# รูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน-ไกรสร ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุจิตรา สังข์เพชร
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน-ไกรสร
Corresponding author, Email: seecat.meaw.sujitra@gmail.com
(วันรับบทความ : 24 กุมภาพันธ์ 2569, วันแก้ไขบทความ : 25 พฤษภาคม 2569, วันตอบรับบทความ : 8 มิถุนายน 2569)

## บทคัดย่อ

**บทนำ :** โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่เพิ่มภาระต่อระบบบริการปฐมภูมิ การป้องกันในกลุ่มเสี่ยงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบก่อนเกิดผู้ป่วยรายใหม่จึงมีความจำเป็น

**วัตถุประสงค์ :** เพื่อ 1) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 2) ลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

**วัสดุและวิธีการศึกษา :** ดำเนินการ 3 ระยะ 1) ศึกษาและสังเคราะห์สถานการณ์และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบคลินิก และ 3) ประเมินผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง เป็นเวลา 24 สัปดาห์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 47 คน ที่มีความเสี่ยงต่อเบาหวานและความดันโลหิตสูง เก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง และค่าชี้วัดทางคลินิก ด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ แบบประเมินการจัดการตนเอง และแบบบันทึกค่าชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และความดันโลหิต วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ paired samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

**ผลการศึกษา** : รูปแบบคลินิกประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินรายบุคคล การตั้งเป้าหมายสุขภาพ การวางแผนร่วมกัน การปฏิบัติตามแผน และการติดตามประเมินผล โดยบูรณาการทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ภายหลังดำเนินงานไม่พบผู้เข้าร่วมเป็นผู้ป่วยรายใหม่ พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (โดยสัดส่วนผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 36.2 เป็นร้อยละ 78.7 และผู้ที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.1 เป็นร้อยละ 70.2 $p < 0.05$) ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตลดลง โดยค่าเฉลี่ย FPG ลดลงจาก 116.2 เป็น 104.7 mg/dL (Mean diff = 11.5 ± 16.0, (FPG ลดลง 11.5 mg/dL, $p = 0.001$; Systolic ลดลง 8.8 mmHg, $p = 0.003$; Diastolic ลดลง 5.1 mmHg, $p = 0.005$) และความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น

**สรุป** : รูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้

**คำสำคัญ** : กลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยรายใหม่ การจัดการตนเอง

# A Behavioral Modification Clinic Model Affecting the Incidence of New Patients Among At-Risk Groups for Non-Communicable Diseases in the Catchment: Area of Ban Chiew Lan–Kraisorn Subdistrict Health Promoting Hospital, Khaophung Subdistrict, Ban Ta Khun District, Surat Thani Province

Sujitra Sangphet, NP (Nurse Practitioner),

Ban Chiao Lan-Kraisorn Community Health Center .

## Abstract

**Background:** Non-communicable diseases (NCDs) represent a growing burden on primary care systems. Systematic behavioral modification among at-risk populations prior to the onset of new cases is therefore essential for effective prevention.

**Objectives:** To 1) develop and evaluate the effectiveness of a behavioral modification clinic model for individuals at risk of non-communicable diseases, and 2) reduce the incidence of new cases while promoting healthy behaviors.

**Materials and Methods:** The study was conducted in three phases: 1) situational analysis and needs assessment, 2) clinic model development, and 3) outcome evaluation using a one-group pretest–posttest quasi-experimental design over 24 weeks. Purposive sampling was used to recruit 47 participants at risk for diabetes and hypertension. Data were collected using a health behavior questionnaire, a self-management assessment tool, and clinical record forms covering fasting plasma glucose (FPG) and blood pressure. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test at a significance level of $p < 0.05$.

**Results:** The clinic model comprised five steps: individual assessment, health goal setting, collaborative care planning, plan implementation, and monitoring and evaluation — integrating interprofessional teams, families, and communities. Following the intervention, no participants developed new disease. Health behaviors improved significantly: the proportion of participants exercising regularly increased from 36.2% to 78.7%, and those with blood pressure within normal range increased from 19.1% to 70.2% ($p < 0.05$). Clinical indicators also improved: mean FPG decreased from 116.2 to 104.7 mg/dL (mean difference = 11.5 ± 16.0 mg/dL, $p = 0.001$), systolic blood pressure decreased by 8.8 mmHg ($p = 0.003$), and diastolic blood pressure decreased by 5.1 mmHg ($p = 0.005$). Self-management capacity also increased.

