การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว

The Development of a Participatory Model for Improving the Quality of Life of Vulnerable Groups in Health by the District Health board in Wang Sombun District, Sakaeo.

(Received: December 28,2025 ; Revised: December 29,2025 ; Accepted: December 30,2025)

อรพิน ภัทรกรสกุล[1] รัตนชัย เพ็ชรสมบัติ[1] จำเนียร สุวรรณชาติ[1]
Orpin Phattarakonsakul[1] Rattanachai Phechsombut[1] Jumnion Suwannachat[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Method Research Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในอำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว (2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAOR ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตผล และการสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 21 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล 21 คน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ 30 คน และกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ คือผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 60–70 ปี ที่มีระดับ HbA1c มากกว่า 7 mg/dL จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (HbA1c) แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม แบบสังเกตการมีส่วนร่วม และแนวทางสรุปการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ Paired Samples t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในพื้นที่มีปัญหาการควบคุมโรคเบาหวานและคุณภาพชีวิตในหลายมิติ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ WANGSOMBOON PAOR CHRONIC CARE Model (WS-PAOR CCM Model) ซึ่งบูรณาการแนวคิด Chronic Care Model กับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีคุณภาพชีวิตและความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบลและคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภออยู่ในระดับสูง

คำสำคัญ: กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ, รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต, การมีส่วนร่วม, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

Abstract

This study employed a Participatory Action Research (PAR) approach using a mixed-methods research design. The objectives were to: (1) examine the problems and needs related to quality-of-life development among health-vulnerable groups in Wang Sombun District, Sa Kaeo Province; (2) develop a participatory quality-of-life development model for health-vulnerable groups through the District Quality of Life Development Committee; and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. The research process was conducted in four stages following the PAOR cycle: planning, action, observation, and reflection. The sample and key informants were selected through purposive sampling and consisted of four groups: 21 members of the District Quality of Life Development Committee, 21 members of the Subdistrict Quality of Life Development Committees, 30 members of

the District Public Health Coordinating Committee, and 190 health-vulnerable individuals older adults aged 60–70 years with type 2 diabetes mellitus and HbA1c levels greater than 7 mg/dL. Research instruments included a biomarker measurement tool (HbA1c), interview guides, questionnaires, participatory observation forms, and lesson-learned synthesis guidelines. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired-samples *t*-tests, while qualitative data were analyzed through content analysis.

The results revealed that health-vulnerable groups in the study area experienced significant challenges in diabetes control and multidimensional quality of life. The developed model, named the WANGSOMBOON PAOR CHRONIC CARE Model (WS-PAOR CCM Model), systematically integrated the Chronic Care Model with the participatory action research process. Effectiveness evaluation indicated that, after implementation, participants demonstrated high levels of quality of life and satisfaction. HbA1c levels decreased significantly at the .05 level, and participation among district- and subdistrict-level quality-of-life development committees and the district public health coordinating committee was high.

Keywords: health-vulnerable groups, quality-of-life development model, participation, District Quality of Life Development Committee

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทั่วโลกให้ความสนใจ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายทางสุขภาพ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับความเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[1] องค์การอนามัยโลกได้ชี้ให้เห็นว่ากลุ่มเปราะบางมักประสบความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ เข้าถึงบริการได้จำกัด และมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป[2] ประเด็นดังกล่าวได้รับการบรรจุไว้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย[3] ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์สังคมสูงวัยมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด[4] ขณะเดียวกัน จำนวนผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้กลุ่มประชากรที่เปราะบางด้านสุขภาพมีขนาดใหญ่และมีความซับซ้อนมากขึ้น ข้อมูลจากระบบ Thai People Map and Analytics Platform (TPMAP) พบว่าครัวเรือนจำนวนมากมีรายได้ต่ำ ขาดโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีภาระโรคเรื้อรัง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตต่ำกว่ามาตรฐาน[5] ด้วยเหตุนี้ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางจึงถูกกำหนดเป็นวาระแห่งชาติในธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 โดยเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน[1]

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 กำหนดให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนใน 5 มิติ ได้แก่ รายได้ ที่อยู่อาศัย สุขภาพ การศึกษา และการเข้าถึงบริการภาครัฐ[6] การดำเนินงานดังกล่าวช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ การพึ่งพาตนเอง และการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้กลุ่มเปราะบางได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จังหวัดสระแก้วเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีความหลากหลายของประชากร ส่งผลให้ปัญหา

ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีความซับซ้อน รายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้วระบุว่ากลุ่มเปราะบางที่สำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[7] สำหรับอำเภอวังสมบูรณ์ ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งชนบท ข้อมูลจาก TPMAP และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์พบว่ามีครัวเรือนยากจนจำนวนมากและมีอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา[8]

จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัย พบว่าการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางควรเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายจิตอาสาและภาคีต่าง ๆ[9] แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งพัฒนาโดย MacColl Institute for Health Care Innovation เป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่ช่วยพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[10,11] โดย CCM ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลักที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในอำเภอวังสมบูรณ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีระดับคุณภาพชีวิตสูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้
2. ภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีระดับความพึงพอใจสูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้
3. ภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับระดับดี
4. ภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีระดับระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงกว่าก่อนนำไปใช้
5. ภายหลังการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไปใช้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนนำไปใช้

วิธีการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

โดยใช้รูปแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ใช้ระยะการดำเนินวิจัยทั้งสิ้น 8 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว ในครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 21 คน 3) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 30 คน และ 4) กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด > 7 mg/dL) อายุ 60-70 ปี จำนวน 190 คน โดยใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาของชุมชนและ ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล จำนวน 21 คน คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น 72 คน

1.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการเป็น 2)ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภอ/ตำบลที่เป็นพื้นที่ดำเนินการวิจัย ไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) มีบทบาทหน้าที่หรือมีส่วนร่วมโดยตรงในการวางแผน กำหนดนโยบายประสานงานและขับเคลื่อนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต สุขภาพ หรือสังคมในระดับพื้นที่ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) 5) สามารถเข้าร่วมการประชุม การสนทนากลุ่ม หรือการสัมภาษณ์ตามกระบวนการวิจัยได้ครบถ้วน

1.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) ไม่ได้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งคณะกรรมการตามที่กำหนดในช่วงเวลาที่ดำเนินการวิจัย 2) มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วน 4) ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยในระหว่างการดำเนินการ 5) มีข้อจำกัดด้านสุขภาพหรือเหตุผลส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. กลุ่มตัวอย่างสำหรับประเมินผล ได้จากเลือกแบบเจาะจงในกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด > 7 mg/dL) ที่ขึ้นทะเบียนในระบบระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2568 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2568 จำนวน 190 คน

2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 diabetes mellitus) โดยแพทย์ และมีการบันทึกโรคในเวชระเบียนหรือระบบข้อมูลสุขภาพของหน่วยบริการ 2) มีค่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) มากกว่า 7 mg/dL ตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่บันทึกในระบบข้อมูลสุขภาพ 3) มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่วิจัย และ อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Informed Consent) 5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีสภาพ

ร่างกาย/จิตใจที่เอื้ออำนวยต่อการให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินผล

2.2 เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) 1) ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยรุนแรง หรือภาวะวิกฤติ/ระยะสุดท้าย ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่สามารถเข้าร่วมการประเมินได้อย่างต่อเนื่อง 2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญา หรือภาวะสมองเสื่อมในระดับปานกลางถึงรุนแรงตามการวินิจฉัยของแพทย์หรือเอกสารเวชระเบียน จนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง 3) ผู้สูงอายุที่ย้ายที่อยู่ออกจากพื้นที่ระหว่างช่วงเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือไม่สามารถติดต่อได้ 4) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ ไม่ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 1 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ การตรวจระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c)

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์ (Interview form) กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด > 7 mg/dL) มีด้วยกัน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด > 7 mg/dL) ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด อาการแทรกซ้อนจากเบาหวาน สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 26 ข้อ การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจ ในรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 3 แบบสอบถาม (Questionnaire) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีด้วยกัน 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา บทบาทในพชอ.จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประกอบไปด้วย 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) ด้านการมีส่วนร่วมในการตรวจสอบและประเมินผล

ชุดที่ 4 แบบสังเกต การมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ชุดที่ 5 แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ (Interview form) กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ (ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด > 7 mg/dL) การทดสอบคุณภาพของ

เครื่องมือ ด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่แก้ไขและปรับปรุงและไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา คือพื้นที่อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Cronbach's Alpha) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) เพื่อหาความน่าเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.89

แบบสอบถาม (Questionnaire) การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในด้วยการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่แก้ไขและปรับปรุงและไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา คือพื้นที่อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Cronbach's Alpha) ตามวิธีการของ Cronbach (1970) เพื่อหาความน่าเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยแบบสัมภาษณ์ มีค่าความเชื่อมั่นภาพรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.87

แบบสังเกตการมีส่วนร่วมจากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแบบสังเกตการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือวิจัยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ประเมินระดับและลักษณะของการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ในกระบวนการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสังเกตการมีส่วนร่วมเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ การจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาความสอดคล้องของรายการสังเกตแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item–Objective Congruence: IOC) เป็นเกณฑ์ในการประเมิน ผลการพิจารณาพบว่ารายการสังเกตทุกข้อมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67–1.00 แสดงว่าแบบสังเกตการมีส่วนร่วมมีความตรงตามเนื้อหา สามารถครอบคลุมมิติของการมีส่วนร่วมที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้อย่างเหมาะสม

