



การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อำเภอางว ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วสันต์ จันทร์ศักดิ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอางวในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง วิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพกับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอางว จำนวน 353 คน และผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงตรง (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ร่วมกับแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอางวในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีมิติด้านผลผลิต (Output) และด้านกระบวนการ (Process) มีประสิทธิภาพโดดเด่นที่สุด อันเป็นผลมาจากความเข้มแข็งของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และการบูรณาการงานเชิงรุกที่ทำให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองได้อย่างครอบคลุม สำหรับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพในภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยเฉพาะมิติการมีส่วนร่วมที่แสดงถึงพลังของเครือข่ายภาคประชาชนและ อสม. ในพื้นที่อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม มิติทรัพยากรด้านงบประมาณและกำลังคนยังคงเป็นข้อจำกัดที่อยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้ ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในระดับสูง ($r = .714$) โดยมีมิติด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนมากที่สุด ($r = .782$) งานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องผลักดันนโยบายพัฒนาภาวะผู้นำแบบสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อเป็นกลไกสำคัญในการรักษาความยั่งยืนของการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับอำเภอต่อไป

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพระบบสุขภาพ, ความยั่งยืน, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอางว จังหวัดลำปาง, E-mail : sud_tae@hotmail.com



Factor associated with health behavior among Hypertension patients in Khok Pho District, Pattani Province.

Wasan Jansak¹

ABSTRACT :

The objectives of this research were: 1) to evaluate the efficiency of the Ngao District Health System in reducing non-communicable disease (NCD) risk factors; 2) to analyze its sustainability potential; and 3) to examine the relationship between health system efficiency and sustainability potential in NCD management. This study employed a mixed-methods research design. The quantitative sample consisted of 353 health personnel and Village Health Volunteers (VHVs) in Ngao District, while 45 key informants participated in the qualitative phase. Data collection instruments included an in-depth interview guide and a questionnaire with an Index of Item-Objective Congruence (IOC) ranging from 0.67 to 1.00 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.92. Data were analyzed using descriptive statistics (percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson's Correlation Coefficient).

The results revealed that the overall efficiency of the Ngao District Health System was at a high level. The output and process dimensions demonstrated the most outstanding efficiency, driven by the robust mechanisms of the District Quality of Life Development Committee (DQLDC) and proactive integrated interventions that ensured comprehensive screening coverage. Regarding sustainability potential, the overall level was also found to be high, particularly in the participation dimension, reflecting the strong engagement of the community network and VHVs. However, resources—specifically budget and manpower—remained a moderate constraint. Furthermore, hypothesis testing indicated that health system efficiency had a significant positive correlation with sustainability potential at the .01 level, with a high degree of correlation ($r = .714$). The process dimension showed the strongest relationship with sustainability ($r = .782$). This research suggests that relevant agencies should promote policy development for collaborative leadership to serve as a vital mechanism for ensuring the long-term sustainability of NCD management at the district level.

Keywords: Health system efficiency, Sustainability, Non-communicable diseases (NCDs), District health network

¹ Public Health Technical Officer (Professional Level) Ngao District Public Health Office, Lampang Province, E-mail:sud_tae@hotmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นสาเหตุการตายหลักของประชากรโลก และเป็นภาระทางเศรษฐกิจและสังคมที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ก่อให้เกิดการเสียชีวิตมากกว่า 40 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 70–75 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ระดับปานกลางและระดับต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นของมาตรการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2024) การดำเนินการลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เช่น การบริโภคที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และภาวะไม่มีกิจกรรมทางกาย จำเป็นต้องอาศัยระบบสุขภาพที่บูรณาการทั้งการกำกับนโยบาย การจัดการบริการเชิงประจักษ์ การเฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของชุมชน (World Health Organization, 2024)

ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นภาระสุขภาพที่เด่นชัดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถิติการตายและภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในประเทศแสดงให้เห็นถึงจำนวนผู้เสียชีวิตสูงและผลกระทบทางเศรษฐกิจของระบบบริการสุขภาพ และความท้าทายที่สำคัญคือการบูรณาการมาตรการหลายมิติทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่เพื่อป้องกันการเกิดและลดภาระโรค (Nation Thailand, 2025; Trade.gov, 2025) ปี พ.ศ. 2565–2567 กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ผ่านการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เชิงบูรณาการที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขและแผนปฏิบัติการระดับชาติ โดยมุ่งเน้นการสร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง ครอบคลุมการเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การจัดการบริการสุขภาพแบบครบวงจร การพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการบูรณาการภาคีเครือข่ายทั้งในระดับชุมชน ท้องถิ่น และอำเภอ การเชื่อมโยงนโยบายเหล่านี้สู่การปฏิบัติทำให้สามารถวางกลไก การดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การจัดคลินิกเฉพาะโรคเรื้อรัง การติดตามผู้ป่วย ในชุมชน และการประเมินผลด้านคุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลเชิงระบบและเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการตัดสินใจ ยังช่วยให้เกิดการติดตามผลและปรับปรุงกลยุทธ์อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการยุทธศาสตร์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขสู่การปฏิบัติระดับอำเภอจึงมีความสำคัญต่อการสร้างระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรทุกกลุ่มอย่างเป็นรูปธรรม (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)



