้งหมด 54 ข้อ ไปในทิศทางเดียวกัน คือ เห็นด้วยมากที่สุด จำนวน 42 ข้อ (ค่ามัธยฐาน ตั้งแต่ 4.5 - 5 และค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์ = 1.0) และเห็นด้วยมาก จำนวน 6 ข้อ (ค่ามัธยฐาน = 4 และค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์ ตั้งแต่ 1.0 - 2.0)

#### 5.2 อภิปรายผล

จากการประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พขอ. ในพื้นที่ 8 อำเภอ พบว่าทุกพื้นที่มีแผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยพบ 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบที่มีระบบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมโดย พขอ. (5 พื้นที่) โดยใช้ข้อมูลจากสาธารณสุขเป็นหลัก และถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย แผนงาน/มาตรการผ่านคณะกรรมการรายนาระดับตำบล หมู่บ้าน และมีกลไก พขต.ขับเคลื่อนแผนและติดตามประเมินผล และ 2) รูปแบบที่จัดทำแผนงานโดย NCD Board ผ่าน คปสอ. และบูรณาการกับแผน พขอ.ที่ระดับตำบล โดยพบว่า รูปแบบที่จัดทำโดย พขอ.จะสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินงานจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้ง อปท.ได้มากกว่ารูปแบบที่ดำเนินการโดย NCD Board ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากกระบวนการเทคนิคเดลฟาย ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคณะกรรมการ พขอ. และคณะกรรมการ พขต. โดยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความเห็นสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว ระดับเห็นด้วยมากที่สุด (ค่ามัธยฐาน = 5 ค่าพิสัยอินเทอร์ควอไทล์ = 1.0) อาจเนื่องจากกลไกคณะกรรมการ พขอ. มีองค์ประกอบตามระเบียบสำนักนายกฯ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และมียานอำเภอเป็นประธาน และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) หากมีนโยบาย แผนงาน/มาตรการระดับอำเภอ โดยมีกลไกการสื่อสารถ่ายทอดนโยบายและติดตามกำกับจากคณะกรรมการ พขอ.จะทำให้



การถ่ายทอดเป้าหมายและกิจกรรมไปสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านครอบคลุมพื้นที่ สอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO (2013) ที่กำหนดให้มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากกลไกหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อดำเนินนโยบายด้านโรคไม่ติดต่อในทุกด้านตามความเหมาะสมกับบริบทของประเทศ และสอดคล้องกับหลักการสร้างการทำงานร่วมกันระหว่างเครือข่ายของระบบสุขภาพ (collaborative health system) เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐบาล ภาคเอกชนและภาคส่วนอื่น ๆ (Malcolm L. et al., 2002) และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่เคยศึกษาไว้ (Salunke S. & Lal DK., 2017; ณรงค์ศักดิ์ หนูสอนและคณะ, 2561; นัฐพนธ์ เอกรัชชรุ่งเรืองและคณะ, 2564, และ ไพโรจน์ พรหมพินใจและคณะ, 2566) ที่พบว่าการขับเคลื่อนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอที่ดำเนินงานได้ดี เกิดจากการนำของผู้บริหารส่วนต่างๆ การมีนโยบายการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ชัดเจน การมีคณะทำงานระดับอำเภอที่มีศักยภาพ การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน และการสนับสนุนติดตามอย่างต่อเนื่อง

ขณะที่แผนงาน/มาตรการด้านการป้องกันโรคจากทั่วโลก NCD Board ส่วนใหญ่ทั่วโลกขับเคลื่อนระดับอำเภอจะเป็นบุคลากรสาธารณสุขเป็นหลัก แต่ทั้ง 2 รูปแบบจะมีการบูรณาการแผนงาน/มาตรการที่ระดับตำบล ผ่านกลไก พชต. โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลและขับเคลื่อนมาตรการสู่ระดับชุมชน ผ่าน กม. และอสม.เป็นหลัก อย่างไรก็ตามจากผลการประเมิน พบว่า ความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจะมีสูงในบุคลากรด้านสาธารณสุข และอสม. ภาคีเครือข่ายนอกระหวางสาธารณสุขจะรับทราบข้อมูลจากการร่วมประชุมยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก อาจเนื่องจากประเด็นข้อมูล องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นเรื่องที่มีรายละเอียดของเนื้อหาที่เข้าใจยาก ผู้เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะ ที่เป็นเชิงวิชาการ และแนวคิดด้านการป้องกันควบคุมโรคให้ภาคีเครือข่ายได้อย่างชัดเจน อาจจำเป็นต้องวิเคราะห์ประเด็นที่จะสื่อสารทำความเข้าใจกับภาคีนอกสาธารณสุข เช่น ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยทางสังคมที่จะให้ภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุข ให้ความร่วมมือในการขับเคลื่อนเชิงป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและข้อเสนอในการขับเคลื่อนทีมงานที่มีตัวแทนมาจากหลายฝ่ายนั้นจะต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งในเรื่องของทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน (Levers LL. et al., 2007; วุฒิชัย จริยา และคณะ, 2561; อดุลย์ บำรุง, 2562; กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

จากการศึกษา พบว่า แผนพัฒนาระบบบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ รพ.สต. จะเป็นหน่วยงานหลักในการจัดบริการคัดกรองโรค โดยรพ.สต.พัฒนา อสม.ให้มีความรู้และทักษะในการดำเนินการคัดกรองในชุมชนตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ นวฤทธิ์หงส์ ณ เชียงใหม่ และคณะ (2548) และวีรชัย บริบูรณ์ (2559) ที่พบว่า หน่วยบริการสาธารณสุขด้านหน้าทุกแห่งมีการจัดให้บริการด้านการป้องกันควบคุมภาวะเบาหวานและความดันโลหิตสูงแก่ประชาชนทุกระดับ ตามแนวปฏิบัติ และมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ครบถ้วนเกือบทุกกิจกรรม และยังพบว่าในพื้นที่ที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พชอ./พชต.จะพบว่าในระดับชุมชน อสม.สามารถจัดบริการเชิงรุก และสามารถดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากมีนโยบายของ พชอ. สนับสนุนทำให้ได้รับ

การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความเค็ม (salt meter) เป็นต้น รวมทั้งมีบางพื้นที่ที่มีการระดมทุน เนื่องจากต้องการคัดกรองเพิ่มเติมจากเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการที่มีกลไกสนับสนุนจาก พชอ. พชต. อปท. จึงสามารถจัดบริการได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และมีฐานะยากจน (Barron P, & Sankar U., 2000)

จากการศึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย พบว่าการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบสามารถดำเนินการผ่านกลไกของเจ้าพนักงานตามกฎหมายได้ในสถานที่กฎหมายกำหนดไว้ แต่ในระดับชุมชนเป็นเพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย เนื่องจากในพื้นที่อำเภอความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าพนักงานตามกฎหมายกับประชาชนในชุมชน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน หากบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัดเกินไป อาจเกิดความขัดแย้งในชุมชน แต่หากเป็นเจ้าพนักงานจากนอกพื้นที่สามารถดำเนินการได้ และยังพบว่าในระดับชุมชนมีมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงที่มีที่มาจากนโยบายระดับอำเภอ หรือเป็นผลลัพธ์จากการจัดทำกิจกรรมตามโครงการต่างๆ ในระดับชุมชนและผ่านการรับฟังความต้องการของประชาชนก่อนนำมาตราการดังกล่าวมาปฏิบัติในชุมชน มาตรการลักษณะนี้ไม่ได้กำหนดบทลงโทษหากประชาชนไม่ดำเนินการหรือปฏิบัติ และพบว่ามาตรการที่เกิดจากความต้องการของชุมชนจะเกิดความยั่งยืนและขยายผลต่อไปยังตำบลอื่นได้ ทั้งนี้การที่จะดำเนินการให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการจำเป็นต้องสร้างการรับรู้ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามมาตรการ รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล เก่งการพานิช (2559) ที่พบว่า การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติที่มาจากชุมชน ชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของพร้อมปฏิบัติตามและกำกับให้เป็นไปตามนโยบาย

ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม จากการศึกษา พบว่า อำเภอทุกแห่งมีการจัดทำโครงการ/กิจกรรมในระดับชุมชน เกิดผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม ซึ่งอำเภอที่ดำเนินการผ่านกลไกของ พชอ. และ พชต.(5 พื้นที่) และอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. (1 พื้นที่) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคม จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น ทั้งนี้อาจเนื่องจากอำเภอมีแผนยุทธศาสตร์/โครงการของ พชอ. ส่งผลให้เกิดนโยบาย แผนงาน มาตรการในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสร้างกลไกขับเคลื่อนทั้งระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ผ่านอนุกรรมการ/พชต.และ กม.ทำให้เกิดแผนระดับตำบลในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมดังกล่าวเกิดจากนโยบายที่ได้รับการถ่ายทอดลงมา ร่วมกับความตระหนักของชุมชนที่ร่วมกันกำหนดกฎ กติกาในการเปลี่ยนแปลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ (Arora M., et al., 2011; อนุรักษ์รุ่งเรืองและคณะ, 2564) ที่พบว่า การดำเนินการของหลายภาคส่วนสามารถจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคมมีผลอย่างมากต่อโรคไม่ติดต่อ (Jeong NJ., et al., 2021) สำหรับอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board และใช้งบประมาณ

ปกติในพื้นที่ดำเนินการนั้น (2 พื้นที่) พบการเปลี่ยนแปลงฯ เกิดจากการขับเคลื่อนงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.เป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ (2552) ที่พบว่ารูปธรรมที่เด่นชัดว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนชาวบ้านและท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ คือ กิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายโดยกลุ่มชมรมต่างๆ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากการศึกษา พบว่า มาตรการการถ่ายทอดความรู้ สื่อสารความเสี่ยงในทุกพื้นที่ที่มีการดำเนินงาน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม.เป็นหลัก ทั้งนี้พบว่า สื่อที่ใช้เป็นสื่อบุคคลจาก ผู้นำชุมชน อสม. สื่อโปสเตอร์ ป้ายไวเนลและสื่อโซเซียลมีเดีย พบว่าในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ.จะมีการสื่อสารผ่านเวทีการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้านเพิ่มเติม และให้ผู้นำชุมชนไปถ่ายทอดผ่านการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านและผ่านหอกระจายข่าวหมู่บ้าน โดยพบว่าผลลัพธ์ด้านความรู้และแบบแผนความเชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ รวมทั้งความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้องของการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอาจเป็นเรื่องที่เข้าใจยากสำหรับผู้สูงอายุ แต่พบว่าทุกกลุ่มมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อาจเนื่องมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคล สื่อออนไลน์ สื่อผ่านหอกระจายข่าว และสื่อประชาสัมพันธ์ ประกอบกับปัจจุบันสถานการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสื่อสารข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ มากขึ้น จึงทำให้การรับรู้เรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับที่เคยมีการศึกษาไว้ ของสมใจ จางวางและคณะ (2559)

