# รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

# Development and Evaluation of the SMART–V CARE Model for Enhancing Village Health Volunteer Competencies in the Surveillance, Prevention, and Control of Non-Communicable Diseases in Nakhon Sawan Province, Thailand.

(Received: March 26,2026 ; Revised: March 29,2026 ; Accepted: March 31,2026)

**อนิรุธ จันทพาส[1] รจนา ศรีเล็ก[2] กฤษฎา เหล็กเพชร[3] ดวงใจ พุทธเษม[4]**
**Anirut Jantapas[1] Rojjana Srilek[2] Krissada Lekphet[3] Duangjai Puttasem[4]**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ และ 2) ศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการวิจัย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะพัฒนารูปแบบ และระยะประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 72 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย รูปแบบ SMART–V CARE Model แบบวัดความรู้ แบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบ SMART–V CARE Model ประกอบด้วยการพัฒนาสมรรถนะ 5 ด้าน ได้แก่ การคัดกรองความรู้ทางการแพทย์ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสื่อสารผ่านเทคโนโลยี และการติดตามเยี่ยม ร่วมกับกลยุทธ์เชิงรุก V CARE หลังการใช้รูปแบบ คะแนนความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยรวมเพิ่มจาก 72.4 เป็น 97.7 นอกจากนี้ ผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรคผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ได้แก่ ความครอบคลุมการคัดกรองร้อยละ 91.8 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 84.9 และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่องร้อยละ 89.8

คำสำคัญ: สมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การเฝ้าระวัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชุมชน

**Abstract**

This action research aimed to (1) develop a competency enhancement model for Village Health Volunteers (VHVs) in the surveillance, control, and prevention of non-communicable diseases (NCDs) in Nakhon Sawan Province, Thailand, and (2) evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted in two phases: model development and evaluation. The sample consisted of 72 VHVs. Research instruments included the SMART–V CARE Model, knowledge assessment questionnaire, competency evaluation form, and satisfaction survey. Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The SMART–V CARE Model comprised five competency domains: screening skills, medical knowledge, health literacy promotion, communication through technology, and home visit tracking, combined with proactive V CARE strategies. After implementation, VHVs' knowledge scores increased significantly ($p < .05$), and competencies in all five domains improved significantly ($p < .05$), with the total mean score rising from 72.4 to 97.7. Furthermore, community-based outcomes met all performance indicators, including screening coverage (91.8%), health literacy promotion (84.9%), and continuity of home visit follow-up (89.8%).

**Keywords:** Competency, Village Health Volunteers, Surveillance, Non-Communicable Diseases, Community

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยุหะคีรี
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
[3] ดร. นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์
[4] รองศาสตราจารย์ ดร. ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพครู คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์

**บทนำ**

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable diseases: NCDs) คือ กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ผ่านการสัมผัส คลุกคลี หรือ ติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ หากแต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผลจากรูปแบบวิธีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่าง เหล้า บุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย อาหารหวานมันเค็มจัด และมีความเครียด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อย ๆ มีอาการและรุนแรงขึ้นทีละน้อยหากไม่ได้มีการรักษาควบคุม ซึ่งโรคในกลุ่มโรค NCDs ที่มีอัตราผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตสูงสุด 6 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง (Obesity)[1]

