



ปีที่ 54 ฉบับที่ 12 : 31 มีนาคม 2566

Volume 54 Number 12: March 31, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health



นิพนธ์ต้นฉบับ

การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

(The evaluation of the effectiveness of diabetes and hypertension prevention and control
with the mechanism of the District Health Board in Thailand)

✉ pairaj_2608@yahoo.com

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์¹, ชีระวุธ ธรรมกุล², ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง¹¹สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ²มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช**บทคัดย่อ**

ความเป็นมา : โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของภาคีหลายภาคส่วนซึ่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทสำคัญ แต่ยังคงขาดการประเมินผลการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. ดังกล่าว การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พชอ. ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล โดยสุ่มเลือกอำเภอตามเกณฑ์ จำนวน 8 อำเภอ ครอบคลุมพื้นที่ 4 ภูมิภาค ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 992 คน และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มกับบุคลากรที่เป็นคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 80 คน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) จำนวน 80 คน ร่วมกับการประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้อง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบทดสอบ แบบสอบถาม และแบบประเมิน

เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา : พบรูปแบบการจัดทำแผน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมโดย พชอ. และรูปแบบการจัดทำแผนโดยคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ (NCD Board) ทุกพื้นที่มีแผนบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน โดยมี รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลัก และพบว่า การบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง สามารถดำเนินการผ่านกลไกเจ้าพนักงานตามกฎหมายได้ในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ส่วนในชุมชนเป็นเพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย และพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยพบว่ามีการสร้างสนามออกกำลังกายที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงส่วนการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากมาตรการ กฎกติกาที่เกิดจากความตระหนักของชุมชน เช่น งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น และมาตรการถ่ายทอดความรู้ สื่อสารความเสี่ยงในทุกพื้นที่



◆ การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย	175
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างวันที่ 19-25 มีนาคม 2566	189
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 12 ระหว่างวันที่ 19-25 มีนาคม 2566	191

มีการดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัคร-
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นหลัก จากการดำเนินงาน
ของ พชอ. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2564 และได้มีการประเมินผลการ
ดำเนินงานระหว่างเดือนตุลาคม 2565-มีนาคม 2566 พบว่า กลุ่ม
ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มี
พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 57.8, 51.6 และ 56.8 ตามลำดับ และพฤติกรรมการดูแล
รักษาตนเองของกลุ่มป่วย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.3 ผลลัพธ์ด้าน
สถานะสุขภาพ พบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความ
ดันโลหิตสูงในพื้นที่ที่มีแผนยุทธศาสตร์อำเภอและระบบ/กลไก
สนับสนุนจาก พชอ. มีแนวโน้มลดลง

ข้อเสนอแนะ : จากปัจจัยแห่งความสำเร็จในการป้องกันควบคุมโรค
ด้วยกลไก พชอ. ที่สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ
ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ดังนั้นหน่วยงาน
ระดับนโยบายที่เกี่ยวข้องควรผลักดันให้ NCD Board ระดับอำเภอ
จัดทำแผนงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผ่าน
กลไก พชอ. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรค
ไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทย

คำสำคัญ : การประเมินผล, ประสิทธิภาพ, การป้องกันควบคุม
โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง, คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

บทนำ

จากการเกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาไปทั่วโลก
ทำให้องค์การอนามัยโลกและองค์กรต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวอย่าง
ต่อเนื่องในการจัดการกับปัญหาโรค NCDs ใน 4 ด้าน คือ 1) การขับ-
เคลื่อนนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ 2) การส่งเสริม
ป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงหลัก ๆ ที่เกี่ยวข้องกับทุกช่วงวัย 3) การ
เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงการรักษา
โรค และ 4) การเฝ้าระวัง ติดตาม และวิเคราะห์สถานการณ์ ซึ่ง
ประเทศไทยได้นำหลักการนี้มาดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับ
บริบท โดยสอดคล้องการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในแผน-
พัฒนาต่าง ๆ ⁽¹⁾ โดยแผนฯ ดังกล่าวได้นำสู่การปฏิบัติในพื้นที่อย่าง
เป็นระบบผ่านบทบาทของหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ทั้ง
ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน สำหรับการแก้ไขปัญหาใน
พื้นที่ระดับอำเภอนั้นได้มีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องมาจากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ไปยังโรงพยาบาลอำเภอ และถ่ายทอด
แนวทางการดำเนินงาน ตัวชี้วัดต่าง ๆ รวมทั้งงบประมาณซึ่งมี

กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุน ส่งต่อไปยัง
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยระดับตำบลนี้จะเกิด
การประสานงานและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในแนวราบเพื่อ
ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ^(2,3)

ในปี พ.ศ. 2561 ประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงกลไก
การทำงานระดับอำเภอเพื่อเกิดการสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว
และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี
และเกิดความยั่งยืน โดยได้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ
ภาคเอกชน และภาคประชาชน และบูรณาการร่วมกันในการพัฒนา
คุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ⁽⁴⁾ ระหว่างปี พ.ศ. 2561-
2563 พบว่า พชอ. ได้เลือกประเด็นเพื่อจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาค
คุณภาพชีวิตของประชาชน ในกลุ่มของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและ
ปัจจัยเสี่ยง การบาดเจ็บทางถนน และผู้สูงอายุ มาเป็นอันดับ 1 ทั้ง
3 ปี (อยู่ระหว่างร้อยละ 38.50-55.00) ⁽⁵⁾

จากรูปแบบการขับเคลื่อนงานของ พชอ. และการเลือก
ประเด็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้อง
กับระบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ (แต่เดิมหน่วยงานสาธารณสุข
เป็นผู้รับผิดชอบหลักและดูแลอย่างครบวงจร) นำมาแก้ไขและเพิ่ม
คุณภาพชีวิตของประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ⁽⁶⁾ ผู้วิจัย
จึงต้องการศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พชอ. จากแผนงานโครงการและ
กลไกการดำเนินงานของระดับอำเภอที่กำหนดไว้ โดยการประยุกต์
ใช้รูปแบบ Swiss Model for Outcome Classification in Health
Promotion and Prevention (SMOC) ⁽⁷⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ
ประเมินผลลัพธ์การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน-
โลหิตสูงด้วยกลไก พชอ. ในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย ซึ่ง
ข้อค้นพบจากการศึกษาครั้งนี้จะนำไปพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายใน
การปรับปรุงมาตรการและกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีความเหมาะสมกับ
บริบทในระดับอำเภอ ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

นิยามศัพท์

**ประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน
โลหิตสูงด้วยกลไก พชอ. ในพื้นที่ระดับอำเภอ** หมายถึง ผลลัพธ์ที่
ได้จากแผนงาน/โครงการและกลไกการดำเนินงานของ พชอ. ที่
กำหนดไว้ โดยการประยุกต์ใช้รูปแบบ SMOC ⁽⁷⁾ เพื่อพิจารณา
ผลลัพธ์การดำเนินงานตามองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ องค์ประกอบ
ด้านมาตรการ ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ ด้าน