**Conclusion:** The behavioral modification clinic model effectively reduced risk factors, promoted healthy behaviors, and prevented new cases among individuals at risk of non-communicable diseases.

**Keywords:** non-communicable disease risk group, behavior modification clinic, new case occurrence, self-management

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญระดับโลกและประเทศไทย สาเหตุการเสียชีวิตหลักและก่อให้เกิดภาระโรคอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานข้อมูลปี พ.ศ. 2562 ว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs มากกว่า 41 ล้านคนต่อปีคิดเป็นร้อยละ 71 การเสียชีวิต ทั้งหมดทั่วโลก โดยส่วนใหญ่เกิดในประเทศ รายได้ต่ำและปานกลาง ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างมีนัยสำคัญ[1] กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลักจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์[2-4] สถานการณ์ในประเทศไทยพบว่าอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการดำเนินงานคัดกรองตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข แต่ระบบบริการส่วนใหญ่ยังคงเน้นการดูแลเชิงรับ ขาดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นระบบและต่อเนื่อง ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงจำนวนมากยังไม่สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงและมีโอกาสพัฒนาเป็นผู้ป่วยรายใหม่[3-4] โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งมีผลการดำเนินงานคัดกรองต่ำกว่าเป้าหมาย สะท้อนถึงช่องว่างของระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะก่อนเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง[4] พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน –ไกรสร พบกลุ่มเสี่ยงจำนวนมาก แต่ยังขาดรูปแบบการดูแลที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง อาศัยกรอบแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ แนวคิดการจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner ที่เน้นระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) ของ Creer ที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถตั้งเป้าหมาย ประเมินผล และปรับพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง และแนวคิดการพัฒนาคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) ซึ่งเน้นการประเมินรายบุคคล การตั้งเป้าหมาย การวางแผนร่วมกัน และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการสนับสนุนจากทีม สหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน เป็นแนวทางสำคัญการส่งเสริมการจัดการตนเองและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังเชิงระบบและการจัดการตนเอง [5-7] อย่างไรก็ตามการประยุกต์ใช้ในระดับบริการปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดและต้องการการพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับบริการปฐมภูมิ จึงมีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างยั่งยืนในชุมชน

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง

## วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสังเคราะห์รูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้การทบทวนเอกสาร การสำรวจ และการสนทนากลุ่มเพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และองค์ประกอบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาสร้างและปรับปรุงรูปแบบให้มีความเหมาะสม ครอบคลุมกระบวนการดูแล และผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิโดยเป็นผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (one-group pretest–posttest design) เพื่อศึกษาผลของรูปแบบต่อพฤติกรรมสุขภาพและค่าชี้วัดทางคลินิกของกลุ่มเสี่ยงการดำเนินการศึกษาอยู่ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567–2568 ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน - ไกรสร อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

### ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่ศึกษา

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน - ไกรสร อำเภอบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ พ .ศ.2567 - 2568

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 47 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยเป็นผู้ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตสูงกว่าค่าปกติแต่ยังไม่ถึงเกณฑ์วินิจฉัยโรค

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยงภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-diabetes) คือ มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) 100 - 125 mg/dL หรือค่า HbA1c 5.7 - 6.4% หรือผลการทดสอบความทนต่อน้ำตาล (OGTT) 140 - 199 mg/dL[1] 2) กลุ่มเสี่ยงภาวะก่อนความดันโลหิตสูง (Pre-hypertension) คือ มีค่าความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาล (OBP) 130/80 - 139/89 mmHg หรือค่าที่วัดที่บ้าน (HBP) 125/75 - 134/84 mmHg(2)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ผู้ที่มีค่าชี้วัดทางคลินิกกลับสู่เกณฑ์ปกติอย่างต่อเนื่องระหว่างการติดตาม 2) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงระหว่างการศึกษา 3) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องหรือขาดการติดตาม

