

การพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

Development of a Health Promotion Model for People at Risk for Diabetes at Primary Care Units under the Drive of the Pla Pak District Health System Nakhon Phanom Province

บุญศิริ จันทนะ

Boonsiri Chantana

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

Pla Pak District Health Office, Nakhon Phanom Province

E-mail : boonsiri8199@gmail.com

*Corresponding author

(Received: 26 March 2025, Revised: 5 July 2025, Accepted: 23 July 2025)

<https://doi.org/10.57260/stc.2025.1137>

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development: R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC (Appreciation – Influence – Control) เป็นกรอบในการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชนกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งสิ้น 38 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีวิเคราะห์อุปนัย (Analytic induction) และสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.16 และเพศชายร้อยละ 36.84 ช่วงอายุของผู้เข้าร่วมอยู่ระหว่าง 25–64 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.66 ปี และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.34 ปี ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความจำเป็นในการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน โดยเสนอให้มีการส่งเสริมกิจกรรม เช่น การออกกำลังกาย การใช้สื่อความรู้ การสนับสนุนอุปกรณ์ตรวจสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการวางแผนและติดตามผล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้คุณค่า (Appreciation) เพื่อสร้างความตระหนักและระดมทุนทางสังคม 2) การมีอิทธิพลร่วมกัน (Influence) เพื่อวางแผนและออกแบบกิจกรรมอย่างมีส่วนร่วม และ 3) การควบคุมร่วมกัน (Control) เพื่อดำเนินกิจกรรมและประเมินผลร่วมกัน ซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และเกิด

กลไกการขับเคลื่อนสุขภาพในระดับชุมชนอย่างยั่งยืน การพัฒนารูปแบบดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น และก่อให้เกิดกลไกขับเคลื่อนสุขภาพในระดับชุมชนที่ยั่งยืน ควรมีการสนับสนุนกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในทุกระดับ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบสุขภาพอำเภอ

Abstract

This study employed a Research and Development (R&D) approach with the objective of developing a health promotion model for populations at risk of diabetes in primary care services under the district health system in Pla Pak District, Nakhon Phanom Province, Thailand. The study adopted the Appreciation–Influence–Control (AIC) participatory planning framework as its operational model. The sample comprised 38 participants, including public health personnel, community leaders, village health volunteers, and at-risk individuals. Data were collected through in- depth interviews, focus group discussions, and structured observations. Qualitative data were analyzed using analytic induction, and descriptive statistics were used for demographic analysis.

The results showed that 63.16% of the participants were female and 36.84% were male. The participants' ages ranged from 25 to 64 years, with a mean age of 45.66 years and a standard deviation of 11.34 years. Stakeholders emphasized the need to develop a health promotion model that is responsive to the local community context. They proposed key activities such as promoting physical exercise, utilizing health education media, providing basic health screening equipment, and encouraging community involvement in planning and monitoring. The developed model consisted of three core components: (1) Appreciation – to raise awareness and mobilize social capital; (2) Influence – to collaboratively plan and design activities with stakeholder participation; and (3) Control – to implement and jointly evaluate health promotion activities. This model led to improved health behaviors among the at-risk population and fostered sustainable community-level health promotion mechanisms. The implementation of this model effectively enhanced health behaviors in at-risk groups and contributed to the development of sustainable community health systems. It is recommended that mechanisms for community participation and collaboration with network partners at all levels be strengthened to achieve a more effective primary health care system.

Keywords: Health promotion, Diabetes risk group, Primary care unit, District health system

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น ในปี 2562-2566 เป็น 5095.9, 5267.3, 5344.8, 5726.6, และ 5981.4 ตามลำดับ ปัจจุบันประชากรไทยวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวานถึง 4.8 ล้านคน และมักเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่ออายุเพิ่มขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2564) จากข้อมูลความชุกของโรคเบาหวาน มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเป็นเบาหวานและไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ในหลายระบบ เบาหวาน คือภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลในเลือดซึ่งได้มาจากอาหารไปใช้ได้ตามปกติ การที่ร่างกายจะนำน้ำตาลกลูโคสไปใช้พลังงานได้นั้นมีความจำเป็นจะต้องอาศัยฮอร์โมนที่สร้างจากตับอ่อน ชื่ออินซูลิน เป็นตัวพาน้ำตาลกลูโคสในเลือดเข้าไปในเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ หากขาดฮอร์โมนอินซูลิน ก็จะทำให้น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเนื้อเยื่อได้ และจะมีน้ำตาลในเลือดเหลือคั่งอยู่มากและมีระดับสูงกว่าปกติ (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยและคณะ, 2560) ซึ่งแนวทางในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ต้อง พิจารณาให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรในแต่ละช่วงอายุ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค หากประชาชนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคจะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยป้องกันโรคเบาหวานได้ (กรฐณรัช ปัญญาใส และคณะ, 2560)