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และด้านสถานะสุขภาพของประชาชน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) โดยนำรูปแบบ SMOC⁽⁷⁾ มาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย (รูปที่ 1) โดยเลือกอำเภอที่มี พชอ. เลือกปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เป็นประเด็นปัญหาของอำเภอ ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 224 อำเภอ⁽⁸⁾ โดยสุ่มอย่างง่าย เลือกภาคละ 2 อำเภอ รวม 8 อำเภอ ครอบคลุม 4 ภูมิภาค และ สุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอละ 1 ตำบล รวม 8 ตำบล เป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 1) ตำบลอุโมงค์ อำเภอเมืองลำพูน จังหวัดลำพูน 2) ตำบลดงคู อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย 3) ตำบลวังทรายพูน อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร 4) ตำบลต้นมะม่วง อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี 5) ตำบลบ้านขาม อำเภอเมืองหนองบัวลำภู จังหวัดหนองบัวลำภู 6) ตำบลรังกาใหญ่ อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา 7) ตำบลกระปี่น้อย อำเภอเมืองกระบี่ จังหวัดกระบี่ และ 8) ตำบลคลองทรายขาว อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2565–มีนาคม 2566 รวม รวม 6 เดือน

2. บุคลากรที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เลือกจาก 8 อำเภอ อำเภอละ 1 ตำบล รวม 8 ตำบล โดยแต่ละตำบลมีคณะกรรมการดังกล่าว จำนวน 15 คน รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้นจำนวน 120 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับ การคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ (Purposive Sampling)

ประกอบด้วย 1) นายก อบต. (1 คน) 2) ผู้อำนวยการ รพ.สต. (1 คน) 3) ผู้แทนกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน (2 คน) 4) ผู้แทนหน่วยงานราชการ/ผู้แทนหน่วยงานของรัฐ/ผู้แทน อบต. (1 คน) 5) อสม. (3 คน) 6) ผู้แทนภาคเอกชน (1 คน) และ 7) ผู้แทนภาคประชาชน (1 คน) จำนวนตำบลละ 10 คน รวม 80 คน

3. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ 8 อำเภอ จำแนกตามระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง และคำนวณขนาดตัวอย่างในกลุ่มปกติ⁽⁹⁾ ใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง (Mean = 3.12, S.D. = 0.54)⁽¹⁰⁾ ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย คำนวณขนาดตัวอย่าง⁽¹¹⁾ โดยกลุ่มเสี่ยงใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย (Mean = 1.68, S.D. = 0.97)⁽¹²⁾ และกลุ่มป่วยใช้ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย (Mean = 3.09, S.D. = 0.67)⁽¹³⁾ และจัดสรรขนาดตัวอย่างให้แต่ละอำเภอโดยวิธีการจัดสรรเท่ากัน (Equal allocation)⁽¹⁴⁾ โดยได้ขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มปกติ อำเภอละ 56 คน รวมจำนวน 448 คน กลุ่มเสี่ยง อำเภอละ 46 คน รวมจำนวน 368 คน และกลุ่มป่วย อำเภอละ 22 คน รวมจำนวน 176 คน รวมทั้งสิ้น 992 คน โดยแต่ละอำเภอจะนำรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และให้มีเลขกำกับทุกรายชื่อและสุ่มเลขด้วยโปรแกรม Microsoft Excel 2021 จนได้ขนาดตัวอย่างครบตามความต้องการ



รูปที่ 1 กรอบการประเมินประสิทธิภาพการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา แบ่งตามการจัดเก็บออกเป็น

3 กลุ่ม ได้แก่

1. การประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งในระดับอำเภอและระดับตำบลเพื่อดูความเชื่อมโยงของกลไกการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอ โดยใช้แบบประเมินเอกสาร ซึ่งมีประเด็นการประเมิน 3 องค์ประกอบ 47 ตัวชี้วัด ค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00

2. จัดเก็บข้อมูลความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง ด้วยเครื่องมือ ดังนี้

1) แบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ มีค่าคะแนนรวมเท่ากับ 10 คะแนน มีค่า KR (Kuder–Richardson) 20 เท่ากับ 0.83

2) แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีจำนวน 24 ข้อ (4 องค์ประกอบ) มีคะแนนอยู่ระหว่าง 24–120 คะแนน และ

3) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชน แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 พฤติกรรมรับประทานอาหาร จำนวน 12 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0–36 คะแนน ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ จำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 4 ข้อ มีข้อคำถามที่มีคำตอบเป็นตัวเลือก ปฏิบัติ และไม่ได้ปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น ๆ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เก็บเฉพาะกลุ่มป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง จำนวน 14 ข้อ มีค่าคะแนนระหว่าง 0–42 คะแนน โดยแบบเก็บข้อมูลที่ 2 และแบบเก็บข้อมูลที่ 3 (เฉพาะส่วนที่ 1 และส่วนที่ 5) มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนอันตรภาคชั้น (Interval scale) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82, 0.80 และ 0.84 ตามลำดับ

3. จัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) โดยจัดเก็บข้อมูลอำเภอละ 1 ครั้ง ใน 8 อำเภอ อำเภอละ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่เป็น พขอ. จำนวน 10 คน ต่ออำเภอ รวม 80 คน และ พชต. จำนวน 10 คนต่ออำเภอ รวม 80 คน ในประเด็นการพัฒนานโยบาย/มาตรการแก้ไขปัญหของอำเภอ กลไกการบริหารและขับเคลื่อนแผนงาน/โครงการ การติดตามประเมินผลโครงการ

4. จัดเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพด้วยแบบบันทึกข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนย้อนหลัง 8 ปี (ปี พ.ศ. 2557–2564)⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตรา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

จากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไก พขอ. ในพื้นที่ระดับอำเภอ แบ่งผลการศึกษาเป็น 4 ส่วน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผลลัพธ์การพัฒนามาตรการ

1.1 การพัฒนาระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พขอ.