เขตสุขภาพที่ 1 ได้มีการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น การประเมินคุณภาพคลินิก NCDs ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus และการขยายระบบการดูแลร่วมระหว่างสถานบริการต่าง ๆ จากรายงานผลการประเมินคุณภาพคลินิก NCDs ยังเห็นถึงความแตกต่างของความพร้อมและคุณภาพการจัดบริการระหว่างพื้นที่ เห็นถึงช่องว่างในการบูรณาการข้อมูล การจัดสรรทรัพยากร และมาตรการติดตามประเมินผลที่อาจยังไม่ทั่วถึง (นพพร ศรีผัด และคณะ, 2563) จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์กลไกการบริหารจัดการ และการวัดประสิทธิภาพควบคู่กับการประเมินศักยภาพความยั่งยืนของมาตรการในระดับอำเภอเพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว ในจังหวัดลำปางเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ที่มีลักษณะของพื้นที่ทั้งพื้นที่ราบในเมือง ในชุมชน และพื้นที่สูงชนกลุ่มน้อย ทั้งในด้านโครงสร้างประชากรที่เริ่มมีวัยสูงขึ้นและบริบทวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยง ท้องถิ่นได้พยายามขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายภาคี แต่ยังคงมีความต้องการข้อมูลเชิงระบบเพื่อประเมินว่าโครงสร้างการบริหารจัดการระดับอำเภอสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีศักยภาพคงอยู่ในระยะยาวหรือไม่ ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (HDC) ชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายของความพร้อมด้านข้อมูลและบริการระหว่างอำเภอ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินเชิงระบบเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทจังหวัด

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) อำเภองาว ในปี 2565-2567 พบร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.96, 30.38 และ 34.62ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 59.41, 62.65 และ 63.10 ตามลำดับสำหรับพื้นที่อำเภองาว ซึ่งเป็นกรณีศึกษาโครงการวิจัย มีการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ในรูปแบบเครือข่ายที่รวมหน่วยบริการสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยพบว่าการดำเนินโครงการที่ใช้ภาคีเครือข่ายเพื่อเพิ่มความรอบรู้และเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน เช่น โครงการโค้ชสุขภาพโดยเครือข่ายให้ผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน (ธัญลักษณ์ วงศ์มณี, 2567) และถึงแม้การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ของอำเภองาวจะมีแนวโน้มอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตดีขึ้น แต่ก็ยังขาดการประเมินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพโดยรวมและศักยภาพความยั่งยืน เมื่อพิจารณาจากมิติ ปัจจัยนำเข้า (input) กระบวนการ (process) ผลผลิต (output) และผลลัพธ์ (outcome) การศึกษาระบบสุขภาพอำเภองาวจึงจำเป็นเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จะบริหารจัดการ

การจัดสรรทรัพยากร การออกแบบกลไกการติดตาม และแนวทางการบูรณาการบริการที่สามารถรักษาลักษณะเชิงบวกไว้อย่างยั่งยืนในบริบทพื้นที่จริง

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการวิจัยเรื่อง “การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง” เพราะมีความสำคัญและมีคุณค่าทั้งเชิงวิชาการและการปฏิบัติ โดยศึกษาข้อมูลเชิงระบบที่จำเป็นต่อการออกแบบนโยบายระดับอำเภอและจังหวัด เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ลดภาระโรค และพัฒนากลไกการทำงานที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพระดับชาติในการตอบโจทยวิกฤตโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้คาดว่าจะให้ข้อเสนอ เชนนโยบายที่ปฏิบัติได้จริงสำหรับหน่วยงาน เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอให้มีความเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. เพื่อวิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอ

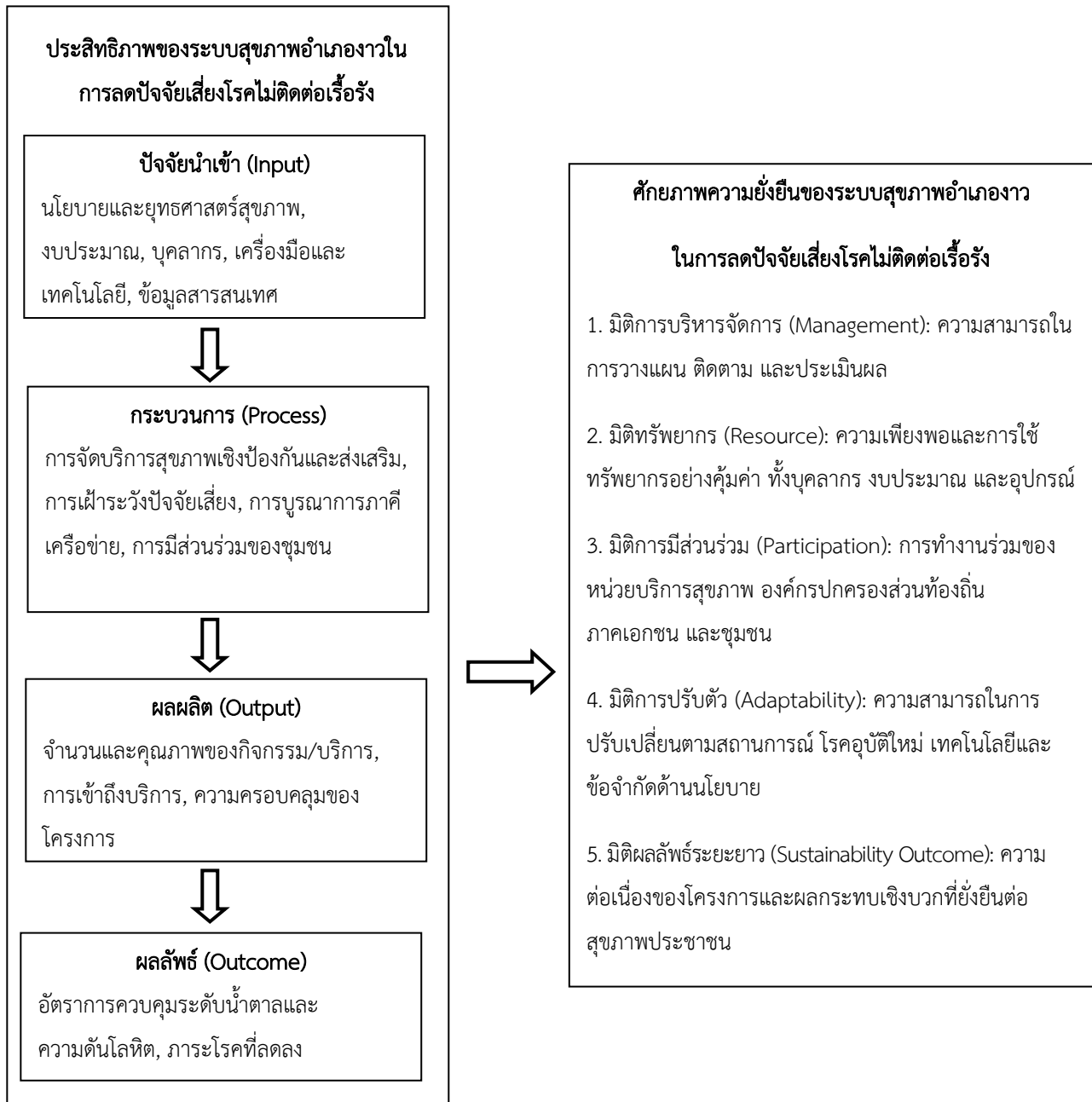
สมมติฐานการวิจัย

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอ (ด้านปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



กรอบแนวคิดในการวิจัย

การประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอ ในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) เพื่อประเมินประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ อำเภองาวในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประชากรศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพอำเภองาว ครอบคลุมทั้งผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบผสมวิธี แบ่งเป็น

1) **กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ** จำนวน 353 คน ซึ่งได้มาจากการคำนวณตามสูตรของ Yamane จากประชากรทั้งหมด 1,619 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportional Stratified Sampling) และสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในขั้นตอนสุดท้าย และ

2) **กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ** จำนวน 45 คน ซึ่งคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีบทบาทสำคัญในการบริหารและขับเคลื่อนงานสุขภาพในพื้นที่ ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยต้องผ่านเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion Criteria) คือเป็นผู้ปฏิบัติงานหรือมีประสบการณ์ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี และให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ โดยคัดออกผู้ที่มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือปัญหาสุขภาพที่ไม่เอื้อต่อการให้ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และน่าเชื่อถือที่สุดสำหรับการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัยและทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ บทบาท/หน่วยงานที่สังกัด และประสบการณ์ทำงาน/การรับบริการที่เกี่ยวข้อง



ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ ประเมินใน 4 มิติ คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) รวม 20 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 การประเมินศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ (Management) 2) ทรัพยากร (Resources) 3) การมีส่วนร่วม (Participation) 4) การปรับตัว (Adaptability) และ 5) ผลลัพธ์ระยะยาว (Sustainability Outcome) รวม 25 ข้อ โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ตอบเสนอความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

2. แบบสัมภาษณ์

เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (Input, Process, Output และ Outcome) และมิติศักยภาพความยั่งยืน (Management, Resources, Participation, Adaptability, Sustainability Outcome) แนวคำถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

- ตำแหน่ง บทบาท และประสบการณ์การทำงานด้านระบบสุขภาพอำเภอ

2. การประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ

- ความเพียงพอของนโยบาย บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ และข้อมูลสารสนเทศ (Input)
- กระบวนการจัดบริการสุขภาพ การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยง การบูรณาการภาคี และการมีส่วนร่วมของประชาชน (Process)
- ผลผลิตของกิจกรรมและโครงการ เช่น ความครอบคลุม คุณภาพ และการเข้าถึง (Output)
- ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อัตราการควบคุมโรค และภาวะโรค (Outcome)

3. การประเมินศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

- กลไกการบริหารจัดการและภาวะผู้นำในพื้นที่ (Management)
- ความเพียงพอและการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Resources)
- การมีส่วนร่วมของหน่วยบริการสุขภาพ อปท. อสม. ชุมชน และภาคีเครือข่าย (Participation)

- ความสามารถในการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ และการเปลี่ยนแปลง (Adaptability)
- ผลลัพธ์เชิงบวกที่ยั่งยืนและโอกาสการเป็นต้นแบบในอนาคต (Sustainability Outcome)

4. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- ปัจจัยแห่งความสำเร็จ อุปสรรคสำคัญ และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอขาว ให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

การสัมภาษณ์ใช้ลักษณะกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนประสบการณ์และความคิดเห็นได้อย่างลึกซึ้งและยืดหยุ่นตามบริบท โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ บันทึกข้อมูลด้วยการจดบันทึกและการบันทึกเสียง (เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล) เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ต่อไป (Patton, 2015; Creswell & Poth, 2018)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งแบ่งขั้นตอนการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage)
2. การวิเคราะห์ประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ผู้วิจัยใช้ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เพื่อทดสอบสมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ (ตัวแปรอิสระ) กับศักยภาพความยั่งยืน (ตัวแปรตาม) โดยใช้ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient: r) โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายระดับความสัมพันธ์ (Hinkle, 1998) ดังนี้

ค่า r อยู่ระหว่าง .90 ถึง 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก

ค่า r อยู่ระหว่าง .70 ถึง .89 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง

ค่า r อยู่ระหว่าง .50 ถึง .69 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง

ค่า r อยู่ระหว่าง .30 ถึง .49 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ

ค่า r อยู่ระหว่าง .00 ถึง .29 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก



4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และข้อเสนอแนะปลายเปิด ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และการสร้างข้อสรุปแบบอุปนัยเพื่อนำมาสนับสนุนผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E2568-087 รับรองเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2568