แนวทางสรุปการถอดบทเรียน เป็นการกำหนดหัวข้อของสิ่งที่ต้องการในการถอดบทเรียน ประกอบด้วย ความเป็นมาของกิจกรรม วัตถุประสงค์ เปรียบเทียบการปฏิบัติตามสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติในครั้งนี้ ข้อเสนอแนะ ข้อค้นพบใหม่ การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแนวทางสรุปการถอดบทเรียน ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ การถอดบทเรียนและการจัดการความรู้ตลอดจนการพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ ผลการ

พิจารณาพบว่าแนวทางการถอดบทเรียนมีความครอบคลุมมิติด้านบริบท กระบวนการ และผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และสามารถสะท้อนการเรียนรู้จากการปฏิบัติได้อย่างเป็นระบบ จึงถือว่าเครื่องมือนี้มีความตรงตามเนื้อหาเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากรด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (Hemoglobin A1C) ใช้สถิติทดสอบ Paired Samples *t*-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) ข้อมูลที่ได้จากการบันทึกการประชุม การสังเกต การสนทนากลุ่มและข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญ สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม โดยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

วิจัยฉบับนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เลขที่หนังสือรับรอง SKPHO 26/2568 วันที่รับรอง 20 พฤษภาคม 2568 หมดอายุ 19 พฤษภาคม 2569

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในอำเภอวังสมบูรณ์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 72 คน โดยวิเคราะห์ภายใต้กรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ อาการเจ็บป่วย ผลการวินิจฉัยสภาพร่างกาย สมรรถนะการทำงานของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ควบคู่กับการวิเคราะห์โอกาสการพัฒนาตามองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) พบว่า กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่อำเภอวังสมบูรณ์ คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายมิติ ดังนี้

ข้อมูลด้านระบาดวิทยาสะท้อนให้เห็นถึงภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อแสนประชากรในช่วง 3 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2565–2567) เพิ่มขึ้นจาก 622.16 เป็น 725.67 และ 868.02 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ขณะเดียวกันยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน โดยมีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอยู่ในช่วงร้อยละ 4.29–5.59 และอัตราตายจากโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจาก 0.70 เป็น 1.52 และ 1.80 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

2. ผลพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพเชิงองค์รวมที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของกลุ่มเปราะบางได้อย่างครอบคลุม ทั้งในมิติด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวม โดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อน จากการศึกษาสภาพปัญหาในระยะก่อนหน้า พบว่าปัญหาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางในอำเภอวังสมบูรณ์มีลักษณะซับซ้อนและเชื่อมโยงหลายมิติ

ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวทางการดูแลแบบเดิมที่มุ่งเน้นการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผ่านวงจร PAOR (Plan–Act–Observe–Reflect) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 6 ด้าน การผสานแนวคิดทั้งสองกรอบทำให้การพัฒนารูปแบบมีทั้งมิติของการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม

ขั้นตอนการวางแผน (Planning) ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนได้ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มเปราะบาง พร้อมกำหนดทิศทางและเป้าหมายการพัฒนาร่วมกัน ส่งผลให้เกิดความเข้าใจปัญหาในมุมมองเดียวกัน และสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานได้อย่างชัดเจน

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Action) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่การดำเนินกิจกรรมเชิงรุกและต่อเนื่อง เช่น การเยี่ยมบ้าน การติดตามกลุ่มเสี่ยง และการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเองของกลุ่มเปราะบางและครอบครัว การทำงานเชิงรุกดังกล่าวช่วยให้เข้าถึงปัญหาที่แท้จริงในระดับครัวเรือน กระบวนการนี้ส่งผลให้กลุ่มเปราะบางไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่มีบทบาทเป็นผู้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ขั้นตอนการสังเกตผล (Observing) มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ช่วยให้สามารถประเมินความก้าวหน้าและระบุปัญหาอุปสรรคได้อย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflection) มีการจัดเวทีถอดบทเรียนเพื่อสังเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จและแนวทางการปรับปรุงรูปแบบกระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ร่วมกันและความเป็นเจ้าของรูปแบบของทุกภาคส่วน

จากกระบวนการทั้งหมด ส่งผลให้เกิดรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนาจากปัญหาและความต้องการจริงของพื้นที่ บูรณาการแนวคิด Chronic Care Model อย่างครบถ้วน ใช้กระบวนการ PAOR เป็นวงจรการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน จึงมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่และมีศักยภาพในการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบาง ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนี้

