

# การประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาวะชุมชนสถาบันพระบรมราชชนก : กรณีศึกษาชุมชนบ้านแมด

นิสากร วิบูลชัย\*, กำพร ดานา\*\*, แจ่มจันทร์ เทศสิงห์\*\*, วุฒิชัย สมกิจ\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยและประเมินผลนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาวะชุมชนสถาบันพระบรมราชชนก ในชุมชนบ้านแมด จังหวัดมหาสารคาม โดยใช้รูปแบบซีป เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 125 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ McNemar test

ผลการศึกษาพบว่า การสร้างสุขภาวะชุมชนบ้านแมด ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองสุขภาพ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและกลุ่ม การเยี่ยมและดูแลครอบครัว การจัดมหกรรมสุขภาพเพื่อประชาสัมพันธ์ให้สังคมตื่นตัวและการเรียนรู้จากตัวแบบ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้ และกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

**คำสำคัญ:** สุขภาวะ, รูปแบบ, ชุมชน

---

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

\*\* วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: Kamthorn Dana Email: kamthorn@smnc.ac.th

Received 20/01/2023

Revised 20/02/2023

Accepted 23/03/2023

## THE EVALUATION OF THE PRABOROMARAJCHANOK INSTITUTE COMMUNITY WELL-BEING MODEL: CASE STUDY OF BAN MAT COMMUNITY

*Nisakorn Vibulchai\**, *Kamthorn Dana\*\**, *Chaemchan Thessingha\*\**, *Wuttichai Somgit\*\**

### ABSTRACT

This evaluation research study aimed to evaluate the Praboromarachanok Institute community well-being model in the Ban Mat community, Mahasarakham Province. This evaluation research uses the CIPP Model. A purposive sampling was conducted to obtain 125 key informants. The data were collected using in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the use of inferential statistics was the McNemar test.

The study results showed that the model consists of providing health data for both individuals and groups, home visiting and family health care, a health fair to publicize public awareness, and learning from the role model. As a result, the patients could control their blood sugar and blood pressure levels. The high-risk groups are decreasing with statistical significance ( $P < 0.001$ ) and satisfaction at the highest level.

**Keywords:** Well-being, Model, Community

---

\* Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

\*\* Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

## ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่สำคัญทั่วโลก<sup>1</sup> และถือเป็นภัยพิบัติทางสังคมของโลกในศตวรรษที่ 21 ด้วย ในปี พ.ศ. 2560 ประชาชนได้รับผลกระทบกับเบาหวานและความดันโลหิตสูง 425 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 629 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2585 และกว่า 5 ล้านคน เสียชีวิตจากสาเหตุนี้ ในขณะที่ความชุกในประเทศไทยเองก็คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นกัน<sup>2</sup> ถึงแม้ระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิในปัจจุบันที่มีศูนย์สุขภาพชุมชนและ รพ.สต. เป็นหน่วยให้บริการผู้ป่วยที่ใกล้ชิดในระดับชุมชน แต่ยังคงพบผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ไม่ถึงเกณฑ์และมีอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้น<sup>3</sup> ยิ่งช่วงการระบาดของ โควิด-19 การบริการและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม เช่น การตรวจรักษาผ่านระบบ telemedicine การจัดส่งยาทางไปรษณีย์หรือจัดส่งยาผ่าน อสม. ซึ่งมักส่งผลให้ผู้เรื้อรังหลายคนไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดได้<sup>4</sup> เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานด้านบริการสุขภาพได้ กลุ่มเสี่ยงในชุมชนจึงขาดการประเมินและการ

ดูแลที่ดี อาจทำให้เจ็บป่วยหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น

ชุมชนบ้านแมต จังหวัดมหาสารคาม เป็นพื้นที่ที่พบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จากการดำเนินงานในชุมชนที่ผ่านมา ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง ร้อยละ 77.8, 88.1 และ 76.3 ในปี พ.ศ. 2562-2564 และมีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานที่ 15.3, 20.5 และ 21.4 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง 10.6, 15.4 และ 18.3 ต่อประชากรแสนคน และยังพบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้เพียง ร้อยละ 11.5, 26.1 และ 19.3 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้เพียง ร้อยละ 17.2, 21.3 และ 18.7 ตามลำดับ ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพการดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรัง ที่สถาบันพระบรมราชชนก (Praboromarajchanok Institute; PBRI) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาที่มีพันธกิจหลักในการผลิตและพัฒนากำลังคนตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชนและสังคม ได้จัดโครงการสร้างสุขภาพชุมชนโดยการสร้างองค์ความรู้และให้บริการส่งเสริมสุขภาพประชาชนเพื่อ

ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยออกแบบโครงการที่อาศัยจุดแข็งของสถาบันที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน ได้จัดโครงการสร้างสุขภาวะชุมชนโดยนำแนวคิด สบช. โมเดล เป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินงาน<sup>5</sup> คือ การคัดกรองควบคู่กับสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลและชุมชน โดยมีมาตรการสร้างสุขภาพด้วย 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และ 3 ล. (ลดเหล้า ลดบุหรี่ ลดอ้วน) เพื่อสนับสนุนให้เกิดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ นพ.ประเวศ วะสี ประธานกิตติมศักดิ์มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ<sup>6</sup> ที่กล่าวไว้ว่าระบบสุขภาพชุมชนเป็นลักษณะของการดูแลประชากรที่ครอบคลุมในพื้นที่เป็นบริการแบบองค์รวมซึ่งรวมถึงกันป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ที่เน้นให้บุคคลและครอบครัวเกิดการดูแลตนเองและมีทรัพยากรที่จำเป็นในชุมชนคอยสนับสนุน

แนวคิดการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัว<sup>7</sup> มีจุดเน้นที่ให้บุคคลสามารถจัดการตนเองได้ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ และเพิ่มคุณภาพชีวิตด้วยกระบวนการจัดการตนเอง คือ การส่งเสริมความเชื่อของบุคคล การมีทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนจากครอบครัว การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรื้อรังมีการจัดการตนเองที่ดี<sup>8</sup> ในหลายพื้นที่ได้จัด

กิจกรรมทางการแพทย์พยาบาลโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการจัดการตนเองที่บ้านส่งผลทำให้สามารถควบคุมโรคเรื้อรังได้ และควรเน้นให้เกิดการยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งเป้าหมายฝึกทักษะที่จำเป็นรวมถึงการเสริมแรงจากทีมในชุมชนและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง กระบวนการเหล่านี้จะช่วยจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังได้ครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้ดำเนินการแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติภายใต้แนวคิด สบช. โมเดล เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังและจัดการกับปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผลการประเมินนี้จะนำไปสู่การประยุกต์ใช้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและประยุกต์ใช้เพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

เพื่อประเมินผลรูปแบบการสร้างสุขภาพชุมชนด้วย สบช. โมเดล ชุมชนบ้านแมด ตำบลตลาด อำเภอมือทอง จังหวัดมหาสารคาม

### วิธีการศึกษา (Method)

วัสดุและวิธีการศึกษา (Materials and method) เป็น การวิจัยประเมินผลโครงการ (Evaluation research) โดย

ประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมิน CIPP model  
ของ Stufflebeam & Shinkfield, 1985<sup>๑</sup> 4  
ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้าน

กระบวนการดำเนินงาน และด้านผลผลิต  
โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้



ภาพที่ 1 การประเมินผลโครงการสร้างชุมชนสุขภาวะด้วย สบช. โมเดล  
วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ให้ข้อมูลหลัก ใช้วิธีการคัดเลือก  
แบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน 4 คน,  
อสม. 7 คน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน,  
ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 75

คน, กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานและความดัน  
โลหิตสูง 34 คน รวมทั้งหมด 125 คน

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

1) แบบสอบถามข้อมูล อายุ เพศ สถานภาพ

สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ผู้ดูแลในครอบครัว ระยะเวลาการเจ็บป่วย และภาวะแทรกซ้อน 2) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตามระดับของบึงบอง 7 สี 3) แบบสอบถามความพึงพอใจ เป็นแบบมาตราวัด Likert Rating Scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.87 4) การสัมภาษณ์เชิงลึก โดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 5) การสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ค่า CVI = 0.92

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลเชิงกลุ่มใช้สถิติ McNemar test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การศึกษานี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ SNC 01-1 วันที่ 12 ม.ค. 2566

