

การพัฒนาแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย

อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

เพชรดา นามณี, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน, เวชศาสตร์ครอบครัว)*¹

จิตาภรณ์ กุศลเขต, พ.บ., ว.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)*

บทคัดย่อ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เชื่อมโยงกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งควบคุมได้ไม่ดีในหลายพื้นที่ของไทย อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม พบสัดส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีเพียงร้อยละ 43.6 และ 72.4 และสัดส่วนผู้ป่วย CKD ที่ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 56.0 การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนา และประเมินรูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนโดยความร่วมมือของภาคีเครือข่าย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิด Kemmis และ McTaggart ดำเนินการตุลาคม 2567 ถึงกันยายน 2568 แบ่ง 3 ระยะ ระยะพัฒนารูปแบบใช้วงจร PAOR 1 วงรอบ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากภาคีเครือข่าย 110 คน ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณจาก HDC

ผลการศึกษาพบว่าภาคีเครือข่ายพัฒนา "KAEDAM Model" ซึ่งมี 6 องค์ประกอบ ดำเนินการผ่าน 3 โครงการ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นกลไกหลัก ภายหลังดำเนินงานพบการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.6 เป็น 98.5 ผู้ป่วยควบคุมเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 49.6 และ 80.0 และสัดส่วนผู้ป่วย CKD ที่ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.8 ผลการประเมินตามกรอบ CIPP สะท้อนการยอมรับและความเหมาะสมของรูปแบบในทุกมิติ พร้อมหลักฐานความยั่งยืนผ่านรางวัลระดับประเทศและการบรรจุรูปแบบเข้าในแผนพัฒนาระดับอำเภอ

การใช้กลไกการอภิบาลระดับอำเภอนุเคราะห์การภาคส่วนนอกระบบสุขภาพเป็นจุดเด่นของรูปแบบนี้ สนับสนุนความเป็นไปได้ในการเสริมสร้างระบบป้องกันโรคไตเรื้อรังผ่านการควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านทาง อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของการออกแบบก่อน-หลังที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษายังไม่เพียงพอ ยืนยันประสิทธิผลเชิงสาเหตุต่อการชะลอโรคไตเรื้อรังโดยตรง ควรศึกษาต่อยอดด้วยรูปแบบที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและติดตามระยะยาวขึ้น

คำสำคัญ : โรคไตเรื้อรัง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ, ภาคีเครือข่าย

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแกลง จังหวัดมหาสารคาม

¹ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: เพชรดา นามณี, E-mail: Dortorpear2013@gmail.com

Development of a Community Chronic Kidney Disease Prevention Model through Network Partner Participation in Kae Dam District, Maha Sarakham Province

Peachlada Chammanee, M.D. (Preventive Medicine, Community Mental Health, Dip. Thai Board of Family Medicine)^{*1}

Thitaporn Phutakhet, M.D. (Dip. Thai Board of Family Medicine)^{*}

Abstract

Chronic kidney disease (CKD) is closely linked to poorly controlled diabetes and hypertension in many areas of Thailand. In Kae Dam District, Maha Sarakham Province, only 43.6% and 72.4% of diabetic and hypertensive patients achieved good control, and only 55.97% of CKD patients achieved target eGFR deceleration. This study aimed to examine the situation, develop, and evaluate a community-based CKD prevention model through network-partner participation. An action research design following Kemmis and McTaggart was conducted from October 2024 to September 2025 across three phases, with model development completed through one PAOR cycle, using data from 110 network partners and Health Data Center (HDC) records.

The partners developed the "KAEDAM Model," comprising six components and three projects coordinated through the District Health Board. After implementation, service access rose from 85.6% to 98.5%, good glycemic and blood-pressure control increased to 49.6% and 80.0%, and target eGFR deceleration rose to 63.77%. CIPP evaluation showed acceptance and contextual fit across all dimensions, with sustainability reflected in a national award and institutionalization into the district development plan.

The model's key strength is its district-level governance mechanism integrating non-health sectors, supporting its feasibility for strengthening CKD prevention through risk-factor control. However, the before-after design without a comparison group limits causal conclusions. Studies with comparison groups and longer follow-up are needed.

Keywords : Chronic Kidney Disease, Action Research, network partners

^{*} Medical Physician Senior Professional Level, Kaedam Hospital Maha Sarakham Province.

¹ Corresponding author: Peachlada Chammanee, E-mail: Dortorpear2013@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่มีความสำคัญเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง จาก GBD Study ปี 2017 พบผู้ป่วย CKD ทั่วโลก 697.5 ล้านคน ความชุกร้อยละ 9.1 เสียชีวิต 1.2 ล้านคนต่อปี และสูญเสียปีสุขภาวะ 35.8 ล้านปี โดยเกือบหนึ่งในสามมีสาเหตุจากเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽¹⁾ ซึ่ง GBD Study ปี 2023 ยืนยันว่า CKD ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพระดับโลก⁽²⁾ สำหรับไทย Thai SEEK Study พบความชุกในผู้ใหญ่ร้อยละ 17.5 โดยทราบว่าป่วยเพียงร้อยละ 1.9⁽³⁾ และในชนบทภาคอีสาน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 26.8 แต่รับรู้สถานะโรคเพียงร้อยละ 3.5⁽⁴⁾ สาเหตุหลักคือเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี ซึ่งผลักดันให้มีการดำเนินการเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง โดย NHES (ปี 2562-2563) พบความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 22.7⁽⁵⁾ และเบาหวานที่ควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 20.5⁽⁶⁾ สะท้อนว่าการควบคุมโรคเรื้อรังต้นทางไม่ดีเชื่อมโยงกับการะโรคไตเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นต่อเนื่อง

อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม มีประชากร 22,929 คน ข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ปี 2567 พบผู้ป่วยเบาหวาน 2,487 คน และความดันโลหิตสูง 4,028 คน ควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ 43.6 และ 72.4 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ที่น่าห่วงยิ่งกว่าคือสัดส่วนผู้ป่วย CKD ที่ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมายลดลงจากร้อยละ 73.8 ในปี 2566 เหลือร้อยละ 56.0 ในปี 2567⁽⁷⁾ การวิเคราะห์

สถานการณ์พบข้อจำกัดรอบด้าน ทั้งความรู้ พฤติกรรม การเข้าถึงบริการ กำลังคน สภาพแวดล้อม และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน จึงต้องพัฒนากลไกเชิงพื้นที่เชื่อมโยงระบบบริการ ครอบคลุม และชุมชนอย่างเป็นระบบ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ารูปแบบการป้องกันและชะลอ CKD ในบริบทไทยมีความหลากหลายแต่ยังจำกัดในมิติใดมิติหนึ่ง ทั้งทีมสหวิชาชีพบูรณาการดูแลเชิงคลินิกอย่าง ESCORT และ ESCORT-2 ซึ่งชะลอ eGFR ได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁸⁻⁹⁾ รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขติดตามผู้ป่วยและเชื่อมโยงครัวเรือน⁽¹⁰⁾ และ CKDNET ที่ใช้กลไกระดับภูมิภาคคัดกรอง จัดทะเบียน และพัฒนาคุณภาพการดูแล⁽¹¹⁾ ซึ่งคุ้มค่ากว่าการดูแลตามปกติ⁽¹²⁾ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน Phoklang และคณะ พบว่าในมหาสารคาม การวางแผนแบบมีส่วนร่วมช่วยชะลอ eGFR ในกลุ่มเสี่ยงได้⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตาม รูปแบบข้างต้นยังเน้น Secondary/Tertiary Prevention ในกลุ่มที่ป่วยหรือเสี่ยงสูงแล้ว แม้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนก็ยังจำกัดเฉพาะในระดับครัวเรือน/อาสาสมัคร ยังไม่มีรูปแบบใดใช้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) บูรณาการภาคส่วนนอกระบบสุขภาพ ทั้งท้องถิ่น สถานศึกษา ร้านค้า และประชาชน เข้ากับมาตรการด้านบริการ พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมภายใต้รูปแบบเดียว

ด้วยช่องว่างดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงประยุกต์การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research: AR) ตามแนวคิด Kemmis & McTaggart⁽¹⁴⁾ ให้

ภาคีเครือข่ายมีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยใช้ พชอ. เป็นกลไกหลักขับเคลื่อนนโยบาย สอดคล้องกับแนวทาง Health in All Policies⁽¹⁵⁾ เพื่อเติมเต็มช่องว่างองค์ความรู้และสร้างต้นแบบ ขยายผลสู่พื้นที่ชนบทอื่นในภาคอีสานอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินผลของการใช้รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research: AR) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ดำเนินการในอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงกันยายน พ.ศ. 2568 แบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์การวิจัย ได้แก่ ระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะพัฒนา

รูปแบบ และระยะประเมินผล โดยระยะพัฒนารูปแบบดำเนินการตามวงจร PAOR (Plan-Act-Observe-Reflect) จำนวน 1 วงรอบ ซึ่งเป็นวงรอบเริ่มต้นของกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก ร่วมกับตัวชี้วัดเชิงปริมาณเพื่อสนับสนุนการประเมินผลลัพธ์

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่อำเภอแกลง จำนวน 110 คน คัดเลือกโดยวิธีเลือกแบบเจาะจง ครอบคลุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 คน ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจาก 9 แห่ง ผู้ประกอบการร้านค้า 10 คน ผู้ประสานงานกลุ่มเยาวชน 1 คน และผู้แทนผู้ป่วย 30 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้าเป็นผู้ที่อ่านเขียนภาษาไทยได้ สมัครใจเข้าร่วม และสามารถร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการ ส่วนผู้ที่มิภาวะสุขภาพรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมกิจกรรมได้จะไม่ถูกคัดเข้า

ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณจากเวชระเบียนผู้รับบริการโรคเบาหวาน (ICD-10: E110-E119) จำนวน 2,487 คน และโรคความดันโลหิตสูง (ICD-10: I10) จำนวน 4,028 คน ที่มารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพพื้นที่อำเภอแกลงตลอดช่วงเวลาที่ศึกษา โดยคัดออกรายที่ย้ายถิ่นฐานหรือมีข้อมูลไม่เพียงพอต่อการประเมินผล

วิธีดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์: ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และปัญหาการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชนอำเภอแกลง ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) กับภาคีเครือข่าย จำนวน 110 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่ม กลุ่มละ 15-20 คน ใช้เวลากลุ่มละ 40-60 นาที ร่วมกันศึกษาจากเอกสารด้านข้อมูลประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง และปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ: ดำเนินการตามวงจร PAOR ของ Kemmis & McTaggart 1 วงรอบ เริ่มจากขั้นวางแผน (Plan) ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดรูปแบบการดำเนินงาน ทำ MOU และมอบหมายบทบาทหน้าที่ระหว่างภาคีเครือข่าย จากนั้นเข้าสู่ขั้นปฏิบัติ (Act) ดำเนินงานตามแผน ผ่าน 3 โครงการ ได้แก่ "3 Health 3 ลี" "โรงเรียน NCDs (กสน.)" และ "อำเภอแกลงปลอด NCDs" ขั้นสังเกต (Observe) ผู้วิจัยติดตามกระบวนการกิจกรรม และผลลัพธ์ของทั้ง 3 โครงการอย่างต่อเนื่อง และขั้นสะท้อนผล (Reflect) รายงานและเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลัง พร้อมสะท้อนปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข และปัจจัยความสำเร็จร่วมกับภาคีเครือข่าย