3.1 ประสิทธิผลด้านคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ ผลการประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพจำนวน 190 คน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มเปราะบางมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.70, SD = 0.51) สะท้อนถึงข้อจำกัดในการดำรงชีวิตจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทั้งด้านพลังงานในการทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อสุขภาพ และความรู้สึกมีคุณค่าในชีวิต ภายหลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.54, SD = 0.50) โดยคุณภาพชีวิตปรับตัวดีขึ้นเกือบทุกมิติ ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและบริบทชีวิตของกลุ่มเปราะบางได้อย่างครอบคลุม

3.2 ประสิทธิผลด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิต ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ WS-PAOR CCM Model พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มเปราะบางมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (Mean = 2.28, SD = 0.60) สะท้อนว่าระบบการดูแลเดิมยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพได้อย่างเพียงพอ โดยเฉพาะในประเด็นการมีส่วนร่วมการดูแลต่อเนื่อง และการบูรณาการการช่วยเหลือจากหลายหน่วยงาน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.79, SD = 0.40) โดยทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด โดยเฉพาะความพึงพอใจต่อการดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการ การมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง และการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากหลายหน่วยงานโดยไม่ซ้ำซ้อน

3.3 ประสิทธิผลด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการประเมินการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบกลุ่มเปราะบางมีการรับรู้ในหลายประเด็นอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำถึงปานกลาง โดยมีสัดส่วนผู้ที่รับรู้ถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 70 ในหลายข้อ โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ภายหลังการใช้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model พบว่า การรับรู้ของกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยหลายประเด็นมีสัดส่วนผู้ที่รับรู้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85–100 สะท้อนถึงการเพิ่มพูนความรู้ ความตระหนัก และความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคและการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ภาพรวมการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว (WS-PAOR CCM Model) พบว่า ก่อนการใช้รูปแบบ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ และอุปสรรคในการดูแลตนเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุงถึงปานกลาง โดยหลายประเด็นยังมีสัดส่วนของผู้ที่รับรู้ถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 70 สะท้อนให้เห็นถึงข้อจำกัดด้านความรู้ ความเข้าใจ และการตระหนักถึงผลกระทบระยะยาวของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต

ภายหลังการนำรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ไปใช้ พบว่า ภาพรวมการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในทุกองค์ประกอบ โดยสัดส่วนของผู้ที่มีการรับรู้ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม ความรุนแรงของโรคในกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อน ประโยชน์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาพบแพทย์ตามนัด เพิ่มขึ้นเป็นมากกว่าร้อยละ 85 ในเกือบทุกประเด็น ขณะเดียวกัน การรับรู้อุปสรรคในการดูแลตนเองมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพมีความเข้าใจและทัศนคติที่เหมาะสมต่อการจัดการโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มากขึ้น

ผลการเปลี่ยนแปลงในภาพรวมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ WS-PAOR CCM Model ซึ่งบูรณาการแนวคิดแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model) ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี

ส่วนร่วม (PAOR) และการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถเสริมสร้างการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นพื้นฐานสำคัญที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในระยะยาว

3.4 ประสิทธิผลด้านผลลัพธ์ทางคลินิก การควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (WS-PAOR CCM Model)

ตารางที่ 1 การทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1c: HbA1c) ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยสถิติทดสอบ t-test

ตัวแปรที่ศึกษา ระดับ HbA1c	**t-test for Equality of Means**				
	M	*SD*	t	df	Sig
ก่อนใช้รูปแบบ	9.159	.8639	-67.769	189	.000
หลังใช้รูปแบบ	6.782	.7187			

*$P < .05$

จากตารางที่ 1 ผลการทดสอบความแตกต่างของระดับฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1c) ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model โดยใช้สถิติทดสอบ t-test พบว่า ระดับ HbA1c หลังการใช้รูปแบบแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับ HbA1c เป็นผลจากการนำรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมไปใช้จริงในพื้นที่ ผลการทดสอบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ WS-PAOR CCM Model มีประสิทธิผลในการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการควบคุมโรคเบาหวาน และเป็นปัจจัยพื้นฐานในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว ทั้งนี้ ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการการดูแลเชิงคลินิก การสนับสนุนการดูแลตนเอง การทำงานเชิงรุกของทีมสุขภาพ และบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการขับเคลื่อนระบบการดูแลอย่างเป็นองค์รวม นอกจากนี้ยังมีการติดตามประเมินผลความคงอยู่ของรูปแบบอีก 6 เดือน

3.5 การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ พบว่า ภาพรวมคณะกรรมการทั้งสามระดับมีการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าคณะกรรมการมีบทบาทสำคัญในการร่วมกำหนดทิศทาง นโยบาย และแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกจากหลากหลายภาคส่วนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .210