สถานการณ์โรคเบาหวานรายใหม่ของจังหวัดนครพนม ปี 2564-2566 พบ ผู้ป่วย 3133 ราย, ผู้ป่วย 2428 ราย และผู้ป่วย 2746 ราย ตามลำดับ และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน (E10- E14) ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564-2566 เป็น 2.79, 2.64 และ 2.71 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี (HDC นครพนม, 2566) จากการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน ของจังหวัดนครพนม ปี 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 1.80, 1.01 และ 1.16 ตามลำดับ (HDC นครพนม, ธันวาคม 2566) สถานการณ์โรคเบาหวานของอำเภอปลาปาก ปี 2564-2566 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ อัตรา 330.92, 350.92 และ 510.26 ตามลำดับ จากการดำเนินการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชนในภาพรวมอำเภอปลาปาก ปีงบประมาณ 2564-2566 พบอัตราผู้ป่วย เบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 0.69, 0.61 และ 0.66 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าเมื่ออัตราป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในปี 2566 มีอัตราผู้ป่วยสูงกว่าทุกปี ในเขตอำเภอปลาปาก พบว่าตำบลมหาชัย จากการคัดกรอง 2002 ราย พบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูงที่สุด 609 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม, 2567)

การคัดกรองหาผู้เป็นเบาหวานมีความจำเป็นสำหรับคนหาผู้ที่เป็โรคในระยะเริ่มแรก เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาเพราะโรคในระยะที่เริ่มเป็นสามารถควบคุมให้ได้ตามเป้าหมายง่ายกว่าและป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ จากการทำงานที่ผ่านมาทางเจ้าหน้าที่ได้มีการดำเนินการส่งเสริมโดยให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน (กรกนก ลัธธนันท์ และ จันทรเพ็ญ นิลวัชรณ, 2562) แต่แนวโน้มการเกิดโรคเบาหวานของผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งการให้ความรู้ และแนะนำการปฏิบัติตัวอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

เป็นสิ่งที่อาจเกิดจากอิทธิพลภายในของแต่ละบุคคล การคัดกรองและการเฝ้าระวังโรคจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น (กรณีการ การีสรรพ์ และคณะ, 2562)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงแต่แนวทางเดิมยังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ซึ่งอาจเกิดจากการเน้นเพียงการให้ข้อมูลโดยไม่มีการติดตามหรือกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในของบุคคล ประกอบกับแนวทางดังกล่าวยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและบริบทที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน จึงทำให้การป้องกันโรคเบาหวานยังไม่มีประสิทธิภาพ (รัชฎ์ฉัตร เชื้อสุวรรณ, 2566) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน จึงเป็นแนวทางที่จำเป็นในการเสริมสร้างความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานในระยะยาว จากการศึกษากระบวนการ AIC เป็นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นแนวทางที่ประชาชนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในลักษณะของการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติร่วมกับผลประโยชน์และร่วมติดตามผลนั้น นับเป็นกระบวนการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหา สอนตอบความต้องการของตนและชุมชนอย่างแท้จริง (อำพร ทิพย์ อุดทาโท และ อนุกุล มะโนทน, 2566) ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม จะสามารถช่วยพัฒนาการป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อภาวะเบาหวานเพื่อลดอัตราป่วย ด้วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา R&D (Research and development) ภายใต้แนวคิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ มีระยะเวลาการศึกษาระหว่างตุลาคม 2567 - กันยายน 2568 ซึ่งแบ่งการดำเนินการออกตามขั้นตอน กระบวนการ A-I-C ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ ได้แก่

1. การศึกษาชุมชนเพื่อให้ทราบประวัติการพัฒนาโครงสร้างทางสังคม ปัจจัยพื้นฐาน แหล่งทรัพยากรของหมู่บ้าน โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วในรายงานการสำรวจหน่วยงานราชการ การพูดคุยกับชุมชน การทบทวนเอกสาร
2. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

3. การชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อผู้นำและขอความเห็นในการจัดการประชุม ให้สะดวกราบรื่นทุกฝ่าย
 4. การเตรียมตัวของผู้นำการประชุมเพื่อดำเนินการประชุมให้ราบรื่น
 5. การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องเขียน การจัดบันทึกต่างๆ
2. ขั้นตอนการจัดประชุมและปฏิบัติการตามกระบวนการ A-I-C การจัดประชุมในระยะเวลา 2 วัน

Appreciation (วันที่ 1 ของการประชุม)

A-1.1 สภาพ สถานการณ์ ปัจจุบัน (60 นาที)

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อย วาดภาพลงบนแผ่นกระดาษ จากมุมมองของตนเอง ให้เวลา วาดภาพประมาณ 10-15 นาที
2. สมาชิกแต่ละคนเล่าภาพของตน สมาชิกคนอื่นตั้งใจฟัง และสอบถามได้ แต่ไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ เพื่อเปิดโอกาส ให้รับฟังรับรู้ จดจำ ข้อมูล ประสบการณ์ ความรู้สึกของผู้อื่นอย่างเต็มที่
3. ทุกคน นำภาพของตัวเองมารวมบนกระดาษแผ่นใหญ่ และช่วยกันเติมให้เป็นภาพรวมเพียง ภาพเดียวของกลุ่ม เป็นการสร้างการมีส่วนร่วม และยอมรับความคิดซึ่งกันและกัน วิทยากรพยายามกระตุ้นให้ ทุกคนร่วมกันวาดภาพ

A-1.2 นำเสนอความเข้าใจสภาพปัจจุบัน (30 นาที)

ผู้แทนกลุ่มนำเสนอ อภิปรายความหมายภาพรวมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มอื่นจะซักถามหรือ ให้ข้อมูลเพิ่มเติม วิทยากรควรช่วยตั้งคำถาม เพื่อให้การอธิบายชัดเจนขึ้น

A-2.1 เป้าหมาย อนาคตที่ปรารถนา (60 นาที)

1. สมาชิกทุกคนในกลุ่มย่อยวาดภาพจินตนาการถึงภาพชุมชน สภาพที่ตนเองอยากเห็น ในอนาคต ให้เวลาวาดภาพ 10-15 นาที
2. แต่ละคนเล่าถึงภาพของตน แล้วจึงนำภาพของทุกคนมารวมกัน เป็นภาพเดียว โดยช่วยกัน ต่อเติมให้เป็นภาพเดียวของกลุ่มที่สมบูรณ์
3. นำเสนอภาพรวมของแต่ละกลุ่ม โดยให้ผู้แทนกลุ่มคนใหม่นำเสนอ

A-2.2 วิสัยทัศน์รวม (75 นาที)

1. วิทยากรนำภาพของทุกกลุ่มมาให้กลุ่มพิจารณาเลือกภาพใดภาพหนึ่ง เพื่อต่อเติมให้เป็น ภาพตัวแทนของอนาคต ที่ต้องการของกลุ่มทุกๆ กลุ่ม
2. คัดเลือกอาสาสมัครช่วยกันเพิ่มเติมภาพ สมาชิกชวนกันบอกความต้องการเพิ่มเติม การรวม ภาพของทุกกลุ่มให้เป็นภาพ เดียวกัน เป็นขั้นตอนสำคัญที่จำเป็น เพื่อให้สมาชิกทุกคนได้สร้างทิศทางไปสู่ อนาคต ร่วมกันเป็นภาพเดียวกัน รู้สึกเป็นเจ้าของความคิดร่วมกัน วิทยากรกระตุ้นให้แต่ละคนตั้งใจไว้ว่า ถ้าจะให้จริงตามภาพจะทำอย่างไรบ้าง

Influence (วันที่ 2 ของการประชุม)

I-1 แนวทางการพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม (90 นาที)

1. วิทยากรทบทวนวิสัยทัศน์ร่วม(Vision) และให้โอกาสสมาชิกปรับปรุงเพิ่มเติมให้สมบูรณ์
2. สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มย่อยเขียนแนวทาง กิจกรรม ลักษณะโครงการบนแผ่นกระดาษ เพื่อให้เสนอให้กลุ่มย่อยพิจารณา ให้เวลาคิดส่วนตัว 10-15 นาที
3. แต่ละคนนำเสนอแนวทาง โดยชี้แจงเหตุผล ความจำเป็น ประโยชน์
4. รวบรวมข้อเสนอแต่ละคนจัดเป็นหมวดหมู่ โดยต้องเป็นแนวทางที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าเป็นข้อเสนอของกลุ่ม
5. ผู้แทนกลุ่มนำเสนอสมาชิกกลุ่มกันซักถามให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