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) จำนวน 13 คน ได้แก่ ตัวแทนญาติกลุ่มเสี่ยง 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.5 คน) และบุคลากรสาธารณสุขทีมสหวิชาชีพ 3 คน เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (focus group) โดยเป็นผู้ที่มีประสบการณ์และมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามระยะของการวิจัยและพัฒนา 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสังเคราะห์รูปแบบ** ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน 1) การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง 2) การสำรวจข้อมูลกลุ่มเสี่ยง 3) การสนทนากลุ่ม เครื่องมือเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามการจัดการตนเองต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการจัดการตนเอง เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมเท่ากับ 0.848 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

**ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** ผลจากระยะที่ 1 มาพัฒนาเป็นรูปแบบการดำเนินงาน (intervention) ภายใต้แนวคิดการดูแลแบบผสมผสาน (Conventional Care ร่วมกับ Intensive Care) รูปแบบประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินรายบุคคล 2) การตั้งเป้าหมายสุขภาพ 3) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4) การปฏิบัติตามแผน 5) การติดตามและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) สมุดบันทึกสุขภาพรายบุคคล 2) อุปกรณ์ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และกิจกรรมทางกาย รูปแบบได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

**ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ** ใช้วิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง ระยะเวลา 24 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่องที่ 3 และ 6 เดือน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แบบบันทึกค่าชี้วัดทางคลินิก ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบทีแบบจับคู่ (paired t-test)

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลการสนทนากลุ่มกับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตัวแทนญาติ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และทีมสหวิชาชีพ รวม 13 คน วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน ความต้องการ และรูปแบบที่เหมาะสมของ Prevention Clinic

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 47 คน) และข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ Prevention Clinic ใน 6 องค์ประกอบตามกรมควบคุมโรค

3) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วม Prevention Clinic ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FPG) ความดันโลหิต Systolic และ Diastolic รวมถึงคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ด้วย paired samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ระยะเวลาดำเนินการวิจัยและพัฒนาทั้งหมด 24 สัปดาห์

**จริยธรรมการวิจัย**

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้ได้รับการรับรองจาก

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2568/296 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิของผู้เข้าร่วม พร้อมทั้งขอความยินยอมโดยสมัครใจ ผู้เข้าร่วมสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการรับบริการ ข้อมูลที่ได้จากวิจัยถูกเก็บรักษาเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลส่วนบุคคล และนำเสนอผลการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ในภาพรวมเท่านั้น

## ผลการศึกษา

**ระยะที่ 1 ศึกษาและสังเคราะห์รูปแบบ Prevention Clinic (n=47)** พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 61.7) เพศหญิงร้อยละ 54.4 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 80.9 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาร้อยละ 63.8 และประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 51.1 โดยมีพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีโดยดูแลสุขภาพ พบว่าร้อยละ 97.9 ตั้งเป้าหมายสุขภาพในระดับปกติหรือควบคุมได้ ร้อยละ 100 รับประทานอาหารตามหลัก 2:1:1 และออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที ร้อยละ 97.9 จัดการตนเองได้ดี มีสติเมื่อเกิดปัญหา ร้อยละ 100 ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล และมาตรวจติดตามตามนัด ด้านการตั้งเป้าหมายสุขภาพ พบว่า ระดับน้ำตาลก่อนอาหาร ส่วนใหญ่พบมากที่สุดคือ 80 mg/dL (ร้อยละ 59.6) ระดับน้ำตาลหลังอาหารพบมากที่สุดคือ 100 mg/dL (ร้อยละ 78.7) ค่าความดันโลหิตที่บ้าน ส่วนใหญ่ค่าที่ 110/60 mmHg มากที่สุด (ร้อยละ 55.3 และ 93.6 ตามลำดับ) ค่าความดันในสถานพยาบาล พบค่าที่ 120/80 mmHg มากที่สุด (ร้อยละ 61.7 และ 59.6) และค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ส่วนใหญ่พบค่าที่ 20 kg/m² มากที่สุด (ร้อยละ 36.2)

จากการรายงานตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถกำหนดเป้าหมายสุขภาพได้เหมาะสม ทั้งด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และดัชนีมวลกาย รวมถึงมีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของกลุ่มเสี่ยงในการจัดการตนเอง ขณะเดียวกันยังชี้ให้เห็นความจำเป็นในการพัฒนาระบบสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องเพื่อเสริมแรงจูงใจและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อันนำไปสู่การออกแบบรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะถัดไป

**ระยะที่ 2 คือ การพัฒนาคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Hybrid Prevention Clinic Model)** ผลการพัฒนารูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) จากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกับทบทวนวรรณกรรม พบว่า ระบบบริการเดิมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังขาดความต่อเนื่องและการสนับสนุนเชิงระบบ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงขาดแรงจูงใจและไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน ผู้วิจัยจึงพัฒนา “รูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Hybrid Prevention Clinic Model)” ซึ่งบูรณาการการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เทคโนโลยี และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน รูปแบบดังกล่าวประกอบด้วย 5 องค์ประกอบสำคัญ

(1) การจำแนกระดับความเสี่ยง แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ (Low Risk) ที่ได้รับ

บริการแบบ Conventional Care และกลุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) ที่ได้รับบริการแบบ Intensive Care พร้อมติดตามค่าทางคลินิกอย่างใกล้ชิดและส่งต่อแพทย์เมื่อจำเป็น

(2) กระบวนการคลินิก 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินรายบุคคล (Assessment) การตั้งเป้าหมาย (Goal-setting) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) และการประเมินผล/ติดตาม (Evaluation/Monitoring) ในเดือนที่ 3 และ 6 เพื่อปรับแผนรายบุคคล

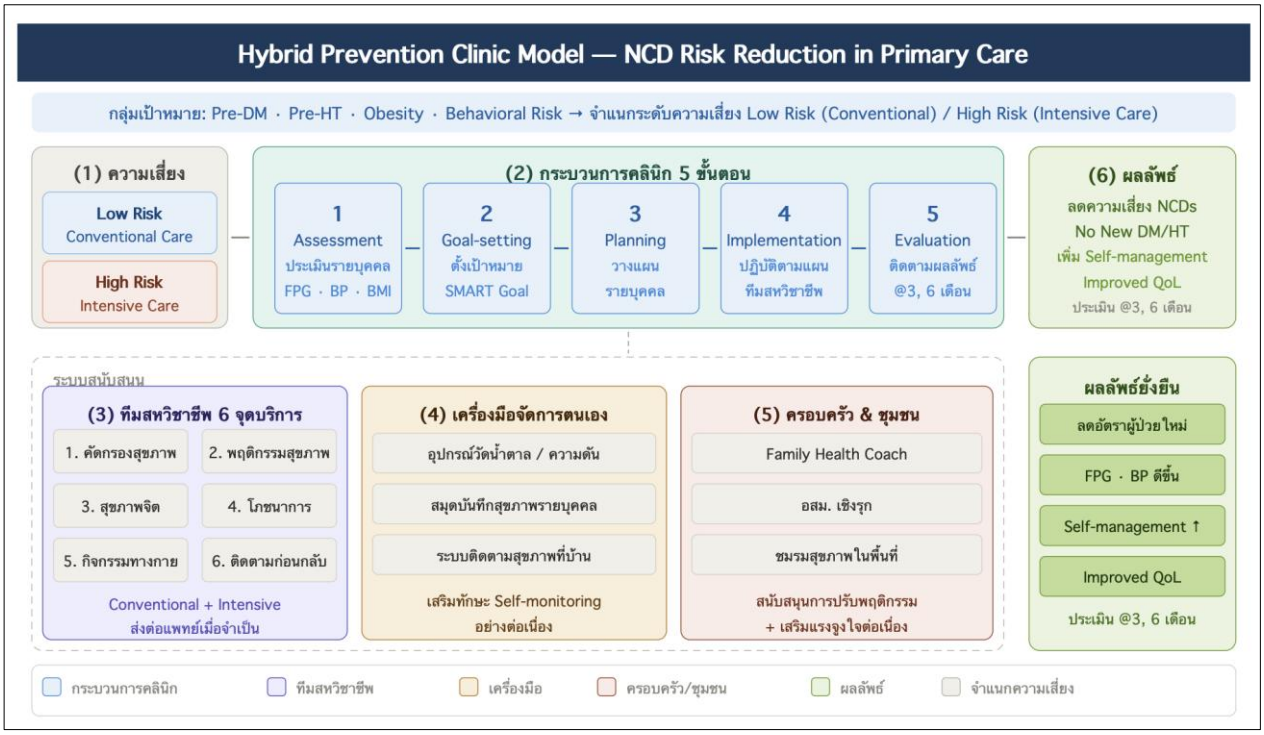
(3) การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพรายบุคคล ผ่านบริการ 6 จุด ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ การประเมินสุขภาพจิต การวางแผนโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการติดตามแผนการดูแลก่อนกลับบ้าน