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญที่องค์การสหประชาติประกาศให้เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ทุกประเทศทั่วโลกต้องร่วมมือดำเนินการควบคุมอย่างเข้มงวด คาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ.2583 ซึ่งโรคเบาหวานที่ดูแลรักษาได้ไม่ดีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลเสียต่อร่างกาย เช่น โรคไต และการถูกตัดเท้าหรือขา ข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคเบาหวานอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จากร้อยละ 6.9 ในปี 2565 เพิ่มเป็นร้อยละ 8.8 ในปี 2566 โดยผู้หญิงเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.8 ขณะที่ผู้ชายเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 7.8 และกลุ่มอายุ 60-69 ปี มีความชุกของโรคเบาหวานสูงที่สุด[2] สำหรับโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้โดยที่ไม่รู้ตัวมาก่อน ว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า และความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่า เป็นสาเหตุการตายทั่วโลก สูงถึง 7.5 ล้านคน หรือร้อยละ 12.8 โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อย การบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือและไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ ซึ่งนำมาสู่ภาระโรคที่เพิ่มขึ้น จากรายงานองค์อนามัยโลกจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 36 ล้านคน (ร้อยละ 63) โดยประมาณร้อยละ 44 เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี สำหรับประเทศไทยถึงแม้จะมีแผนงานที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจ, โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง แต่การจัดการโรคโรคไม่ติดต่อยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เปรียบเทียบปี พ.ศ. 2564 – 2567 เท่ากับร้อยละ 22.47, 23.45, 26.71 และ 27.73 ตามลำดับ[3]

จากการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อของจังหวัดนครสวรรค์ ได้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากเดิมจังหวัดนครสวรรค์นำรูปแบบการดำเนินงานตามการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ยังพบว่าแนวโน้มสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังเป็นปัญหาของจังหวัด โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลจากการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567 พบกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเบาหวาน 34,813 คน, 29,395 คน, 25,568 คน ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคความดันโลหิตสูง 5,708 คน, 5,526 คน, 5,986 คน ตามลำดับ โดยที่กลุ่มป่วยโรคเบาหวานมีจำนวน 63,144 คน, 66,609 คน, 69,151 คน ตามลำดับ กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูง 152,490 คน, 156,860

คน, 160,998 คน ตามลำดับ[4] จากการนิเทศติดตามการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน ขาดทักษะในการอ่านออกเขียนได้ พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนพบว่ายังมีความชุกของการสูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 16.0 สัดส่วนของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.2 การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีมากในผู้สูงอายุถึง ร้อยละ 31.3 พฤติกรรมการรับประทานพบว่ายังติดการรับประทานหวาน เค็ม รสจัด และร้อยละ 25.9 รับประทานยาแก้ปวดทุกวัน จากปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีความรู้ไม่เพียงพอในการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพและขาดการเข้าถึงข้อมูลโรคและสุขภาพโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ

ตามที่รัฐบาลได้นำการสาธารณสุขมูลฐานมาเป็นกลวิธีหลัก และกำหนดเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนางานสาธารณสุขของประเทศ บนหลักการสนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพตนเองและเพื่อนบ้าน ในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม.[5] เพื่อเป็นแกนนำด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี ด้วยมุ่งหวังให้ประชาชนสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน สภาพแวดล้อมและสังคมโดยรวมได้อย่างยั่งยืน ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึก และศรัทธาไรการพัฒนาอันเป็นการแสดงให้เห็นถึงรูปธรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืนที่แท้จริง กระทรวงสาธารณสุขได้มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ทั้งภาวะวิกฤติและภาวะปกติ ในหลากหลายรูปแบบที่เหมาะสมกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบายการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยการดำเนินการอบรมฟื้นฟูความรู้ อสม. โดยมุ่งหวังว่าหาก อสม. ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกลไกหลักสำหรับสร้างสังคมใหม่ที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในด้านการคัดกรองโรคไม่ติดต่อในชุมชน เนื่องจากปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ซึ่งส่งผลคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน และการพัฒนาประเทศ