นอกจากนี้จากการศึกษาายังพบว่า การสื่อสารความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงผ่านโซเซียลมีเดียเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากสื่อโซเซียลมีเดียมีความหลากหลาย ซึ่งบางครั้งเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือรวมทั้งสอดแทรกข้อมูลที่หวังผลประโยชน์ทางการค้า เช่น อาหารเสริม หรือโฆษณาที่เกินจริง ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาให้ประชาชนเข้าใจและตัดสินใจเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Bakhtiari, A., et al. (2020) ที่พบว่าประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางควรสนับสนุนการรณรงค์ส่งเสริมการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงการใช้ยาสูบในสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มขึ้น และ การศึกษาของ Mita, G., et al. (2016) ที่พบว่าการใช้โซเซียลมีเดียช่วยเพิ่มผลลัพธ์ระยะสั้นในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ

จากที่ประชาชนมีความรู้ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน โดยพบว่าพฤติกรรมมารับประทานอาหารของทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและการออกกำลังกาย พบว่าทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายระดับหนัก (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก โดยหายใจแรงและเร็ว) ร้อยละ 67.6 ร้อยละ 62.5 และร้อยละ 64.8 ตามลำดับ และมีการออกกำลังกายระดับปานกลาง (การออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหวร่างกาย จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย) ร้อยละ 86.8 ร้อยละ 84.0 และร้อยละ 80.1 ตามลำดับ ซึ่งสูง

กว่าผลสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) ที่พบว่า มีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 57.5 (หมายถึง การมีระยะเวลาในการทำกิจกรรมในระดับหนัก ที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 75 นาทีต่อสัปดาห์ และ/หรือ มีระยะเวลาในการทำกิจกรรมในระดับปานกลาง ที่มีระยะเวลาตั้งแต่ 150 นาทีต่อสัปดาห์) ในส่วนของพฤติกรรมสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ทุกกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ โดยพบว่ากลุ่มที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มเสี่ยง สูงมากที่สุด ร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 6.9 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่ ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ในกลุ่มที่ดื่ม เป็นกลุ่มเสี่ยง ดื่มมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 17.4 และร้อยละ 12.5 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2564) ที่พบอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 17.4 และ อัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 28.0 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากปัจจุบันประชาชนหันมาให้ความสนใจด้านสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับมีนโยบาย/มาตรการจากทั่วโลก พหุ. และ NCD Board รวมทั้งมีกลไกระดับตำบล ที่เป็นจุดบูรณาการแผนงาน/มาตรการ ในการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสื่อสารความเสี่ยง การถ่ายทอดความรู้ที่เข้าถึงกลุ่มประชาชนมากขึ้น ผ่านทางโซเชียลมีเดียที่เข้าถึงบุคคล ทำให้ประชาชนมีการรับรู้และความรู้ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่ง Becker, MH. (1974) ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีแก่ตนเอง โดยการลดโอกาสเสี่ยงหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค การปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคต่อการปฏิบัติตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเทียบกับกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย ดังนั้นควรมีมาตรการการสื่อสารความรู้ สร้างการรับรู้และเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มป่วยมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาที่พบว่าทุกอำเภอจะมี รพ.สต.ร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายของ พหุ.อย่างต่อเนื่อง โดย รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และ อปท. และมี อสม. ร่วมปฏิบัติงานโดยเน้นการปฏิบัติงานตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพ ถ่ายทอดความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งผลให้กลุ่มป่วยมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2560) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับวัณพนธ์ เอกรักษ์รุ่งเรืองและคณะ (2564) ที่ประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า NCD Clinic มีการสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ต่อการตัดสินใจและจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย โดยการสื่อสารแลกเปลี่ยนบทวนข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเองของกลุ่มเสี่ยง/ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ทั้งที่บ้าน และ รพ.อย่างต่อเนื่อง

จากการประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่าร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564 มีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน มีแนวโน้มคงที่ถึงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงและอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณปี พ.ศ. 2557 – 2564 ในภาพรวมยังไม่คงที่ แต่พบว่าในพื้นที่อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์ พชอ.และมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พชอ. มีแนวโน้มลดลงหลัง ปี 2561 ที่มีระเบียบสำนักนายกฯในการจัดตั้ง พชอ. อย่างไรก็ตามการลดลงของผู้ป่วยรายใหม่ อาจมาจากหลายปัจจัย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอจะเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของอำเภอ ทำให้เกิดกลไกขับเคลื่อนจาก พชอ. ร่วมกับภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนส่งเสริมผลักดันให้เกิดนโยบาย แผนงาน/มาตรการในการจัดบริการคัดกรอง เกิดนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการทางสังคมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีมาตรการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สถานะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินที่เคยศึกษาไว้ ของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (2563) แต่คงต้องติดตามผลในระยะยาวอีกครั้ง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของมาตรการที่ได้ดำเนินการ

จากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พชอ.ในภาพรวม ทุกพื้นที่ที่มีแผนงาน/มาตรการในการป้องกันควบคุมโรค และพบปัจจัยความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคด้วยกลไก พชอ. คือ การใช้ภาวะการนำร่วม และภาวะผู้นำของนายอำเภอที่ทำหน้าที่ประธาน พชอ.ในการสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน จนเกิดนโยบาย มาตรการและมีกลไกขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากระดับอำเภอจนถึงระดับหมู่บ้านหรือชุมชนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งอำเภอและเกิดการบูรณาการร่วมกับแผนงานของ NCD Board ในการจัดบริการคัดกรองและรักษาโรคที่ระดับตำบล โดยมีกลไก พชต.เป็นกลไกระดับตำบลที่ขับเคลื่อนไปสู่ประชากรกลุ่มเป้าหมายในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการทรัพยากร (งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์) จากกองทุนสุขภาพตำบล งบประมาณจาก อปท. สสส. และงบจากการระดมทุนของชุมชน ส่งผลให้เกิด ผลลัพธ์ตามองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน แต่อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการจัดเก็บข้อมูลจากเอกสาร เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ได้จัดเก็บเอกสาร หลักฐานในการดำเนินงานไว้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มร่วมกับการตรวจสอบความสอดคล้องสัมพันธ์เชิงเหตุผลของข้อมูลในการสรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

### 5.3 ข้อเสนอแนะ

#### 5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กรมควบคุมโรค และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับนโยบาย ควรผลักดัน NCD Board ระดับอำเภอ ให้จัดทำแผนร่วมกับ พชอ. ที่เลือกประเด็นแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อสร้างการมีส่วนร่วม ที่สามารถส่งผลให้เกิดกลไกขับเคลื่อนของหน่วยงานภาครัฐ นอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชนและภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

2) กรมควบคุมโรค ควรร่วมกับ สสส. ในการผลักดันให้เกิดพื้นที่ต้นแบบ เพื่อพัฒนามาตรา

ทางสังคมในพื้นที่ พขอ.ที่เลือกประเด็นแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อให้กลไกของ พขอ.ขับเคลื่อนพื้นที่ต้นแบบให้เกิดการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ในอำเภอต่อไป

3) กรมควบคุมโรค ควรประสานความร่วมมือกับวิทยาลัยการปกครองและสถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ในการพัฒนาแนวคิดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพ โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เพื่อให้ผู้จะเตรียมเป็นนายอำเภอ และผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้สร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งในเรื่องของทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน

### 5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในการพัฒนาสมรรถนะการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจในการกำหนดนโยบายของ พขอ. การจัดทำแผนและการติดตามประเมินและเสริมสร้างแนวคิด ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับนักวิชาการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้สามารถเป็นที่ปรึกษาการให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในบทบาทเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรพัฒนาความรู้ แนวคิด ทิศทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับคณะกรรมการ พขอ.ที่มาจากภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชนและภาคประชาชน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อได้มากยิ่งขึ้น

3) คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกับ NCD Board ในพื้นที่อำเภอที่เลือกประเด็นแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน ควรวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง โดยเพิ่มช่องทางโซเชียลมีเดียในการสื่อสารข้อมูล ความรู้ที่ถูกต้องและสร้างความเข้าใจในการเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้

### 5.3.3 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระหว่างอำเภอที่ พขอ. เลือกประเด็นแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน กับอำเภอที่ดำเนินการตามระบบปกติของกระทรวงสาธารณสุขผ่าน NCD Board เพื่อยืนยันผลลัพธ์การดำเนินงานขับเคลื่อนด้วยกลไก พขอ.

2) ควรมีการศึกษารูปแบบการบูรณาการกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอกับระบบสุขภาพปฐมภูมิเพื่อแก้ไขปัญหการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ

3) ควรมีการศึกษารูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอ ในพื้นที่ที่มีการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สธ.ห่วง คนไทยเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชั่วโงมละ 37 คน เร่งวางแนวทางป้องกัน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: [https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news\\_1421769](https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_1421769)
- \_\_\_\_\_. (2564). HDC Dashboard. สถานะสุขภาพ: การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อสำคัญ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ธันวาคม 2565]. จาก [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11)
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2562). รายงานผลการศึกษาโครงการทบทวนสถานการณ์และผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2562. นนทบุรี. 95 หน้า.
- \_\_\_\_\_. (2563). ถอดบทเรียนการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน: ชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. 78 หน้า.
- \_\_\_\_\_. (2563). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. 88 หน้า.
- \_\_\_\_\_. (2564). Know Your Numbers & Know Your Risks รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์. 24 หน้า.
- กัญญา บุญธรรม. (2553). รายงานการประเมินผลนโยบายการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระยะนำร่องของปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 366 หน้า.
- กานต์ซัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, และศิวิไลซ์ วรรณวิจิตร. (2564). คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ: ความท้าทายและการพัฒนา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564; 275-286.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2553). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อมาด้านสุขภาพ โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 1 กรุงเทพฯ. ฉบับที่ 2. ปีที่ 13. ประจำเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2553.
- ฉลองชัย สิทธิวัง, นิคม สุนทร, กรภัทร ชันไชย, ชาญชัย มหาวัน, นิคม อุทุมพร, เกสร ไชยวุฒิ, และ คณะ. (2564). รายงานการวิจัยการพัฒนาความปลอดภัยทางถนนโดยใช้กลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย 6 อำเภอ นำร่อง จังหวัดน่าน. ภายใต้การสนับสนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). 166 หน้า.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, อาทิตยา วัจนสินธุ์, วุฒิชัย จริยา, และวราภรณ์ ยังเอี่ยม. (2561). รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพอำเภอเพื่อมุ่งสู่อำเภอสร้างเสริมสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 2 และเขต สุขภาพที่ 3. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปี ที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561; 231-244.
- ณิชากรีย์ ใจคำวัง. (2558). พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากค่าง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2558; 173-184.
- ดวงนภา ศรีนันทวงศ์. (2548). โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศิลปากร ในทศวรรษหน้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ดวงพร กตัญญูตานนท์, วัชนีย์ จันทร์ปัญญา, สุธิธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจันทาร, ธรรพร น้อยเปรม , สาวิกา พาลี และคณะ. (2560). พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560; 53-62.
- เดชา แซ่หลี่, ชิตสุภางค์ ทิพย์เที่ยงแท้, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, และทัศนีย์ ญาณะ. (2557). รายงานการวิจัยการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. โครงการพัฒนากลไกสนับสนุนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอเพื่ออำเภอสุขภาพะ มูลนิธิแพทย์ชนบทภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- นวลระหงส์ ณ เชียงใหม่, นพพร ศรีผัด, พณารัช พวงมะลิ, สุภาพ ทองสุขุม, พิมพ์ทอง อิ่มสำราญ, มาลัย ไตรสุวรรณ และทิพย์สุคนธ์ แสงล้วน. (2549). การประเมินคุณภาพการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงของหน่วยบริการสาธารณสุขด้านหน้าในจังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2548. วารสารสาธารณสุขล้านนา. ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2549; 168-180.
- นัฐพันธ์ เอกรักษ์รุ่งเรือง, นพพร ศรีผัด, และอำนาจ เมืองแก้ว. (2564). การศึกษาเชิงประเมินระบบป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอในภาคเหนือของประเทศไทย 2562. วารสารเชียงรายเวชสาร ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - ธันวาคม 2564; 188-203.
- เนตรชนก จุลสุวรรณโน. (2561). ประสิทธิภาพของการจัดบริการระบบบริการสุขภาพโดยทีมสหวิชาชีพเคลื่อนที่ต่อการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม ปีที่ 19 ฉบับที่ 36 มกราคม - มิถุนายน 2561; 21-34.
- นาตยา พีระวรรณกุล. (2565). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพรานกระต่ายจังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์เทิร์น. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน 2565; 38-55.
- ปัญญา พละศักดิ์. (2564). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2564; 40-53.