I-2 วิเคราะห์ จำแนก และจัดลำดับพัฒนาสู่วิสัยทัศน์ร่วม (75 นาที)

1. พิจารณาแนวทาง กิจกรรมแต่ละข้อ โดยจัดลำดับความสำคัญ ความต้องการ การเกื้อหนุนจากคน องค์กรใด ที่เห็นที่สำคัญ และควรคำนึงถึงความสำเร็จในการปฏิบัติ
2. ผู้แทนกลุ่มคัดเลือก จัดกิจกรรมไว้เป็นประเภท โดยรวมกิจกรรมที่เหมือนกันไว้ด้วยกัน และจัดประเภทกิจกรรม ที่สมาชิกทำตัวเอง กิจกรรมที่ร่วมมือกับหน่วยงานองค์กรในท้องถิ่น กิจกรรมที่ขอความร่วมมือจากองค์กรนอกท้องถิ่น
3. เมื่อแยกประเภทแล้ว แต่ละคนพิจารณาว่าหากมีทรัพยากร จำกัด จะเลือกโครงการใดที่คิดว่าสำคัญที่สุด 3-5 กิจกรรม โดยเขียนลำดับบนกระดาษแล้ว รวมคะแนนกิจกรรมที่ได้คะแนนมากที่สุดให้เป็นลำดับหนึ่ง

Control

C-1 เลือกแนวทาง/กิจกรรมที่จะทำ (30 นาที)

1. กิจกรรมที่สามารถทำได้เอง สมาชิกตัดสินใจเลือกที่จะทำโดยลงชื่อในกระดาษของแต่ละกิจกรรม แบ่งกลุ่มย่อย ตามกิจกรรมที่สมาชิกลงชื่อไว้
2. กิจกรรมที่ต้องทำร่วมกับองค์กรอื่นๆ สมาชิกร่วมกันเสนอมอบหมายให้บุคคล หรือกลุ่มดำเนินการประสาน ติดตาม หรือยื่นข้อเสนอ

C-2.1 ทำแผนปฏิบัติการ (120 นาที)

1. จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทาง กิจกรรมต่างๆ ที่จำแนกกลุ่มไว้แล้วมาทำแผนปฏิบัติการ
2. กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรอื่น นำมาทำแผน

C-2.2 เสนอแผนปฏิบัติการ (30 นาที)

1. นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม
2. อภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่

ขั้นสุดท้าย คือ การเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอรับการสนับสนุน หรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมีการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม มีรายละเอียดผู้ร่วมการวิจัย ดังนี้

1. กลุ่มผู้พัฒนาระบบในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานเบาหวานจากโรงพยาบาล 4 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวม 6 คน สมัครใจเข้าร่วมและสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

2. กลุ่มผู้พัฒนาระบบในส่วนตัวแทนประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในตำบลมหาชัย 20 คน และ ผู้นำชุมชน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขในตำบลมหาชัย 10 คน สมัครใจเข้าร่วมและสามารถร่วมดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน
2. เป็นผู้นำชุมชน หรือ อสม. ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ
3. เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หรือมีข้อจำกัดด้านสุขภาพจิตหรือร่างกายที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม
2. ผู้ที่ปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือขอถอนตัวระหว่างการดำเนินการวิจัย
3. ผู้ที่มีโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายหรืออยู่ในระยะฟุ้งฟางทางสุขภาพอย่างรุนแรง

เครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ใช้รวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) โดยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการอบรม ชี้แจงรายละเอียดของข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหัวหน้าคณะผู้วิจัย เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อคำถาม และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไปในทางเดียวกันการสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วยการใช้การสัมภาษณ์ แบบการสนทนากลุ่ม มีวิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินการวิจัยครั้งนี้แบ่ง

ออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1) ทำหนังสือถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

2) ผู้วิจัยเตรียมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ วัสดุอุปกรณ์ และแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ ที่ใช้ในการวิจัย

3) สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคย และสร้างความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ทราบ และอธิบายให้เข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม และใช้เวลาสำหรับการตัดสินใจ เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการเป็นไปด้วยความเข้าใจ เต็มใจและเข้าพบช่วงเวลาที่เหมาะสมแบบไม่เป็นทางการในระยะก่อนดำเนินการ