ที่ผ่านมาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครสวรรค์ ในด้านการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน เป็นรูปแบบเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติหน้าที่ตามการมอบหมายของเจ้าที่สาธารณสุข จากการนิเทศการปฏิบัติหน้าที่ของ อสม. ตามสมรรถนะหลัก พบว่า ส่วนใหญ่ขาดความเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดความมั่นใจในการแนะนำและส่งเสริมความรู้ให้กับประชาชน ส่งผลให้ประชาชนขาดความเชื่อถือในการให้บริการ และไม่ยอมรับ สาเหตุเกิดจาก อสม. ยังขาดทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการป้องกัน ควบคุม และการคัดกรองเฝ้าระวังโรค นอกจากนี้การทำงาน ขาดการบันทึกที่ถูกต้อง และขาดหลักฐานการทำงาน การสื่อสารสารสนเทศยังไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการส่งเสริม และพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้สามารถดูแล และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชน ด้วยการเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานและเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (ความดันโลหิตสูง-เบาหวาน) ของ อสม. ตลอดจนพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในชุมชน โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาสมรรถนะ อสม. ในทุกหมู่บ้านให้เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในชุมชน เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ ให้บริการ และประสานงานกับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์

## วิธีการวิจัย

**รูปแบบการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

**ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย**

**ระยะที่ 1** พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย

**ขั้นตอนที่ 1** การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการเดือน กรกฎาคม 2568 เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดย

1) ศึกษาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พื้นที่ศึกษาคัดเลือกร้อยละ 30 จากอำเภอในจังหวัดนครสวรรค์ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง 5 อำเภอ คือ อำเภอบรรพตพิสัย, อำเภอพยุหะคีรี, อำเภอตาคลี, อำเภอเก้าเลี้ยว และอำเภอเมืองนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. คัดเลือกตามคุณสมบัติ เกณฑ์การคัดเข้า คือ มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างย้ายออกจากพื้นที่การวิจัย และ ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือเข้าร่วมวิจัยในพื้นที่ได้ โดยกำหนด Effect size เท่ากับ 0.50 อำนาจการทดสอบ (Power analysis-1-$\beta$) เท่ากับ 0.80 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (Level of significant-$\alpha$) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 72 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนครบตามจำนวน โดยให้ตอบแบบสอบถามความรู้ และสมรรถนะ 5 ด้าน

2) ศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน โดยวิธีการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ตัวแทนหน่วยบริการสาธารณสุขอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตัวแทนอำเภอละ 1 คน จำนวน 15 คน รวม 30 คน มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปี ขึ้นไป ใช้เวลาในการสนทนากกลุ่ม 90 นาที

**ขั้นตอนที่ 2** พัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการเดือน สิงหาคม 2568 ทีมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักวิชาการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอ รวม 10 คน บูรณาการจากแนวคิดการเรียนรู้เชิงพุทธิพิสัย การเรียนรู้จากประสบการณ์ การเรียนรู้เชิงสังคม การสะท้อนคิด และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถในการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้ผลลัพธ์เป็นรูปแบบ SMART -V CARE Model ประกอบด้วย สมรรถนะ 5 ด้าน การปฏิบัติเชิงรุก 5 กลยุทธ์ หลังจากพัฒนารูปแบบแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC= 0.90 ตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบและนำไปทดลองใช้

**ขั้นตอนที่ 3** ทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน-พฤศจิกายน 2568 เลือกพื้นที่ในการทดลอง

รูปแบบ คือ อำเภอตาคลี (ตาคลี, ช่องแค, จันเสน) เนื่องจากมีความเข้มแข็งของ อสม. ในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. คัดเลือกเจาะจงตามคุณสมบัติ อายุ 20 ปีขึ้นไป มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ SMART 5 ด้าน ประกอบด้วย วิธีการให้ความรู้โดยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกทักษะจากการปฏิบัติจริง การสะท้อนคิดถึงการปฏิบัติงานและปรับปรุงขั้นตอนการทำงาน มีระยะเวลาในการประชุม 2 วัน จากนั้นให้ อสม. นำรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน V CARE 5 กลยุทธ์ เป็นผู้ใช้ในพื้นที่ ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง จากนั้นกลุ่มตัวอย่างนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการนำรูปแบบไปใช้ ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำมาปรับปรุงตามวงรอบของการพัฒนา

**ระยะที่ 2** ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนธันวาคม 2568 - กุมภาพันธ์ 2569 พื้นที่ศึกษา และ อสม. กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 1 ที่ได้รับการประเมินความรู้ และสมรรถนะ 5 ด้าน ก่อนพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยชี้แจงรูปแบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน อสม ดำเนินการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน ผ่าน Application line ร่วมจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน ติดตามเยี่ยมในชุมชน ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. 2) ระดับสมรรถนะ 5 ด้านของ อสม. 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ อสม.