## บรรณานุกรม (ต่อ)

- พลอยฉญาอรินทร์ ราวินิจ, และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุงในประชากร ตำบลชะแมบ อำเภอลำดวน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชน แห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559; 33-47.
- ไพโรจน์ พรหมพันใจ, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, วิไลลักษณ์ หลุทธราชพงศ์, และสมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2566; 191-205.
- ภาค ศัลยานุบาล. (2562). การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) คุณภาพในเขตบริการ สุขภาพที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2562; 47-56.
- มณฑา เก่งการพานิช, และธราดล เก่งการพานิช. (2559). กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพกับการควบคุมยาสูบ โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. วารสารสุขศึกษา ปีที่ 39 เล่มที่ 133 กรกฎาคม - ธันวาคม 2559; 1-10.
- มานะ ภูมิพันธุ์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กรณีศึกษา: อำเภอเมยวดี จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีที่ 5 ฉบับที่ 9 ตุลาคม 2563 - มีนาคม 2564.
- ยุพา ถาวรพิทักษ์. (2554). ประชากรและตัวอย่างวิธีการชักตัวอย่างและการประมาณค่า Population and Sample Sampling Plan and Estimation. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข. [เข้าถึงเมื่อ 28 มี.ค. 2565]. เข้าถึงจาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๓๕, ตอนพิเศษ ๕๔ ง (ลงวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑).
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ. (2562). สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทยในประชากรอายุน้อยกว่า 15 ปี. วารสารเบาหวาน.ปีที่ 51 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562; 7-13
- วรรณ นิธิยานันท์. (2565). การช่วยให้ผู้เป็นเบาหวานเข้าถึงบริการดูแลรักษา อดีต ปัจจุบัน อนาคต. วารสารเบาหวาน. ปีที่ 54 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม 2565
- วีรชัย บริบูรณ์. (2559). การพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559; 60-70.
- วุฒิชัย จรียา, อาทิตยา วัฒนสินธุ์, และณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2561). ระบบสุขภาพระดับอำเภอ: ประสบการณ์ต่างประเทศและการพัฒนาในประเทศไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์น เอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2561; 182-195.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สมยศ ศรีจารนัย, พิษญาภัสสร วรณศิริกุล, ปารณัฐ สุขสุทธิ, และอรนรินทร์ ขจรวงศ์วัฒนา. (2558). ผลการดำเนินงานตามนโยบายที่มหอมครอบครัว. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ปีที่ 8 ฉบับที่ 2. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2559; 110-128. สมใจ จางวาง, เทพกร พิทยภินัน, และนิรชร ชูดีพัฒนา. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2559; 110-128. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม. (2562) การติดตามประเมินผลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [https://dol.thaihealth.or.th/DownloadFile/aK0G7w53mKC2R\\_7lWs8NXQ](https://dol.thaihealth.or.th/DownloadFile/aK0G7w53mKC2R_7lWs8NXQ)
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). ทีมหมอมครอบครัว (Family Care Team). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 104 หน้า.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการดำเนินการบนพื้นฐานของการเชื่อมโยงระหว่างหลักการกับการสังเคราะห์บทเรียน จากประสบการณ์จากพัฒนาการและการดำเนินการใน 73 พื้นที่สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย.
- 
- . (2563). เอกสารประกอบการนำเสนอการประชุมคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านระบบบริการสุขภาพส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคแพทย์แผนไทยและศูนย์กลางด้านการแพทย์ วันที่ 20 ธันวาคม 2563. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- 
- . (2564). ประเด็นการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตประชาชนด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขพ.) ปี 2564. เอกสารอัดสำเนา.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557 : การสูญเสียปีสุขภาวะ. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2564) การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. 202 หน้า.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2557). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2552 - 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ และแผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิฤตสุขภาพ วิฤตสังคม. นนทบุรี: Cloud on the ground.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร, เกษม เวชสุทธานนท์, วินัย ลีสมีทธิ, ทศนีย์ ญาณะ, อรอนงค์ ดิเรกบุษราคม, และ ภัทระ แสนไชยสุริยา. (2552). สถานการณ์ ศักยภาพ และความพร้อมของโทรภาคีในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่ 12 ตำบล. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2552; 309-401.
- สุพงษ์ กิติภักย์พิบูลย์. (2561). รายงานการลดความเหลื่อมล้ำในการให้บริการทางสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) District Health Board (DHB) กรณีศึกษาพื้นที่อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร.
- อดุลย์ บำรุง. (2562). ข้อเสนอแนะการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.). วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2562; 87-101.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 .เชียงใหม่: ทริค อินค์.
- อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ, จิตภา ศรือรณ, นามิต้า ฉาดหลี่, ฐิติพร จันทร์พร, อนงค์ จันทร์เพิ่ม, ชุติพร ไชยสุนันท์, และคณะ. (2561). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. ปีที่ 7 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2561: 43-52.
- อุทัย สุดสุข, พิทยา จารุพูนผล, ประยูร ฟองสถิตย์กุล, จรัล เกวลินสุภดี, สัมฤทธิ์ จันทราช, จรรยา เสี่ยงเสนาะ, และคณะ. (2552). โครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ; สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย.
- อภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และ ขวัญใจ อำนางสัตย์เชื้อ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: คลังนาวิทยา. 250 หน้า.
- เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.). (2560). กรุงเทพมหานคร. เอกสารอัดสำเนา.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

### ภาษาอังกฤษ

- Ackermann, G., Kirschner, M., Guggenbühl, L., Abel, B., Klohn, A., & Mattig, T. (2015). Measuring Success in Obesity Prevention: A Synthesis of Health Promotion Switzerland's Long-Term Monitoring and Evaluation Strategy. *Obes Facts* 2015; 8:17–29. [cited 2023 Mar 5]. Available from [https://www.academia.edu/12791719/2015\\_Measuring\\_Success\\_in\\_Obesity\\_Prevention\\_A\\_Synthesis\\_of\\_Health\\_Promotion\\_Switzerland\\_s\\_Long\\_Term\\_Monitoring\\_and\\_Evaluation\\_Strategy](https://www.academia.edu/12791719/2015_Measuring_Success_in_Obesity_Prevention_A_Synthesis_of_Health_Promotion_Switzerland_s_Long_Term_Monitoring_and_Evaluation_Strategy)
- Arora, M., Chauhan, K., John, S., & Mukhopadhyay, A. (2011). Multi-sectoral action for addressing social determinants of noncommunicable diseases and mainstreaming health promotion in national health programmes in India [Internet]. *Indian J Community Med* 2011 Dec; 36:543-9. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22628911/>
- Bakhtiari, A., Takian, A., Majdzadeh, R., & Haghdoost, A. (2020). Assessment and prioritization of the WHO “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of non-communicable diseases in Iran [internet]. *BMC Public Health* 2020; 20:333: 2-16. [cited 2023 Mar 5]. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-8446-x>
- Barron, P., & Sankar, U. (2000). Development towards a district health system [Internet]. *Sabinet African Journals* 2000; 221-230. [cited 2023 Mar 5] Available from: [https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/AJA10251715\\_44](https://journals.co.za/doi/pdf/10.10520/AJA10251715_44)
- Becker, MH. & et al. (1975). Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation. *Medical Care*. 13: (3); 10-24.
- Becker, MH. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior, in *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Bloom, BS. (1956). Taxonomy of educational objectives: Cognitive and affective Domains. New York: David McKay.
- Cloetta, B., Spencer, B., Sporri, A., Ruckstuhl, B., Broesskamp-Stone, U. & Ackermann, G. (2005). Model for the Systematic Classification of Outcomes in Health Promotion and Prevention. *Promot Educ*. 2005; 12(2): 88-93. [cited 2022 Dec 20] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16429762/>
- Hochbaum, GM. (1958). Public Participation in Medical Screening Program. PHS Publication. 572:1-28; Washington, 1958.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Jeong, NJ., Park, E., & Pobil, AP. (2021). Effects of Behavioral Risk Factors and Social-Environmental Factors on Non-Communicable Diseases in South Korea: A National Survey Approach [Internet]. *IJERPH* 2021; 18:612. [cited 2022 Feb 20] Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/612>
- Levers, LL., Magweva, FI., & Mpofu E. (2007). A literature review of district health systems in east and southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health [Internet] TARSC, CHESSORE and IDRC Research Matters [cited 2022 Feb 20] Available. from: <https://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/DIS40ehsLOPEZ.pdf>
- Lwanga, SK., & Lemeshow, S. (1991). *Sample Size Determination in Health Studies - A Practical Manual*. 1st Ed. Geneva: World Health Organization.
- Malcolm, L., Wright, L., Barnett, P., & Hendry C. (2002). Clinical leadership and Quality in district health boards in New Zealand [Internet]. Report commissioned by the Clinical Leaders Association of New Zealand for the Ministry of Health 2002. [cited 2022 Feb 20] Available. from: [http://www.moh.nz/notebooks.nsf/0/82544E2F11F2918CC256D48007CFBF9/\\$file/DHBsqualrptfinal.pdf](http://www.moh.nz/notebooks.nsf/0/82544E2F11F2918CC256D48007CFBF9/$file/DHBsqualrptfinal.pdf)
- Malcolm, L., Wright, L., Barnett, P., & Hendry C. (2002). Clinical leadership and Quality in district health boards in New Zealand [Internet]. Report commissioned by the Clinical Leaders Association of New Zealand for the Ministry of Health 2002. [cited 2022 Feb 20] Available from: [https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/82544E2F11F29181CC256D48007CFBF9/\\$file/DHBsqualrptfinal.pdf](https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/82544E2F11F29181CC256D48007CFBF9/$file/DHBsqualrptfinal.pdf)
- Mita, G., Mhurchu, CN., & Jull, A. (2016). Effectiveness of social media in reducing risk factors for noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [Internet]. *Nutrition Reviews* 2016 Apr; 74(4): 237–247. [cited 2022 Feb 20] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4892311/>.
- Ngamjarus C. (2014). n4Studies. Version 1.4.0. Android published. Available from: <https://n4studies.soft112.com/download.html>
- Ostertaga, L., Golaya, P., Dorogia, Y., Brovella, S., Bertrana, M., Cromec, L., & et al. (2019). The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm. In: *Swiss Medical Weekly*.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model, *Health Education Monographs* 2.4: 2-380; winter.