## ผลการศึกษา (Results)

1. ด้านบริบท ชุมชนบ้านแมดเป็นชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม มีประมาณ 267 หลังคาเรือน เป็นชุมชนที่มีลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบทชุมชนเดี่ยวของเทศบาล ประชากรที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิ์และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ จำนวน 643 คน เพศชาย 308 คน (ร้อยละ 47.90) และเพศหญิง 335 คน (ร้อยละ 52.10) ส่วนใหญ่คนในชุมชนบ้านแมดมีอายุช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 41.37) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.1 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.0 ชุมชนบ้านแมดมีองค์กรที่สำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของคนในชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ที่รวมตัวกันจัดกิจกรรมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของสมาชิกภายในชุมชนอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน

ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านแมด มีจำนวน 75 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.67 มีอายุเฉลี่ย 61.7 ปี (SD 3.2) มีสถานภาพสมรสคู่และอาศัยร่วมกับคู่สมรส ร้อยละ 78.67 มีผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นลูกหลาน ร้อยละ 56 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

ลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	45.33
หญิง	41	54.67
อายุเฉลี่ย 61.7 ปี, อายุต่ำสุด 48 ปี, อายุสูงสุด 79 ปี, SD 3.2		
สถานภาพสมรส		
คู่	59	78.67
โสด	7	9.33
หม้าย/หย่า/แยก	9	12.00
ผู้ดูแลในครอบครัว		
คู่สมรส	31	41.33
ลูก/หลาน	42	56.00
ไม่มีคนดูแล	2	2.67

## 2. ด้านปัจจัยนำเข้า

(1) การดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนผู้ให้บริการดูแลไม่ทั่วถึงให้บริการได้เพียงการตรวจรักษาและจ่ายยาประจำทุก 2 เดือน ผู้ป่วยบางรายที่มีปัญหาซับซ้อนไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมและเสริมพลังในครอบครัว ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง จากนั้นวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้นำแนวคิด สบช. โมเดล มาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการเรียนการสอน วิชาปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับภาควิเคราะห์

จุดแข็งของการดูแลสุขภาพครอบครัวของคนในชุมชนบ้านแมต

การดูแลสุขภาพของครอบครัวชุมชนบ้านแมต ดังนี้ 1) ให้ความเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลเป็นลูกหลานเครือญาติกัน อยู่กันแบบพี่น้อง การเคารพและให้เกียรติผู้อาวุโส 2) มีการสื่อสารและแสดงออกในทางบวก เช่น ระมัดระวังคำพูดการพูดจากันที่ดี 3) มีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน โดยเฉพาะพิธีกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ

(2) การติดต่อประสานงานด้านข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งจากศูนย์สุขภาพชุมชนกับ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ทีม อสม. และผู้นำในชุมชน และวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม โดยมีช่องทางการส่งต่อข้อมูลร่วมกัน เช่น กลุ่มไลน์ การใช้โทรศัพท์ และการใช้ระบบการติดตามผู้ป่วยผ่าน COCR9 ที่เป็นแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบออนไลน์ของเขตสุขภาพที่ 7

(3) ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับชุมชน ได้ร่วมกันวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลและติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามสถานการณ์ เช่น กระจาเปี่ยมบ้าน อุปรกรณ์ สำหรับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิต อุปรกรณ์วัดไข้ อุปรกรณ์ล้างแผล และอุปรกรณ์สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ด้านกระบวนการ การดำเนินงานภายใต้ สบช. โมเดล โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนี้

(1) ผู้ที่เกี่ยวข้องได้สะท้อนบทบาทและการมีส่วนร่วมในการดูแล คือ 1) อสม. และประธานชุมชน คอยสอดส่องดูแลทุกข์สุขของคนในละแวกตัวเอง แจ้งข่าวสารและให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ตามแนวคิดป้องกัน 7 สี มีการประเมินติดตามเยี่ยมและประสานงานในพื้นที่ 2) พยาบาลและทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูล เป็นที่ปรึกษาวางแผน ติดต่อประสานงานและให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชน 3) เทศบาลสนับสนุนงบประมาณ ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะ ร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยในชุมชน และ 4) ผู้ดูแลใน

ครอบครัวให้ข้อมูล กำกับติดตามและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นที่บ้าน เช่น การรับ-ส่งผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสังเกตและประเมินตนเองที่บ้าน