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน SMART -V CARE Model 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย **ชุดที่ 1** แบบวัดความรู้ เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือดตอบ ถูก กับไม่ถูก กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลระดับด้านความรู้ คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป = สูง คะแนนร้อยละ 60-79.99 = ปานกลาง คะแนน ต่ำกว่าร้อยละ 60 = ต่ำ ตรวจสอบเชิงเนื้อหา IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าเท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย KR-20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.82 **ชุดที่ 2** แบบประเมินสมรรถนะ ประกอบด้วย 1. ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2. ด้านการส่งเสริม Health Literacy เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงครอบครัว ชุมชน 3. ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน 4. ด้านการจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพในชุมชน 5. ด้านการติดตามเยี่ยมในชุมชน ด้านละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึง มาก 3 หมายถึง ปานกลาง 2 หมายถึง น้อย 1 หมายถึง น้อยที่สุด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-42.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (42.34-83.66 คะแนน) ระดับสูง (83.67-125 คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.90 **ชุดที่ 3** แบบประเมินความพึงพอใจ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบ Rating Scale 5 สเกล คือ 5 หมายถึง มากที่สุด 4 หมายถึงมาก 3 หมายถึงปานกลาง 2 หมายถึงน้อย และ 1 หมายถึงน้อยที่สุด แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (1-15 คะแนน) ระดับปานกลาง (16-25 คะแนน) ระดับสูง (26-30

คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.90 **ชุดที่ 4** ผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรค ประกอบด้วย ความครอบคลุมการคัดกรอง ความครอบคลุมการส่งเสริม HL จำนวนกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน ความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง

**การรวบรวมข้อมูล**

1. ระยะศึกษาสถานการณ์รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (แบบสอบถามสมรรถนะ อสม.) และเชิงคุณภาพ (สนทนากลุ่มทีมสุขภาพและ อสม.) เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนพัฒนาสมรรถนะ

2. ระยะพัฒนารูปแบบและทดลองใช้ ผู้วิจัยใช้กระบวนการพัฒนาสมรรถนะ SMART 5 ด้าน จำนวน 2 วัน นำรูปแบบ V CARE 5 กลยุทธ์ ไปใช้ในพื้นที่ โดยอสม. นำไปปฏิบัติจริง ผู้วิจัยติดตามเยี่ยม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวน 2 ครั้ง

3. ประเมินผลลัพท์ประกอบด้วย 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อของ อสม. 2) ระดับสมรรถนะ 5 ด้านของ อสม. 3) ความพึงพอใจต่อรูปแบบของ อสม.

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้สมรรถนะก่อนและหลัง โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนด ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ $p < .05$ หลังการตรวจสอบการกระจายข้อมูลแบบโค้งปกติ

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดนครสวรรค์ รหัสโครงการ NSWPHOEC-023/68 เมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2568

**ผลการวิจัย**

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้สมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน พบว่า