3. ข้อมูลจากกระบวนการสนทนากลุ่ม ดำเนินการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแบบมีส่วนร่วม การศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เสนอประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

4. การเก็บข้อมูลจากการสังเกต

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เครื่องมือจากแบบการสังเกต ทุกคนที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมวิจัยภาคสนามที่ ดำเนินการโดยการทำหนังสือเชิญประชุมชี้แจงการดำเนินการวิจัยและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการพร้อมทั้งให้ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการเซ็นใบยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัย และชี้แจงว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมโครงการสามารถบอกเลิกการยินยอมและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาและไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ โดยจะบันทึกที่กรห้บริการของกลุ่มเป้าหมายแทนรายชื่อเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์และรักษาความลับของผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละครั้ง

5. ข้อมูลจากกระบวนการสนทนากลุ่ม

ดำเนินการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้การมีส่วนร่วม และแนวทางการสนทนากลุ่ม เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนได้เสนอประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปโดยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic induction) ประกอบด้วยขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การถอดเทปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มอย่างละเอียด ชนิดคำต่อคำ (Transcribing interview)

ขั้นที่ 2 การจัดเตรียมข้อมูล (Data management) โดยจัดบันทึกเตรียมเป็นลักษณะแฟ้มต่าง ๆ

ขั้นที่ 3 การให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Categoring) งานวิจัยนี้ให้ความสำคัญกับ
ค่าคุณภาพน้ำในแหล่งน้ำสาธารณะ

ขั้นที่ 4 การทำข้อสรุปชั่วคราวและการตัดทอนข้อมูล (Memoing data reduction)

ขั้นที่ 5 การเสนอข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์และการนำเสนอ (Displaying data for analysis
and presentation) เป็นการนำข้อสรุปย่อย ๆ มาเชื่อมโยงกันเพื่อหาข้อสรุปโดยใช้แผนภูมิ (Charts)

ขั้นที่ 6 การประมวลและสรุปข้อเท็จจริง (Drawing and verifying conclusions) โดยการ
ระบุความสัมพันธ์ของสถานการณ์ปัญหาคุณภาพน้ำในพื้นที่กับการเชื่อมโยงแนวคิด ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์

ขั้นที่ 7 การพิสูจน์บทสรุปโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า

2. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) สำหรับพรรณนาข้อมูลพื้นฐานผู้เข้าร่วมกิจกรรมเช่น
จำนวน เพศ อายุ เป็นต้น สถิติที่ใช้คือ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมใน
การศึกษาครั้งนี้ และเพื่อเป็นการปกป้องไม่ให้เกิดผลกระทบในทางลบแก่ผู้เข้าร่วมการศึกษาโดยไม่เจตนา เช่น
การรบกวนเวลา การสร้างความตึงเครียด และความกดดันในการร่วมมือในกิจกรรมการวิจัย ซึ่งอาจส่งผล
รบกวนต่อจิตใจ เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล ผู้ศึกษาจึงได้มีการกำหนดแนวทางในการศึกษาด้านจริยธรรม
ในการทำวิจัยในครั้งนี้ และขออนุญาตในการทำวิจัยของคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่ 078/67

ผลการวิจัย

การศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐม
ภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 38 คน พบว่าเป็นเพศหญิงจำนวน
24 คน คิดเป็นร้อยละ 63.16 และเพศชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 36.84 ช่วงอายุของผู้เข้าร่วมอยู่
ระหว่าง 25–64 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.66 ปี และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.34 ปี เมื่อ
พิจารณาอาชีพของผู้เข้าร่วม พบว่าอาชีพส่วนใหญ่ ได้แก่ เกษตรกร รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป ค้าขาย แม่บ้าน
และอาชีพอื่นๆ ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ สามารถสรุปสาระสำคัญได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. ความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในอดีต

ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่เห็นว่า หน่วยบริการปฐมภูมิในอดีตได้มีการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในระดับหนึ่ง โดยมีการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การควบคุมอาหาร และการลดความเสี่ยง เช่น การแนะนำเรื่องอาหารหวาน มัน เค็ม การให้คำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ รวมถึงการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการตรวจสุขภาพและดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางที่พัฒนาไปในทางที่ดี อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูลบางส่วนสะท้อนว่า ในอดีตการประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้ยังไม่ครอบคลุมและไม่ทันสมัยเพียงพอ ทำให้ประชาชนบางกลุ่มยังขาดความรู้และมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับทรัพยากรและการสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผู้ให้สัมภาษณ์เสนอแนะว่า ควรมีการสนับสนุนทรัพยากรในการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและเพียงพอ เช่น อุปกรณ์ออกกำลังกาย เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่มีคุณภาพ รวมถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การเดินแอโรบิก หรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชน

มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่า ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบกิจกรรมหรือเวทีเรียนรู้ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลและทรัพยากรได้อย่างทั่วถึง

3. ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในอนาคต

ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความต้องการให้มีการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ตรงกับบริบทของกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น โดยเสนอให้มีการแจกจ่ายสื่อความรู้ เช่น ตารางแสดงปริมาณน้ำตาลในอาหาร ผัก ผลไม้ ขนมหวาน เพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมพฤติกรรมบริโภคได้อย่างเหมาะสม เพิ่มอุปกรณ์ตรวจสุขภาพที่ได้มาตรฐาน โดยเฉพาะเครื่องวัดระดับน้ำตาลในเลือด จัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน และจัดกิจกรรมเชิงรุก เช่น การสุ่มตรวจในชุมชน ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้แบบลงมือปฏิบัติ เช่น การอบรมสาธิตวิธีป้องกันโรคเบาหวานเบื้องต้นให้กับประชาชนในชุมชน

สรุป จากข้อมูลการสัมภาษณ์สามารถสรุปได้ว่า แม้จะมีความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในระดับหนึ่ง แต่ยังมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร การจัดกิจกรรม และทรัพยากรที่สนับสนุนไม่ทั่วถึง จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาให้เป็นระบบและมีความต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องถือเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอ

รูปแบบที่ได้จากการสังเคราะห์ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักตามกระบวนการ AIC ดังนี้

1. Appreciation (การรับรู้คุณค่า) เป็นขั้นตอนที่เน้นการเปิดพื้นที่ให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนคุณค่า ทักษะทางสังคม ทักษะสุขภาพ และปัญหาที่มีอยู่ในพื้นที่อย่างรอบด้าน กิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง การเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ความรู้ ทักษะชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ การระบุจุดแข็ง จุดอ่อน และโอกาสในการพัฒนาด้านสุขภาพในพื้นที่

ผลที่ได้

- 1.1 ชุมชนมีความตระหนักในปัญหาและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ
- 1.2 ประชาชนเกิดความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับโรคเบาหวานและปัจจัยเสี่ยง
- 1.3 ได้ข้อมูลเชิงลึกที่นำไปสู่การออกแบบกิจกรรมที่ตอบโจทย์พื้นที่

2. Influence (การมีอิทธิพลร่วมกัน) ขั้นตอนนี้เน้นการเปิดเวทีระดมความคิดเห็นระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้นำชุมชน อสม. ภาคีเครือข่าย และกลุ่มเสี่ยง เพื่อร่วมกันวางแผนและออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การระดมความคิดเห็นเพื่อจัดทำแผนการส่งเสริมสุขภาพ การออกแบบสื่อ เช่น ตารางหวาน มัน เค็ม การจัดกลุ่มอาสาสมัครหรือพี่เลี้ยงสุขภาพในชุมชน

ผลที่ได้

- 2.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม
- 2.2 เกิดนวัตกรรมสุขภาพในระดับท้องถิ่น เช่น การตรวจน้ำตาลเคลื่อนที่
- 2.3 สร้างแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างมีพลังจากภายใน