## บรรณานุกรม (ต่อ)

- Rosenstock, IM., Strecher, VJ., & Becker, MH. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Journal of Health Education Quarterly*. 15(2): 175-83.
- Salunke, S., & Lal, DK. (2017). Multisectoral approach for promoting public health [Internet]. *Indian Journal of Public Health* 2017; 61:3:163-168. [cited 2022 Feb 20] Available from: <https://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X; year=2017; volume=61; issue=3; spage=163; epage=168; aulast=Salunke>
- Spencer, B., Broeskamp-Stone, U., Ruckstuhl, B., Ackermann, G., Spoerri, A., & Cloetta, B. (2007). Modelling the results of health promotion activities in Switzerland: development of the Swiss Model for Outcome Classification in Health Promotion and Prevention. *Health Promotion International* 2007; 23:86-97.
- World Health Organization. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action*. Geneva: World Health Organization [Internet]. [cited 2022 Feb 20] Available from: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2013). *Global action plan for the prevention and control of non-communicable disease 2013–2020*. Geneva: World Health Organization.
- \_\_\_\_\_. (2016). *Regional Office for Europe. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



ภาคผนวก ก

แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

---

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบประเมินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

อำเภอ..... จังหวัด..... เขตสุขภาพที่.....

องค์ประกอบ การประเมิน	ประเด็นการประเมิน	ตัวชี้วัด	ผลการประเมิน	รายละเอียดประกอบ การประเมิน	เอกสาร หลักฐาน
ส่วนที่ 1 องค์ประกอบด้านการพัฒนามาตรการ					
1. การพัฒนา มาตรการ	1.1 แผนพัฒนาระบบ/กลไกการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงโดย กลไก พชอ.	1) พชอ. มีแผนพัฒนาระบบ/กลไกการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงในระดับอำเภอและระดับตำบล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		2) พชอ. มีการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของ อำเภอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		3) มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการ/ พชต. / คณะทำงานที่ครอบคลุม Stakeholder สำคัญทั้งในและนอกกระทรวง สาธารณสุข เพื่อวางแผน ประสานงาน และขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจาก ระดับอำเภอถึงระดับตำบล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		



		4) มีกลไกการจัดทำแผนงาน โครงการ กิจกรรมที่มาจากความร่วมมือคิด วิเคราะห์จากทุกฝ่าย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		5) มีการบูรณาการทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์) จาก Stakeholder สำคัญทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อสนับสนุนการ ดำเนินงานตามแผนงานโครงการป้องกัน ควบคุมโรค เหาหวานและความดันโลหิต สูงของอำเภอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		6) มีกลไกการถ่ายทอดหรือสื่อสารนโยบาย แผนงานทุกแผนงานสู่ระดับตำบลเพื่อ สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค เหาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		7) มีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูงอย่างมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ/ตำบล/ ชุมชน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		8) มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมระดับ อำเภอ/ตำบลที่ใช้ข้อมูลในการวางแผน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น โครงการคัดกรองโรค โครงการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โครงการดูแลรักษา เป็นต้น			
		9) มีแผนการติดตามประเมินผลโครงการระดับอำเภอ/ตำบล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	1.2 แผนพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	10) มีแผนการจัดการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วมทุกตำบล ทั้งอำเภอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		11) มีแผนระบบบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยเชื่อมโยงกับชุมชนทุกตำบล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	1.3 แผนพัฒนานโยบายสาธารณะการบังคับใช้กฎหมาย	12) มีการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับอำเภอเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมาจากการรับฟังเวทีสาธารณะ บนพื้นฐานของการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	13) มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	1.4 แผนพัฒนามาตรการทางสังคมในการป้องกันและ	14) มีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจากเวทีรับฟังเวทีสาธารณะ ของผู้มีส่วน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

	ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.	ได้ส่วนเสีย บนพื้นฐานของการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพ			
	1.5 แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงให้กับ ชุมชนโดยกลไก พขอ.	15) มีการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงให้กับ ประชาชนโดยการมีส่วนร่วมการ ดำเนินงาน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน ของ ภาครัฐเครือข่าย	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
<b>ส่วนที่ 2 องค์ประกอบด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ</b>					
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ	2.1 ระบบ/กลไกการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล				
	2.1.1 ระบบ/กลไกบริหารและ อำนวยการแบบมีส่วนร่วม ของ พขอ. ในการกำหนด นโยบาย/มาตรการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	1) คณะกรรมการ พขอ./คณะอนุกรรมการ ระดับอำเภอ/ พชต. มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการใช้ข้อมูลเพื่อกำหนด นโยบาย การบริหาร อำนวยการ ขับเคลื่อนนโยบายมาตรการการป้องกัน และควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงในระดับอำเภอสู่การปฏิบัติใน ระดับตำบลและหมู่บ้าน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		<p>2) เกิดระบบ/กลไกการสั่งการจากประธาน พขอ. / พชต. ไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อการ ป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		<p>3) มีการประสานแผนการทำงานร่วมกัน ระหว่างคณะกรรมการ/คณะทำงานใน ระดับ พขอ. ลงมาสู่พื้นที่ระดับตำบลหรือ หมู่บ้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบและ ต่อเนื่อง</p>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	<p>2.1.2 ระบบ/กลไกด้านข้อมูล การจัดทำแผน บูรณาการ แผน การดำเนินการตาม แผน และการติดตาม ประเมินผล เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง</p>	<p>4) มีข้อมูลระดับอำเภอ ตำบล ที่ครบถ้วน (พฤติกรรม สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางสังคม) ถูกต้องและทันสมัย เพื่อ สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		<p>5) คณะกรรมการ พขอ. / คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/ พชต. มี สมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการ จัดการข้อมูลเพื่อการวางแผน และ ติดตามประเมินผลได้</p>	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		6) มีกลไกติดตาม ประเมินผลแผนงาน/ โครงการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่องและ เป็นระบบ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		7) มีการนำผลการประเมินโครงการหรือ กิจกรรม ไปใช้ในการปรับปรุงการ ขับเคลื่อนงานเพื่อป้องกันควบคุม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	2.1.3 ระบบ/กลไกทางสังคม/ ภาคประชาชนในการ ป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความ ดันโลหิตสูง	8) กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาค ประชาชน มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงในพื้นที่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		9) มีความร่วมมือและการสนับสนุนจาก กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาค ประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		10) กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูลในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวน ปรับ ซ้ำเคลื่อน ต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงาน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
2.2 ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง		11) มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดการคัดกรองและลดความเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		12) มีกลไกการเฝ้าระวังความเสี่ยง (เช่น สำรวจพฤติกรรมเสี่ยง สิ่งแวดล้อมเสี่ยง เป็นต้น) โดย พชอ. ชุมชน สถานประกอบการ โรงเรียน และโดยประชาชนเอง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		13) มีรูปแบบบริการคัดกรอง และลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และสถานประกอบการที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		14) มีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		15) บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง (เช่น อปท. ผู้ดูแลงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในsetting) ต่างๆ มีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		16) มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่าง พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		17) มีรูปแบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		18) มีการใช้ข้อมูล นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ใช้ Application ของสมาร์ทโฟนในการให้ความรู้ monitor อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การจัดทำ Personal health record เป็นต้น	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
2.3 นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง	19) มีนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารลดเสี่ยง การควบคุม แอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ และมีมาตรการที่เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดภาวะเสี่ยงและการลดโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
	20) มีนโยบายการบังคับใช้กฎหมายควบคุมแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบในอำเภอ	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			
	21) พขอ. / พขต. มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี			



		สูงจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน			
		22) พขอ./ พชต. มีการกำหนดกลไกในการผลักดัน สนับสนุน ติดตามและประเมินผล การนำนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการฯ ไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	2.4 ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง กฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชน/สังคมในการลดความเสี่ยง	23) แขนงนำทางสังคม/ท้องถิ่น/ภาคประชาชนมีสมรรถนะ (ความรู้ ทักษะ) ในการสร้างการมีส่วนร่วมให้เกิดข้อตกลงทางสังคม พันธะสัญญา หรือ กฎ กติกา เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	24) มีข้อตกลงทางสังคม พันธสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	25) มีการใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชน เช่น การระดมทุน การใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชน การใช้ทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	26) มีการเชื่อมโยงประสานงานระหว่างหน่วยงานของรัฐ/เอกชน ชุมชน และเครือข่ายต่างๆ (ทั้งภายในและภายนอกชุมชน) เพื่อขับเคลื่อนข้อตกลงทางสังคม	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
	27) เกิดการเรียนรู้แก้ไขปัญหาชุมชน ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ เอกชน ชุมชน และเครือข่ายต่างๆ (ทั้งภายใน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

		และภายนอกชุมชน) จากข้อมูลต่างๆใน พื้นที่ตั้งแต่กระบวน การประเมินปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการ ประเมินผล			
<b>ส่วนที่ 3 องค์ประกอบด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ</b>					
3. ปัจจัยกำหนด สุขภาพ	3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพ แวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อ ต่อการป้องกันควบคุมโรค เบาหวานและความดันโลหิตสูง	1) มีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกาย ในชุมชน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		2) มีสถานที่เข้าถึงอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) รวมทั้ง ผักผลไม้ ที่ ปลอดภัย หาง่าย ราคาสมเหตุสมผล	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		3) มีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การ เข้าถึงการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของ ประชาชนในชุมชน	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		
		4) มีการจัดบริการดูแลรักษาเชิงรุก หรือมี ช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผน พขอ.	<input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี		

	<p>3.2 การเปลี่ยนแปลง สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรค เบาหวานและความดันโลหิต สูง</p>	<p>5) มีชุมชน (ระดับตำบลหรือหมู่บ้าน) ที่มี สภาพแวดล้อมทางสังคมที่ลดความเสี่ยง โรคเบาหวานและความดันโลหิต-สูง เช่น งานบุญปลอดเหล้า องค์กร/สถานประกอบ การส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น</p>	<p><input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p>		
--	---	---	---	--	--

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ลงนามผู้จัดเก็บข้อมูล.....  
วัน เดือน ปี ที่จัดเก็บข้อมูล.....