(2) การตรวจคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชน ในกลุ่มประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ครอบคลุมทุกหลังคาเรือน โดยทีมภาคีในพื้นที่ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน กลุ่มเด็กและเยาวชน ครูและบุคลากรในโรงเรียนและพระภิกษุ เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรม

(3) ให้สุขศึกษาและข้อมูลทางด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม โดยการสะท้อนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยได้รับรู้สถานะและความเสี่ยงของตนเอง และการถ่ายทอดแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านเครือข่ายชุมชน วัดและโรงเรียน

(4) จัดมหกรรมสร้างสุขภาพโดยการรณรงค์ให้ชุมชนได้เข้าใจและตระหนักถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่กระทบต่อสุขภาพของชุมชนและภาวะค่าใช้จ่ายจากการเจ็บป่วย มีการประสานงานกับสื่อในพื้นที่เพื่อสื่อสารผ่านทุกช่องทางออนไลน์ เช่น รายการทีวีสะเทิดใจ และชมรมผู้สื่อข่าวจังหวัดมหาสารคาม

(5) การเคาะประตูบ้าน เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสมาชิกในครอบครัว โดยการติดตามเยี่ยมทุกครอบครัว การถามข่าวและประเมินความรู้ความเข้าใจและการ



จัดการตนเองเกี่ยวกับหลัก 3 อ. 3 ลด รายครอบครัว

(6) การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบที่ดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจนสามารถควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดี และถ่ายทอดระหว่างสมาชิกในชุมชนในวิถีปฏิบัติที่ดี คือ การทำเมนูอาหารอีสานเพื่อสุขภาพ วันสมุนไพรมะนาวและน้ำดื่มสมุนไพรมะนาว 7 สี

4. ด้านผลผลิต

(1) ผลการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในชุมชนบ้านแมด ได้ผลงานการดำเนินงาน ร้อยละ

100 ซึ่งพบว่า กลุ่มปกติ (สีเขียว) มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 24 ราย (ร้อยละ 70.59) ส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงลดลงเหลือ 10 ราย (ร้อยละ 29.41) กลุ่มเสี่ยงสูงทุกรายเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร้อยละ 100 (ตารางที่ 2)

(2) กลุ่มป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง สีแดง เดิม 10 ราย ลดลงเหลือ 4 ราย (ร้อยละ 5.32) กลุ่มป่วยสีส้ม 5 ราย ลดลงทุกราย และกลุ่มป่วยสีเหลือง 31 ราย ลดลงเหลือ 17 ราย (ร้อยละ 22.67) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับสีตามปีป้องกัน 7 สีในกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มป่วย

กลุ่ม	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
กลุ่มเสี่ยงสูงเบาหวานความดันโลหิตสูง (N=34)	11	32.35	24	70.59	<0.001
	23	67.65	10	29.41	
กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง (N=75)	27	36.00	52	69.33	<0.001
	31	41.33	17	22.67	
	5	6.67	0	0	
	10	13.33	4	5.33	
	2	2.67	2	2.67	

\*สีเขียว-กลุ่มปกติ FBS<100 mg/dl., BP.<120/80 mm.Hg) \*สีเขียวอ่อน-กลุ่มเสี่ยง FBS 100-125 mg/dl., BP.120-139/80-89 mm.Hg) \*สีเหลือง-กินยาคุมอาการ (FBS<125 mg/dl. BP.<139/89 mm.Hg) \*สีเหลือง-ป่วยระดับ1 (FBS 125-154 mg/dl., BP.140-159/90-99 mm.Hg) \*สีส้ม-ป่วยระดับ2 (FBS 155-182 mg/dl., BP.160-179/100-109 mm.Hg) \*สีแดง-ป่วยระดับ 3 (FBS ≥183 mg/dl., BP. ≥180/100 mm.Hg) \*สีดำ-โรคแทรกซ้อน<sup>5</sup>

(3) จากการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ชุมชนบ้านแมต กลุ่มเสี่ยงสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ดูแลในครอบครัว เกิดความพึงพอใจ

ภาพรวมระดับมากที่สุด (Mean 4.25, SD 0.56) (ตารางที่3)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานภายใต้ สบช. โมเดล