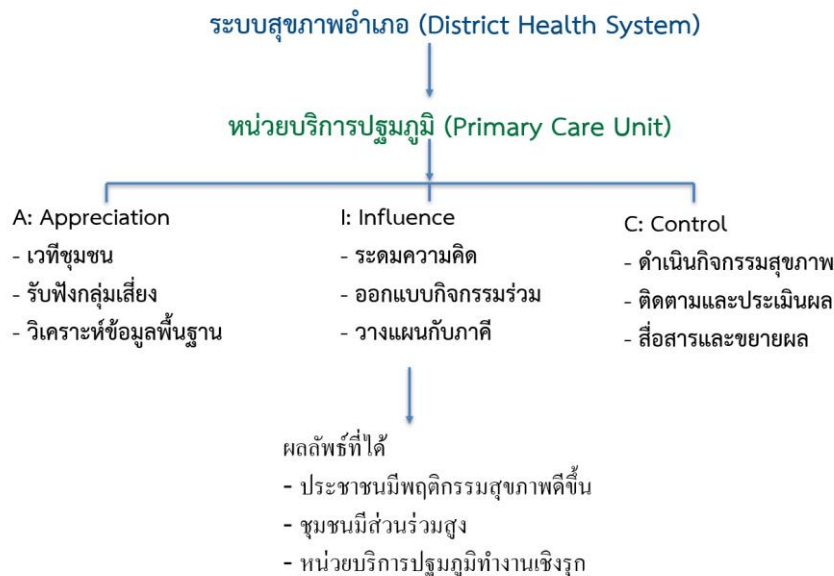
3. Control (การลงมือทำอย่างมีเป้าหมาย) ขั้นตอนนี้คือการนำแผนงานที่ชุมชนร่วมกันออกแบบมาปฏิบัติจริง โดยเน้นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การดำเนินการ ติดตาม ประเมินผล และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ดำเนินการ คือ การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ เช่น การเดินแอโรบิก การแจกคู่มือโภชนาการ การตรวจสุขภาพเชิงรุก การสุ่มตรวจระดับน้ำตาล การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ไลน์กลุ่มสุขภาพ

ผลที่ได้

- 3.1 เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพเชิงระบบ ที่ชุมชนสามารถขับเคลื่อนได้ด้วยตนเอง
- 3.2 ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น ควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย สังเกตอาการเบาหวาน
- 3.3 มีระบบติดตามและประเมินผลที่เรียบง่าย ใช้งานได้จริง เช่น บันทึกสุขภาพรายบุคคล

ผลการสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้การขับเคลื่อนของระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก ดังภาพต่อไปนี้

“รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC
ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก”



ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม AIC ภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอปลาปาก

การอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด AIC (Appreciation – Influence – Control) มาเป็นแนวทางหลักในการออกแบบและขับเคลื่อนรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีลักษณะเป็น กระบวนการมีส่วนร่วมแบบล่างขึ้นบน (Bottom-up participatory process) และการพิสูจน์บทสรุปโดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น งานวิจัยนี้ได้นำเทคนิคการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) มาใช้โดยอ้างอิงข้อมูลจากหลากหลายแหล่ง (ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ใช้หลายวิธีการ (แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม) และเก็บข้อมูลในหลายช่วงเวลา (ก่อน ระหว่าง และหลังดำเนินกิจกรรม) ซึ่งแนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เสนอโดย Korstjens & Moser (2017) กล่าวว่า ความน่าเชื่อถือของข้อมูลเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยเชิงคุณภาพและควรประกอบด้วยความน่าเชื่อถือ การถ่ายโอนผลลัพธ์ได้ ความคงที่ของกระบวนการและความเป็นกลางของนักวิจัย สอดคล้องกับ การศึกษาของ Ahmed (2024) กล่าวว่า ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเชิงคุณภาพ เกิดจากการใช้วิธีการที่รัดกุม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งเป็นความสำคัญของความน่าเชื่อถือในการวิจัยเชิงคุณภาพ

ผลที่ได้แสดงให้เห็นความสอดคล้องของข้อมูลจากหลายแหล่งและหลายวิธี ทำให้สามารถสรุปรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างมีความน่าเชื่อถือและเป็นจริงซึ่งสามารถอภิปรายในแต่ละขั้นได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 Appreciation (การรับรู้คุณค่าและทุนสุขภาพ) เริ่มจากการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มเสี่ยงและภาคีในชุมชนได้แลกเปลี่ยนปัญหา ความต้องการ และทุนทางสังคมที่มีอยู่ เช่น ความรู้จาก อสม. ความเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้นำธรรมชาติในชุมชน ขั้นตอนนี้ส่งผลให้เกิด “ความตระหนักรู้ร่วมกัน” และยอมรับสถานการณ์สุขภาพของตนเองมากขึ้น ซึ่งเป็นฐานที่สำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว สอดคล้องกับ แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2563) ที่เน้นการสร้างความรู้ (Awareness) ในกลุ่มประชาชนเพื่อเป็นจุดเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง รวมทั้งแนวทางการประเมินและส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งระบุว่าการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถประเมินความเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมในบริบทของตนเองนั้น จำเป็นต้องอาศัยการเชื่อมโยงกับทุนสุขภาพที่มีอยู่เดิมในชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