โครงสร้างและกลไกการบริหารงานของ พขอ. ต่อการป้องกันควบคุมโรค พบว่า พขอ. 5 ใน 8 พื้นที่ (ร้อยละ 62.5) ประธาน พขอ. ได้จัดตั้งคณะกรรมการประเด็นปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อเชื่อมโยงการปฏิบัติงานระดับอำเภอ ลงสู่ระดับตำบลผ่าน พชต. สำหรับพื้นที่อื่นอีก 3 พื้นที่นั้น มี NCD Board ทำหน้าที่เชื่อมประสานระหว่างอำเภอและตำบล โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน เป็นผู้แต่งตั้งคณะกรรมการดังกล่าว และพบว่าระดับตำบลทุกแห่งมีการจัดตั้ง พชต. โดยมีโครงสร้างสอดคล้องกับ พขอ. ซึ่ง พชต. เกือบทุกพื้นที่ (7 พื้นที่) จะดำเนินงานร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน (กม.) ในการรับนโยบายจาก พขอ. มาดำเนินการขับเคลื่อนงานและรายงานผลการปฏิบัติงานไปยัง พขอ. ผ่านคณะกรรมการ

การกำหนดนโยบาย แผนงาน และการติดตามประเมินผลของ พขอ. พบว่า พขอ. ทั้ง 8 พื้นที่ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมและนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องในที่ประชุมของ พขอ. โดยใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลสุขภาพประชาชนทั้งในระดับอำเภอและตำบล (8 พื้นที่) ข้อมูลด้านความรู้และพฤติกรรมของประชาชนโดยเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่เคยสำรวจในพื้นที่ (6 พื้นที่) และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (8 พื้นที่) มาร่วมวิเคราะห์ ภายหลังโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงถูกกำหนดเป็นประเด็นการแก้ไขระดับอำเภอแล้ว โดย พขอ. 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. และพบว่าในพื้นที่ที่มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และโครงการระดับอำเภอ (5 พื้นที่) มีกลไกการถ่ายทอด/สื่อสาร นโยบาย ผ่านการประชุม พชอ. อนุกรรมการ/พชต. และผ่านการประชุมประจำเดือนกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน โดยทั้ง 2 ช่องทางนำสู่ระดับชุมชน

ในระดับตำบลเมื่อ พชต. ได้รับนโยบาย กรอบแนวทางการดำเนินงาน พชต. จะจัดทำโครงการระดับตำบลผ่านเวทีประชาคมระหว่าง คณะอนุกรรมการฯ พชต. อปท. กม. และประชาชน โดยแผนระดับตำบลจะได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจาก 2 แหล่ง ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล (8 พื้นที่) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (3 พื้นที่) นอกจากนี้ยังพบว่าชุมชนยังสามารถสรรหาทุนอย่างไม่เป็นทางการผ่านการจัดกิจกรรมระดมทุนต่าง ๆ เช่น จัดวิ่งการกุศล กิจกรรมทอดผ้าป่า เป็นต้น และพบว่าในพื้นที่ที่มีแผนยุทธศาสตร์/แผนงานโครงการที่พัฒนาจาก พชอ. จะได้รับความร่วมมือในการขับเคลื่อนมาตรการจากภาคีเครือข่าย พชต. อปท. ภาคเอกชน และชุมชน ในส่วนของการติดตามประเมินผลนั้นคณะอนุกรรมการฯ หรือ NCD Board จะติดตามผลการปฏิบัติร่วมกับ พชต. และรายงานไปที่ประชุม พชอ. ทราบอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และ พชอ. มีการนำผลการประเมินโครงการหรือกิจกรรมไปใช้ปรับปรุงการขับเคลื่อนงาน (8 พื้นที่)

1.2 การพัฒนาระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า ทุกพื้นที่จะมี รพ.สต. ร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายของ พชอ. อย่างต่อเนื่อง โดย รพ.สต. เป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำแผนบริการคัดกรองและแผนการดูแลรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ อปท. สำหรับการขับเคลื่อนงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพยังคงเป็นหน่วยงานสาธารณสุข และ อสม. เป็นหลัก เน้นการปฏิบัติงานตามแนวทางการรักษาที่กำหนดไว้ ในส่วนบทบาททางวิชาการของ รพ.สต. นั้น พบหลายแห่ง (5 พื้นที่) เกิดแนวทางหรือรูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ สำหรับการคัดกรองรวมถึงการใช้ข้อมูล/นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการจัดบริการดูแลรักษา

1.3 การพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย มาตรการที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากการศึกษาพบว่าทุกพื้นที่มีแผนการบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ผ่านกลไกของเจ้าพนักงานตามกฎหมายในสถานที่ที่กฎหมายกำหนด ในระดับชุมชนไม่พบแผนการบังคับใช้กฎหมาย เป็นเพียงการขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามกฎหมาย สำหรับมาตรการด้านสังคมในหลายพื้นที่ได้มีมาตรการหรือข้อตกลงที่เป็นผลลัพธ์จากการจัดทำกิจกรรมตามโครงการต่าง ๆ ในระดับชุมชน และผ่านการรับฟังความต้องการของประชาชนก่อนนำมาปฏิบัติในหมู่บ้าน และไม่ได้กำหนดบทลงโทษ เช่น การปลูกผักสวนครัวปลอดสารพิษ งานศพปลอดเหล้า การงดจำหน่ายขนมขบเคี้ยวในโรงเรียน เป็นต้น

1.4 แผนการถ่ายทอดความรู้ การสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่าการถ่ายทอดความรู้และสื่อสารประเด็นต่าง ๆ ยังเป็นหน้าที่ของ รพ.สต. และ อสม. เป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (8 พื้นที่) แต่พื้นที่บางแห่ง (2 พื้นที่) ได้แปลงนโยบายระดับอำเภอมาสู่การปฏิบัติระดับชุมชนมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่จะใช้ในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าการให้ความรู้ในระดับทั่วไป และพบว่ามี 1 พื้นที่มีเครื่องมือสำหรับการติดตาม วัด และประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน สำหรับการถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ พบว่าทั้ง 8 พื้นที่จะมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้กำหนดเนื้อหา เป้าหมายของผู้รับสารระยะเวลาในการถ่ายทอดความรู้ โดยจะดำเนินการร่วมกับ อสม. ผ่าน 4 ช่องทางหลัก ได้แก่ 1) สื่อบุคคล โดย อสม. ไปถ่ายทอด บอกต่อระดับครัวเรือน 2) สื่อออนไลน์ ส่วนใหญ่ ถ่ายทอดผ่านไลน์กลุ่มหมู่บ้าน ไลน์กลุ่ม พชอ./พชต. และกำนันผู้ใหญ่บ้าน และมี Page Facebook ของ อสม. ในการสื่อสาร โดยพบว่าการสื่อสารความรู้ผ่านโซเชียลมีเดียเป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น 3) สื่อผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน และ 4) สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น ป้าย โปสเตอร์ แผ่นพับ ที่ รพ.สต. จัดทำขึ้น

2. ผลลัพธ์ด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อตัวกำหนดสุขภาพ

2.1 ระบบ/กลไกการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

สมรรถนะและการจัดการข้อมูล พชอ. ใน 8 พื้นที่มีกระบวนการวิเคราะห์และกำหนดปัญหา โดยมีหน่วยงานสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พชอ. แต่การจัดการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจของนายอำเภอ พบว่ายังขาดการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงและการอธิบายข้อมูล