1.1 ทีมสุขภาพให้ความเห็นว่าการดำเนินงานป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ผ่านมา มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงและให้ความรู้ประชาชนอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาหลายด้านที่ส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะของอสม. ข้อมูลบางส่วนไม่ครบถ้วนและไม่ทันสมัย ทำให้การวางแผนเชิงรุกล่าช้า และบางครั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างอสม. กับเจ้าหน้าที่ตำบลไม่ต่อเนื่อง การใช้ช่องทางออนไลน์ เช่น Line ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลรวดเร็วขึ้นจริง แต่ประชาชนบางกลุ่มยังไม่เข้าใจเนื้อหา นอกจากนี้ อสม. ยังพบความยากลำบากในการนำความรู้ไปปฏิบัติ เนื่องจากขาดการฝึกอบรมทักษะเพิ่มเติม เช่น การสื่อสารการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน ปัญหาเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาสมรรถนะทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของอสม. ข้อเสนอแนะคือควรจัดอบรมเพิ่มเติม และใช้วิธีการที่หลากหลายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และส่งเสริมกิจกรรมสุขภาพต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและเครือข่ายสื่อสาร เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2 อสม. เห็นว่าการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นไปอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาหลักหลายประการที่ส่งผลต่อสมรรถนะของตนเอง การเข้าถึงบ้านผู้ป่วยบางพื้นที่มีระยะทางไกลและจำนวนอสม. ไม่เพียงพอ ทำให้การติดตามเยี่ยมไม่สม่ำเสมอ อสม. สามารถให้ความรู้และคำแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพแก่ประชาชน แต่บางคนยังขาดความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยง การจัดกิจกรรมเชิงรุก และการใช้เทคโนโลยี ทำให้ประชาชนบางกลุ่มไม่ได้รับข้อมูลครบถ้วน การจัดกิจกรรมรณรงค์ทำได้ แต่ขาดอุปกรณ์และทรัพยากรสนับสนุน ปัญหาเหล่านี้

สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านสมรรถนะของอสม. ทั้งความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ และการใช้เทคโนโลยี ข้อเสนอแนะคือควรมีการอบรมเสริมทักษะ เพิ่มเครื่องมือและแบบฟอร์มบันทึกมาตรฐาน และสนับสนุนระบบแลกเปลี่ยนข้อมูลออนไลน์ เพื่อให้การเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชนมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2. ผลการพัฒนารูปแบบ

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบ จากการทบทวนวรรณกรรม ผสมผสานตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ (HBM, Health Promotion Model) ทฤษฎีระบบบริการสุขภาพ (CCM, Continuity of Care) ทฤษฎีการสื่อสารและสังคม ( Communication, Social Support, Social Marketing) ทฤษฎีการบริหารจัดการ (PDCA, EBM) ได้รูปแบบ SMART -V CARE Model ประกอบด้วย SMART S = Skill & Screening (ทักษะคัดกรอง) M = Medical Knowledge (ความรู้) A = Awareness & Health Literacy (สร้างความรอบรู้) R = Relationship & Communication (LINE) (สื่อสาร) T = Tracking & Home Visit (ติดตาม) V CARE V = Vigilance (เฝ้าระวัง) C = Classification (จำแนกกลุ่ม) A = Awareness (สร้างความรอบรู้) R = Rally Campaign (รณรงค์) E = Evaluation (ติดตามประเมินผล) หลังจากได้รูปแบบพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC= 0.87 ปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้ต่อไปในระยะที่ 3

3. การประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

**ตารางที่ 1** แสดงคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

| ความรู้ | N | Mean | SD. | t | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ก่อนใช้รูปแบบ | 72 | 6.24 | 4.8 | -10.37 | 0.00* |
| หลังใช้รูปแบบ | 72 | 9.19 | 4.7 | | |

*P<0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ก่อนและหลังการใช้รูปแบบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ

**ตารางที่ 2** แสดงสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (N=72)

| | ก่อนใช้รูปแบบ | | หลังใช้รูปแบบ | | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| | Mean | SD. | Mean | SD. | |
| การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง | 70.8 | 6.5 | 101.4 | 6.2 | 0.00* |
| การส่งเสริม Health Literacy | 71.2 | 6.8 | 98.7 | 6.6 | 0.00* |
| การแลกเปลี่ยนผ่าน Application line | 69.5 | 7.6 | 99.6 | 6.8 | 0.00* |
| การจัดกิจกรรมรณรงค์สุขภาพ | 73.0 | 6.3 | 94.3 | 6.1 | 0.00* |
| การติดตามเยี่ยม | 72.9 | 6.7 | 112.4 | 6.4 | 0.00* |
| คะแนนรวม | 72.4 | 6.8 | 97.7 | 6.2 | 0.00* |