ภาคผนวก ข

แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

---

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

**แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ  
และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังคุ้มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
(สำหรับ 1.ประชาชนกลุ่มปกติ 2.กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง  
และ 3. กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)**

**คำชี้แจง**

1. แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกำบังคุ้มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้สำรวจข้อมูลความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนของผู้ตอบแบบสอบถามต่อการป้องกันคุ้มโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง
2. แบบสอบถามนี้สำหรับประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
3. การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวผู้ตอบ และข้อมูลที่ได้จากการสอบถามกรมควบคุมโรคจะนำไปสรุปวิเคราะห์ผลในภาพรวม และนำไปใช้ประโยชน์เพื่อดำเนินงานป้องกันคุ้มโรคและภัยสุขภาพ (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการป้องกันคุ้มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและปัจจัยที่เกี่ยวข้องให้ได้ประสิทธิผลยิ่งขึ้นต่อไป
4. แบบสอบถามฉบับนี้ มีทั้งหมด 4 ตอน ประกอบด้วย
  - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน
  - ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - ตอนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
  - ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกำบังคุ้มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
5. ขอความกรุณาจากท่านได้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อเป็นข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ต่อการนำไปวิเคราะห์และใช้ประโยชน์

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ขอขอบคุณในความร่วมมือ  
กรมควบคุมโรค

ชื่อหมู่บ้าน .....

ชื่อตำบล .....

ชื่ออำเภอ .....

ชื่อจังหวัด .....

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ขอให้ท่านเติมข้อมูลในช่องว่าง หรือ ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง  ที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

- 1.1 เพศ  1. ชาย  2. หญิง
- 1.2 ปัจจุบันท่านมีอายุ ..... ปี (ตอบเป็นจำนวนเต็ม)
- 1.3 ปัจจุบันท่านได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งถูกให้จัดอยู่ในกลุ่ม
- 1. กลุ่มปกติที่ไม่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - 2. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน
  - 3. กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง
  - 4. กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - 5. กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน
  - 6. กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง
  - 7. กลุ่มป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- 1.4 ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน (ในกรณีที่ยังเรียนหนังสือ หมายถึง ระดับการศึกษาที่ท่านกำลังศึกษาอยู่)
- 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ  2. ระดับชั้นประถมศึกษา
  - 3. ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น  4. ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
  - 5. ระดับอนุปริญญา/ปวส.  6. ระดับปริญญาตรี
  - 7. สูงกว่าปริญญาตรี
- 1.5 อาชีพ
- 1. นักเรียน/นักศึกษา  2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  3. พนักงานบริษัท/องค์กรเอกชน
  - 4. รับราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ  5. รัฐวิสาหกิจ  6. วางงาน/แม่บ้าน/เกษียณอายุ
  - 7. เกษตรกรรม  8. รับจ้าง  9. อื่นๆ (ระบุ) .....
- 1.6 รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน
- 1. น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน  2. 5,000 – 10,000 บาท/เดือน
  - 3. 10,001 – 15,000 บาท/เดือน  4. มากกว่า 15,000 บาท/เดือน
- 1.7 บทบาทของท่านในชุมชนหรือสังคม
- 1. ไม่มีบทบาทในชุมชน
  - 2. มีบทบาทในชุมชน คือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
    - 2.1 ผู้นำชุมชน  2.2 อาสาสมัครสาธารณสุข  2.3 ประธานชุมชน
    - 2.4 ประธานกองทุน  2.5 กรรมการ/คณะทำงาน  2.6 จิตอาสา
    - 2.7 เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ระบุหน่วยงาน.....  2.8) อื่นๆ ระบุ.....

## 1.8 การตรวจสุขภาพประจำปี

1. ไม่เคยตรวจเลย       2. ตรวจบ้างบางครั้งแต่ไม่ใช่ทุกปี       3. ปีละครั้ง  
 4. ปีละ 2 ครั้ง       5. ปีละ 3 ครั้ง       6. มากกว่า 3 ครั้งต่อปี

## ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่าง  ของตัวเลือกที่ท่านคิดว่าถูกต้องมากที่สุดเพียงตัวเลือกเดียว

## 2.1 อาหารชนิดใดที่เสี่ยงต่อการทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด

1. อาหารที่มีรสเค็มจัด       2. อาหารที่ใช้ไขมันทอดซ้ำบ่อย  
 3. อาหารที่มีรสหวานจัด       4. อาหารหรือผลไม้แช่อิ่ม

## 2.2 การกินผักหลายๆ ชนิดที่มีสีสันท่างต่างกัน จะช่วยป้องกันไม่ให้ป่วยด้วยโรคใดมากที่สุด

1. ความดันโลหิตสูง       2. มะเร็ง  
 3. เบาหวาน       4. ไขมันในเลือดสูง

## 2.3 กิจกรรมประจำวันซึ่งช่วยป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควรทำเป็นประจำคืออะไรบ้าง

1. กินผักหลายชนิดทุกวัน  
 2. กินยาหรือใช้ยาตามแพทย์สั่ง และไปตรวจตามนัด  
 3. ออกกำลังกาย 30 นาทีทุกวัน  
 4. ข้อ 1 2 3 และงดเหล้า งดบุหรี่

2.4 ข้อใดต่อไปนี้ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง **ไม่ควร**ยึดถือปฏิบัติ

1. เลือกอาหารที่มีน้ำตาลน้อยที่สุด  
 2. อาหารมื้อสุดท้ายในแต่ละวันควรห่างจากเวลานอนประมาณ 3 ชั่วโมง  
 3. การอดอาหารมื้อเย็น  
 4. เลือกอาหารที่มีโซเดียมต่ำหรือไม่เค็ม

## 2.5 การออกกำลังกายอย่างไรถึงจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ได้

1. ออกกำลังกายจนเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที  
 2. ออกกำลังกายอย่างหนักทุกวันต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 60 นาที  
 3. ออกกำลังกายด้วยการทำงานบ้านเกือบทุกวัน อย่างน้อยวันละ 30 นาที  
 4. ออกกำลังกายอย่างหนักแล้วพักผ่อนน้ำให้มากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

## 2.6 การควบคุมน้ำหนักควรทำอย่างไร

1. ออกกำลังกาย อย่างน้อยวันละ 10 นาที 3 ครั้งต่อสัปดาห์  
 2. รับประทานอาหารตามหลักอาหารแลกเปลี่ยนอย่างเคร่งครัด  
 3. ออกกำลังกายวันละ 30 นาทีทุกวัน  
 4. ออกกำลังกาย 3-5 วันต่อสัปดาห์และรับประทานอาหารให้ได้ครบทุกหมวดหมู่ ตามหลักอาหาร แลกเปลี่ยนเป็นประจำทุกวัน



2.7 ข้อใดเป็นคำตอบที่ถูกต้องมากที่สุด สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง เกี่ยวกับการควบคุม น้ำหนักที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1. ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ลดการเกิดอาการแทรกซ้อนที่ ตา ไต เท้า
3. ส่งเสริมภาพลักษณ์ให้สุขภาพดี แข็งแรง
4. เพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองในการควบคุมโรคเบาหวาน

2.8 บุหรี่มีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1. สูบบุหรี่ทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปอดเพิ่มขึ้น
2. สูบบุหรี่ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตยากมากขึ้น
3. สูบบุหรี่ทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น
4. ควันบุหรี่ทำให้คนในครอบครัวเสี่ยงต่อเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมากขึ้น

2.9 สุรามีผลอย่างไรกับโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1. ดื่มสุราทำให้ไม่มีสติในดูแลเบาหวาน ความดัน
2. ดื่มสุราทำให้น้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตต่ำลง
3. ดื่มสุราทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดัน เสี่ยงต่อโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น
4. ดื่มสุราทำให้คนเป็นเบาหวาน ความดัน เสี่ยงต่อโรคความจำเสื่อมเพิ่มขึ้น

2.10 ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีอายุ 60 ปี และยังไม่เคยออกกำลังกายมาก่อนควรเริ่มด้วย

1. การเดินเบาๆ น้อยกึ่งหยุด
2. การเดิน 3 กิโลเมตรทุกวันจนร่างกายชิน
3. การเดินรอบละ 10 นาที 3 รอบ
4. การวิ่งเหยาะรอบละ 10 นาที 3 รอบ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุด

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง						
1	การรับประทานอาหาร หวาน มัน เค็มเป็นประจำเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
2	คนที่ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
3	การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
4	การสูบบุหรี่เพิ่มโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
5	คนที่มีภาวะอ้วนลงพุงจะยิ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง					
6	การไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
7	คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองได้					
8	คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้เสียชีวิตหรือพิการจากภาวะแทรกซ้อนของโรคได้					
9	คนที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงแล้วรับประทานอาหารรสเค็ม หรือมีไขมันสูงจะทำให้อาการยิ่งรุนแรงมากขึ้น					
10	คนที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในขณะที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ยิ่งจะทำให้อาการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงมากขึ้น					
11	เมื่อเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้วยังคงสูบบุหรี่ จะยิ่งเป็นการเพิ่มความรุนแรงของโรค					
12	คนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแล้วไม่กินยาตามที่แพทย์กำหนดจะทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น					
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
13	การลดอาหาร หวาน มัน เค็มจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ		ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
14	การออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น ปั่นจักรยาน วิ่ง ทำสวน ว่ายนํ้า เดินเร็ว หรือเต้นแอโรบิควันละ 30 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน ช่วยป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
15	การลดการสูบบุหรี่ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้					
16	การลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
17	การไปตรวจคัดกรองโรค หรือตรวจสุขภาพเป็นประจำ ทุกปีจะช่วยให้ค้นพบโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้เร็วขึ้น					
18	การไปรับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้					
<b>การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
19	การลดอาหาร หวาน มัน เค็ม เพื่อให้ปลอดภัยจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัวในการเตรียมอาหาร					
20	การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาทีทำให้เสียเวลามาก					
21	ความเหนื่อยล้าจากการทำงาน ทำให้ไม่อยากออกกำลังกาย					
22	การลดการดื่มแอลกอฮอล์ทำได้ยากเนื่องจากต้องเข้าสังคม					
23	แม้จะตั้งใจเลิกบุหรี่แต่เมื่อเห็นเพื่อนหรือคนใกล้ชิดสูบบุหรี่ก็ห้ามใจไม่ได้					
24	การเดินทางไปสถานพยาบาลมีความลำบากมาก การคมนาคมไม่สะดวก ไม่มียานพาหนะ					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