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. การบริการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง	4.57	0.54	มากที่สุด
2. การแสดงบทบาทในการดูแลของ อสม. ผู้ดูแลในครอบครัว เจ้าหน้าที่ และเทศบาล	4.74	0.65	มากที่สุด
3. กิจกรรมให้สุขศึกษาและให้ข้อมูลด้านสุขภาพ	3.75	0.46	มาก
4. การจัดรณรงค์กิจกรรมสุขภาพ	4.32	0.78	มากที่สุด
5. กิจกรรมการเคาะประตูบ้าน	3.79	0.47	มาก
6. การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบในหมู่บ้าน	4.31	0.55	มากที่สุด
รวม	4.25	0.56	มากที่สุด

(4) เกิดเครือข่ายการสร้างสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย อสม. ชมรมผู้สูงอายุ และประชาสัมพันธจังหวัดมหาสารคาม ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลและเทศบาลเมืองมหาสารคาม และชุมชนบ้านแมตได้รับรางวัลโล่ประกาศเกียรติคุณจากผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม เรื่องชุมชนนำอยู่สูงสังคมที่เป็นสุข ซึ่งเกิดจากแนวคิดการส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพภายใต้ สบช. โมเดล และปีงบประมาณ 2566 เทศบาลเมืองมหาสารคามสนับสนุนงบประมาณกิจกรรม “รู้ทัน รู้เร็ว โรคหลอดเลือดสมอง บ้านแมต” และแนวคิด สบช. โมเดล ได้ขยายผลเพิ่มเติม 3 พื้นที่ในอำเภอเมือง และอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

### วิจารณ์ (Discussions)

จากการประเมินผลโครงการสร้างสุขภาพชุมชนด้วย สบช. โมเดล ด้านบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต<sup>10</sup> ชุมชนบ้านแมตเป็นชุมชนเกษตรกรรม มีการรวมกลุ่มในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมหลายอย่าง เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ วิถีชีวิตของชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทเชิงสังคมจากการเกษตรเปลี่ยนเป็นการเพิ่มการผลิตเพื่อหารายได้ตอบสนองการพึ่งตนเองของแต่ละครอบครัวเพิ่มขึ้น<sup>11</sup> การรวมกลุ่มกันเพื่อจัดการกับความเสี่ยงและปัญหาทางสุขภาพโดยเฉพาะปัญหาโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง สมาชิกจะช่วยผลักดัน ร่วมกันจัดการ

แก้ปัญหาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามความจำเป็นและความต้องการของสมาชิกในชุมชน เกิดการต่อรอง ทำให้ชุมชนได้เสนอความคิดเห็นและความต้องการของตนเอง<sup>12</sup> ผ่านเวทีต่างๆ ที่เป็นพื้นที่สาธารณะในชุมชนด้วย

ชุมชนบ้านแมต มีกระบวนการดูแลสุขภาพของครอบครัว ที่ใกล้ชิดให้ความเอาใจใส่ดูแลกัน การเคารพให้เกียรติผู้อาวุโส มีกิจกรรมร่วมกันและมีผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวช่วยให้มีความเข้าใจซึ่งกันและกันและสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิกที่เจ็บป่วยได้ดี โดยการสนับสนุนจากครอบครัวถือเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของสมาชิกในครอบครัวที่ Bennich และคณะ<sup>13</sup> ได้ศึกษาและพบว่าครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยในชีวิตประจำวันต่าง ๆ มีทัศนคติที่ดีกับการดูแล ให้กำลังใจไม่มองผู้ป่วยเป็นภาระ และ Reyes และคณะ<sup>14</sup> ที่อธิบายว่าสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการจัดการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น การพูดคุยใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย การแบ่งปันข้อมูลต่าง ๆ ในการดูแลครอบครัวเป็นผู้คอยเตือนในการรับประทานยา ตรวจสอบน้ำตาลในเลือดและอาหารที่รับประทาน แม้แต่การจัดหาอาหารเพื่อสุขภาพให้กับผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความสำคัญและสามารถช่วยให้ผู้ป่วยดูแลและจัดการตนเองได้ดี

การดำเนินการที่มีทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนได้เข้ามีส่วนร่วมใน