ขั้นที่ 2 Influence (การมีอิทธิพลร่วมในการออกแบบกิจกรรม) ประชาชน อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการระดมความคิด ออกแบบกิจกรรม และจัดทำแผนงานสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน เช่น การจัดทำตารางอาหารหวาน มัน เค็ม การจัดกิจกรรมเต้นแอโรบิกในชุมชน การใช้ไลน์กลุ่มเพื่อกระตุ้นเตือนสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมัน (2566) ที่กล่าวถึงปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน สะท้อนถึงการให้ประชาชนมีอำนาจในการกำหนดทิศทางของการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ซึ่งตรงกับหลักการ Empowerment ของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (2564)

ขั้นที่ 3 Control (การลงมือปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วม) เมื่อแผนงานที่ชุมชนมีส่วนร่วมได้รับการพัฒนาแล้ว ก็มีการนำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ เช่น การจัดอบรม การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน พร้อมทั้งมีการติดตามประเมินผลโดยกลไกภาคประชาชน เช่น อสม. หรือคณะกรรมการหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการเสริมสร้าง “ความเป็นเจ้าของ” ของชุมชน และสามารถต่อยอดเป็น “พื้นที่ต้นแบบสุขภาพดี” ได้ในอนาคต สอดคล้องกับ ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และ จิราพร วรวงศ์ (2565)

รูปแบบ AIC ดังกล่าวจึงเป็นทั้งกระบวนการ และเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของระบบสุขภาพอำเภอที่มุ่งเน้นการบูรณาการการทำงานของภาคีหลายภาคส่วน สอดคล้องกับ ภารม ธรรม (2562) อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง ความยั่งยืน และสามารถปรับใช้ได้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิด AIC มีศักยภาพสูงในการเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะเมื่อขับเคลื่อนภายใต้กลไกของระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนและขยายผลในระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลในพื้นที่อื่น โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนแต่ละแห่ง

2. ควรมีการศึกษาลักษณะเชิงพฤติกรรมในระยะยาว เพื่อวัดประสิทธิภาพของรูปแบบ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับหมู่บ้าน โดยเชื่อมโยงกับ พชอ. และ อปท.

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็น “พี่เลี้ยงสุขภาพ” แก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนอย่างลึกซึ้ง เช่น ความเชื่อ วัฒนธรรม หรือสื่อที่เข้าถึง

2. ควรศึกษาผลกระทบของการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชัน LINE หรือระบบแจ้งเตือนสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

กรกนก ลัธธันท์ และ จันทร์เพ็ญ นิลวัชรณ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 35(1), 277-89.

สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/191028>

กรฐณรัช ปัญญาใส, พิชามณัฐ ภูเจริญ และ นิชกมล เปียอยู่. (2560). การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 51-62. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/article/view/117853>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การประเมินและการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th>

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). *โครงการศึกษาและพัฒนาองค์ความรู้เรื่อง health literacy เพื่อสร้างเสริมภูมิปัญญาและการเรียนรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ปีงบประมาณ 2563-2564*. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

กรรณิการ์ การ์สีสรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และ นุชนาฏ สุทธิ. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 25(3), 280-295. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/179176>

- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และ จิราพร วรวงศ์. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. ของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 16(2), 454-468. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/256915>
- พรรณนีย์ บุญมั่น. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 4(1), 137-152. สืบค้นจาก <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/scintc/article/view/1229>
- ภมร ตรุณ. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82. สืบค้นจาก <https://thaidj.org/index.php/jdhss/article/view/8219>
- รัชฎ์ฉันทร์ เชื้อสุวรรณ. (2566). พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลปามะคาบ อำเภอเมือง จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 4(1), 14-25. สืบค้นจาก <https://online.pubhtml5.com/gvwr/irhe/>
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: บริษัท รมเย็น มีเดีย จำกัด. สืบค้นจาก <https://www.dmtai.org/new/index.php/sarakhwam-ru/bukhlakr-thangkar-phaethy/cpg/clinical-practice-2017>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2564). *ยกระดับ อสม. เป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน*. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. (2567). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม*. สืบค้นจาก <https://hdc.moph.go.th/npm/public/main>
- อำพรทิพย์ อุดทาโท และ อนุกุล มะโนทน. (2566). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามวิถีชีวิตใหม่ ตำบลแม่ตึบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 69-83. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/258974>
- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, 100051. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100051>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>