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวังสมบูรณ์ จังหวัดสระแก้ว สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในอำเภอวังสมบูรณ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ มีปัญหาคุณภาพชีวิตในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะภาระโรคเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ[12] ที่พบว่าผู้ป่วยที่ควบคุม HbA1c ได้ไม่ดี มีปัญหาสุขภาพและโรคแทรกซ้อนมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตต่ำลงอย่างมีนัยสำคัญ สรุปชัดเจนว่า “การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดีสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่แย่ลงและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเชิงรุกจากระบบสุขภาพปฐมภูมิ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nanthamongkolchai,Tojeen,Munsawaeng sub, Yodmai, Suksatan[13] ที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวมักประสบปัญหาเข้าถึงบริการสาธารณสุขและบริการของรัฐได้จำกัด มีภาระค่าใช้จ่ายสูง และคุณภาพชีวิตด้านกาย สังคม และเศรษฐกิจแย่ลงอย่างชัดเจน รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านศักยภาพตนเองและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันกลไกการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ยังขาดรูปแบบการบูรณาการที่ชัดเจนในการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนว่า รูปแบบการดำเนินงานเดิมเป็นลักษณะเน้นบริการรักษาพยาบาลรายกรณีมากกว่าการออกแบบระบบดูแลเชิงรุกและครอบคลุมปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และบริบทครอบครัวของกลุ่มเปราะบาง ทำให้คุณภาพชีวิตโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางและต่ำก่อนการพัฒนารูปแบบ ผลนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[14] ที่พบว่าการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หากขาดรูปแบบเชิงระบบและการบูรณาการภาคีเครือข่ายอย่างเป็นทางการ จะทำให้การดูแลกลุ่มเปราะบางยังไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาที่ซับซ้อนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผล นอกจากนี้สภาพปัญหาที่พบว่ายังขาดกลไกสนับสนุนด้านทรัพยากร สวัสดิการทางสังคม และระบบติดตามกลุ่มเปราะบางอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์[15] ที่ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มประชาชนผู้อยู่ในภาวะยากลำบากและกลุ่มเปราะบางทางสังคมมีคุณภาพชีวิตต่ำจากข้อจำกัดด้านรายได้ การเข้าถึงบริการ และการขาดระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้าง จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบการจัดการที่เชื่อมโยงกลไกกองทุนและภาคีจิตอาสาในพื้นที่อย่างเป็นระบบ ดังนั้น ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า บริบทของอำเภอวังสมบูรณ์มีช่องว่างเชิงระบบ ทั้งด้านการแพทย์ สังคม และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นฐานข้อมูลสำคัญที่นำไปสู่การออกแบบรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ที่มุ่งตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าวอย่างเป็นระบบในวัตถุประสงค์ข้อถัดไป

2 พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ WS-PAOR CCM Model ที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากรูปแบบการดำเนินงานเดิม ทั้งในด้านกรอบแนวคิด กระบวนการดำเนินงาน และบทบาทของภาคีเครือข่าย โดยรูปแบบเดิมเน้นการดูแลเชิงการแพทย์เป็นศูนย์กลาง ขาดกรอบแนวคิดชัดเจน และหน่วยบริการสุขภาพเป็นผู้ดำเนินงานหลัก ในขณะที่รูปแบบใหม่บูรณาการแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) เข้ากับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAOR) และใช้กลไก พชอ. เป็นศูนย์กลางในการขับเคลื่อน โดยเปิด

โอกาสให้ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ลงมือปฏิบัติ ติดตาม และสะท้อนผล การออกแบบรูปแบบโดยใช้ WS-PAOR CCM ช่วยยกระดับคุณภาพของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้อย่างชัดเจนใน 3 มิติสำคัญ ได้แก่ มิติแนวคิด (Conceptual level) จากเดิมที่ไม่มีกรอบแนวคิดชัดเจน ไปสู่การใช้ CCM ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าช่วยให้ผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ฐดา วัฒนพงศ์สถิตและคณะ[16] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและทัศนคติเชิงบวกในด้านร่างกาย เศรษฐกิจ สังคม จิตใจ และสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบกับการใช้ PAOR ทำให้รูปแบบมีความยืดหยุ่นและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันเป็นวงจรเกลียว (spiral cycle) สามารถปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างต่อเนื่อง มิติกระบวนการ (Process level) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของวงจร PAOR ส่งผลให้กระบวนการดำเนินงานมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานสูง เนื่องจากอาศัยโครงสร้างที่มีอยู่เดิม เช่น พชอ. รพ.สต. และเครือข่าย อสม. ทำให้ไม่ต้องสร้างกลไกใหม่ที่ซ้ำซ้อน มิติบทบาทภาคีและชุมชน (Participation & governance) จากบทบาทเดิมของชุมชนที่เป็นเพียงผู้ช่วยเหลือเฉพาะกิจถูกยกระดับให้เป็นหุ้นส่วนที่ร่วมวางแผน ดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผล พร้อมมีการเชื่อมโยงระบบข้อมูลกลุ่มเปราะบางระหว่างหน่วยบริการ–ชุมชน–พชอ. เพื่อใช้ในการวางแผนเชิงรุกซึ่งแนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[14] ที่ใช้ R&D ร่วมกับ CIPP model ในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าการสร้างบทบาทนำของ พชอ. และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ในมิติของกลุ่มเปราะบางและสวัสดิการสังคม รูปแบบนี้ยังสะท้อนแนวคิดเดียวกับงานของ อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์[15] ที่เสนอให้ใช้กองทุนและคณะกรรมการระดับพื้นที่เป็นกลไกเพื่อบูรณาการสวัสดิการ การเยี่ยมบ้านและการระดมทรัพยากรเพื่อกลุ่มเปราะบางทางสังคมแต่รูปแบบ WS-PAOR CCM Model ของการศึกษานี้ได้ขยายบทบาทจากการช่วยเหลือเชิงสังคมไปสู่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care) ของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ โดยผสานการดูแลทางคลินิก การสนับสนุนการจัดการตนเอง และการเสริมพลังครอบครัวและชุมชน ทำให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมกว่าและตอบโจทย์บริบทของกลุ่มเปราะบางที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดียิ่งขึ้น