*P<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ตารางที่ 3** แสดงผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคของ อสม.(N=72)

| ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (%) | ผลการดำเนินงาน | ร้อยละ (%) |
|---|---|---|---|
| ความครอบคลุมการคัดกรอง | 90 | 563 คน / 517 คน | 91.8 |
| ความครอบคลุมการส่งเสริม HL (Health Literacy) | 80 | 563 คน / 478 คน | 84.9 |
| จำนวนกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน | 1 ครั้ง | 1 ครั้ง | 100 |
| ความครอบคลุมการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง | 85 | 382 คน / 343 คน | 89.8 |

จากตารางที่ 3 พบว่าผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคของ อสม.ผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด

**สรุปและอภิปรายผล**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบ SMART–V CARE Model ในการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบ อสม. มีความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลลัพธ์การดำเนินงานด้านความครอบคลุมการคัดกรอง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การรณรงค์ และการติดตามเยี่ยมผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

การที่คะแนนความรู้ของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่ากระบวนการพัฒนาที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบผสมผสาน ทั้งการบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง และการสะท้อนคิด มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Theory) ที่ระบุว่าผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อมีการลงมือปฏิบัติและสะท้อนประสบการณ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และ Health Promotion Model ที่อธิบายว่าการเพิ่มความรู้และความตระหนักรู้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลและชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศที่พบว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการสามารถเพิ่มความรู้ของ อสม. ได้อย่างมีนัยสำคัญ[6,7] และสอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศที่ระบุว่าการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ[8,9]

สมรรถนะของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน ได้แก่ การคัดกรอง การส่งเสริม Health Literacy การสื่อสารผ่าน Application Line การจัดกิจกรรมรณรงค์ และการติดตามเยี่ยม ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของรูปแบบที่เน้นการพัฒนาสมรรถนะเชิงปฏิบัติ (competency-based development) และสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) ที่เน้นบทบาทของการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติ การสังเกต และการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม โดยเฉพาะการใช้ LINE เป็นเครื่องมือสื่อสารซึ่งช่วยเสริมการเรียนรู้และการสนับสนุนทางสังคม (social support) อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในประเทศ[10,] และต่างประเทศ เช่น Lehmann และ Sanders[11]รวมถึงการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า Community Health Workers ที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบจะมีสมรรถนะในการดูแลโรคเรื้อรังสูงขึ้น

ผลลัพธ์การเฝ้าระวังควบคุมโรคพบว่าผ่านเกณฑ์ทุกตัวชี้วัด โดยเฉพาะความครอบคลุมการคัดกรอง (91.8%) การส่งเสริม Health Literacy (84.9%) และการติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง (89.8%) ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบในการยกระดับระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎี Chronic Care Model (CCM) ที่เน้นการดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) และการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมถึงแนวคิดระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมของประชาชน

สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและควบคุมโรคไม่ติดต่อ[7] และสอดคล้องกับงานวิจัยต่างประเทศที่พบว่า CHWs สามารถเพิ่ม coverage และปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพได้[12,13]