ระยะที่ 3 ประเมินผล: สรุปภาพรวมผลการดำเนินงานโดยใช้กรอบ CIPP Model ของ Stufflebeam เป็นแนวทางการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายอีกครั้ง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 2 ชุด โดยชุดที่ 1 มีข้อคำถามปลายเปิด 10 ข้อ ใช้เก็บข้อมูลในระยะศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน และชุดที่ 2 มีข้อคำถามปลายเปิด 16 ข้อ ครอบคลุมด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ตามกรอบ CIPP Model ใช้ในระยะประเมินผลร่วมกับแบบบันทึกข้อมูลสำหรับบันทึกข้อมูลสำคัญจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการ

และแบบจดบันทึกภาคสนาม (Field Notes) สำหรับบันทึกเหตุการณ์และการสัมภาษณ์แบบสดเพื่อให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและถูกต้อง เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของข้อคำถาม ก่อนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งเป็นข้อมูลหลักของการศึกษาใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้เป็นตัววัดสนับสนุนการประเมินผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ เพื่อสะท้อนแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดก่อนและหลังดำเนินโครงการ

ผลการวิจัย

สถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน อำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม

การวิเคราะห์สถานการณ์การป้องกันโรคไตเรื้อรังในพื้นที่อำเภอแกลงดำเนินการควบคู่กันทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่าย และข้อมูลเชิงประจักษ์จากฐานข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ เพื่อให้เห็นภาพปัญหาครอบคลุมทั้งมิติกระบวนการดำเนินงานและตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านกระบวนการดำเนินงาน ภาคีเครือข่ายสะท้อนปัญหาสำคัญครอบคลุมการขาดรูปแบบดำเนินงานที่ชัดเจนภายหลังสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 การขาดการสนับสนุนจากคณะกรรมการ พชอ. การขาดวัสดุอุปกรณ์สำหรับ Health Station อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แพทย์มีภาระงานตรวจผู้ป่วยเฉลี่ย

วันละ 90-150 คน และผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้บริโภคที่ไม่เหมาะสม

ปัญหาเชิงกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์จากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าอำเภอแกลงมีประชากร 22,929 คน เป็นผู้ป่วยเบาหวาน 2,487 คน (ร้อยละ 10.9 ของประชากร) ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 43.6 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4,028 คน (ร้อยละ 17.6) ควบคุมความดันโลหิตได้ดีร้อยละ 72.4 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย สำหรับผู้ป่วย CKD Stage 3-4 สัดส่วนที่สามารถชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ($\geq$ ร้อยละ 70) มีแนวโน้มผันผวน คือ ร้อยละ 64.2 ในปี 2565 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 73.8 ในปี 2566 ก่อนลดลงเหลือร้อยละ 56.0 ในปี 2567 ซึ่งเป็นปีก่อนเริ่มดำเนินโครงการตัวเลขเหล่านี้ยืนยันในเชิงตัวชี้วัดว่าปัญหาด้านกระบวนการดำเนินงานที่ภาคีเครือข่ายสะท้อนไว้ส่งผลให้ตัวชี้วัดทางคลินิกยังไม่บรรลุเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงใน Figure 1

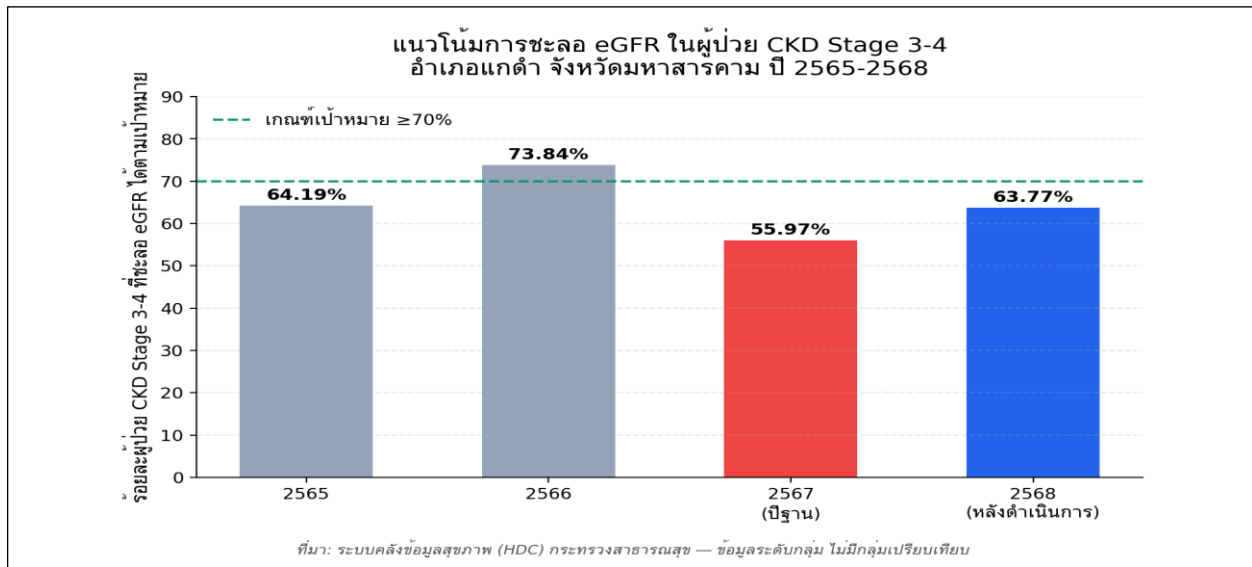


Figure 1: Trends in eGFR Decline Slowing in CKD Stage 3-4 Patients, Kaedam District, Maha Sarakham Province, Fiscal Years 2022 – 2025