3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผลการวิจัยด้านประสิทธิผลของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model พบการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งในด้านการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ และความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนี้ (1) การรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังการใช้รูปแบบ พบว่าสัดส่วนกลุ่มเปราะบางที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงและความรุนแรงของโรคในระดับ “ดี” เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.9 เป็นร้อยละ 96.8 ขณะที่สัดส่วนระดับ “พอใช้” ลดลงอย่างมาก แสดงให้เห็นว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และ พชอ. ร่วมกับกิจกรรมให้ความรู้ การพูดคุยแบบ case

conference และการเยี่ยมบ้านเชิงรุก สามารถเสริมสร้างการรับรู้โรคและภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นฐานสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ผลนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Chronic Care Model ที่เน้นบทบาท “Informed, activated patient” และทีมสุขภาพที่ทำงานเชิงรุก โดยการมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นทั้งด้านพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางคลินิกและยังสอดคล้องกับงานวิจัยในผู้ป่วยเบาหวานที่พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพและระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนอย่างเป็นระบบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ (2) ผลลัพธ์ทางคลินิก: ระดับ HbA1c ผลการติดตาม HbA1c พบว่า ก่อนใช้รูปแบบ กลุ่มเปราะบางทั้งหมด (ร้อยละ 100) มีระดับHbA1c มากกว่า 7 mg% แต่หลังการใช้รูปแบบ ร้อยละ 75.79 ของกลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุมระดับ HbA1c ให้น้อยกว่า 7 mg% ได้ และค่าเฉลี่ย HbA1c ลดลงจาก 9.159 เป็น 6.782 ซึ่งสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบในด้านการควบคุมโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเปราะบางได้อย่างชัดเจน การเปลี่ยนแปลงนี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวน meta-analysis การใช้ CCM ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่พบว่าการใช้โปรแกรมที่อิง CCM สามารถลดค่าเฉลี่ย HbA1c ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติของสถานบริการระดับปฐมภูมิ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของของนุจิฬาภรณ์ ศิริมัย และวิลาวัณย์ ชมนิรัตน์[17] ที่พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมและการจัดการตนเองเชิงระบบ พบว่าสามารถลดระดับ HbA1c และภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ จึงอธิบายได้ว่า ความสำเร็จด้าน HbA1c ของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model เกิดจากการผสานองค์ประกอบของ CCM (self-management support, delivery system design, decision support, clinical information system) เข้ากับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และการกำกับติดตามโดย พชอ. ทำให้เกิดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง มีการติดตามใกล้ชิด และมีการปรับแผนการดูแลร่วมกันอย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตของกลุ่มเปราะบาง (3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางหลังการใช้รูปแบบ คะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบางเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยประมาณ 2.70 คะแนน) เป็นระดับมาก (ค่าเฉลี่ยประมาณ 4.54 คะแนน) ครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมิได้ให้ผลเฉพาะด้านตัวชี้วัดทางคลินิก แต่ยังช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญผลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของอุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์[15] ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการให้ความช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางทางสังคมผ่านกลไกกองทุนประชารัฐเพื่อสังคม ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงและกลุ่มที่ถูกทอดทิ้งดีขึ้นหลังดำเนินโครงการ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังและการจัดการรายกรณีที่ชี้ว่า การดูแลแบบองค์รวมที่ผสานด้านการแพทย์ จิตสังคม และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีความสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (4) การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. และความพึงพอใจภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่าระดับการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล และคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง/มากปานกลาง ไปสู่ระดับมาก–มากที่สุดในทุกมิติ ทั้งด้านการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วม