สถานะทางสุขภาพกับปัจจัยกำหนดสุขภาพต่าง ๆ รวมทั้งมิติด้านคุณภาพชีวิตอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และยังพบว่า การกำหนดเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหา ยังคงเป็นเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (8 พื้นที่) และพบว่า ความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จะมีสูงในบุคลากรด้านสาธารณสุข และอสม. ส่วนคณะกรรมการ พขอ.จากหน่วยงานอื่น จะได้รับทราบปัญหา และการจัดการความรู้ผ่านการประชุม (8 พื้นที่) และยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนา งานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก

การอำนวยความสะดวกและสนับสนุนโดย พขอ. พบว่า พขอ. 5 พื้นที่ ที่มีแผนของ พขอ. จะอำนวยความสะดวกให้เกิดการบูรณาการแก้ไขปัญหา โดยสร้างพื้นฐานความเข้าใจในการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์กิจกรรมการแก้ไขปัญหากระจายไปยังหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน (จากระดับอำเภอ ลงสู่ระดับตำบล และหมู่บ้านตามลำดับ) สำหรับพื้นที่ที่มีแผนของ NCD Board 3 แห่ง พบว่า การดำเนินงานยังเน้นงานที่มาจากนโยบายด้านสาธารณสุขเป็นส่วนมาก ให้ความสำคัญในการสร้างความรู้และงานบริการสุขภาพร่วมกับ อสม.เป็นหลัก และยังขาดการเข้ามามีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ทั้ง 8 พื้นที่ พบว่า เจ้าหน้าที่จากภาคีเครือข่าย และประชาชนมีความสัมพันธ์อันดีในการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการตามที่ตั้งไว้

2.2 ระบบบริการเพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ทุกตำบลเป็น พชต. โดยเป็นหน่วยงานหลักในการนำเสนอข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อจัดทำแผนระดับตำบล และเป็นผู้เชื่อมโยงในการนำนโยบายของ พขอ. มาวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชุมชน และพบว่าทุกอำเภอยังคงมีกิจกรรมการจัดบริการคัดกรองและลดปัจจัยเสี่ยงตามมาตรฐานของกระทรวง และในพื้นที่ที่มีกลไกการสนับสนุนจาก พขอ./พชต. จะพบว่าในระดับชุมชน อสม. สามารถจัดบริการเชิงรุก เช่น การให้ความรู้ การตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด เป็นต้น นอกจากนี้หลายพื้นที่ยังเกิดรูปแบบหรือการพัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการคัดกรองโรคร่วมกับการดำเนินงานตามระบบปกติ (7 พื้นที่) เช่น การใช้แบบคัดกรองปัจจัยเสี่ยงตามแนวคิด “นคร 2 ส” (น้ำหนัก ความดันโลหิต รอบเอว ยาสูบ และสุรา) โรงเรียนเบาหวานวิทยา การใช้นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีต่าง ๆ ในการคัดกรอง เป็นต้น สำหรับกิจกรรมการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้น ยังคงกิจกรรมตามมาตรฐานของ

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพื้นที่มากกว่าครึ่ง (5 พื้นที่) เน้นการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติงานเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยและ/หรือลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาหรือรักษาเบื้องต้นของประชาชน เช่น คลินิกใกล้ฉัน รูปแบบการดูแลการวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง (Self-monitoring blood pressure: SMBP) และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง (Self-monitoring of blood glucose: SMBG) เป็นต้น

2.3 นโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่าทั้ง 8 พื้นที่ มีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ในสถานที่ราชการ วัด โรงเรียน โรงพยาบาล และสถานประกอบการ มีการสื่อสารนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องระดับอำเภอสู่ระดับตำบลและหมู่บ้าน นอกจากนี้ทุกพื้นที่ยังมีมาตรการที่เน้นการจัดการสภาพแวดล้อมทางกายภาพและทางสังคมที่เอื้อต่อการลดภาวะเสี่ยงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจะเน้นการขอความร่วมมือในการปฏิบัติ ไม่ได้กำหนดบทลงโทษแต่อย่างใดซึ่งใน 6 พื้นที่นั้น พขอ. และ พชต. ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องดำเนินการสนับสนุนติดตามและประเมินผลการนำนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการไปปฏิบัติในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง

2.4 ศักยภาพของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการลดปัจจัยเสี่ยง พบว่า มี 3 พื้นที่ ได้รับแหล่งงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจาก สสส. โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือข้าราชการเกษียณเป็นผู้เขียนโครงการขอรับงบประมาณดังกล่าว และเกิดกิจกรรมการแก้ไขปัญหาในระดับตำบล/ชุมชน เช่น โครงการตำบลจัดการสุขภาพ โครงการชุมชนน่าอยู่ การขับเคลื่อนลดนักสูบหน้าใหม่ในชุมชน เป็นต้น ระหว่างการดำเนินงานหรือภายหลังจากโครงการเสร็จสิ้น จะเกิดผลลัพธ์คือได้มาตรการของชุมชนที่มีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแม้จะไม่มีงบประมาณสนับสนุนแล้วก็ตาม และพบว่าประชาชนพื้นที่ระดับตำบลส่วนใหญ่มีบทบาทในการร่วมกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนและทำประชาคมติเสนอมาตรการ/นโยบายระดับชุมชนผ่าน พชต. และขยายผลไปพื้นที่ตำบลข้างเคียงผ่านกลไก พขอ. และในพื้นที่อำเภอ 2 แห่งซึ่งใช้กลไกของ NCD Board แก้ไขปัญหา (ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.) พบว่า ประชาชน ชุมชน และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ยังมีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยในการขับเคลื่อนประเด็นการแก้ไขปัญหาของพื้นที่

2.5 ความรู้และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป จากการสำรวจความรู้ แบบแผนความเชื่อด้าน

สุขภาพ และพฤติกรรมของประชาชน 3 กลุ่ม รวมจำนวน 992 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.4, 66.6 และ 69.9 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.2, 49.2 และ 57.4 ตามลำดับ) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 35.5, 45.3 และ 42.0 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ปีละครั้ง (ร้อยละ 49.7, 47.7 และ 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 พบมี อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด โดยกลุ่มเสี่ยง พบร้อยละ 35.8 (อายุเฉลี่ย 55.4 ปี SD = 11.5 ปี ต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 88 ปี) และกลุ่มป่วยพบร้อยละ 51.1 ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย 62.1 ปี SD = 10.5 ปี ต่ำสุด 32 ปี สูงสุด 88 ปี) และพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนในกลุ่ม ปกติ ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000–10,000 บาท ร้อยละ 37.3 ส่วน กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อ เดือน ร้อยละ 39.3 และร้อยละ 58.5 ตามลำดับ

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 43.5 และพบกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มี ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 44.6 และ 47.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภาพรวม พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มีแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพภาพรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.5 และ 51.1 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.9 และเมื่อจำแนกตาม องค์ประกอบ พบว่า ทุกกลุ่ม มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการป้องกัน และรักษาโรค อยู่ในระดับสูง มีเพียงการรับรู้ต่ออุปสรรคต่อการ ป้องกันและรักษาโรค ที่พบว่า ทุกกลุ่ม มีระดับการรับรู้ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามองค์ประกอบและภาพรวม จำแนกตามกลุ่ม