**ส่วนที่ 1 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร**

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด พฤติกรรมการบริโภคอาหารของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา

การปฏิบัติ	ระดับการปฏิบัติ			
	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (6 - 7 วัน ต่อสัปดาห์ )	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3 - 5 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1	ท่านกินผักหลากหลายชนิดใน 1 วัน (ครบ 5 สี) เช่น ผักบุ้ง คื่นช่าย ตำลึง ฟัก มะเขือเทศ มะระ แครอท กะหล่ำปลี ถั่ว สะตอ และอื่น ๆ			
2	ท่านกินผักและผลไม้สด มากกว่า 5 กำมือต่อวัน			
3	ท่านกินผลไม้รสหวาน เช่น มะม่วงสุก ทุเรียน ขนุน เงาะ น้อยหน่า ลำไย หรืออื่น ๆ			
4	ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้สำเร็จรูป น้ำหวาน ชา กาแฟ ชาเขียวพร้อมดื่ม ชาไข่มุก โยเกิร์ต นมเปรี้ยวหรืออื่น ๆ			
5	ท่านกินอาหารที่ปรุงด้วยกะทิที่เคี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด แกงเขียวหวาน แกงมัสมั่น แกงคั่ว ก๋วยเตี๋ยว บวชชี แกงบวช หรือแกงใส่กะทิอื่น ๆ			
6	ท่านกินเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูงหรือคอเลสเตอรอลสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล แกงฮังเล ไข่อ้ว แกงอ่อม เครื่องใน			
7	ท่านกินอาหารทอด เช่น ลูกชิ้นทอด ไก่ทอด มันฝรั่งทอด ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ทอด หรืออาหารผัดอื่น ๆ เช่น ผัดไท ผัดซีอิ้ว ผัดผัก			
8	ท่านกินอาหารกึ่งสำเร็จรูปหรืออาหารที่ผ่านการถนอมอาหาร เช่น ผักดอง ผลไม้ดอง อาหารหมักดอง อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง อาหารเค็ม ปลาเค็ม ปลาร้า บะหมี่ โจ๊กสำเร็จรูป ข้าวต้มสำเร็จรูป หรืออื่น ๆ			
9	ท่านกินขนมกรุบกรอบเป็นซอง เช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง หรืออื่น ๆ			

การปฏิบัติ		ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (6 - 7 วัน ต่อสัปดาห์ )	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3 - 5 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
10	ท่านกินขนมหวานต่างๆ เช่น ทองหยิบ ฝอยทอง ขนมหม้อแกง ขนมเค้ก คุกกี้ แพนเค้ก ขนมปัง หรือ อื่น ๆ				
11	ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำตาลเพิ่ม มากกว่า 1 ช้อนชา				
12	ในการกินอาหารแต่ละมื้อ ท่านเติมน้ำปลา/เกลือ/ น้ำปลาพริก/ซีอิ๊ว/ซอสมะเขือเทศและซอสอื่น ๆ เพิ่ม				

### ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการออกกำลังกายของท่านในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา

2.1 ท่านเล่นกีฬาหรือออกกำลังกาย เช่น แอโรบิก วิ่ง/วิ่งเหยาะ เล่นฟุตบอล และ อื่น ๆ จนรู้สึกเหนื่อยมาก  
โดยหายใจแรงและเร็ว

1. ปฏิบัติ 1.1 ระยะเวลาต่อครั้ง  ครั้งละ 20 นาที ขึ้นไป  ครั้งละ 10-20 นาที  
 น้อยกว่า 10 นาที

1.2 จำนวนต่อสัปดาห์  3 วันหรือมากกว่า  2 วัน  1 วัน  2. ไม่ได้ปฏิบัติ

2.2 ท่านออกแรงหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ขุดดิน ทำงานบ้าน ล้างรถ เดินเร็ว ไร่ไม้พลอง และอื่น ๆ

จนรู้สึกค่อนข้างเหนื่อยหรือเหนื่อยกว่าปกติพอควร โดยหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย

- ปฏิบัติ 1.1 ระยะเวลาต่อครั้ง  ครั้งละ 30 นาที ขึ้นไป  ครั้งละ 20-30 นาที  
 น้อยกว่า 20 นาที

1.2 จำนวนต่อสัปดาห์  5 วันหรือมากกว่า  3-4 วัน  1 - 2 วัน

ไม่ได้ปฏิบัติ

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา

3.1 ที่ผ่านมาท่านสูบบุหรี่/ยาสูบหรือไม่  ไม่สูบ (ข้ามไปตอบข้อต่อไป)  สูบ

3.2 ปกติท่านสูบบุหรี่/ยาสูบ ก็มวนต่อวัน

- มากกว่า 30 มวนต่อวัน  21 ถึง 30 มวนต่อวัน  
 11 ถึง 20 มวนต่อวัน  น้อยกว่า 10 มวนต่อวัน

#### ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมการดื่มสุรา ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา

4.1 ที่ผ่านมามีท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ยาตอง สาโท และอื่นๆหรือไม่

ไม่ดื่ม (ข้ามไปตอบข้อต่อไป)       ดื่ม

หากท่านดื่ม ท่านดื่มบ่อยเพียงใด

ทุกวัน       5 ถึง 6 วันต่อสัปดาห์       1 ถึง 4 วันต่อสัปดาห์

4.2 ปริมาณการดื่มสุราต่อวัน (สุราขาว/เซียงซุน/ยาตองเหล้า/สุราสี)

2 ถึง 3 ผา       1/4 ขวดใหญ่ หรือ 1/2 แบน

1/2 ขวดใหญ่ หรือ 1 แบน       1 ขวดใหญ่ ขึ้นไป

4.3 ปริมาณการดื่มเบียร์ต่อวัน (เบียร์,ไวน์,สาโท)

1 กระป๋อง       2 ถึง 3 กระป๋อง หรือ 1 ขวดใหญ่       4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่

มากกว่า 4 กระป๋อง หรือมากกว่า 2 ขวดใหญ่

4.4 ปริมาณการดื่มเหล้าหมักต่อวัน (กระแช่/สาโท/อุ/สุราพื้นบ้าน)

1/2 ขวดใหญ่       1 ขวดใหญ่ หรือ 2 แก้วครึ่ง

มากกว่า 1 ขวดใหญ่ หรือมากกว่า 2 แก้วครึ่ง

#### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลและรักษาตนเอง (ตอบเฉพาะอาสาสมัครกลุ่มป่วย

โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง)

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของท่านมากที่สุด ในระยะเวลา 1

เดือนที่ผ่านมา ท่านซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลและรักษาตนเองมากน้อยเพียงใด

การปฏิบัติ		ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (6 - 7 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3 - 5 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1	ท่านอ่านฉลากยาให้เข้าใจก่อนรับประทานยาทุกครั้ง				
2	ท่านตรวจสอบวันหมดอายุของยา ก่อนรับประทานยา				
3	ท่านรับประทานยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูงตรงตามคำแนะนำของแพทย์				
4	ท่านไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเบาหวานด้วยตนเอง				
5	ท่านรับประทานยาเบาหวาน ยาความดันโลหิตสูงตรงตามเวลา (ทั้งนี้โรคเบาหวานรวมถึงการฉีดอินซูลินเพื่อการรักษาด้วย)				

การปฏิบัติ		ระดับการปฏิบัติ			
		ปฏิบัติ สม่ำเสมอ (6 - 7 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง (3 - 5 วัน ต่อสัปดาห์)	ปฏิบัติ บางครั้ง (1 - 2 วัน ต่อสัปดาห์)	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
6	ท่านไม่ใช้ยาต้ม ยาสมุนไพร ในการรักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง				
7	ท่านขอเยี่ยมารักษาโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงของเพื่อนเมื่อยาของท่านหมด				
8	ท่านพูดคุยกับผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงคนอื่น ๆ ในคลินิกโรคเรื้อรังเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง				
9	ท่านปรึกษาปัญหาสุขภาพและปัญหาทั่วไปกับเพื่อน คู่สมรส บุตรหลาน หรือญาติ				
10	ท่านสนใจติดตามข่าวสารเกี่ยวกับโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ				
11	ท่านดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การสังเกตอาการผิดปกติของร่างกาย เป็นต้น				
12	ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูง				
13	ท่านมีการปรึกษาแพทย์ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง หรือเคยปรึกษาการปฏิบัติตัว และข้อควรระวังในการออกกำลังกาย				
14	ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



## ภาคผนวก ค

แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)  
ในพื้นที่ระดับอำเภอ สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบล

---

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



### แบบสอบถามความคิดเห็น

ต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)ในพื้นที่ระดับอำเภอ  
สำหรับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ  
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือคณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบล

#### คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ ผู้วิเคราะห์ได้นำข้อมูลต่างๆจากการประเมินเอกสารต่างๆ ในพื้นที่อำเภอ และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม รวบรวมและสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดมีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ โดยขอความอนุเคราะห์ท่านแสดงความคิดเห็นในรอบนี้อีกครั้ง เพื่อยืนยันข้อมูลและหาค่าความสอดคล้องให้มากที่สุด
2. ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถให้ความคิดเห็นตามความเป็นจริง ในพื้นที่ของท่านในแต่ละประเด็นให้ครบทุกข้อ
3. ประเด็นในการเก็บแบบสอบถาม ประกอบด้วย
  - 3.1 ด้านการพัฒนามาตรการ/นโยบายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
  - 3.2 ด้านระบบ/กลไกการจัดบริการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงระดับอำเภอและระดับตำบล
  - 3.3 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
4. สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะนำข้อมูลทั้งหมดในครั้ง นี้ ไปประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมต่อไป

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
กรมควบคุมโรค

ขอขอบพระคุณในความร่วมมือ  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ  
กรมควบคุมโรค

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 อำเภอ..... จังหวัด.....
- 1.2 บทบาทในการดำเนินงาน  
 1. คณะกรรมการระดับอำเภอ  2. คณะกรรมการ/คณะทำงานระดับตำบล
- 1.3 เพศ  1. ชาย  2. หญิง
- 1.4 อายุ ..... ปี (เกิน 6 เดือน ปัดขึ้นเป็น 1 ปี)
- 1.5 ระดับการศึกษา  
 1. ประถมศึกษา  2. มัธยมศึกษาตอนต้น  
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.  4. อนุปริญญา/ ปวส.  
 5.ปริญญาตรี  6. ปริญญาโทหรือสูงกว่า
- 1.6 อาชีพ  
 1. เกษตรกร  2. ข้าราชการ/ลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐ  
 3. รับจ้างทั่วไป  4. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 5. อื่นๆ ระบุ.....
- 1.7 ตำแหน่ง/บทบาทการทำงานในสังคมอื่นๆ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
 1. เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ระบุหน่วยงาน.....  
 2. ผู้นำชุมชน เช่น นายก อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สท. ส.อบต. เป็นต้น  
 3. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)  
 4. จิตอาสา  
 5. อื่นๆ ระบุ.....
- 1.8 ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ..... ปี  
 (กรณีที่เป็น พชต. หรือคณะทำงานระดับตำบล ให้ข้ามไปตอบข้อ 1.9)
- 1.9 ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ  
 คณะทำงานระดับตำบล ..... ปี