การทำกิจกรรมตามแนวทางของ สบข. โมเดล เช่น การติดต่อประสานงาน การจัดการข้อมูลข่าวสารในการดูแลผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน การวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ช่วยให้กระบวนการทำงานในพื้นที่ที่มีความคล่องตัวรวดเร็ว เกิดการทำงานเป็นทีมเชิงรุกในพื้นที่ช่วยให้เข้าใจเข้าถึงและจัดการที่ตอบสนองต่อปัญหาความต้องการของชุมชนได้สอดคล้องกับ นสทชม อโห่ และคณะ<sup>15</sup> ที่ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนสุขภาพตามแนวคิด สบข. โมเดล พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ซึ่งบุคลากรหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพนี้ใช้เป็นฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพชุมชน

กระบวนการสร้างสุขภาวะชุมชน เป็นกระบวนการสร้างการรับรู้และเพิ่มความเชื่อในความสามารถของตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยหรือผู้ที่มีความเสี่ยงสูงได้รับข้อมูลที่เพียงพอรอบด้าน ได้เรียนรู้จากบุคคลที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลตนเองจนสามารถควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ดี ย่อมทำให้เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีอำนาจในการกำหนดและตัดสินใจสำหรับการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ได้ด้วยตัวเอง<sup>8, 16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen<sup>17</sup> พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เชื่อว่าตนเอง

สามารถจัดการได้จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดีขึ้นและสามารถควบคุม น้ำตาลในเลือดได้ และ Walker และคณะ<sup>18</sup> ที่ พบว่า เมื่อผู้ป่วยเบาหวานมีการรับรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองที่สูงขึ้นการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก็จะดีขึ้นด้วย ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น เกิด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการ ออกกำลังกายที่เหมาะสมเพิ่มขึ้น และ Gao<sup>19</sup> ที่ค้นพบเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของ ตนเองอาจส่งผลทางอ้อมต่อระดับน้ำตาลใน เลือดของตัวผู้ป่วยโดยผ่านพฤติกรรม การดูแลตนเอง เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นและ ทำให้การควบคุมน้ำตาลในเลือดที่ดีขึ้นด้วย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลการ ส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวคิด สบช. โมเดล ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแนวคิดการสร้าง สุขภาพในชุมชน สามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้ และช่วยลดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรายใหม่ได้ และผู้ป่วยเดิมสามารถดูแล ตนเองจนควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนได้ อย่างไรก็ตามการศึกษารoundต่อไปควรมีการ ออกแบบเพิ่มกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยัน ผลลัพธ์จากการประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล ว่ามีประสิทธิภาพในการสร้างสุขภาพ ชุมชนได้จริง

### ข้อยุติ (Conclusions)

การสร้างสุขภาพชุมชน ในการควบคุม โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยการ

ประยุกต์ใช้แนวคิด สบช. โมเดล 3 อ. 3 ลด สามารถใช้ในกลุ่มเสี่ยงสูงให้ดูแลและจัดการ ตนเองเพื่อลดความเสี่ยงได้ และในกลุ่มป่วย ช่วยควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลใน เลือดได้ โดยมีกระบวนการการติดตามและ เสริมแรงผ่านการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมสห วิชาชีพและภาคีเครือข่ายในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง และสามารถใช้เป็นแนวทางการ พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มอื่น ในชุมชนได้

### ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. กิจกรรมการสร้างสุขภาพชุมชน 3อ. 3ลด ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและ เพิ่มคุณภาพของการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่ม ผู้ป่วยเรื้อรัง ในการดำเนินงานของกองทุน สุขภาพตำบลได้

2. ถ่ายทอดกิจกรรมการสนับสนุน ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีในชุมชน ในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนกลุ่มอื่นของศูนย์ สุขภาพชุมชน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะ ฟังฟัง และใช้เป็นฐานการจัดกิจกรรม เสริมสร้างให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองให้ได้ มากที่สุด เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

### สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ กลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ป่วยเรื้อรัง ช่วยควบคุม ระดับน้ำตาลและความดันโลหิต ลดอันตราย และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การสร้าง

สุขภาพชุมชน ช่วยให้อำนาจและผู้ป่วยเกิดการรับรู้ตระหนักในตนเองและช่วยเพิ่มทักษะความสามารถในการดูแลตนเองและจัดการกับปัญหาตามความต้องการและสภาพปัญหาของชุมชน