ดำเนินการ และร่วมประเมินผล สะท้อนว่ารูปแบบ WS-PAOR CCM Model สามารถเปลี่ยนบทบาทของคณะกรรมการจาก “ผู้สนับสนุน” ไปสู่ “เจ้าของร่วมของระบบดูแลกลุ่มเปราะบาง” ได้อย่างแท้จริงแนวโน้มนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์[14] ที่ใช้ R&D และ CIPP model ในการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อน พชอ. พบว่าการเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการและการจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมิน) มีส่วนสำคัญในการยกระดับทั้งประสิทธิผลของรูปแบบและความพึงพอใจของกลุ่มเปราะบาง ในด้านความพึงพอใจ พบว่าทั้งคณะกรรมการและกลุ่มเปราะบางมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมาก–มากที่สุดในทุกด้าน เช่น ความชัดเจนของบทบาท การเข้าถึงบริการเชิงรุก และการได้รับการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่ารูปแบบที่ออกแบบโดยผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม (participatory design) จะสร้าง “ความเป็นเจ้าของ” (ownership) และยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ส่งผลให้รูปแบบสามารถนำไปใช้ได้จริงและยั่งยืนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผลักดันให้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model เป็นกรอบนโยบายระดับจังหวัดและเขตสุขภาพหน่วยงานกำหนดนโยบาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เขตสุขภาพที่ 6 และหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นต้นแบบในการกำหนดกรอบแนวทางการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพในระดับอำเภอ โดยกำหนดให้การใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับองค์ประกอบของ Chronic Care Model เป็น “แนวทางมาตรฐาน” ในการออกแบบระบบดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.2 ยกระดับบทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหลักในการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ จากผลการวิจัยที่พบว่า พชอ. สามารถทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการบูรณาการแผนงานงบประมาณ และทรัพยากรเพื่อดูแลกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิผล จึงควรกำหนดในเชิงนโยบายให้ พชอ. มีบทบาทชัดเจนด้าน เช่น การกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดเฉพาะด้านกลุ่มเปราะบาง การจัดทำแผนกลยุทธ์กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพระดับอำเภอ การติดตามกำกับผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยบริการสุขภาพ

1.3 ส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอำเภอ/จังหวัดด้านการดูแลกลุ่มเปราะบางเสนอให้มีการจัดตั้งเครือข่ายอำเภอต้นแบบด้านการดูแลกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ โดยใช้บทเรียนจากอำเภอวังสมบูรณ์เป็นจุดเริ่มต้น และขยายเครือข่ายไปยังอำเภออื่นในจังหวัดสระแก้วและจังหวัดใกล้เคียง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์รูปแบบ ข้อจำกัด ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และแนวทางการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติในพื้นที่

2.1 พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการ พชอ. พชต. คปสอ. และภาคีเครือข่ายในด้านการดูแลกลุ่มเปราะบาง

2.2 จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพระดับอำเภอวังสมบูรณ์อย่างเป็นทางการนำผลการวิจัยและ WS-PAOR CCM Model มาจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการระดับอำเภออย่างชัดเจน กำหนด

2.3 พัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามเชิงรุกของกลุ่มเปราะบางในระดับอำเภอเสนอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกันจัดทำทะเบียนกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพที่เป็นปัจจุบัน เชื่อมโยง

ข้อมูลโรคเรื้อรัง (เช่น HbA1c, ภาวะแทรกซ้อน) กับข้อมูลครัวเรือน เศรษฐกิจ และสังคมรวมถึงการใช้ข้อมูลดังกล่าววิเคราะห์เป็น แผนที่กลุ่มเปราะบางเพื่อนำไปกำหนดพื้นที่เสี่ยงและจัดลำดับความสำคัญของการเยี่ยมบ้านและดูแลเชิงรุก

2.4 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และองค์กรท้องถิ่นในการดูแลกลุ่มเปราะบางเสนอให้มีการจัดกิจกรรม เช่น เวทีชุมชนเพื่อระดมความคิดเห็นและวางแผนการดูแลกลุ่มเปราะบาง กิจกรรมสร้างเครือข่ายอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การสนับสนุนกลุ่มช่วยเหลือกันเอง (support group) ของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณสำหรับการดูแลระยะยาว

3 ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

3.1 การศึกษาการประเมินประสิทธิผลรูปแบบในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันควรมีการวิจัยเพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ในอำเภอหรือจังหวัดอื่นที่มีบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ และระบบบริการแตกต่างจากอำเภอวังสมบูรณ์ เช่น พื้นที่เมือง พื้นที่อุตสาหกรรม หรือพื้นที่ชายแดน เพื่อทดสอบความยืดหยุ่นและศักยภาพการปรับใช้ของรูปแบบ