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง จำนวน 238 คน คิดเป็นร้อยละ 67.42 เมื่อพิจารณาด้านอายุ พบว่าส่วนใหญ่อายุระหว่าง 51 – 60 ปี มากที่สุด จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 31.16 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี จำนวน 95 คน คิดเป็นร้อยละ 26.91 และช่วงอายุ 30 - 40 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 18.41 ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่อายุมีสถานภาพ สมรส จำนวน 260 คน คิดเป็นร้อยละ 73.65 ในด้านบทบาทและหน่วยงานที่สังกัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง จำนวน 288 คน คิดเป็นร้อยละ 81.58 รองลงมาคือ บุคลากรโรงพยาบาลจว จำนวน 43 คน (ร้อยละ 12.18) และ บุคลากร รพ.สต. จำนวน 20 คน (ร้อยละ 5.67) สำหรับประสบการณ์การทำงานหรือการรับบริการ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ มากกว่า 10 ปี จำนวน 223 คน คิดเป็นร้อยละ 63.17

ส่วนที่ 2: ผลการประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอจว

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านปัจจัยนำเข้า (n = 353)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	$\bar{x}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอจว มีความชัดเจน และสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข	4.25	0.62	มาก
2. บุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนเพียงพอและมีความรู้ความสามารถตามภารกิจ	3.40	0.85	ปานกลาง
3. งบประมาณที่จัดสรรเพียงพอและครอบคลุมกิจกรรม	3.25	0.78	ปานกลาง

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
ลดปัจจัยเสี่ยง NCDs			
4. เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดำเนินงาน มีความพร้อม	3.80	0.71	มาก
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง ทันสมัย และสนับสนุน การตัดสินใจเชิงนโยบาย	3.95	0.65	มาก
รวมด้านปัจจัยนำเข้า	3.73	0.72	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอจาว ในด้านปัจจัยนำเข้า (Input) โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพของอำเภอจาวมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.62) อยู่ในระดับมาก ด้านระบบข้อมูลและเครื่องมือ ระบบข้อมูลสารสนเทศมีความถูกต้อง ทันสมัย ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.65) และ ความพร้อมของเครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ และเทคโนโลยี ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.71) ทั้ง 2 ข้อนี้อยู่ในระดับมาก ด้านที่ควรพัฒนา มี 2 ข้อ ที่อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านบุคลากรสาธารณสุข ($\bar{X} = 3.40$, S.D. = 0.685) และด้านงบประมาณที่จัดสรร ($\bar{X} = 3.25$, S.D. = 0.78)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านกระบวนการ (n = 353)

ด้านกระบวนการ (Process)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน	4.10	0.58	มาก
2. ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก	3.85	0.69	มาก
3. การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุม กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย ได้ทั่วถึง	4.05	0.61	มาก
4. คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน	3.90	0.65	มาก



ด้านกระบวนการ (Process)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
5. จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่	3.75	0.74	มาก
รวมด้านกระบวนการ	3.93	0.67	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอองาว ในด้านกระบวนการ (Process) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.67) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.58) รองลงมาคือด้านความครอบคลุมและคุณภาพ การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.61) และ คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.65) ด้านการเข้าถึงและปริมาณกิจกรรม ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.69) และจำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.74)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านผลผลิต (n = 353)

ด้านผลผลิต (Output)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน	3.90	0.70	มาก
2. ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้ สะดวก	4.20	0.62	มาก
3. การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุม กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง	4.15	0.55	มาก
4. คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของ ประชาชน	4.00	0.68	มาก
5. จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไข ปัญหาในพื้นที่	3.85	0.72	มาก
รวมด้านผลผลิต	4.02	0.65	มาก

จากตารางที่ 3 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอองาว ในด้านผลผลิต (Output) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 4.02$, S.D. = 0.65) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมี ด้านที่มี

ค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการป้องกันและควบคุมโรค NCDs ได้สะดวก ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.62) ด้านความครอบคลุมและคุณภาพ การดำเนินกิจกรรมสามารถครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมายได้ทั่วถึง ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.55) และ คุณภาพของกิจกรรมและบริการที่จัดขึ้นตรงตามความต้องการของประชาชน ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.68) ด้านแผนงานและปริมาณผลผลิต มีกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพที่ชัดเจนและดำเนินการได้ตามแผน ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.70) และ จำนวนกิจกรรมและโครงการที่จัดขึ้นเพียงพอต่อการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.72)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการประเมินประสิทธิภาพ ด้านผลลัพธ์ (n = 353)

ด้านผลลัพธ์ (Outcome)	$\bar{X}$	S.D.	ระดับประสิทธิภาพ
1. ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs มากขึ้น	4.05	0.60	มาก
2. ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (การกิน ออกกำลังกาย ไม่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา) ดีขึ้น	3.65	0.79	มาก
3. อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานของอำเภอสูง	4.10	0.58	มาก
4. อัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น	4.20	0.55	มาก
5. ภาระโรค NCDs ของประชาชนในพื้นที่ลดลงอย่างเห็นได้ชัด	3.80	0.73	มาก
รวมด้านผลลัพธ์	3.96	0.68	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอสูง ในด้านผลลัพธ์ (Outcome) โดยรวมอยู่ในระดับ มาก ($\bar{X} = 3.96$, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายข้อพบว่าทุกข้ออยู่ในระดับ มาก โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ อัตราการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.55) รองลงมา คือ อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มดีขึ้น ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.58) ด้านความรู้ความเข้าใจ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรค NCDs มากขึ้น ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.60) ด้านพฤติกรรมและภาระโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ($\bar{X} = 3.65$, S.D. = 0.79) และภาระโรค NCDs ในพื้นที่ลดลง ($\bar{X} = 3.80$, S.D. = 0.73)



ส่วนที่ 3: ผลการวิเคราะห์ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภออาจ

มิติการบริหารจัดการ (Management) พบว่าในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 (S.D. = 0.60) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีระดับศักยภาพอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การที่ระบบสุขภาพอำเภออาจมีการกำหนด แผนงานหรือโครงการด้านการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) อย่างชัดเจน ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.58) รองลงมาคือการมีคณะกรรมการหรือคณะทำงานระดับอำเภอที่ทำหน้าที่กำกับทิศทางและตรวจสอบการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม ($\bar{X}$ = 4.20, S.D. = 0.55) และการที่ผู้บริหาร รวมถึงผู้เกี่ยวข้องมีความเป็นผู้นำและมีความมุ่งมั่นต่อการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างจริงจัง ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.60) สำหรับการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ ($\bar{X}$ = 4.10, S.D. = 0.62) และประสิทธิภาพในการสื่อสารนโยบายรวมถึงแนวทางปฏิบัติจากระดับผู้บริหารไปสู่ระดับปฏิบัติการ ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.65) แม้จะมีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับรองลงมาแต่ยังคงอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก

มิติทรัพยากร (Resources) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.45 (S.D. = 0.78) ซึ่งจัดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับมากคือ บุคลากรมีความรู้ ทักษะ และได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 3.85, S.D. = 0.68) รองลงมาคือ อุปกรณ์ เครื่องมือ และเทคโนโลยี สนับสนุนการทำงานมีคุณภาพและใช้งานได้จริง ($\bar{X}$ = 3.65, S.D. = 0.72) และพบว่ามี 3 ประเด็นที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินกิจกรรม ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.85) และการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสมรวมถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.83) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดในตารางนี้คือ งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานมีความต่อเนื่องและเพียงพอ ($\bar{X}$ = 3.15, S.D. = 0.82)

มิติการมีส่วนร่วม (Participation) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.31 (S.D. = 0.55) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ อสม. และแกนนำชุมชนมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และขับเคลื่อนงานสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.45, S.D. = 0.52) รองลงมาคือ หน่วยบริการสุขภาพ (รพช., รพ.สต.) ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างใกล้ชิด ($\bar{X}$ = 4.40, S.D. = 0.50) และประชาชนทั่วไปให้ความร่วมมือและเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพในชุมชน ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.54) ตามลำดับ ในส่วนของภาคีเครือข่ายอื่น ๆ เช่น โรงเรียน วัด ชุมชน ที่ร่วมสนับสนุนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ($\bar{X}$ = 4.25, S.D. = 0.58) และการมีส่วนร่วมสนับสนุนจากภาคเอกชนหรือผู้ประกอบการในพื้นที่ ($\bar{X}$ = 4.15, S.D. = 0.63)

มิติการปรับตัว (Adaptability) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.91 (S.D. = 0.66) ซึ่งจัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ บุคลากรมี

ความสามารถในการทำงานเชิงรุกเมื่อเกิดโรคอุบัติใหม่หรือปัญหาเร่งด่วน ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.58) รองลงมาคือ กิจกรรมและโครงการสุขภาพถูกปรับให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน ($\bar{X} = 4.00$, S.D. = 0.65) และ ระบบสุขภาพอำเภอสามารถปรับแผนงานตามสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ($\bar{X} = 3.90$, S.D. = 0.65) ในส่วน ของการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้สนับสนุนงานเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.70) และการมี กลไกในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณหรือบุคลากร ($\bar{X} = 3.75$, S.D. = 0.72)

มิติผลลัพธ์ระยะยาว (Sustainability Outcome) พบว่าในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 (S.D. = 0.61) ซึ่ง จัดอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าทุกรายการมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยรายการที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของอำเภอสามารถเป็นต้นแบบให้พื้นที่อื่นได้ ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.52) รองลงมา คือ ระบบสุขภาพอำเภอมีแนวโน้มคงอยู่และเข้มแข็งต่อเนื่องในอนาคต ($\bar{X} = 4.15$, S.D. = 0.55) และผลลัพธ์ ของโครงการด้านสุขภาพส่งผลเชิงบวกต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในระยะยาว ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.58) ตามลำดับใน ส่วนของความต่อเนื่องของโครงการและกิจกรรมสุขภาพแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.68) และการที่พฤติกรรมสุขภาพที่ดีของประชาชนสามารถคงอยู่และถ่ายทอดสู่คน รุ่นต่อไปได้ ($\bar{X} = 3.85$, S.D. = 0.72)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้านศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอ

ผู้วิจัยได้ทำการสังเคราะห์ประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อสะท้อนถึงศักยภาพความ ยั่งยืนใน 5 มิติหลัก ดังนี้

- 1) กลไกการบริหารจัดการและภาวะผู้นำ (Management)
- 2) ความเพียงพอและการใช้ทรัพยากร (Resources)
- 3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน (Participation)
- 4) ความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง (Adaptability)
- 5) ผลลัพธ์เชิงบวกและความต่อเนื่อง (Sustainability Outcome)

จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบว่าศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอไม่ได้พึ่งพียงแค่ งบประมาณจากส่วนกลางเป็นหลัก (ซึ่งเป็นจุดที่อ่อนที่สุด) แต่กลับพึ่ง "ทุนทางสังคม" คือการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง และภาวะผู้นำเชิงรุก เป็นตัวขับเคลื่อนสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์การลดปัจจัยเสี่ยง NCDs มีแนวโน้มคงอยู่ได้อย่างถาวร และยั่งยืน



ส่วนที่ 4: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืน

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพและศักยภาพความยั่งยืน (n = 353)

ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ	ศักยภาพความยั่งยืน	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	.645**	.000	ปานกลาง
2. ด้านกระบวนการ (Process)	.782**	.000	สูง
ประสิทธิภาพในภาพรวม (รวม Output/Outcome)	.714	.000	สูง

