การประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP Model

An Evaluation of the District Health Board's Performance in Non-Communicable Disease Prevention and Control in Selaphum District, Roi Et Province: A CIPP Model Application.

(Received: October 14,2026 ; Revised: October 19,2026 ; Accepted: October 22,2026)

ธานี ศรีสองเมือง[1]
Thani Srisongmuang[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model และวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ ได้แก่ กรรมการและอนุกรรมการ พชอ. ทีมสุขภาพอำเภอ ผู้รับผิดชอบงาน NCDs และตัวแทนภาคีเครือข่าย จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการประเมินตามกรอบ CIPP 4 ด้าน ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิจากระบบ HDC วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38, S.D. = 0.13) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53) รองลงมาคือด้านบริบท ($\bar{x}$ = 4.41) และด้านกระบวนการ ($\bar{x}$ = 4.40) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 4.14) โดยเฉพาะความเพียงพอของงบประมาณ ($\bar{x}$ = 3.60) และวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ($\bar{x}$ = 3.80) ด้านผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำได้ร้อยละ 82.49 และ 85.64 ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานยังทำได้เพียงร้อยละ 21.32

คำสำคัญ: การประเมินผล; คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; รูปแบบการประเมินCIPP

Abstract

This action research aimed to evaluate the performance of the District Health Board (DHB) in non-communicable disease (NCD) prevention and control in Selaphum District, Roi Et Province, using the CIPP Model, and to analyze success factors, problems, and development guidelines. The quantitative sample comprised 30 DHB committee members, district health team members, NCD officers, and network partner representatives selected purposively, together with 5 key informants for in-depth interviews and focus group discussions. Data were collected using a four-dimensional CIPP questionnaire (IOC 0.50–1.00, reliability ≥ 0.70) and secondary data from the Health Data Center (HDC), and analyzed using descriptive statistics and content analysis.

The results showed that the overall DHB performance in NCD prevention and control was at a high level (mean = 4.38, S.D. = 0.13). By dimension, the Product dimension had the highest mean at the highest level (4.53), followed by Context (4.41) and Process (4.40), while the Input dimension had the lowest mean (4.14), particularly budget adequacy (3.60) and screening equipment (3.80). Regarding indicators, diabetes

[1] สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

and hypertension screening reached 82.49% and 85.64% respectively; hypertension passed all indicators, whereas glycemic control among diabetic patients reached only 21.32%.

Keywords: evaluation; District Health Board; non-communicable diseases; CIPP Model

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพและปัญหาการพัฒนาที่สำคัญที่สุดของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 41 ล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2567 พบผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรค NCDs มากกว่า 420,000 คนต่อปี[2] และกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานสะสมปีงบประมาณ 2565–2567 เพิ่มขึ้นต่อเนื่องรวมกว่า 14.4 ล้านคน[3] สะท้อนว่าการควบคุมป้องกันโรคในระดับพื้นที่ยังต้องได้รับการพัฒนา โดยเฉพาะการคัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

การจัดการปัญหาโรค NCDs ที่ยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเชิงระบบและการบูรณาการของทุกภาคส่วน รัฐได้ตราพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562[4] และจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561[5] เป็นกลไกอภิบาลระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยมีนายอำเภอเป็นประธานและสาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งนี้ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model)[6] และแนวคิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย[7] เป็นฐานสำคัญของการดำเนินงาน

อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด อยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ในปีงบประมาณ 2569 ได้ขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรค NCDs ผ่านกลไก พชอ. ภายใต้ยุทธศาสตร์ SELAPHUM MODEL โดยจัดตั้งหน่วยศูนย์บริการ NCDs ครบทั้ง 18 ตำบล รวม 26 หน่วยบริการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 2,650 คน และพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการจัดการโรค NCDs อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่ได้มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบว่าการขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ. มีความเหมาะสมของบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตในระดับใด มีปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ประกอบกับยังไม่พบงานวิจัยที่ประเมินการดำเนินงานของ พชอ. เฉพาะประเด็นโรค NCDs ด้วยรูปแบบ CIPP ในพื้นที่อำเภอเสลภูมิและเขตสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยจึงประเมินผลการดำเนินงานดังกล่าวโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินCIPP (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีม[8] ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต เพื่อให้ได้สารสนเทศเชิงประเมินสำหรับการพัฒนางานอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินCIPP (CIPP Model) ตามด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต และเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และเสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงาน

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) วิเคราะห์ข้อมูลแบบ

ผสมผสาน (Mixed Methods) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP (CIPP Model) ของสตัฟเฟิลบีมและจาง[19] ร่วมกับกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian: โครงสร้าง–กระบวนการ–ผลลัพธ์)[20] เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการประเมินเชิงกระบวนการบริหารจัดการและผลสัมฤทธิ์เชิงระบบ ออกแบบการประเมินเป็น 3 ระยะตามช่วงเวลาการดำเนินงาน ได้แก่ ระยะที่ 1 ก่อนดำเนินงาน (ประเมินด้านบริบทและปัจจัยนำเข้า) ระยะที่ 2 ระหว่างดำเนินงาน (ประเมินด้านกระบวนการและผลผลิตระหว่างดำเนินงานตามเส้นทางการดูแลผู้ป่วย) และระยะที่ 3 หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน (ประเมินด้านผลผลิต/ผลลัพธ์และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย) โดยอาศัยข้อมูล 3 แหล่งประกอบกัน (Triangulation) ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม CIPP ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และข้อมูลทุติยภูมิเชิงผลสัมฤทธิ์จากระบบ Health Data Center (HDC) ดำเนินการในช่วงปีงบประมาณ 2569

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ คณะกรรมการและอนุกรรมการ พชอ. อำเภอเสลภูมิ ด้านการป้องกันโรค NCDs ทีมสุขภาพอำเภอ (คปสอ.) ผู้รับผิดชอบงาน NCDs ของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และตัวแทนภาคีเครือข่ายในพื้นที่ 18 ตำบล กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ประธาน/เลขานุการ พชอ. ผู้บริหารสาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงาน NCDs และตัวแทนพื้นที่ต้นแบบ จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามการประเมินตามกรอบ CIPP แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป และการประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของลิเคิร์ต และ 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.50–1.00 และตรวจสอบความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

การเก็บรวบรวมและการวิเคราะห์ข้อมูล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม เชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ร่วมกับข้อมูลทุติยภูมิจากรายงานผลการดำเนินงานและระบบ Health Data Center (HDC) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แปลผลค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์อิงเกณฑ์ 5 ระดับ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เลขที่โครงการ HE 2568-12-26-122 หนังสือรับรองเลขที่ COE 1222568 รับรองเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) มีอายุอยู่ในช่วง 40–49 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 80.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.3) ส่วนใหญ่เป็นผู้รับผิดชอบงาน NCDs ของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 33.3) รองลงมาคือกรรมการ พชอ. และทีมสุขภาพอำเภอในสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 23.3) และมากกว่าครึ่งมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 56.7)

2. ผลการประเมินภาพรวมและรายด้านตามกรอบ CIPP

พบว่า การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38, S.D. = 0.13) โดยด้านผลผลิตมีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.53) รองลงมาคือด้านบริบท ($\bar{x}$ = 4.41) และด้านกระบวนการ ($\bar{x}$ = 4.40) ส่วนด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ($\bar{x}$ = 4.14) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าด้านผลผลิตมีข้อที่สูงสุดคือการเกิดความยั่งยืนในการจัดการโรค NCDs ($\bar{x}$ = 4.70) ด้านบริบทมีข้อสูงสุดคือการสนับสนุนของผู้บริหารและภาคีเครือข่าย ($\bar{x}$ = 4.57) ในขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้ามีข้อที่ต่ำที่สุดสองข้อ ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ ($\bar{x}$ = 3.60) และความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ($\bar{x}$ = 3.80)

3. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและข้อมูลการดำเนินงาน

อำเภอเสลภูมิดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค NCDs ครบวงจรตั้งแต่การคัดกรองเชิงรุกในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปโดย อสม. 2,650 คน ร่วมกับ 235 สถานีสุขภาพ ไปจนถึงการขึ้นทะเบียนและดูแลรักษาต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานตามข้อมูล HDC พบว่า การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำได้ร้อยละ 82.49 และ 85.64 ตามลำดับ โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ทั้งการตรวจยืนยันวินิจฉัย (ร้อยละ 96.91) และการควบคุมโรคได้ดี (ร้อยละ 74.14) ในขณะที่โรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ 2 ตัวชี้วัด โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 (เป้าหมายร้อยละ 40) และการตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยที่ทำได้ร้อยละ 60.40 (เป้าหมายร้อยละ 70) นอกจากนี้ มีผู้เข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) จำนวน 74 คน จากกลุ่มเป้าหมาย 720 คน (ร้อยละ 10.28)

เมื่อบูรณาการผลการประเมินตามกรอบ CIPP เข้ากับผลสัมฤทธิ์เชิงระบบจากฐานข้อมูล HDC และจำแนกตามระยะการประเมิน 3 ระยะ พบว่า ผลการประเมินทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์มีความสอดคล้องและยืนยันซึ่งกันและกัน กล่าวคือ ในระยะที่ 1 (ก่อนดำเนินงาน) ด้านบริบทมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.41) สะท้อนความพร้อมเชิงนโยบายและกลไกการขับเคลื่อน ขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้าแม้จะอยู่ในระดับมากแต่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในภาพรวม (4.14) บ่งชี้ถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานของการดำเนินงาน ในระยะที่ 2 (ระหว่างดำเนินงาน) ด้านกระบวนการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.40) สอดรับกับความครอบคลุมการคัดกรองที่ทำได้ในระดับสูงทั้งโรคเบาหวาน (ร้อยละ 82.49) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 85.64) อย่างไรก็ตาม การตรวจยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยสะท้อนความแตกต่างระหว่างสองโรคอย่างชัดเจน โดยโรคความดันโลหิตสูงผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 96.91) แต่โรคเบาหวานยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60.40 จากเป้าหมายร้อยละ 70) และในระยะที่ 3 (หลังสิ้นสุดการดำเนินงาน) แม้ด้านผลผลิตจะได้คะแนนสูงสุดในระดับมากที่สุด (4.53) แต่ผลลัพธ์เชิงระบบกลับชี้ให้เห็นช่องว่างที่สำคัญ กล่าวคือ การควบคุมระดับความดันโลหิตทำได้ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 74.14) ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานทำได้เพียงร้อยละ 21.32 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 40 อย่างมาก และมีผู้เข้าร่วมโครงการเบาหวานระยะสงบ (DM Remission) เพียง 74 จาก 720 คน (ร้อยละ 10.28) โดยภาพรวมการประเมินตามกรอบ CIPP อยู่ในระดับมาก (4.38) ผลการวิเคราะห์ในลักษณะนี้จึงยืนยันว่าความเข้มแข็งเชิงกระบวนการและการรับรู้เชิงบวกต่อผลการดำเนินงานยังมิได้แปรเปลี่ยนเป็นผลลัพธ์การควบคุมโรคเบาหวานอย่างเต็มที่ อันเป็นผลสืบเนื่องจากข้อจำกัดด้านปัจจัยนำเข้าที่เป็นจุดอ่อนตั้งแต่ต้นทาง และเป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนาเป็นลำดับแรก