Source: Health Data Center (HDC), Ministry of Public Health - Aggregate data, no control group

ข้อค้นพบทั้งสองมติดังกล่าว เป็นข้อมูล
ตั้งต้นสำคัญที่ภาคีเครือข่ายนำเข้าสู่เวทีประชุมเชิง
ปฏิบัติการในระยะถัดไป เพื่อร่วมกันวิเคราะห์

และพัฒนาแบบแผนการป้องกันโรคไตเรื้อรังใน
ชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังแสดงใน
Table 1

Table 1: Summary of Findings from the Situation Analysis, Kaedam District, Maha Sarakham Province

มิติ	ข้อค้นพบสำคัญ
กระบวนการดำเนินงาน (เชิงคุณภาพ)	ขาดรูปแบบชัดเจนหลัง COVID-19 · ขาดการสนับสนุนจาก พชอ. · ขาดวัสดุอุปกรณ์ Health Station · อสม. ขาดความรู้/ความมั่นใจ · แพทย์ภาระงานสูง (90-150 คน/วัน) · พฤติกรรมบริโภคไม่เหมาะสม
ตัวชี้วัดทางคลินิก (เชิงปริมาณ, HDC ปี 2567)	ควบคุมเบาหวานได้ดี 43.6% · ควบคุมความดันได้ดี 72.4% · ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมาย 55.97%

รูปแบบการป้องกันโรคไตเรื้อรังในชุมชน โดย
มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอแกลง จังหวัด
มหาสารคาม

ภาคีเครือข่ายร่วมกับคณะทำงานทุกภาค
ส่วนนำปัญหาจากระยะที่ 1 เข้าสู่เวทีประชุมเชิง
ปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์และกำหนดรูปแบบ

ดำเนินงาน ได้ "KAEDAM Model" ประกอบด้วย
6 องค์ประกอบ ได้แก่ K – Knowledge การ
เสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลตนเอง A -
Access การเพิ่มการเข้าถึงบริการ E - Effective
Coverage การเพิ่มความครอบคลุมของบริการที่มี
ประสิทธิภาพ D - Determinant การจัดการ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ A - Area-based การพัฒนา
โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และ M - Maintenance การ
ธำรงรักษารูปแบบให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของ
ชุมชน ดำเนินการผ่าน 3 โครงการหลัก โดยมี

คณะกรรมการ พชอ. เป็นกลไกหลักในการ
ขับเคลื่อนนโยบายและกำกับติดตามการ
ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงใน Table 2

Table 2: Programs, Projects, and Activities for Community-Based Chronic Kidney Disease Prevention in Kae Dam District, Maha Sarakham Province

ปัญหา/องค์ประกอบ	โครงการ	กิจกรรม	การวัดผล
<u>ปัญหา</u>	โครงการ	-บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	-จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
-ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ	3 Health	(เบาหวาน ความดันโลหิต	โรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับ
<u>องค์ประกอบ</u>	3 สี	สูง) เชิงรุกในชุมชนผ่าน	บริการในชุมชน (Health
A-Access การเพิ่มการเข้าถึงบริการ		Health Station,	Station)
		Telemedicine และ Health	-จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
		Rider โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นสี	โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม
		เขียว-เหลือง-แดง	ได้ดี
<u>ปัญหา</u>	โครงการ	-อสม. เป็นครูพี่เลี้ยง ช่วย	-จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
-ปัญหาด้านขาดความรู้	โรงเรียน	ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการปรับ	โรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วม
-ปัญหาด้านประสิทธิภาพการจัดทำโครงการ	NCDs	พฤติกรรมด้วยตนเองที่	โครงการ
<u>องค์ประกอบ</u>	แบบ	บ้านผ่านสมุดคู่มือที่จัดทำ	-จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการที่มี
K-Knowledge การเสริมสร้างความรู้และทักษะ	กสน.	ขึ้น ร่วมติดตามวัดระดับ	ความรู้เพิ่มขึ้น
การดูแลตนเอง		น้ำตาลในเลือดและความ	-จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและ
M-Maintenance การธำรงรักษารูปแบบให้		ดันโลหิต 12 สัปดาห์	โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุม
สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน			ได้ดี
<u>ปัญหา</u>	โครงการ	-พัฒนาสังคมและ	-จำนวนร้านค้าลดหวาน มัน เค็ม
-ปัญหาด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม	อำเภอแก	สิ่งแวดล้อมผ่านธรรมนูญ	-จำนวนครัวเรือนที่ปลูกผักกิน
-ปัญหาด้านขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	ตำบลอด	สุขภาพ นโยบายอำเภอ	เอง
<u>องค์ประกอบ</u>	NCDs	สุขภาพดีด้วย 3อ. 4ส.	-จำนวนเครือข่ายอำเภอปลอด
E-Effective Coverage การเพิ่มความครอบคลุม		นโยบายร้านค้าลดหวาน	NCDs
ของบริการที่มีประสิทธิภาพ		มัน เค็ม ปลูกผักกินเอง	-จำนวนธรรมนูญสุขภาพตำบล
D-Determinant การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพ		เครือข่าย Young Care/เต่า	-จำนวนศูนย์คนไทยห่างไกล
A-Area-based การพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน		นินจา เครือข่าย บวร.ร.	NCDs ในชุมชน (Health
		(บ้าน วัด โรงเรียน	Station)
		ราชการ) และ อย.น้อย	

ผลการประเมินตามกรอบ CIPP Model

ในระยะประเมินผล ผู้วิจัยจัดสนทนา กลุ่มกับภาคีเครือข่ายโดยใช้กรอบ CIPP Model ของ Stufflebeam เป็นแนวทาง ร่วมกับข้อมูลจากการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมและบันทึก field notes ตลอดระยะเวลา 9 เดือน ผลการประเมินแต่ละมิติสรุปได้ดังนี้