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่  
คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
<b>โครงสร้าง และกลไกการบริหารงานของ พชอ. ต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
1.	คณะกรรมการ พชอ. มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทำหน้าที่ถ่ายทอดนโยบาย พชอ. สู่พื้นที่เพื่อนำไปปฏิบัติและรับนโยบายจากพื้นที่เสนอต่อคณะกรรมการ พชอ.					
2.	อำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCD Board) แยกเฉพาะเพื่อขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อลงสู่ระดับตำบลและชุมชน และเชื่อมประสานกับ พชอ.					
3.	คณะกรรมการ พชอ. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ พชต. เพื่อนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปปฏิบัติ และรายงานผลการปฏิบัติงานไปยังคณะกรรมการ พชอ. ผ่านคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนประเด็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
4.	คณะกรรมการ พชต. มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน (พชม.) หรือคณะกรรมการระดับหมู่บ้าน (กม.) เพื่อส่งเสริมการนำนโยบายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน					
5.	อำเภอเกิดระบบหรือกลไกการสั่งการจากประธานคณะกรรมการ พชอ. ไปยังคณะอนุกรรมการแต่ละประเด็นรวมทั้งคณะกรรมการ พชต. และผู้เกี่ยวข้องเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
6.	กลไกการดำเนินงานของ NCD Board จะเน้นงานที่มาจากนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนมาก ให้ความสำคัญในการสร้างความรู้และงานบริการสุขภาพพร้อมกับ อสม.เป็นหลัก					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
7.	คณะกรรมการ พชอ.อำนวยความสะดวกให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหา โดยสร้างพื้นฐานความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการแก้ไขปัญหากระจายไปยังหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน					
<b>การกำหนดนโยบาย แผนงาน และการติดตามประเมินผลของ พชอ.</b>						
8.	คณะกรรมการ พชอ. มีการกำหนดนโยบายสาธารณะระดับอำเภอเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพ และรับฟังจากเวทีประชาคมประกอบการกำหนดนโยบาย เช่น นโยบายการออกกำลังกาย การลดอาหารเค็ม การลดละเลิกการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ เป็นต้น					
9.	อำเภอมีนโยบายสาธารณะด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารลดเสี่ยง การควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคยาสูบ เป็นต้น					
10.	คณะกรรมการ พชอ. มีการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งทั้งในระดับอำเภอและตำบล ในการวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอโดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการ พชอ.					
11.	อำเภอมีรูปแบบการจัดทำแผน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมโดย พชอ. และรูปแบบการจัดทำแผนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ (NCD Board)					
12.	คณะกรรมการ พชอ. มีกลไก/คณะทำงานในการจัดทำแผนงาน/โครงการระดับอำเภอ โดยใช้ข้อมูลและการร่วมคิดวิเคราะห์จากทุกฝ่ายที่ครอบคลุมด้านต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
13.	อำเภอที่จัดทำแผนโดย NCD Board จะทำการวิเคราะห์ปัญหาพร้อมกับ พชต. และ รพ.สต. และนำเสนอผ่านเวทีการประชุมของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และประสานแผนดำเนินการร่วมกับ พชอ.					
14.	อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการที่พัฒนาจาก พชอ. จะได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนมาตรการจากภาคีเครือข่าย พชต. อปท. ภาคเอกชน และชุมชน					
15.	การจัดทำโครงการระดับตำบลจะนำเสนอผ่านเวทีประชาคม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล สสส. และการจัดกิจกรรมระดมทุนของชุมชน					
16.	อำเภอมีกลไกการติดตามประเมินผล ผ่านคณะกรรมการฯ หรือ NCD Board โดยจะติดตามผลการปฏิบัติงานร่วมกับ พชต. และรายงานไปที่ประชุม พชอ. ทราบ					
17.	อำเภอมีการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ในการปรับปรุงการขับเคลื่อนงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
<b>กลไกขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
18.	อำเภอมีกลไกการถ่ายทอด/สื่อสารนโยบาย แผนงาน ผ่านคณะกรรมการ พชอ./อนุกรรมการ/ คณะกรรมการ พชต. และผ่านการประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยทั้ง 2 ช่องทางนำสู่ระดับชุมชน					
19.	คณะกรรมการ พชอ. มีการประสานแผนการทำงานร่วมกัน ตั้งแต่ระดับอำเภอลงมาสู่พื้นที่ระดับตำบลหรือหมู่บ้านที่เชื่อมโยงกันเป็นระบบและ ต่อเนื่อง					
20.	รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดทำแผนระดับตำบล และเป็นผู้เชื่อมโยงในการนำนโยบายของ พชอ. มาวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
21.	คณะกรรมการ พชอ. มีภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนแผนงาน/ โครงการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง อย่างมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ/ตำบล/ชุมชน					
22.	กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีการใช้ข้อมูล ในการติดตามประเมินผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อทบทวน ปรับปรุงพัฒนา ต่อยอด และการขยายผลการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
<b>การสรรหาทรัพยากรเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
23.	คณะกรรมการ พชอ. มีการบูรณาการทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ วัสดุ และอุปกรณ์) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง ภายในและภายนอกกระทรวง สาธารณสุข เพื่อสนับสนุน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง					
24.	คณะกรรมการ พชต. มีการบูรณาการทุนจากกองทุนต่างๆ ในตำบลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
25.	คณะกรรมการ พชอ. คณะกรรมการ พชต. คณะกรรมการ พชม./คณะกรรมการหมู่บ้าน สรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการ ผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่าง ๆ เช่น จัดวิ่งการกุศล กิจกรรมทอดผ้าป่า					
<b>การพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
26.	อำเภอมีแผนการจัดบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐาน โดย การมีส่วนร่วมทุกตำบลทั้งอำเภอ และมี รพ.สต.เป็น หน่วยงานหลัก					
27.	รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักระดับตำบลในการขับเคลื่อนงาน ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพร้อม อสม.					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
28.	อำเภอที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พชอ./พชต. อสม. สามารถจัดบริการเชิงรุกในชุมชน และสามารถดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด					
29.	อำเภอที่มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในการจัดบริการคัดกรอง และลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
30.	อำเภอที่มีกลไกพัฒนาความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการ พชต. และหน่วยบริการปฐมภูมิในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
31.	อำเภอมีรูปแบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่					
32.	อำเภอมีการใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่างๆ ในการคัดกรองเพื่อให้ประหยัดเวลาและลดค่าใช้จ่ายของประชาชน					
33.	อำเภอมีการใช้ข้อมูล นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น ใช้แอปพลิเคชันของสมาร์ทโฟนในการให้ความรู้ ติดตามอาการของผู้ป่วย การจัดทำข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น					
<b>มาตรการทางกฎหมายและทางสังคม</b>						
34.	อำเภอมีการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบผ่านกลไกของเจ้าพนักงานตามกฎหมายในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด					
35.	ในระดับชุมชนการบังคับใช้กฎหมาย จะเป็นการขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมาย					
36.	อำเภอมีการกำหนดมาตรการด้านสังคมที่มาจาการรับฟังเวทีสาธารณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลสุขภาพ					

ลำดับ	ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
37.	อำเภอมีข้อตกลงทางสังคม พันธะทางสัญญา หรือ กฎ กติกาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
38.	อำเภอมีความร่วมมือและการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กร/ แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชนในการขับเคลื่อนนโยบาย/ มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง					
39.	คณะกรรมการ พขอ. /คณะกรรมการ พชต. มีการสื่อสาร นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการ ทางสังคมเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงจากระดับอำเภอสู่ระดับตำบล และหมู่บ้าน					
40.	คณะกรรมการ พขอ. มีการใช้ประโยชน์จากทุนในชุมชน เช่น การระดมทุน การใช้ทรัพยากรบุคคลในชุมชน การใช้ ทุนทางวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมในการลดความเสี่ยง โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น งานศพปลอดเหล้า รำวงออกกำลังกาย เป็นต้น					
41.	มาตรการ/ข้อตกลงระดับชุมชนที่ผ่านการรับฟังความ ต้องการของประชาชนก่อนนำมาปฏิบัติในหมู่บ้านจะ สามารถขยายผลไปพื้นที่ตำบลข้างเคียงโดยผ่านกลไก พขอ. และ พชต.					
<b>ความรู้ ทักษะในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน</b>						
42.	คณะกรรมการ พขอ. /คณะอนุกรรมการระดับอำเภอ/ คณะกรรมการ พชต. มีความรู้ ทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อ กำหนดนโยบาย การบริหาร อำนวยการ ขับเคลื่อน นโยบาย/มาตรการการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอสู่การปฏิบัติในระดับ ตำบลและหมู่บ้าน					
43.	คณะกรรมการ พขอ.จากหน่วยงานอื่นจะได้รับทราบปัญหา และการจัดการความรู้ผ่านการประชุม แต่ยังไม่สามารถให้					



ลำดับ	ข้อความคำถาม	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
	ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก					
44.	การจัดการข้อมูลของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการตัดสินใจของนายอำเภอ ยังขาดความเชื่อมโยงการอธิบายข้อมูลสถานะทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพต่างๆ รวมทั้งมิติด้านคุณภาพชีวิตอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง					
45.	กลุ่มองค์กร/แกนนำทางสังคม/ภาคประชาชน มีความรู้ทักษะในการขับเคลื่อนนโยบาย/มาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในพื้นที่					
46.	ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีความรู้ ทักษะในการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจาก สสส. และแหล่งทุนต่างๆ					
<b>การจัดการความรู้ สื่อสารความเสี่ยง</b>						
47.	อำเภอมีการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงให้กับประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย					
48.	การถ่ายทอดความรู้และสื่อสารประเด็นต่างๆ ยัง เป็นหน้าที่ของ รพ.สต. และ อสม. เป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ					
49.	การสื่อสารความรู้ผ่านโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น และสร้างการรับรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น					
<b>สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</b>						
50.	อำเภอมีสถานที่และกิจกรรมการออกกำลังกายในชุมชน					
51.	อำเภอมีสถานที่เข้าถึงอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ (ลดหวาน มัน เค็ม) รวมทั้ง ผักผลไม้ ที่ปลอดภัย หาง่าย ราคาสมเหตุสมผล					
52.	อำเภอมีการจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึงการสูบบุหรี่ การดื่มสุราของประชาชนในชุมชน					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย มาก ที่สุด	เห็น ด้วย มาก	เห็น ด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย	เห็น ด้วย น้อย ที่สุด
53.	อำเภอมีการจัดบริการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเชิงรุกหรือมีช่องทางการเข้าถึงที่สะดวกที่เกิดจากแผนของคณะกรรมการ พขอ.					
54.	อำเภอมีชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ลดความเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น งานบุญปลอดเหล้าองค์กร/สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น					

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....