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01**

จากตารางที่ 5 พบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ ศักยภาพความยั่งยืนในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .714 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ในระดับ สูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการ (Process) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนในระดับสูงที่สุด ($r = .782, p < .01$) รองลงมาคือ ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางค่อนข้างสูง ($r = .645, p < .01$)

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ

จากการรวบรวมข้อเสนอแนะปลายเปิดและผลการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ประเด็นสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพและศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพ ดังนี้

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งผลให้ระบบสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งและสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1.1 กลไกการบูรณาการในระดับพื้นที่ โดยการใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแกนกลางในการเชื่อมโยงงบประมาณจากท้องถิ่นและทรัพยากรจากภาคส่วนอื่นมาใช้ในการงานสาธารณสุข

1.2 พลังเครือข่ายภาคประชาชน ศักยภาพของ อสม. และแกนนำชุมชนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชาวบ้าน ทำให้การติดตามกลุ่มเสี่ยง NCDs ในหมู่บ้านเข้าถึงตัวบุคคลได้จริง

1.3 ภาวะผู้นำเชิงรุก ผู้บริหารระดับอำเภอมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา NCDs และให้การสนับสนุนทีมปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง

1.4 การปรับกิจกรรมตามบริบทวัฒนธรรม การออกแบบกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของคนในพื้นที่ ทำให้นโยบายไม่ถูกมองว่าเป็นภาระแต่เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

2. อุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน จากการวิเคราะห์ พบประเด็นที่เป็นข้อจำกัดและต้องการการแก้ไข ดังนี้

2.1 ความไม่ต่อเนื่องของงบประมาณ งบประมาณจากส่วนกลางมักมาในรูปแบบโครงการระยะสั้น ทำให้กิจกรรมเชิงรุกบางอย่างขาดความต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุุดปีงบประมาณ

2.2 ภาระงานบุคลากรล้นมือ เจ้าหน้าที่ในระดับ รพ.สต. มีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับภาระงานส่งเสริมสุขภาพและงานรักษาพยาบาล ทำให้การลงพื้นที่ส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกทำได้ไม่เต็มที่

2.3 ข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีในพื้นที่ห่างไกล ในพื้นที่สูงหรือหมู่บ้านไกล การเข้าถึงสัญญาณอินเทอร์เน็ตเพื่อรายงานข้อมูลสุขภาพในระบบดิจิทัลยังเป็นอุปสรรค

อภิปรายผลการวิจัย

1. ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอในการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง :จากการศึกษาวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพอำเภอในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของการจัดการเชิงระบบที่สามารถขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเมื่อพิจารณาในมิติของปัจจัยนำเข้าและกระบวนการจัดการ พบว่ามีความสอดคล้องอย่างยิ่งกับแนวคิดทฤษฎีของ ศิริวรรณ เสรีรัตน์ (2566) ที่ระบุว่าประสิทธิภาพของระบบสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม (Input) ผนวกกับกระบวนการทำงานที่มีโครงสร้างชัดเจน (Process) ซึ่งอำเภออาจได้พิสูจน์ให้เห็นถึงการใช้จ่ายทางสังคมและระบบสารสนเทศในการแก้ไขข้อจำกัดด้านงบประมาณ จนนำไปสู่ผลการดำเนินงานที่บรรลุตามเกณฑ์มาตรฐาน สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยของ จิราภรณ์ กระจายศรี (2567) ที่พบว่า การบริหารจัดการตามแนวทาง NCD Clinic Plus โดยเฉพาะมิติการนำองค์กรและระบบข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำ เป็นปัจจัยชี้ขาดที่ทำให้ประสิทธิภาพในภาพรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับในมิติของกระบวนการทำงาน ความสำเร็จของประสิทธิภาพในพื้นที่อำเภออาจเกิดจากการบูรณาการการทำงานเป็นหนึ่งเดียวภายใต้แนวคิด Unity District Team ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ ประวิทย์ ผสมทรัพย์ (2566) ที่เน้นย้ำว่าการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอต้องอาศัยกลไกการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและไม่แยกส่วน การที่อำเภอสามารถบูรณาการภาคีเครือข่ายข้ามหน่วยงาน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้อย่างดีนั้น ยิ่งเป็นการยืนยันผลการวิจัยตามแนวคิดของ อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่แสดงให้เห็นว่า พชอ. คือกลไกสำคัญในการ



ระดมทรัพยากรและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area-based) ส่งผลให้การเข้าถึงบริการคัดกรองในหมู่บ้านห่างไกลมีประสิทธิภาพมากกว่าการรอรับบริการที่สถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ ประสิทธิภาพที่พบในรูปของผลผลิตและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการจัดการเชิงพฤติกรรมตามที่ สมนึก ลิ้มเลิศมนตรี (2566) ได้นำเสนอเกี่ยวกับการใช้ทฤษฎีการสะกิดพฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของคนภาคเหนือ โดยการสื่อสารที่เข้าใจบริบทวัฒนธรรมและการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามที่ อรรถพรณ ประทุม (2565) ได้ระบุไว้ว่า มีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทำให้ประชาชนในอำเภออาจเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวร ประสิทธิภาพในภาพรวมที่เกิดขึ้นจึงมิได้เป็นเพียงความสำเร็จของตัวเลขทางสถิติ แต่เป็นความสำเร็จที่เกิดจากการประสานกันระหว่างนโยบายสาธารณะที่เข้มแข็งตามนิยามของ วรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย (2565) และการดำเนินงานเชิงรุกที่ยึดโยงกับชุมชน จนทำให้ระบบสุขภาพอำเภออาจกลายเป็นต้นแบบของระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน

2. ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภอในการจัดการและลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : จากการศึกษาวิจัยพบว่า ศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภออาจอยู่ในระดับมาก โดยมีจุดแข็งที่สำคัญคือมีมติการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่า ความยั่งยืนที่เกิดขึ้นเป็นผล มาจากรากฐานความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับแนวคิดของ วรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย (2565) ที่พบว่าความยั่งยืนในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ไม่ได้หมายถึงเพียงการมีงบประมาณที่ต่อเนื่อง แต่หมายถึงการสร้างระบบนิเวศสุขภาพ ที่ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของและสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยที่พบว่ามีมติการมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดนั้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อมรพรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่พบว่า บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการดึงทรัพยากรและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืน โดยก้าวข้ามข้อจำกัดของระบบราชการแบบเดิมนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตอบโจทย์บริบทพื้นที่อำเภอได้อย่างแท้จริง สำหรับมิติของผลลัพธ์ระยะยาวและการปรับตัว ระบบสุขภาพอำเภอแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เข้ากับวิถีชีวิตกลุ่มชาติพันธุ์และวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงษ์สระพัง สุวรรณสว่าง (2567) ที่พบว่า ปัจจัยพยากรณ์ความยั่งยืนที่สำคัญคือความสามารถของระบบในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและความหลากหลายของประชากร การที่เจ้าหน้าที่และ อสม. ในพื้นที่สามารถสื่อสารความเสี่ยงด้าน NCDs ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิต เช่น การรณรงค์ลดเค็มในอาหารท้องถิ่น จึงเป็นการยืนยันถึงแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ประวิทย์ ผสมทรัพย์ (2566) ที่พบว่าความต่อเนื่องของนโยบายสุขภาพระดับอำเภอจะเกิดขึ้นได้จริง เมื่อผู้นำชุมชนและท้องถิ่นเข้ามาเป็นหุ้นส่วนหลักในการจัดการทรัพยากร

สุขภาพพร้อมกับฝ่ายสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม แม้มีการมีส่วนร่วมและการบริหารจัดการจะอยู่ในระดับสูง แต่ผลวิจัยกลับพบว่ามิติทรัพยากรด้านงบประมาณและกำลังคนยังมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำกว่ามิติอื่น ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบของ จิราภรณ์ กระจายศรี (2567) ที่พบว่าความท้าทายหลักของระบบสุขภาพปฐมภูมิคือความจำกัดของทรัพยากร ซึ่งอำเภออาจได้เลือกใช้กลไกการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกสุขภาพตามแนวคิดของ สมนึก ลัมเลิศมนตรี (2566) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานทดแทนทรัพยากรที่ขาดแคลน จนทำให้ระบบยังคงรักษาศักยภาพความยั่งยืนไว้ได้ในระดับที่น่าพึงพอใจ จึงสามารถสรุปได้ว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภออาจไม่ได้ตั้งอยู่บนฐานของงบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ตั้งอยู่บนฐานของความสัมพันธ์และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ซึ่งสำคัญที่จะทำให้การลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและมั่นคง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิภาพของระบบสุขภาพกับศักยภาพความยั่งยืนในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอำเภอ: ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า ประสิทธิภาพของระบบสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพความยั่งยืนของระบบสุขภาพอำเภออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีความสัมพันธ์ในระดับสูง ($r = .714$) ซึ่งผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนตามแนวคิด ทฤษฎีระบบ (General System Theory) ของ Bertalanffy (1968) ที่มองว่าระบบสุขภาพระดับอำเภอเป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน เมื่อปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) มีประสิทธิภาพสูง ย่อมส่งผลให้ระบบมีพลังในการดำรงอยู่และปรับตัวเพื่อสร้างความยั่งยืนได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พงษ์สระพัง สุวรรณสว่าง (2567) ที่พบว่าประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารจัดการเป็นปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จและความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอได้สูงที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของอำเภอที่พบว่า มิติด้านกระบวนการมีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนในระดับสูงกว่ามิติอื่น ($r = .782$) แสดงว่าความเข้มแข็งของกลไกการทำงานร่วมกันเป็นปัจจัยขับเคลื่อนหลักที่นำไปสู่ความยั่งยืนของระบบ เมื่อพิจารณาในเชิงลึกจะพบว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะผู้นำที่เน้นการสร้างความร่วมมือ ของคณะกรรมการ พชอ. ที่สามารถประสานงานและดึงศักยภาพของภาคีเครือข่ายในอำเภอมาร่วมจัดการปัญหา NCDs ได้เป็นเนื้อเดียวกัน ตามแนวคิดของ ยงยุทธ พงษ์เลาหพันธ์ (2566) ที่อธิบายว่าประสิทธิภาพของการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลและความต่อเนื่องของงาน ซึ่งอำเภออาจได้พิสูจน์ให้เห็นว่าการบูรณาการงานผ่านกลไก พชอ. ช่วยให้เกิดความลื่นไหลในการใช้ทรัพยากรข้ามหน่วยงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์ (2565) ที่ยืนยันว่าการจัดการสุขภาพโดยมีพื้นที่เป็นฐาน (Area-based Management) ช่วยลดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ ทำให้ระบบมีความยืดหยุ่นและมีศักยภาพในการคงอยู่ได้ในระยะยาวภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ทางบวกที่เกิดขึ้นยังแสดงถึง



ประสิทธิภาพของการนำนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข (2567) ไปสู่การปฏิบัติที่เน้นการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วน จนเกิดเป็นแรงผลักดันที่ส่งเสริมซึ่งกันและกันระหว่างการทำงานที่เก่ง (Efficiency) และการทำงานที่นาน (Sustainability) นอกจากนี้ การที่ประสิทธิภาพในด้านผลผลิตและผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับความยั่งยืน ยังสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้ของ Senge (2006) ที่เชื่อว่าผลลัพธ์ความสำเร็จของงานจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้คนในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะ อสม. และทีมสหวิชาชีพ เกิดความเชื่อมั่นและพร้อมที่จะขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมเกียรติ พลจันทร์ และคณะ (2566) ที่พบว่าการเห็นผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม จะเป็นตัวกระตุ้นให้ภาคีเครือข่ายเกิดความพึงพอใจและต้องการรักษามาตรฐานการทำงานนั้นไว้ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ทางบวกที่พบในงานวิจัยนี้ยืนยัน หากอสม.เองมุ่งมั่นในการพัฒนาประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานแบบบูรณาการและรักษาคุณภาพของปัจจัยนำเข้าให้มีความพร้อมอยู่เสมอ จะช่วยให้ระบบสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดำเนินไปได้อย่างเข้มแข็งและยั่งยืนตามเจตนารมณ์ของนโยบายอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1.1 เนื่องจากผลวิจัยพบว่าด้านกระบวนการ มีความสัมพันธ์กับความยั่งยืนสูงสุด ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการถอดบทเรียนการทำงานของกลุ่ม อสม. และภาคีเครือข่ายที่เป็นต้นแบบ เพื่อนำไปขยายผลในหมู่บ้านที่ยังมีผลการดำเนินงานต่ำกว่าเกณฑ์

1.2 ในพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ควรนำนวัตกรรมดิจิทัลสุขภาพ (Digital Health) เช่น แอปพลิเคชันติดตามกลุ่มเสี่ยง หรือระบบการให้คำปรึกษาทางไกล มาใช้เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดด้านศักยภาพความยั่งยืนเพิ่มเติมจากการวัดเพียงผลลัพธ์ ทางสุขภาพระยะสั้น เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานในระดับอำเภอให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม

2.2 ควรกำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยบริการปฐมภูมิเปลี่ยนบทบาทจากการคัดกรองโรค เพียงอย่างเดียว เป็นการสร้างชุมชนรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Community) โดยสนับสนุนงบประมาณในการสร้างอาสาสมัครโค้ชสุขภาพ เพื่อลดภาระการพึ่งพาระบบบริการการแพทย์ในระยะยาว

3. ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาถึงปัจจัยความสำเร็จของผู้นำเครือข่ายในหมู่บ้านที่ประสบความสำเร็จ เพื่อให้ได้โมเดลการทำงานที่สามารถนำไปปรับใช้กับพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

3.2 ควรมีการศึกษาเพื่อคำนวณว่า เงินทุกบาทที่ลงทุนในระบบสุขภาพอำเภออาจสามารถสร้างประโยชน์กลับคืนสู่สังคมได้กี่บาท เช่น การที่ อสม. ช่วยลดผู้ป่วยรายใหม่ได้ 1 คน ช่วยให้ท้องถิ่นประหยัดค่ารถรับส่งผู้ป่วยหรือค่าจ้างคนดูแลได้เท่าไร ข้อมูลตัวเลขความคุ้มค่านี้จะช่วยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนมั่นใจและกล้าที่จะสนับสนุนงบประมาณให้กับงานสาธารณสุขมากขึ้น เพราะเห็นผลตอบแทนที่ชัดเจนมากกว่าการรักษาโรค

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *นโยบายกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567-2568*. สืบค้นจาก <https://www.dms.go.th>
- จิราภรณ์ กระจายศรี. (2567). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 33(1), 45-58.
- ธัญญลักษณ์ วงศ์มณี. (2567). ผลของบริการโค้ชสุขภาพโดยภาคีเครือข่ายต่อความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรม นพพร ศรีผัด และคณะ. (2563). การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 1. *เชียงใหม่เวชสาร*, 12(3), 10-22.
- ประวิทย์ ผสมทรัพย์. (2566). การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ภาคเหนือ. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 18(2), 112-125.
- พงษ์สะพรั่ง สุวรรณสว่าง. (2567). ปัจจัยพยากรณ์ความสำเร็จและความยั่งยืนของระบบสุขภาพระดับอำเภอในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 18(1), 45-60.
- วรรณรัตน์ ลาวัลย์ชนะชัย. (2565). *นโยบายสาธารณะและการจัดการโรคไม่ติดต่อ: การสร้างความยั่งยืนโดยชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ เสรีรัตน์. (2566). *ทฤษฎีองค์การและการจัดการ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2566). *รายงานการประเมินผลนโยบายภาษีโซเดียมและพฤติกรรม*
- สมเกียรติ พลจันทร์ และคณะ. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยง NCDs ในระดับปฐมภูมิ



- ด้วยโปรแกรมอาสาสมัครโค้ชสุขภาพ. *วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(4), 1–15.
- สมนึก ลิ้มเลิศมนตรี. (2566). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสะกิดพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของคนภาคเหนือ. *วารสารวิจัยสุขภาพ*, 16(3), 89–104.
- อมรพรรณ นิพัทธ์ศานต์. (2565). บทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการจัดการทรัพยากรสุขภาพอย่างยั่งยืน. *วารสารวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก*, 9(1), 120–135.
- อรพรรณ ประทุม. (2565). ผลของการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อระดับความดันโลหิตและพฤติกรรม Bertalanffy, L. von. (1968). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Nation Thailand. (2025, June 16). *Thailand pushes NCDs law as over 1000 die daily from ...* The Nation Thailand. Retrieved from <https://www.nationthailand.com>
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Senge, P. M. (2006). *The Fifth Discipline: The Art & Practice of The Learning Organization*. New York: Doubleday Business.
- World Health Organization. (2024ก). *Noncommunicable diseases (Fact sheet)*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>