ด้านบริบท (Context): ภาคีเครือข่ายเห็นว่าทั้ง 3 โครงการมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของพื้นที่ที่ได้จากระยะศึกษาสถานการณ์ โดยเฉพาะการปรับรูปแบบโรงเรียน NCDs ให้เป็นแบบ กศน. ซึ่งเอื้อต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input): ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีความเข้มแข็งและให้ความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีทรัพยากรเพียงพอทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ อุปกรณ์ และแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนตั้งแต่ขึ้นวางแผนร่วมกัน

ด้านกระบวนการ (Process): ในการดำเนินโครงการ "โรงเรียน NCDs (กศน.)" อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเดิมทำหน้าที่เพียงผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ ได้พัฒนาบทบาทเป็น "ครูพี่เลี้ยง" ในการถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ป่วยสะท้อนจากคำกล่าวของ อสม. ท่านหนึ่งว่า

"เมื่อก่อนเราแค่ทำตามที่หมอสั่ง นึกคนไข้มาวัดความดัน วัดน้ำตาล แต่ตอนนี้เราเป็นครูสอนเขาเองได้แล้ว สอนเรื่องอาหาร เรื่องการดูแลตัวเอง พอเห็นคนไข้คุมน้ำตาลได้ดีขึ้นก็ภูมิใจ รู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น"

ในเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการระดับ พชอ. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญในการ

จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและปรับรายละเอียดกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ดังที่ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งสะท้อนความรู้สึกว่า

"ครั้งนี้ต่างจากเมื่อก่อน เมื่อก่อนหมอกับสาธารณสุขมาบอกว่าต้องทำอะไรบ้าง เราก็ทำตาม แต่ครั้งนี้เราได้คิดเอง เลือกเอง ว่าปัญหาของเราคืออะไร แล้วจะแก้ยังไง พอเป็นของเราเอง ก็อยากทำให้สำเร็จ"

ตลอดการดำเนินงาน เกิดการปรับกิจกรรมผ่านการสะท้อนความคิดร่วมกันหลายจุด ได้แก่ การปรับรูปแบบ "3 Health 3 สี" ให้ครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มสีแดงโดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มเติม หลังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอุปสรรคในการเดินทางมารับบริการ และการปรับสมุดคู่มือผู้ป่วยจากภาษาวิชาการเป็นภาพและภาษาท้องถิ่น หลังพบว่าผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือไม่คล่องใช้ประโยชน์จากคู่มือเดิมไม่ได้ ดังคำกล่าวของ อสม. อีกท่านหนึ่งว่า

"คู่มือเล่มแรกที่ทำมา คำน้นยากเกินไป อ่านไม่ออก หรืออ่านออกก็ไม่เข้าใจ พอเราเอามาคุยกัน ก็เปลี่ยนเป็นรูปภาพเยอะๆ ใช้คำพื้นบ้าน เช่น ข้าวเหนียวกินมาก น้ำตาลขึ้น แทนคำว่าคาร์โบไฮเดรต ตอนนี้ใครๆ ก็เข้าใจ"

ด้านผลผลิต (Product): โครงการทั้ง 3 บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง สอดคล้องกับตัวชี้วัดเชิงประจักษ์ (Table 3, Figure 1) ที่แสดงแนวโน้มดีขึ้นในทุกด้าน ได้แก่ การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.6 เป็นร้อยละ 98.5 ผู้เข้าร่วมโรงเรียน NCDs จำนวน 291 คน มีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 91.1 และควบคุมโรคได้ดี

ขึ้นร้อยละ 45.3 ในกลุ่มผู้เข้าร่วม ร้านค้าลดหวาน
มันเค็มเพิ่มขึ้นเป็น 11 ร้าน คราวเรือนปลูกผักกิน
เอง 440 ครัวเรือน และสัดส่วนผู้ป่วยเบาหวาน/
ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้นใน
ภาพรวม ด้านความยั่งยืน อำเภอแคว้นได้รับรางวัล
รองชนะเลิศอันดับ 1 ด้านการดำเนินงานป้องกัน
และควบคุมโรคไตในชุมชนผ่านกลไก
คณะกรรมการ พชอ. ระดับประเทศปี 2568 ได้รับ
จัดสรรงบประมาณต่อเนื่องจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น และมีการบรรจุ KAEDAM Model
เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ ดังที่ประธาน พชอ. กล่าวว่า

"KAEDAM Model มันไม่ใช่โครงการวิจัย
ที่ทำเสร็จแล้วจบ มันกลายเป็นวิถีของอำเภอเรา
ไปแล้ว แม้หมอย้ายไป รูปแบบนี้ก็อยู่ต่อ
เพราะมันเป็นของชุมชน ไม่ใช่ของใครคนใดคน
หนึ่ง"

ทั้งนี้ ตัวเลขการควบคุมโรคเบาหวาน
และความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้นเป็นแนวโน้มเชิง
บวกที่สอดคล้องกับทิศทางการป้องกันโรคไต
เรื้อรังในภาพรวม แต่ยังไม่สามารถสรุปเป็น
ผลลัพธ์เชิงสาเหตุที่ยืนยันประสิทธิผลของ
รูปแบบต่อการชะลอโรคไตเรื้อรังได้โดยตรง ตาม
ข้อจำกัดของข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลระบบ

HDC

Table 3: Comparison of Pre- and Post-Implementation Indicators Classified by Component and Project