เมื่อพิจารณาเชิงเปรียบเทียบ พบว่างานวิจัยนี้มีทั้งความเหมือนและความแตกต่างจากงานวิจัยที่ผ่านมา โดยความเหมือนคือการที่การพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขส่งผลให้ความรู้และสมรรถนะเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกันในหลายบริบททั้งในและต่างประเทศ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างที่สำคัญคือ งานวิจัยนี้สามารถลดช่องว่างระหว่าง “ความรู้กับการปฏิบัติ” (know–do gap) ได้อย่างชัดเจน กล่าวคือ ไม่เพียงเพิ่มความรู้ แต่ยังทำให้เกิดผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น ความครอบคลุมบริการที่สูง ซึ่งแตกต่างจากบางการศึกษาที่แม้มีความรู้สูงแต่การปฏิบัติยังจำกัด[14]นอกจากนี้ งานวิจัยนี้มีความโดดเด่นในการบูรณาการเทคโนโลยี (LINE) เข้ากับการดำเนินงานชุมชน ซึ่งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารและการติดตามต่อเนื่อง ขณะที่หลายงานวิจัยในต่างประเทศยังพบข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี[15] อีกทั้ง รูปแบบ SMART–V CARE Model ยังมีลักษณะเป็นนวัตกรรมเชิงระบบ (system-based innovation) ที่บูรณาการหลายองค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาความรู้ (Medical Knowledge) การสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) การสื่อสาร (Communication) การติดตาม (Tracking) และการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน (V CARE) ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ครอบคลุมทั้งระดับบุคคลและระบบบริการ แตกต่างจากงานวิจัยบางส่วนที่มุ่งเน้นเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ความรู้ หรือผลลัพธ์ทางคลินิกเพียงอย่างเดียว

สรุป ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าการพัฒนาสมรรถนะ อสม. ผ่านรูปแบบ SMART–V CARE Model ที่บูรณาการทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพ การเรียนรู้จากประสบการณ์ ระบบบริการสุขภาพ และเทคโนโลยี สามารถเพิ่มความรู้ สมรรถนะ และผลลัพธ์การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีศักยภาพในการขยายผลเชิงนโยบายเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างยั่งยืน

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้**

1. หน่วยบริการสาธารณสุขควรนำรูปแบบ SMART–V CARE Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

2. ควรบูรณาการรูปแบบเข้ากับงานประจำของ อสม. โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริม Health Literacy และการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง

3. ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี เช่น Application Line เป็นเครื่องมือในการสื่อสาร ติดตาม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน

4. ผู้บริหารสาธารณสุขควรสนับสนุนทรัพยากร อุปกรณ์ และการอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานเกิดความยั่งยืน

5. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์และส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป**

1. ควรศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. ควรติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของสมรรถนะ อสม. และผลลัพธ์การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

3. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงคลินิก เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิต เพื่อสะท้อนผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโดยตรง

## เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2567. อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.

2.กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.(2565). คู่มือแนวทางการจัดบริการสถานีสุขภาพดิจิทัล (Digital health station) ในชุมชน. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2565.

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.(2567). สรุปผลการดำเนินงานโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ปี 2565-2567. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์; 2567.

4.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2567.

5.เตือนใจ ปาประโคน.(2556). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับบทบาทของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต); 2556.

6.วิจิตร ศรีสุวรรณ, สมพร ใจดี.(2564). ผลของโปรแกรมอบรมเชิงปฏิบัติการต่อความรู้และสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;17(2):45–56.

7.สุภาวดี พงษ์ศรี, อนันต์ บุญเกิด.(2563). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(3):389–401.

8.Kolb DA.(1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1984.

9.Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors.(2015). Health behavior: Theory, research, and practice. 5th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2015.

10.นฤมล แก้วคำ, ประเสริฐ ทองสุข.(2565). ผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการติดตามดูแลสุขภาพในชุมชน. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(1):78–90.

11.Lehmann U, Sanders D.(2007). Community health workers: What do we know about them? Geneva: WHO; 2007.

12.Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N.(2017). Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. Glob Health Action. 2017;10(1):1272223.

13.Rowe AK, Rowe SY, Peters DH, Holloway KA, Ross-Degnan D.(2018). The effectiveness of strategies to improve health care provider performance in low- and middle-income countries: a systematic review. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1163–75.

14.Perry HB, Zulliger R, Rogers MM.(2014). Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview. Annu Rev Public Health. 2014;35:399–421.

15.Olaniran A, Smith H, Unkels R, Bar-Zeev S, van den Broek N.(2017). Who is a community health worker? – a systematic review of definitions. Glob Health Action. 2017;10(1):1272223.