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)
ความรู้เกี่ยวกับ โรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง	91 (20.3)	195 (43.5)	162 (36.2)	54 (14.7)	150 (40.7)	164 (44.6)	22 (12.5)	70 (39.8)	84 (47.7)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค	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)
การรับรู้ความรุนแรง ของโรค	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)
การรับรู้ถึงประโยชน์ต่อ การป้องกันและรักษาโรค	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)
การรับรู้ต่ออุปสรรคต่อ การป้องกันและรักษาโรค	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)
แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพภาพรวม	235 (52.5)	207 (46.2)	6 (1.3)	174 (47.3)	191 (51.9)	3 (0.8)	90 (51.1)	83 (47.2)	3 (1.7)

3. ผลลัพธ์ด้านตัวกำหนดสุขภาพ

3.1 การเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จากการศึกษา พบว่า อำเภอทุกแห่งมีการจัดทำโครงการ/กิจกรรมในระดับชุมชน โดยอำเภอที่ดำเนินการผ่านกลไกของ พขอ. และ พชต. (5 พื้นที่) และอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. (1 พื้นที่) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงฯ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ทำให้ชุมชนจัดการปัญหาโรค และปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี โดยพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ร้านอาหารทางเลือกเพื่อลดโซเดียมในชุมชน การปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษ การสร้างสนามออกกำลังกาย ถนนสายสุขภาพ (เดิน วิ่ง ปั่นลัดอ้วน) สถานศึกษารณรงค์ลดนักสูบหน้าใหม่ การจำกัดเวลา สถานที่ อายุ การเข้าถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน และเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การมีชมรมออกกำลังกาย เช่น รำไม้พอง รำวงคองก้า ชมรมเดินแอโรบิค งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น สำหรับอำเภอที่ใช้กลไก NCD Board และใช้งบประมาณปกติดำเนินการนั้น (2 พื้นที่) ส่วนอีก 1 พื้นที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สสส. พบว่า การเปลี่ยนแปลงเกิดจากการขับเคลื่อนงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นส่วนใหญ่ ประชาชนรับรู้การดำเนินงานของชุมชนผ่าน อสม. หรือผู้นำชุมชน และเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน เช่น การมีสถานที่ออกกำลังกายในชุมชนโดยมี อสม. เป็นผู้นำออกกำลังกาย กิจกรรมรณรงค์งานประเพณีมุสลิมในการลดอาหารมัน เค็ม ปั่นโตสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ อสม. เป็นต้น

3.2 พฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มปกติ ร้อยละ 57.8 รองลงมา คือ กลุ่มป่วย

ร้อยละ 56.8 และกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 51.6 (ตารางที่ 2)

พฤติกรรมออกกำลังกาย

พบว่า ทุกกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายระดับหนัก (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก) ร้อยละ 67.6, 62.5 และ 64.8 ตามลำดับ และพบว่า ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายระดับปานกลาง (เหนื่อยกว่าปกติเล็กน้อย) ร้อยละ 86.8, 84.0 และ 80.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ โดยพบว่า กลุ่มที่สูบบุหรี่ เป็นกลุ่มเสี่ยง สูบมากที่สุด ร้อยละ 9.8 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มป่วย ร้อยละ 6.9 และร้อยละ 6.3 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่า ในกลุ่มที่ดื่ม เป็นกลุ่มเสี่ยง ดื่มมากที่สุด ร้อยละ 20.1 รองลงมาเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 17.4 และกลุ่มป่วย ร้อยละ 12.5 (ตารางที่ 3)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (เฉพาะกลุ่มป่วย)

พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52.3 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 4)

4. ผลลัพธ์ด้านสถานะสุขภาพ

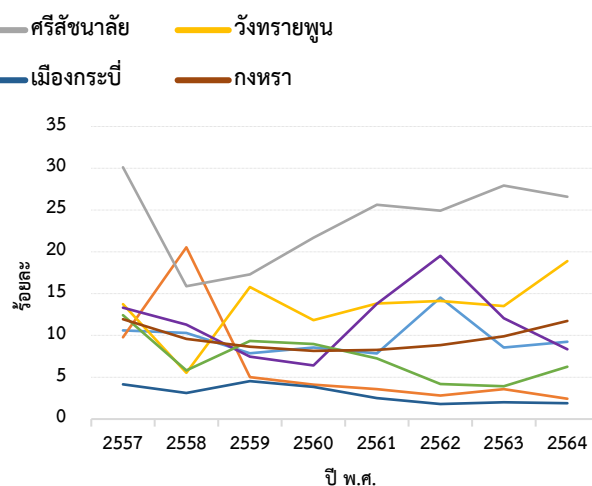
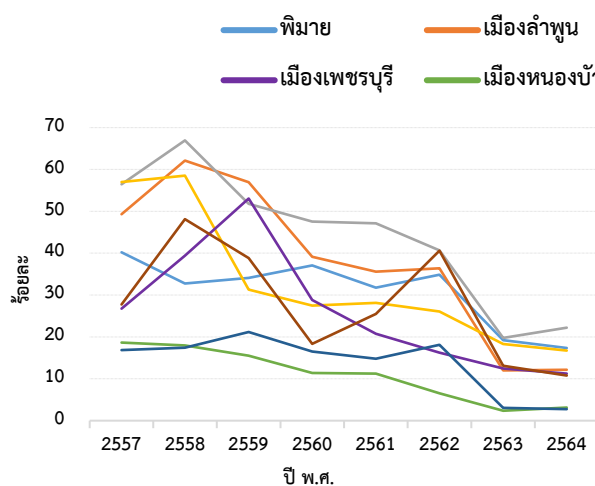
จากการประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557-2564 มีแนวโน้มลดลง แต่พบว่า ประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานมีแนวโน้มคงที่ถึงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานต่อแสนประชากรในปีงบประมาณ ปี พ.ศ. 2557-2564 ในภาพรวมยังไม่คงที่ แต่พบว่าในพื้นที่อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ และมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พขอ. (2 พื้นที่) มีแนวโน้มลดลงหลัง ปี พ.ศ. 2561 ที่มีระเบียบสำนักนายกฯ ในการจัดตั้งคณะกรรมการ พขอ. (รูปที่ 2-5)