องค์ประกอบ	โครงการ	ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง
Access	"3 Health 3 สี"	ความครอบคลุม Health Station	0%	100% ของ ตำบล/หมู่บ้าน
Access	"3 Health 3 สี"	การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย DM/HT	85.6%	98.5%
Knowledge	"โรงเรียน NCDs (กชน.)"	ความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการ	-	เพิ่มขึ้น 91.1%
Effective Coverage	"โรงเรียน NCDs (กชน.)"	ควบคุมโรคได้ดีในกลุ่มผู้เข้าร่วม	-	เพิ่มขึ้น 45.3%
Determinant	"อำเภอแคว้นปลอด NCDs"	ร้านค้าลดหวานมันเค็ม	0 ร้าน	11 ร้าน
Determinant	"อำเภอแคว้นปลอด NCDs"	ครัวเรือนปลูกผักกินเอง	-	440 ครัวเรือน
Effective Coverage	ภาพรวมทั้ง 3 โครงการ	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	43.6%	49.6%
Effective Coverage	ภาพรวมทั้ง 3 โครงการ	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี	72.4%	80.0%
Effective Coverage	ภาพรวมทั้ง 3 โครงการ	ผู้ป่วย CKD ชะลอ eGFR ได้ตามเป้า	56.0%	63.8%
			(ปี 67)	(ปี 68)

อภิปรายและสรุปผล

ความสามารถในการเปลี่ยนบทบาทของภาคีเครือข่ายผ่านกระบวนการ Reflect

การประเมินตามกรอบ CIPP ข้อค้นพบที่น่าสนใจ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปรับบทบาทจาก "ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่" สู่ "ครูพี่เลี้ยง" ในโรงเรียน NCDs ได้จริง และเกิดการปรับกิจกรรม 2 จุดสำคัญระหว่างดำเนินงาน คือ การขยายรูปแบบ "3 Health 3 ลี" ให้ครอบคลุมการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มสีแดงโดยทีมสหวิชาชีพ และการปรับสมุดคู่มือผู้ป่วยจากภาษาวิชาการเป็นภาพและภาษาท้องถิ่น ทั้งสองกรณีสะท้อนว่าวงจร PAOR ของ Kemmis และ McTaggart⁽¹⁴⁾ ที่ใช้ในการพัฒนาแบบครั้งนี้ไม่ได้เป็นเพียงกรอบทฤษฎีในการอ้างอิงเฉย ๆ แต่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงในภาคสนาม

การใช้กลไกระดับอำเภอบูรณาการภาคส่วนนอก ระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัดในมิติผลผลิต (Product) แสดงแนวโน้มเชิงบวกในทุกด้านที่วัด ทั้งด้านบริการ (Access) ความรู้ (Knowledge) และสภาพแวดล้อม (Determinant) ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานผ่าน 3 โครงการภายใต้กลไกเดียวคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่เชื่อมโยงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา ร้านค้า และประชาชนเข้าด้วยกัน ลักษณะดังกล่าวเป็นจุดสำคัญของงานวิจัยนี้ เนื่องจากสอดคล้องกับข้อค้นพบของการศึกษา

การพัฒนาแบบป้องกันควบคุมโรคด้วยกลไก พชอ. ในระดับประเทศ ที่ชี้ว่ากลไกนี้ช่วยเชื่อมโยงข้อมูลและทรัพยากรระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ได้อย่างเป็นระบบ⁽¹⁶⁾ ขณะที่ความพยายามผลักดันความร่วมมือข้ามภาคส่วนเพื่อควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับนโยบายของไทยยังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องหลายปี⁽¹⁷⁾ การที่ KAEDAM Model สามารถขับเคลื่อนความร่วมมือข้ามภาคส่วนได้อย่างเป็นรูปธรรมในระดับอำเภอ พร้อมหลักฐานความยั่งยืนที่ตรวจสอบได้ ทั้งการได้รับรางวัลระดับประเทศ การได้รับจัดสรรงบประมาณต่อเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการบรรจุเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จึงสะท้อนศักยภาพของกลไกการบูรณาการระดับพื้นที่ในการแก้ปัญหาที่กลไกระดับชาติยังดำเนินการได้จำกัด นับเป็นหลักฐานที่มีคุณค่าต่อการขับเคลื่อนนโยบาย แม้จะดำเนินการในพื้นที่เดียวก็ตาม

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต้นทางกับการชะลอโรคไตเรื้อรัง

สัดส่วนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโรคได้ดีเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 43.6 เป็น 49.6 และร้อยละ 72.4 เป็น 80.0 ตามลำดับ) มีนัยสำคัญเชิงคลินิกเนื่องจากทั้งสองภาวะเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไตเรื้อรัง ผลดังกล่าวสอดคล้องในทิศทางเดียวกับสัดส่วนผู้ป่วย CKD ที่ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมายซึ่งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56.0 ในปีเริ่มต้น เป็นร้อยละ 63.8 ภายหลังดำเนินงาน ผลลัพธ์ทั้งสองส่วนที่มีทิศทาง

สอดคล้องกันเช่นนี้สนับสนุนความเป็นไปได้ของ กลไกทางชีวการแพทย์ที่คาดว่ารูปแบบจะช่วยลด ความเสี่ยงของโรคไตเรื้อรังผ่านการควบคุมโรค ดันเหตุ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการออกแบบเป็น การเปรียบเทียบระดับกลุ่มก่อนและหลังโดยไม่มี กลุ่มเปรียบเทียบ และค่า eGFR หลังดำเนินงานมี เพียงจุดข้อมูลเดียว (ปี 2568) จึงยังไม่สามารถระบุ ได้ว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นผลโดยตรงจากรูปแบบ หรือได้รับอิทธิพลจากแนวโน้มการฟื้นตัวตาม ช่วงเวลาภายหลังสถานการณ์ COVID-19 ที่ส่งผล กระทบต่อระบบบริการในปี 2567