### เอกสารอ้างอิง (References)

1. International Diabetes Federation. **IDF Diabetes atlas. 9<sup>th</sup> ed.** Brussels, Belgium: IDF; 2019.
2. International Diabetes Federation. **Diabetes atlas eighth edition** [online] 2020 [cited 2023 January 10]. Available from: <http://diabetesatlas.org/resources/2020-atlas.html>
3. The Diabetes Association of Thailand. **Clinical Practice Guideline for Diabetes 2018**. 2<sup>nd</sup> ed. Bangkok: Diabetes Association of Thailand under the Patronage of Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn; 2018. [in Thai].
4. Charungthanakij N. Outcomes of Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Receiving New Services from Diabetes Clinic, Sai Ngam Hospital during COVID-19 Pandemic. **Regional Health Promotion**

### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ เครือข่ายสุขภาพ ศูนย์สุขภาพชุมชนบ้านสองนางใย ผู้นำ อสม. และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนบ้านแมด ที่ให้ข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการ

- Center 9 Journal** 2021; 15(36): 129-142. [in Thai].
5. Thianthavorn V, Chuenkongkaew W, Tanvatanakul V, Thepaksorn P. Research Development and Health Innovations for the Health Promotion and Prevention for Non-Communicable Diseases (NCDs) under the Project to Build Healthy Communities with the PRBR Model 2022: 1 College, 1 Community in Honor of H. M. King Maha Vajiralongkorn Phra Vajiraklaochaoyuhua (2022 -2024). **Thai Journal of Public Health and Health Sciences** 2022; 5(2): 187-194. [in Thai].
6. Wasee P. **Praboromarajchanok Institute: Community University and 21<sup>st</sup> Century Health Profession Education.** Nonthaburi: Special lecture at the Academic Conference of

- Praboromarajchanok Institute; 2022. [in Thai].
7. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. **Nursing outlook**. 2009; 57(4): 217-225.
  8. Cho MK, Kim MY. Self-Management Nursing Intervention for Controlling Glucose among Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **International journal of environmental research and public health** 2021; 18(23): 1-14
  9. Stufflebeam DL, Coryn CL. **Evaluation theory, models, and applications**. John Wiley & Sons; 2014
  10. Thaweesak W. Evaluation of the Chronic Care Model for Type2 Diabetes Mellitus Patients in Primary Care Cluster at Phibun Mangsahan Hospital During Covid-19 Pandemic. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2022; 10(3): 259-273. [in Thai].
  11. Artivanichayapong N. Remaining and Changing in Isan's Rural from the perspectives of Graduate Volunteer, Thammasat University. **Journal of Development Studies** 2019; 2(1): 24-51. [in Thai].
  12. Nakham M, Pongsiri M, Meekaew N. The ESAN in Transition: Socio-economic Re-structuring and Structure of Feeling in Rural Northeastern Thailand. **Journal of Humanities & Social Sciences** 2021; 38(1): 1-25. [in Thai].
  13. Bennich BB, Røder ME, Overgaard D, Egerod I, Munch L, Knop FK, et al. Supportive and non-supportive interactions in families with a type 2 diabetes patient: an integrative review. **Diabetol Metab Syndr** 2017; 9(1): 1-9.
  14. Reyes J, Tripp-Reimer T, Parker E, Muller B, Laroche H. Factors Influencing Diabetes Self-Management Among Medically Underserved Patients with Type II Diabetes. **Glob Qual Nurs Res** 2017; 4: 1-13.
  15. Ayoh N, Sittisart V, Na Wichian S. The effectiveness of health promoting program on behavior modification based on PBRI's model for patients with hypertension in Samokhae Sub-district, Mueang District, Phitsanulok

- Province. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi* 2022; 5(2): 129-139. [in Thai].
16. Edelstein J, Linn MW. Locus of control and the control of diabetes. *Diabetes Educ* 1987; 13(1): 51-54.
17. Chen SM, Lin HS. Relationships among Health Locus of Control, Psychosocial Status and Glycemic Control in Type 2 Diabetes Adults. *J Nurs Car* 2014; 3(3): 1-6.
18. Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethn Dis* 2014; 24(3): 349-355.
19. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 1-7.