ภาคผนวก ง

แบบสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน  
และความดันโลหิตสูง

---

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

### แบบสนทนากลุ่ม

#### การบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

(สำหรับ 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบล)

แนวคำถามนี้ใช้สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครโครงการฯ ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบลเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีรายละเอียดดังนี้

ประเด็น	คำถาม	กิจกรรม
1. ข้อมูลทั่วไป	<p>ข้อมูลทั่วไป</p> <p>1.1 ชื่อ-สกุล</p> <p>1.2 ตำแหน่ง</p> <p>1.3 ระดับการศึกษา/ วุฒิการศึกษา</p> <p>1.4 ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ..... ปี</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ในกรณีเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานระดับตำบล ให้เปลี่ยนเป็นคำถาม คือ ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานระดับตำบล..... ปี</p> <p>1.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการเป็น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)</p> <p><b>หมายเหตุ</b> ในกรณีเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานระดับตำบล ให้เปลี่ยนเป็นคำถาม คือ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานระดับตำบล</p>	<p>1. ผู้ดำเนินการ สนทนากลุ่มและ ทีมงานแนะนำ ตนเอง</p> <p>2. อธิบายถึง จุดมุ่งหมายและ วัตถุประสงค์ของ การสนทนากลุ่ม และขออนุญาต ในการ บันทึกเสียง</p> <p>3. เขียนประเด็น สนทนาสิ่งที่ กระตือรือร้น บอร์ดหรือ กระดาษรูป</p> <p>4. เริ่มคำถามในแนว ทางการสนทนาที่ จัดเตรียมไว้ตาม ประเด็น ให้ผู้ ปฏิบัติได้เล่าเรื่อง ตามประเด็น คำถาม</p> <p>5. ทีมดำเนินการ สนทนาจดบันทึก</p>

ประเด็น	คำถาม	กิจกรรม
		ข้อมูล ลงใน กระดาษปรีฟใน ลักษณะแผนภาพ ความคิด (Mind Mapping) หรือ ข้อความที่แสดง ถึงคำตอบ
2. ข้อมูลทั่วไป/ ลักษณะพื้นที่	<p>2.1 บริบทของพื้นที่ (เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ ประชากร และการปกครอง อาชีพ วัฒนธรรม/ความเชื่อที่โดดเด่น ของชุมชน ต้นทุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน บุคคลต้นแบบ การดำเนินงาน พขอ. ด้านอื่นที่ประสบความสำเร็จซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่)</p> <p>2.2 ปัญหาด้านสาธารณสุขหรือปัญหาสำคัญอื่นๆ ของพื้นที่ และจุดเน้นในการแก้ไขปัญหา</p>	
3. การบริหารจัดการงานด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)	<p>3.1 ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ผ่านมา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เป้าหมายคืออะไร</li> <li>- ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา บรรลุเป้าหมายหรือไม่</li> <li>- สิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด</li> <li>- ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้บรรลุเป้าหมายคืออะไร</li> <li>- มีอะไรที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย</li> <li>- สาเหตุที่ทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมายคืออะไร</li> <li>- ถ้าต้องเริ่มไปทำงานนี้ใหม่ คิดว่าจะทำอะไร อย่างไร ให้ดีกว่าเดิม</li> <li>- ถ้า พขอ.อื่นจะเริ่มทำบ้าง มีข้อเสนอแนะสำหรับ พขอ. อื่นอย่างไรในการทำงาน</li> <li>- ต้องการขอรับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคอะไรบ้าง</li> </ul> <p>3.2 ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ท่านมีมาตรการ หรือมีความคิดเห็นต่อมาตรการแต่ละด้านอย่างไร</p>	

ประเด็น	คำถาม	กิจกรรม
	<p>1) มาตรการพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>2) มาตรการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>3) มาตรการพัฒนานโยบาย มาตรการของพื้นที่ (รวมถึงมาตรการทางสังคม)ของอำเภอ</p> <p>4) การให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>5) กลไกการจัดทำแผนงาน โครงการด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ด้านข้อมูล การวิเคราะห์เพื่อจัดทำแผน การดำเนินงานตามแผนฯ การบูรณาการการทำงานของเครือข่าย/ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล)</p>	
4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	<p>ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ที่ท่านคาดหวังในการแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เป็นอย่างไร ในประเด็น.....</p> <p>1) การเปลี่ยนแปลงด้านกลไกการขับเคลื่อนงานของสังคม ท้องถิ่น และภาคประชาชน</p> <p>2) การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มป่วย และระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>3) เปลี่ยนแปลงทางด้านกฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชนที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการขับเคลื่อนเพื่อให้ประสบความสำเร็จ</p> <p>4) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>5) การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	
5. จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงาน	จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่	

ประเด็น	คำถาม	กิจกรรม
6. ปัจจัย ความสำเร็จ เงื่อนไข ข้อจำกัด หรือช่องว่างในการ ดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ เงื่อนไข ข้อจำกัด หรือช่องว่างในการ ดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่	



กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

### แผนผังการจัดที่นั่งสนทนากลุ่ม

อำเภอ..... จังหวัด .....

วันที่ ..... เดือน ..... ปี พ.ศ. .... เวลา .....

สถานที่ .....

- M หมายถึง ผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) .....
- N หมายถึง ผู้จดบันทึก (Note taker) .....
- P1 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 1 .....
- P2 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 2 .....
- P3 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 3 .....
- P4 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 4 .....
- P5 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 5 .....
- P6 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 6 .....
- P7 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 7 .....
- P8 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 8 .....
- P9 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 9 .....
- P10 หมายถึง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มคนที่ 10 .....
- P.....





ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการสนทนากลุ่มการบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

---

กรมควบคุมโรค

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม  
 การบริหารจัดการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  
 (สำหรับ 1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)  
 และ 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรือ คณะทำงานขับเคลื่อนระดับตำบล)

ประเด็น	คำถาม	ข้อค้นพบ
1. ข้อมูลทั่วไป	1.1 ชื่อ-สกุล 1.2 ตำแหน่ง 1.3 ระดับการศึกษา/วุฒิการศึกษา 1.4 ประสบการณ์ในการทำงานเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. / พชต.) ..... ปี 1.5 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบการเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. / พชต.)	
2. ข้อมูลทั่วไป/ ลักษณะพื้นที่	2.1 บริบทของพื้นที่ (เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ ประชากร และการปกครอง อาชีพ วัฒนธรรม/ความเชื่อที่โดดเด่นของชุมชน ต้นทุนทางสังคมอื่นๆ เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน บุคคลต้นแบบ การดำเนินงาน พชอ. ด้านอื่นที่ประสบความสำเร็จซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีอยู่)	
	2.2 ปัญหาด้านสาธารณสุขหรือปัญหาสำคัญอื่น ๆ ของพื้นที่ และจุดเน้นในการแก้ไขปัญหา	
3. การบริหารจัดการ งานด้านการป้องกัน	3.1 ผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ที่ผ่านมา - เป้าหมายคืออะไร	

ประเด็น	คำถาม	ข้อค้นพบ
ควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ด้วยกลไกคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา บรรลุเป้าหมายหรือไม่</li> <li>- สิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นไปตามที่คาดหวังหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพราะเหตุใด</li> <li>- ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้บรรลุเป้าหมายคืออะไร</li> <li>- มีอะไรที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย</li> <li>- สาเหตุที่ทำให้ยังไม่บรรลุเป้าหมายคืออะไร</li> <li>- ถ้าต้องเริ่มไปทำงานนี้ใหม่ คิดว่าจะทำอะไร อย่างไร ให้ดีกว่าเดิม</li> <li>- ถ้า พชอ.อื่นจะเริ่มทำบ้าง มีข้อเสนอแนะสำหรับ พชอ. อื่นอย่างไรในการทำงาน</li> <li>- ต้องการขอรับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคอะไรบ้าง</li> </ul>	
	3.2 ในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ ท่านมีมาตรการ หรือมีความคิดเห็นต่อมาตรการแต่ละด้านอย่างไร <ol style="list-style-type: none"> <li>1) มาตรการพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</li> <li>2) มาตรการพัฒนาระบบบริการเพื่อป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</li> </ol>	

ประเด็น	คำถาม	ข้อค้นพบ
	<p>3) มาตรการพัฒนานโยบาย มาตรการของพื้นที่ (รวมถึงมาตรการทางสังคม)ของอำเภอ</p> <p>4) การให้ความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ กลไกการจัดทำแผนงาน โครงการ ด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ด้านข้อมูล การวิเคราะห์ เพื่อจัดทำแผน การดำเนินงานตามแผนฯ การบูรณาการการทำงานของเครือข่าย/ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล)</p>	
4. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น	<p>ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหรือผลลัพธ์ที่ท่านคาดหวังในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่เป็นอย่างไร ในประเด็น.....</p> <p>1) การเปลี่ยนแปลงด้านกลไกการขับเคลื่อนงานของสังคม ท้องถิ่น และภาคประชาชน</p> <p>2) การเปลี่ยนแปลงด้านการจัดบริการสุขภาพให้แก่กลุ่มป่วย และระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของอำเภอ</p> <p>3) เปลี่ยนแปลงทางด้านกฎ กติกา ข้อตกลงของชุมชนที่เกิดขึ้นรวมทั้งวิธีการขับเคลื่อนเพื่อให้ประสบความสำเร็จ</p> <p>4) การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p> <p>5) การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง</p>	

ประเด็น	คำถาม	ข้อค้นพบ
5. จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงาน	จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่	
6. ปัจจัยความสำเร็จ เงื่อนไข ข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงาน	ปัจจัยความสำเร็จ เงื่อนไข ข้อจำกัด หรือช่องว่างในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่	


  
 กรมควบคุมโรค  
 สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ



ภาคผนวก ฉ  
แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป  
ปีพ.ศ. 2557 – 2564

---

กรมควบคุมโรค  
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนอายุ 35 ปี ขึ้นไป

ปีพ.ศ. 2557-2564

(สำหรับทีมจัดเก็บข้อมูล)

อำเภอ.....จังหวัด.....เขตสุขภาพที่.....

สถานะทางสุขภาพ	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ.2560	พ.ศ.2561	พ.ศ.2562	พ.ศ.2563	พ.ศ.2564
1. ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน จากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564								
2. ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557 – 2564								
3. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564								
4. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557 – 2564								

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