3.2 การวิจัยเชิงเปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ เสนอให้มีการศึกษาที่เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ใช้รูปแบบ WS-PAOR CCM Model กับพื้นที่ที่ใช้รูปแบบการดำเนินงานเดิมหรือเปรียบเทียบกับรูปแบบอื่นที่ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม/CCM เพื่อให้ได้ข้อสรุปเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลเชิงเปรียบเทียบและปัจจัยเชิงบริบทที่ส่งเสริม/จำกัดความสำเร็จของแต่ละรูปแบบ

3.3 การศึกษาต้นทุน–ประสิทธิผล (Cost–effectiveness) และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ แม้การวิจัยครั้งนี้จะชี้ให้เห็นผลด้านคุณภาพชีวิตและระบบการดูแลที่ดีขึ้น แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ต้นทุนและผลตอบแทนเชิงเศรษฐศาสตร์อย่างเป็นระบบ จึงควรมีงานวิจัยเพิ่มเติมเพื่อศึกษาต้นทุน–ประสิทธิผลของการดำเนินรูปแบบในระยะกลางและระยะยาว ทั้งในมิติงบประมาณด้านสุขภาพ การลดภาวะแทรกซ้อน การลดการนอนโรงพยาบาล และภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือน

3.4 การวิจัยและพัฒนานวัตกรรม/เทคโนโลยีสนับสนุนการดูแลกลุ่มเปราะบางในชุมชนจากบทเรียนที่พบว่าการติดตามข้อมูลสุขภาพและการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ–ครอบครัว–ชุมชนมีความสำคัญ ควรมีการพัฒนาวิจัยด้านนวัตกรรม เช่น ระบบติดตามสุขภาพผ่านแอปพลิเคชัน แพลตฟอร์มข้อมูลกลุ่มเปราะบางระดับอำเภอ หรือเครื่องมือคัดกรอง/ประเมินภาวะเปราะบางที่เหมาะสมกับบริบทชนบทไทย เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบ WS-PAOR CCM Model ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2565). ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
2. World Health Organization.(2022). Health equity and vulnerable populations. Geneva: WHO.
3. United Nations.(2023). The Sustainable Development Goals Report 2023. New York: United Nations.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

5. สำนักตรวจราชการ สำนักนายกรัฐมนตรี.(2565). รายงานสถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำจากระบบ TPMAP. กรุงเทพฯ: สำนักนายกรัฐมนตรี.
6. สำนักนายกรัฐมนตรี.(2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. ราชกิจจานุเบกษา.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพประชาชนจังหวัดสระแก้ว พ.ศ. 2566. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.
8. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์.(2567). รายงานสถานการณ์โรคเรื้อรัง อำเภอวังสมบูรณ์ พ.ศ. 2565–2567. สระแก้ว: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสมบูรณ์.
9. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์, ประกาศ เปล่งพานิชย์.(2561). การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางโดยเครือข่ายชุมชน. วารสารสังคมศาสตร์และการพัฒนา. 2561;20(2):45–60.
10. Aryani MD, Kurniawan Y, Rosyid FN.(2016). Chronic care model implementation on quality of life among chronic disease patients. BMC Health Serv Res. 2016;16:1–8.
11. Kalav S, Bektas M, Ünal A.(2022). Effects of chronic care model on self-management and quality of life in patients with chronic illness. J Nurs Care Qual. 2022;37(3):210–6.
12. สุวรรณี สร้อยสงค์ และคณะ.(2562). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรคและภัยสุขภาพ. 2562;13(2):37-49.
13. Nanthamongkolchai S, Tojeen A, Munsawaengsub C, Yodmai K, Suksatan W.(2022). Quality of life of older adults with physical and mobility disabilities during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Thailand. Sustainability. 2022;14(14):8525. doi:10.3390/su14148525.
14. เพชรฤกษ์ แทนสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารส่งเสริมสุขภาพและสุขอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย. 2024;47(1):40-53.
15. อุดมลักษณ์ เวชชพิทักษ์ และประกาศ เปล่งพานิชย์.(2561). การพัฒนารูปแบบการจัดการให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้อยู่ในภาวะยากลำบากและกลุ่มเปราะบางทางสังคมผ่านกลไกกองทุนประชารัฐเพื่อสังคมจังหวัดปทุมธานี. ศิลปศาสตร์และสังคมศาสตร์.
16. พิมพ์ฐดา วัฒนพงศ์สถิตและคณะ.(2568). ปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย.
17. นุจิฬาภรณ์ ศิริมัย, วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์.(2021). การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2021;14(3):57-70.