ผลการประเมินตามกรอบ CIPP สอดคล้องและยืนยันซึ่งกันและกันกับผลสัมฤทธิ์เชิงประจักษ์

จากระบบ HDC โดยด้านผลผลิตที่ได้คะแนนสูงสุดสอดคล้องกับความสำเร็จของงานโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 และด้านปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด เป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การมีกลไก พชอ. ที่เข้มแข็งพร้อมคำสั่งแต่งตั้งและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน การมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ตามยุทธศาสตร์ SELAPHUM MODEL ที่ผูกพันทุกภาคส่วน การสนับสนุนของผู้บริหารระดับอำเภอ การมีเครือข่าย อสม. เป็นกำลังหลักในการคัดกรองเชิงรุก และการมีนวัตกรรมการเข้าถึงบริการ เช่น คลินิกเจาะเลือดสัญจรและการคัดกรองภาคค่ำ โดยงานโรคความดันโลหิตสูงเป็นต้นแบบที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ส่วนปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง (Strip) การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้ต่ำและประชากรวัยทำงานที่ออกนอกพื้นที่ทำให้ติดตามไม่ครบ สำหรับแนวทางการพัฒนา ได้แก่ การเร่งควบคุมระดับน้ำตาลด้วยคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทีมสหวิชาชีพ การสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การถอดบทเรียนงานความดันโลหิตสูงมาปรับใช้ และการใช้แดชบอร์ด พชอ. NCDs กำกับติดตามผลรายตำบลทุกไตรมาส

สรุปและอภิปรายผล

ผลการประเมินการดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ ตามกรอบ CIPP ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.38) แสดงให้เห็นว่ากลไก พชอ. เป็นเครื่องมือสำคัญในการอภิบาลระบบสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของรูปแบบการประเมิน CIPP[8] ที่มุ่งให้สารสนเทศเพื่อการตัดสินใจปรับปรุงงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของนัจรินทร์ เนื่องเฉลิม และคณะ[9] ที่ประเมินการดำเนินงาน พชอ. อำเภอวารินชำราบ ด้วย CIPP Model แล้วพบว่าภาพรวมอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน รวมทั้งการศึกษาของแววดี เหมวรานนท์[10] และนันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์[11] ที่พบว่าการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. อยู่ในระดับมาก

ประเด็นสำคัญคือ ด้านปัจจัยนำเข้ามีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด โดยเฉพาะความเพียงพอของงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของสมเจตน์ เณรรักษา และคณะ[12] อุดม อัศวุตมางกุร และคณะ[15] และวิภาพร ทิพย์อามาตย์ และคณะ[16] ที่พบตรงกันว่าด้านปัจจัยนำเข้ามักเป็นด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดและเป็นจุดที่ต้องได้รับการพัฒนา สะท้อนว่าข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นปัญหาเชิงระบบที่พบร่วมกันในการดำเนินงานผ่านกลไก พชอ. หลายพื้นที่

นอกจากนี้ ผลการประเมินเชิงปริมาณยังยืนยันซึ่งกันและกันกับข้อมูลการดำเนินงานเชิงประจักษ์จากระบบ HDC กล่าวคือ ด้านผลผลิตที่ได้คะแนนสูงสุดสอดคล้องกับความสำเร็จของงานโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ในขณะที่การควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานที่ทำได้เพียงร้อยละ 21.32 เป็นประเด็นที่ต้องเร่งพัฒนา ทั้งนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการสนับสนุนของผู้บริหาร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์[7] และสอดคล้องกับการศึกษาของก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร[13] ที่พบว่าการบูรณาการผ่านนโยบาย 3 หมอ และการเชื่อมโยงกับ Service Plan เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้อัตราการควบคุมโรค NCDs ดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ อสม. และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงที่มีส่วนช่วยเสริมงานป้องกันโรค NCDs

โดยสรุป การดำเนินงานของ พชอ. ในการป้องกันควบคุมโรค NCDs อำเภอเสลภูมิ อยู่ในระดับมาก โดยด้านผลผลิตเป็นด้านที่เข้มแข็งที่สุด ในขณะที่ด้านปัจจัยนำเข้าเป็นด้านที่ควรได้รับการพัฒนามากที่สุด โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง อันเป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของกระบวนการและผลผลิตในระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเร่งพัฒนาด้านปัจจัยนำเข้าที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด โดยเฉพาะการสนับสนุนงบประมาณและจัดหาวัสดุอุปกรณ์คัดกรอง (Strip) ให้เพียงพอ และเร่งควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานด้วยคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทีมสหวิชาชีพ

2. ควรบรรจุการพัฒนางาน NCDs ไว้ในแผนปฏิบัติการของ พชอ. พร้อมสนับสนุนทรัพยากรและกำหนดการรายงานผลต่อผู้บริหารเป็นวาระประจำ โดยใช้แดชบอร์ด พชอ. NCDs (HDC) กำกับติดตามผลรายตำบลทุกไตรมาส

3. การวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาแบบติดตามผลระยะยาว ศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการคัดกรองโรค NCDs โดย อสม. และพัฒนาระบบสารสนเทศสนับสนุนการกำกับติดตามงาน NCDs ระดับอำเภอ

การเปิดเผยการใช้ปัญญาประดิษฐ์

ในการจัดทำบทความนี้ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือปัญญาประดิษฐ์เชิงสร้างสรรค์ (Generative AI) ได้แก่ Claude (Opus 4.8) เป็นเครื่องมือช่วยในการตรวจสอบและขัดเกลาภาษา จัดรูปแบบเอกสาร และปรับปรุงความชัดเจนของการนำเสนอเท่านั้น มิได้ใช้ในการสร้างข้อมูล วิเคราะห์ผล หรือตีความผลการวิจัย ภายหลังการใช้เครื่องมือดังกล่าว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบและแก้ไขเนื้อหาตามความเหมาะสม และรับผิดชอบต่อความถูกต้องของเนื้อหาทั้งหมดในบทความนี้โดยสมบูรณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายอำเภอเสลภูมิในฐานะประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ สาธารณสุขอำเภอเสลภูมิ คณะกรรมการและอนุกรรมการ พชอ. ทีมสุขภาพอำเภอ ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ให้ความร่วมมือจนการศึกษาครั้งนี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization.(2025). Noncommunicable diseases: key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [cited 2026 Sep 23]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. กระทรวงสาธารณสุข.(2567). สถานการณ์การเสียชีวิตและภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2567). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2567.
4. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา; 2562.
5. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา; 2561.
6. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A.(2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff. 2001;20(6):64-78.
7. Cohen JM, Uphoff NT.(1986). Rural development participation: concept and measures for project design, implementation and evaluation. Ithaca (NY): Cornell University; 1986.
8. Stufflebeam DL.(1971). Educational evaluation and decision making. Itasca (IL): Peacock; 1971.
9. นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม, ภคิน ไชยช่วย, กันติยา ศรีนิล, กุลจิรา สิงห์ขิต.(2564). การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(3):21-35.

10. แววดี เหมวรานนท์.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):140-58.
11. นันทพัทธ์ ธีระวัฒนานนท์.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2563;6(1):90-104.
12. สมเจตน์ เณรรักษา, รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ, จำเนียร สุวรรณชาติ.(2567). การประเมินผลการดำเนินงานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (NPCU) อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2567;9(5):281-89.
13. ก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร.(2566). การประเมินผลการดำเนินโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ CIPP Model. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2566;6(2):80-95.
14. เกษศิรินทร์ วิเชียรเจริญ, อารยา ประเสริฐชัย, ธีระวุธ ธรรมกุล.(2565). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565;8(1):110-24.
15. อุดม อัศวุตมางกุร, อารยา ประเสริฐชัย, ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์.(2560). การประเมินผลการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปทุมธานี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(2):124-35.
16. วิภาพร ทิพย์อามาตย์, อารยา ประเสริฐชัย, ธีระวุธ ธรรมกุล.(2563). การประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนและชุมชนต้นแบบควบคุมป้องกันโรคหนอนพยาธิ อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(4):95-110.
17. ธัญชนก ขุมทอง, กรวิกา คตอินทร์.(2569). การพัฒนาคู่มือ 6 เทคนิคเชิงพฤติกรรมศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2569;22(2):79-91.
18. สุภาพร บุญเชื้อ.(2569). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยศูนย์ป้องกันโรคไม่ติดต่อในชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2569;12(2):11-24.
19. Stufflebeam DL, Zhang G.(2017). The CIPP evaluation model: how to evaluate for improvement and accountability. New York: Guilford Publications; 2017.
20. Donabedian A.(1988). The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-8.