ตารางที่ 2 ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง จำแนกตามกลุ่ม

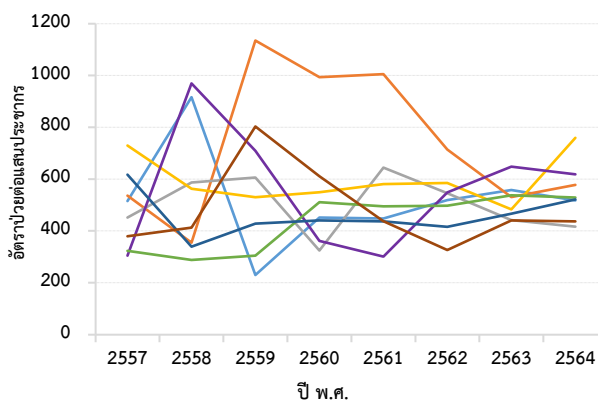
ระดับพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ถูกต้อง			กลุ่มปกติ (n = 448)	กลุ่มเสี่ยง (n = 368)	กลุ่มป่วย (n = 176)
			จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(29-36 คะแนน)	31 (6.9)	32 (8.7)	23 (13.1)
ปานกลาง	ระหว่างร้อยละ 60-79	(22-28 คะแนน)	259 (57.8)	190 (51.6)	100 (56.8)
ต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ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

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำแนกรายกลุ่ม

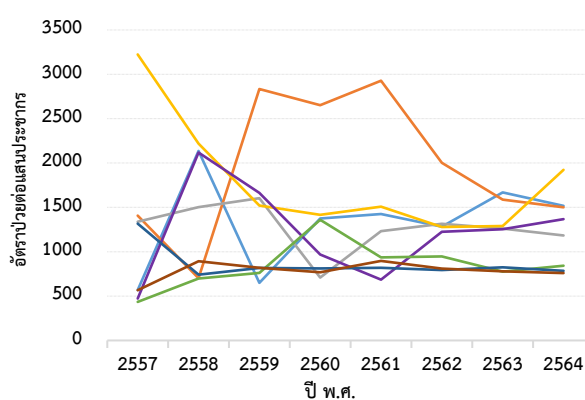
พฤติกรรม	กลุ่มปกติ (n = 448)	กลุ่มเสี่ยง (n = 368)	กลุ่มป่วย (n = 176)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
พฤติกรรมการออกกำลังกาย			
ระดับหนัก (เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก)			
- ปฏิบัติ	303 (67.6)	230 (62.5)	114 (64.8)
- ไม่ปฏิบัติ	145 (32.4)	138 (37.5)	62 (35.2)
ระดับปานกลาง (เหนื่อยกว่าปกติเล็กน้อย)			
- ปฏิบัติ	389 (86.8)	309 (84.0)	141 (80.1)
- ไม่ปฏิบัติ	59 (13.2)	59 (16.0)	35 (19.9)
พฤติกรรมการสูบบุหรี่			
- สูบ	31 (6.9)	36 (9.8)	11 (6.3)
- ไม่สูบ	417 (93.1)	332 (90.2)	165 (93.8)
พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
- ดื่ม	78 (17.4)	74 (20.1)	22 (12.5)
- ไม่ดื่ม	370 (82.6)	294 (79.9)	154 (87.5)



รูปที่ 2 ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557-2564



รูปที่ 3 ร้อยละของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานจากการคัดกรองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2557-2564



รูปที่ 4 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557-2564

รูปที่ 5 อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2557-2564

ตารางที่ 4 ระดับพฤติกรรมกาารดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มป่วย (n = 176)

ระดับพฤติกรรมกาารดูแลสุขภาพตนเอง			จำนวน	ร้อยละ
สูง	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(34-42 คะแนน)	92	52.3
ปานกลาง	ระหว่างร้อยละ 60-79	(26-33 คะแนน)	64	36.4
ต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	(0-25 คะแนน)	20	11.4

อภิปรายผล

จากการประเมินผลลัพธ์ พบว่า ทุกพื้นที่ มีการจัดทำแผนงานใน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่มีระบบการจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมโดย พขอ.(5 พื้นที่) และรูปแบบที่จัดทำแผนงานโดย NCD Board (3 พื้นที่) โดยพบว่ารูปแบบที่จัดทำโดย พขอ. จะสร้างการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งอปท.ได้มากกว่ารูปแบบที่ดำเนินการโดย NCD Board อาจเนื่องจากกลไกคณะกรรมการ พขอ. มีองค์ประกอบตามระเบียบสำนักนายกฯ ที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และมีนายอำเภอเป็นประธาน⁽⁴⁾ หากมีนโยบาย/แผนงานระดับอำเภอ และมีกลไกการสื่อสารสื่อสารถ่ายทอดนโยบาย และติดตามกำกับจากคณะกรรมการ พขอ. จะทำให้การถ่ายทอดเป้าหมายและกิจกรรมไปสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านครอบคลุมพื้นที่ สอดคล้องกับคำแนะนำของ WHO⁽¹⁶⁾ ที่กำหนดให้มีการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากกลไกหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อดำเนินนโยบายด้านโรคไม่ติดต่อในทุกด้านตามความเหมาะสมกับบริบทของประเทศ และสอดคล้องกับผลการศึกษาที่เคยศึกษาไว้^{(2) (17-18)} ที่พบว่า การขับเคลื่อนระบบการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภอที่ดำเนินงานได้ดีเกิดจากการนำของผู้บริหารส่วนต่าง ๆ และการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน แต่พบว่าความรู้และทักษะด้านการป้องกันควบคุมโรคของภาคีเครือข่ายนอกสาธารณสุข ยังไม่สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอในการปรับปรุงพัฒนางานด้านการป้องกันควบคุมโรคได้มากนัก อาจเนื่องจากประเด็นข้อมูล องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นเรื่องที่มีรายละเอียดของเนื้อหาที่เข้าใจยาก ผู้เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดในการถ่ายทอดความรู้ทักษะที่เป็นเชิงวิชาการ และแนวคิดด้านการป้องกันควบคุมโรคให้ภาคีเครือข่ายได้อย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดและข้อเสนอในการขับเคลื่อนทีมงานที่มีตัวแทนมาจากหลายฝ่ายนั้นจะต้องสร้างความเข้าใจร่วมกันทั้งในเรื่องของทิศทางและแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเป็นไปในทางเดียวกัน^{(1) (19-20)}

จากการศึกษา พบว่า แผนพัฒนาระบบบริการ ส่วนใหญ่ รพ.สต. จะเป็นผู้จัดบริการตามมาตรฐานของกระทรวง และในพื้นที่

ที่มีกลไกสนับสนุนจาก พขอ./พชต. จะพบว่าในระดับชุมชน อสม. สามารถจัดบริการเชิงรุกได้เกินกว่าเป้าหมายที่กระทรวงกำหนด ทั้งนี้เนื่องจากมีนโยบายของ พขอ. สนับสนุนทำให้ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์จาก อปท. เพิ่มเติม เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความเค็ม เป็นต้น รวมทั้งมีบางพื้นที่มีการระดมทุนเพิ่มเติม จึงสามารถจัดบริการได้เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีความสำคัญต่อการให้บริการสุขภาพที่จำเป็นที่ระดับปฐมภูมิ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และมีฐานะยากจน⁽²¹⁾