การเปรียบเทียบกับรูปแบบการดูแลโรคไตเรื้อรัง อื่นในบริบทไทย

เมื่อเทียบกับรูปแบบ ESCORT และ ESCORT-2 ที่ใช้ทีมสหวิชาชีพเป็นแกนหลัก เชื่อมโรงพยาบาลกับชุมชนและสามารถชะลอ การดำเนินโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ได้อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติในรูปแบบการทดลองแบบสุ่ม และการศึกษาไปข้างหน้า⁽⁸⁻⁹⁾ และเทียบกับ รูปแบบที่ใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนหลัก ติดตามผู้ป่วยและเชื่อมครัวเรือนกับหน่วยบริการ⁽¹⁰⁾ รวมถึง CKDNET ที่ใช้กลไกเชิงระบบระดับ ภูมิภาคด้านการคัดกรองและทะเบียนผู้ป่วย⁽¹¹⁾ จะ เห็นว่า KAEDAM Model มีลักษณะร่วมในการใช้ เครือข่ายและการดำเนินงานเชิงพื้นที่ แต่มีความ แตกต่างที่ชัดเจนในการใช้กลไก พชอ. บูรณาการ มาตรการ ด้าน บริการ พฤติกรรม และ สภาพแวดล้อมไว้ในรูปแบบเดียว ซึ่งกว้างกว่า โมเดลที่มุ่งเน้นเฉพาะมิตติคลินิกหรือมิติการ ติดตามผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้ ความแตกต่าง ดังกล่าวสะท้อนการประยุกต์ให้เหมาะกับบริบท

ของพื้นที่ มิใช่การยืนยันว่ารูปแบบดังกล่าวมี ประสิทธิภาพเหนือกว่ารูปแบบอื่น เนื่องจาก การศึกษาไม่ได้ออกแบบมาเพื่อเปรียบเทียบ โดยตรงกับรูปแบบเหล่านั้น

ข้อพิจารณาเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

แม้การศึกษานี้ไม่ได้เก็บข้อมูลจากการ ดำเนินงาน KAEDAM Model โดยตรง แต่การ ประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรมดูแล บูรณาการในชุมชนชนบทของไทยพบว่า มี แนวโน้มเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพและประหยัด ต้นทุนเมื่อเทียบกับการดูแลตามปกติ⁽¹²⁾ ซึ่งช่วย สนับสนุนความเป็นไปได้เชิงนโยบายของการ ขยายรูปแบบลักษณะนี้ไปยังพื้นที่อื่น แต่ ยัง จำเป็นต้องมีการประเมินต้นทุนและผลลัพธ์ของ KAEDAM Model โดยตรงในการศึกษาครั้งต่อไป

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อมูลตัวชี้วัดทั้งหมดเป็นข้อมูลทุติยภูมิ จากระบบ HDC ซึ่งเป็นข้อมูลระดับกลุ่ม อาจมี ความคลาดเคลื่อนจากความล่าช้าของการบันทึก หรือความครบถ้วนของการรายงานในแต่ละ ช่วงเวลา และประชากรที่ใช้คำนวณตัวชี้วัดก่อน และหลังอาจมีไข่มุกคลลกลุ่มเดียวกันทั้งหมด จึง ไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ได้ ค่า eGFR ภายหลังดำเนินงานมีเพียงจุดข้อมูล เดียว และระยะเวลาติดตามเพียง 9 เดือนยังสั้น เกินไปสำหรับการประเมินการดำเนินโรคไต เรื้อรังซึ่งเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ในระยะยาว รวมถึงการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้เข้าร่วมกลุ่มละ 15-20 คน อาจจำกัดโอกาส แสดงความคิดเห็นเชิงลึกของผู้เข้าร่วมบางราย นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการในอำเภอเดียว จึง

ควรใช้ความระมัดระวังในการถ่ายทอดผลไปยังพื้นที่ที่มีบริบทและโครงสร้างเครือข่ายแตกต่างกัน

สรุปผล

การพัฒนา KAEDAM Model ผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในอำเภอแกลง จังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ของการใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแกนกลางบูรณาการภาคส่วนสุขภาพและนอกระบบสุขภาพเข้าด้วยกัน ภายหลังดำเนินงานพบแนวโน้มดีขึ้นในตัวชี้วัดทุกด้าน ทั้งการเข้าถึงบริการ ความรู้ของผู้ป่วย การควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และสัดส่วนผู้ป่วย CKD ที่ชะลอ eGFR ได้ตามเป้าหมาย พร้อมทั้งเกิดหลักฐานที่สนับสนุนความยั่งยืน ได้แก่ รางวัลระดับประเทศ งบประมาณสนับสนุนต่อเนื่อง และการบรรจุรูปแบบไว้ในแผนพัฒนาระดับอำเภอ อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดของการออกแบบวิจัยแบบก่อน-หลังที่ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบและข้อมูลทุกข้อมูมิระดับกลุ่ม ผลการศึกษาจึงสนับสนุนความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติการของรูปแบบ มากกว่าจะเป็นหลักฐานเชิงสาเหตุที่ยืนยันประสิทธิภาพของรูปแบบต่อการชะลอโรคไตเรื้อรังโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการและนโยบาย

หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรสนับสนุนให้คณะกรรมการ พชอ. คงบทบาทเป็น

กลไกหลักในการประสานภาคส่วนต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง พร้อมกำหนดผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดแต่ละด้านให้ชัดเจน ควรขยายบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในลักษณะ "ครูพี่เลี้ยง" ไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยจัดให้มีหลักสูตรและระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และควรพัฒนาระบบเชื่อมโยงข้อมูลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรังระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาล และกลไกระดับอำเภอ ภายใต้มาตรการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

การศึกษาในระยะถัดไปควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือการวิเคราะห์อนุกรมเวลาแบบมีจุดแทรกแซง เพื่อจำแนกผลของรูปแบบออกจากแนวโน้มตามเวลา ควรติดตามค่า eGFR อย่างต่อเนื่องมากกว่าหนึ่งจุด ข้อมูลเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12-24 เดือน และควรเก็บข้อมูลต้นทุนควบคู่กับผลลัพธ์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของรูปแบบ ในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ ควรรายงานกระบวนการสร้างรหัส การพัฒนาประเด็นหลัก และวิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลอย่างครบถ้วน และควรขยายการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อื่นของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีบริบทเครือข่ายแตกต่างกัน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลแกดำ
จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 010/2567 วันที่ 30
สิงหาคม พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

1. GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2020;395(10225):709-33.
DOI:[10.1016/S0140-6736\(20\)30045-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30045-3)
2. GBD 2023 Chronic Kidney Disease Collaborators. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease in adults, 1990-2023, and its attributable risk factors: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023. Lancet 2025;406(10518):2461-82.
DOI:[10.1016/S0140-6736\(25\)01853-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01853-7)
3. Ingsathit A, Thakkestian A, Chaiprasert A, Sangthawan P, Gojaseni P, Kiattisunthorn K, et al. Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. Nephrol Dial Transplant 2010;25(5):1567-75.
DOI:[10.1093/ndt/gfp669](https://doi.org/10.1093/ndt/gfp669)
4. Cha'on U, Tippayawat P, Sae-Ung N, Pinlaor P, Sirithanaphol W, Theeranut A, et al. High prevalence of chronic kidney disease and its related risk factors in rural areas of Northeast Thailand. Sci Rep 2022;12(1):18188.
DOI:[10.1038/s41598-022-22538-w](https://doi.org/10.1038/s41598-022-22538-w)
5. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Goldstein A, et al. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in the Thai population, 2004 to 2020. BMC Public Health 2024;24(1):3149.
DOI:[10.1186/s12889-024-20643-1](https://doi.org/10.1186/s12889-024-20643-1)
6. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Bumrerraj S, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Neelapaichit N, et al. Diabetes trends and determinants among Thai adults from 2004 to 2020. Sci Rep 2025;15(1):31620.
DOI:[10.1038/s41598-025-17619-5](https://doi.org/10.1038/s41598-025-17619-5)

7. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC). [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 13 ส.ค. 2569]. เข้าถึงได้จาก:
<https://hdcservice.moph.go.th>
8. Jiamjariyapon T, Ingsathit A, Pongpirul K, Vipattawat K, Kanchanakorn S, Saetie A, et al. Effectiveness of integrated care on delaying progression of stage 3-4 chronic kidney disease in rural communities of Thailand (ESCORT study): a cluster randomized controlled trial. BMC Nephrol 2017;18(1):83. DOI:[10.1186/s12882-016-0414-4](https://doi.org/10.1186/s12882-016-0414-4)
9. Thanachayanont T, Chanpitakkul M, Hengtrakulvenit J, Watcharakanon P, Wisansak W, Tancharoensukjit T, et al. Effectiveness of integrated care on delaying chronic kidney disease progression in rural communities of Thailand (ESCORT-2) trials. Nephrology (Carlton) 2021;26(4):333-40. DOI:[10.1111/nep.13849](https://doi.org/10.1111/nep.13849)
10. Theeranut A, Methakanjanasak N, Lertsinudom S, Surit P, Panyaek N, Leeladapattarakul S, et al. Integrated care model by the village health volunteers to prevent and slow down progression of chronic kidney disease in a rural community, Thailand. J Prim Care Community Health 2024;15:21501319241240355. DOI:[10.1177/21501319241240355](https://doi.org/10.1177/21501319241240355)
11. Cha'on U, Wongtrangan K, Thinkhamrop B, Tatiyanupanwong S, Limwattananon C, Pongskul C, et al. CKDNET, a quality improvement project for prevention and reduction of chronic kidney disease in the Northeast Thailand. BMC Public Health 2020;20(1):1299. DOI:[10.1186/s12889-020-09387-w](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09387-w)
12. Paffett M, Phannajit J, Chavarina KK, Chuanchaiyakul T, Jiamjariyapon T, Thanachayanont T, et al. Economic evaluation of an integrated care program compared to conventional care for patients with chronic kidney disease in rural communities of Thailand. Kidney Int Rep 2024;9(8):2546-58. DOI:[10.1016/j.ekir.2024.05.012](https://doi.org/10.1016/j.ekir.2024.05.012)
13. นิตยา โปกกลาง, เอมอร สุทธิสา, ณัฐวุฒิ มาสาซ้าย, ชวწყ์ ปิณะเก. กระบวนการจัดตั้งชุมชนรักไตแบบมีส่วนร่วม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2560 - 2561. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2564;30(4):634-44. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/10602>
14. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore : Springer Nature Singapore, 2014.

15. World Health Organization Thailand. Noncommunicable Diseases - Health in All Public Policies for the Prevention and Control of NCDs. [Internet]. 2024. [cited 2024 Jul 9]. Available from: <https://www.who.int/thailand/our-work/NCDs>
16. ไพโรจน์ พรหมพันธุ์, ทิพย์รัตน์ สิงห์ทอง, วิไลลักษณ์ หฤหรรษ์พงศ์, สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค 2566;49(1):191-205.
DOI:<https://doi.org/10.14456/dcj.2023.17>
17. Sornpaisarn B, Chunharas S, Sornpaisarn S, Saonuan P, Nipun RF, Butryee C, et al. Enhancing multi-sectoral collaborations for the prevention and control of NCDs in Thailand with a new approach. Health Res Policy Syst 2024;22(1):169.
DOI:[10.1186/s12961-024-01262-z](https://doi.org/10.1186/s12961-024-01262-z)