จากการศึกษา การพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย พบว่า การบังคับใช้กฎหมายตาม พ.ร.บ. สามารถดำเนินการได้ในสถานที่กฎหมายกำหนดไว้ แต่ในระดับชุมชนเป็นเพียงการขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย เนื่องจากในพื้นที่อำเภอความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าพนักงานตามกฎหมายกับประชาชนในชุมชน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน หากบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัดเกินไป อาจเกิดความขัดแย้งในชุมชน และพบว่า ในระดับชุมชนมีมาตรการทางสังคมที่เป็นผลลัพธ์จากโครงการต่าง ๆ ของชุมชนซึ่งเกิดจากความต้องการของชุมชนจะเกิดความยั่งยืนและขยายผลต่อไปยังตำบลอื่นได้ ทั้งนี้การที่จะดำเนินการให้ประชาชนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามมาตรการจำเป็นต้องสร้างการรับรู้ให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามมาตรการ สอดคล้องกับการศึกษาของมณฑล เก่งการพานิช⁽²²⁾ ที่พบว่าแนวทางปฏิบัติที่มาจากการมีส่วนร่วมของชุมชน ชุมชนจะมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ชุมชนพร้อมปฏิบัติตามและกำกับให้เป็นไปตามนโยบาย

ผลลัพธ์ด้านการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม พบว่า อำเภอที่ดำเนินการผ่านกลไกของ พขอ. และ พชต. (5 พื้นที่) และกลไก NCD Board ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. (1 พื้นที่) จะเกิดการเปลี่ยนแปลงฯ จากความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ท้องถิ่น ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอมีแผนยุทธศาสตร์/โครงการของ พขอ. ส่งผลให้เกิดนโยบาย แผนงาน ในการแก้ไข

ปัญหา และสร้างกลไกขับเคลื่อนในทุกระดับ ร่วมกับความตระหนักของชุมชนที่ร่วมกันกำหนดกฎ กติกา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ^{(2) (23)} ที่พบว่า การดำเนินการของหลายภาคส่วนสามารถจัดการกับปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และการสื่อสารความเสี่ยงผ่านโซเซียลมีเดีย เป็นช่องทางที่เข้าถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจุบันประชาชนเข้าถึงโซเซียลมีเดียมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลจากโซเซียลมีเดียมีความหลากหลาย บางครั้งเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือรวมทั้งสอดแทรกข้อมูลที่หวังผลประโยชน์ทางการค้าซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาให้ประชาชนเข้าใจและตัดสินใจเลือกรับข้อมูลที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ George Mita⁽²⁴⁾ ที่พบว่าการใช้โซเซียลมีเดียช่วยเพิ่มผลลัพธ์ในการลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มปกติ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง และพบว่า กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การเข้าถึงข้อมูลความรู้ รวมทั้งความเข้าใจในเนื้อหาที่ถูกต้องของการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงอาจเป็นเรื่องที่เข้าใจยากสำหรับผู้สูงอายุ แต่พบว่าทุกกลุ่มมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง อาจเนื่องมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรครับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งสื่อบุคคล สื่อออนไลน์ สื่อผ่านหอกระจายข่าว และสื่อประชาสัมพันธ์ จึงทำให้การรับรู้เรื่องนี้อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่ม ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ดื่มและไม่สูบ อาจเนื่องมาจากปัจจุบันประชาชนหันมาให้ความสนใจด้านสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับมีนโยบาย/มาตรการจากทั่วโลก พหุ. และ NCD Board รวมทั้งมีกลไกระดับตำบล ที่เป็นจุดบูรณาการแผนงาน/มาตรการ ในการปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งมีการสื่อสารความเสี่ยงหลายช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มประชาชนมากขึ้น ทำให้ประชาชนมีการรับรู้ ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่ง Becker⁽²⁵⁾ ได้อธิบายแนวคิดของความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้น

จะต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสรุนแรงต่อชีวิต การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีแก่ตนเอง และการไม่ควรมั่วสุมสุราต่อการปฏิบัติ

จากการประเมินสถานะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่พบว่า อัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมยังไม่คงที่ แต่พบว่าในพื้นที่อำเภอที่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ และมีระบบ/กลไกสนับสนุนจาก พหุ. (2 พื้นที่) มีแนวโน้มลดลง หลังปี พ.ศ. 2561 ที่มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พหุ. ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอจะเป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานแก้ไขปัญหาของอำเภอ ทำให้เกิดกลไกขับเคลื่อนจาก พหุ. ร่วมกับภาคีเครือข่าย ภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนส่งเสริมผลักดันให้เกิดนโยบาย แผนงาน/มาตรการในการจัดบริการคัดกรอง เกิดนโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมาย และมาตรการทางสังคมในการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีมาตรการให้ความรู้ สื่อสารความเสี่ยงจนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ส่งผลให้สถานะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการประเมินที่เคยศึกษาไว้⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ตาม การที่จะลดอัตราป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้นั้นต้องติดตามผลในระยะยาวอีกครั้ง เพื่อยืนยันประสิทธิผลของมาตรการที่ได้ดำเนินการ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดในการจัดเก็บข้อมูลจากเอกสาร เนื่องจากบางพื้นที่ไม่ได้จัดเก็บเอกสาร หลักฐานในการดำเนินงานไว้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มร่วมกับการตรวจสอบความสอดคล้องสัมพันธ์เชิงเหตุผลของข้อมูลในการสรุปข้อค้นพบจากการศึกษา

สรุปผลการศึกษา

จากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโดยกลไก พหุ. ในภาพรวม ทุกพื้นที่ที่มีแผนงาน/มาตรการในการป้องกันควบคุมโรค โดยพบว่ามีแผนงาน 2 รูปแบบ ได้แก่ แผนงานที่ขับเคลื่อนโดยกลไก พหุ. และแผนงานที่ขับเคลื่อนโดย NCD Board โดยมีการบูรณาการแผนที่ระดับตำบล โดยกลไก พหุ. และพบจุดเด่นของการป้องกันควบคุมโรคด้วยกลไก พหุ. คือ สามารถสร้างการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จนเกิดนโยบาย มาตรการ และมีกลไกขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากระดับอำเภอจนถึงระดับหมู่บ้านครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งอำเภอ การจัดบริการคัดกรองและรักษาโรคเป็นไป

ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข การพัฒนานโยบายสาธารณะ การบังคับใช้กฎหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสามารถดำเนินการได้ใน สถานที่ที่กฎหมายกำหนด โดยในระดับชุมชนใช้การขอความร่วมมือในการปฏิบัติตามกฎหมาย และมีมาตรการทางสังคมจาก ความตระหนักในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเป็นแนวปฏิบัติ มีสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและสังคมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และพบว่าประชาชนกลุ่มปกติในพื้นที่ ส่วนใหญ่มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง แต่พบว่ากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยมีความรู้ อยู่ในระดับต่ำ และยังพบว่า ประชาชนทุกกลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และมีการออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ ส่วนพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ พบว่าส่วนใหญ่ไม่ดื่มและไม่สูบ แต่พบว่ากลุ่มเสี่ยงมี พฤติกรรมการดื่มและสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มปกติและกลุ่มป่วย และผลลัพธ์ ด้านสถานะทางสุขภาพ พบแนวโน้มอัตราป่วยโรคเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง และประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดัน- โลหิตสูงขึ้นในอำเภอที่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยกลไก พชอ. ดังนั้นกรมควบคุมโรคควรผลักดัน NCD Board ระดับอำเภอ ให้มีการจัดทำแผนร่วมกับ พชอ. ที่เลือกประเด็นแก้ไขปัญหาโรค ไม่ติดต่อหรือเร่งเป็นประเด็นพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เพื่อสร้าง การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน และภาคประชาชนในการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง และผลักดันให้กลไก พชอ. กำหนด มาตรการสื่อสารสร้างความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโดย เน้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการประเมินผลจาก สสส. และเจ้าหน้าที่สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคระดับเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงาน- สาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ภาควิชาเครือข่าย และอาสาสมัครในพื้นที่วิจัยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกรมควบคุมโรคที่สนับสนุน งบประมาณ และเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ที่ให้การสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control (TH). Study report project to review the situation and performance of NCDs prevention

- and control in Thailand 2017–2019. Nonthaburi; Division of Non-Communicable Diseases (TH): 2017.
2. Ekarakrungleung N, Sripud N, Muengkheaw A. An assessment of non-communicable diseases prevention and control system on at district level in Northern Thailand 2019. CMJ. 2021;13(3):188–203.
3. National Health Security Office (NHSO). National Health Security Fund Administration Manual, Fiscal Year 2021. Nonthaburi: Sahamitr printing & Publishing company limited; 2020.
4. Regulations of the office of the prime minister on the development of quality of life at the local level. Act of 2018, Pub. Thai Government Gazette. No.135, 54 (March 9, 2018).
5. Health Strategic Management Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health (TH). Documents for the meeting of the Sub-Committee on Public Health System Steering and Reform on Health Promoting, Prophylactic, Thai Traditional Medicine and Medical Centers; 2020 Dec 20. Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary (TH); 2020.
6. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control (TH). Lesson learned from prevention and control of chronic non-communicable diseases based on the community: less salt community, reduce the risk of hypertension. Nonthaburi: Division of Non-Communicable Diseases (TH); 2020.
7. Spencer B, Broesskamp-Stone U, Ruckstuhl B, Ackermann G, Spoerri A, Cloetta A. 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.
8. Health Strategic Management Office (TH). Report information on diseases and health hazards in the management, prevention and control of diseases and health hazards with a mechanism to improve

- the quality of life at the area level of non-communicable disease issues in 2021.
9. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies – a practical manual. 1st ed. Geneva: World Health organization; 1991.
 10. Ravinit P. Factor associated with the metabolic syndrome in Chamab Sub-district, Wang Noi District, Ayutthaya Province. APHEIT Journal. 2016;5(2):33–47.
 11. Ngamjarus C. n4Studies Version 1.4.0 Android published. 2014 [cited 2022 Sep 25] Available from: <https://n4studies.soft112.com/download.html>
 12. Jaikhawang N. Risk behaviors of diabetes and hypertension risk groups: a case study in Ban Pak Ka Yang Sub-district Health Promoting Hospital, Sukhothai Province. JCDLQ. 2015;3(2):173–84.
 13. Palitnonkert A, Sriarun J, Chadlee N, Jantong T, Janpurn A, Chaisunan C, et al. Health belief model related to self-care behavior of patients with hypertension at Bangsamak Sub-District Health Promoting Hospital, Bangpakong District, Chachoengsao Province. APHEIT Journal. 2018;7(2):43–52.
 14. Thawornpitak Y. Population and sample sampling and estimation methods population and sample sampling plan and estimation. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2011.
 15. Ministry of Public Health (TH). HDC Dashboard: Non-Communicable diseases reports [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 17]. Available from: https://hdc.service.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11
 16. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of non-communicable disease 2013–2020. Geneva: WHO; 2013.
 17. Salunke S, Lal DK. Multisectoral approach for promoting public health [Internet]. Indian J Public Health. 2017 Jul-Sep;61(3):163–8.
 18. Prompunjai P, Singthong T, Haruhaspong V, Siriruttanapruk S. The model development of disease prevention and control by mechanism of District Health Board of Thailand. Dis Control J. 2023;49(1):191–205.
 19. Levers LL, Magweva FI, Mpofo E. A literature review of district health systems in East and Southern Africa: Facilitators and barriers to participation in health [Internet]. 2007 [cited 2022 Dec 25]. Available from: <http://www.equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/DIS40ehsLOPEZ.pdf>
 20. Jariya W, Wangwonsin A, Noosorn N. District Health System: International experiences and the development in Thailand. EAU Heritage Journal Science and Technology. 2018;12:182–94.
 21. Barron P, Sankar U. Developments towards a district health system [Internet]. 2000 [cited 2022 Dec 25]. Available from: http://www.hst.org.za/uploads/files/chapter10_00.pdf
 22. Kengganpanich M, Kengganpanich T. Health promotion strategies and tobacco control with community based intervention. TH J of Health Ed. 2016;39:1–10.
 23. Arora M, Chauhan K, John S, Mukhopadhyay A. Multi-sectoral action for addressing social determinants of noncommunicable diseases and mainstreaming health promotion in national health programmes in India. Indian J Community Med [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 25];36:S43–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22628911/>
 24. Mita G, Mhurchu CN, Jull A. Effectiveness of social media in reducing risk factors for noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. NIH [Internet]. 2016 [cited 2022 Dec 25];4:237–47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/ar>
 25. Becker MH, Maiman LA. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. In: Becker MH, editor. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack, Inc; 1974. pp. 82–92.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, วีระวุฒิ ธรรมกุล, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง. การประเมินประสิทธิผลการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ระดับอำเภอของประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566; 54: 175–88.

Suggested citation for this article

Prompunjai P, Thammakun T, Singthong T. The evaluation of the effectiveness of diabetes and hypertension prevention and control with the mechanism of the District Health Board in Thailand. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2023; 54: 175–88.

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

Authors: Pairoj Prompunjai¹, Theerawut Thammakun², Thipphayarat Singthong¹

¹ Office of the Senior Expert Committee, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

² Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

Background: 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, the objective of this research is to evaluate the result of preventing and controlling diabetes and hypertension with the mechanism of the District Health Board (DHB) in Thailand.

Methods: This evaluation research had 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 discussions 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.

Results: We found 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.

Recommendations: 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.

Keyword: evaluation, effectiveness, diabetes and hypertension prevention and control, District Health Board