(4) เครื่องมือเสริมการจัดการตนเอง เช่น อุปกรณ์ติดตามระดับน้ำตาลและความดันโลหิต สมุดบันทึกสุขภาพ และระบบติดตามสุขภาพที่บ้าน เพื่อเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

(5) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยส่งเสริมบทบาทครอบครัวในฐานะ Family Health Coach สนับสนุนการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามต่อเนื่อง และการเสริมแรงจูงใจ ควบคู่กับการพัฒนาอสม. และกลไกชมรมสุขภาพในพื้นที่ให้ทำงานเชิงรุกมากขึ้น

ผลลัพธ์ของรูปแบบนี้มุ่งหวังให้เกิดการลดความเสี่ยงโรค NCDs เพิ่มความสามารถในการจัดการตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเสี่ยงอย่างยั่งยืน ผ่านระบบบริการสุขภาพเชิงป้องกันที่เชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพเข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ

ดังรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Hybrid Prevention Clinic Model)ดังภาพที่ 1




**ภาพที่ 1** รูปแบบ“คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Hybrid Prevention Clinic Model)

ดังนั้นรูปแบบ“คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบผสมผสาน (Hybrid Prevention Clinic Model) สามารถเห็นองค์ประกอบกระบวนการ และผลลัพธ์ของ Prevention Clinic อย่างชัดเจน

**ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic)** ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน - หลัง (one - group pretest - posttest design) ระยะเวลา 24 สัปดาห์ ในกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 47 ราย โดยผู้เข้าร่วมได้รับการดูแลตามกระบวนการจัดการตนเอง 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินรายบุคคล การตั้งเป้าหมายสุขภาพ การวางแผนรายบุคคล การปฏิบัติตามแผนโดยมีทีมสหวิชาชีพและครอบครัวสนับสนุน และการติดตามประเมินผล ผลลัพธ์ประเมินจากการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและค่าชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พร้อมติดตามผลต่อเนื่องที่ 3 และ 6 เดือน ดังแสดงในตาราง

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและค่าชี้วัดทางคลินิกก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) (n = 47)

| ตัวชี้วัด | ก่อนเข้าร่วม n=47 (%) | หลังเข้าร่วม n=47 (%) | การเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ) | ทิศทางผลลัพธ์ |
|---|---|---|---|---|
| ออกกำลังกายสม่ำเสมอ | 17 (36.2) | 37 (78.7) | +42.5 | เพิ่มขึ้น |
| ระดับน้ำตาลในเกณฑ์ | 17 (36.2) | 37 (78.7) | +42.5 | เพิ่มขึ้น |
| รับประทานอาหารสุขภาพ | 20 (41.5) | 39 (83.0) | +41.5 | เพิ่มขึ้น |
| ระดับความดันโลหิตในเกณฑ์ | 9 (19.1) | 33 (70.2) | +51.1 | ดีขึ้น |

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และความดันโลหิตก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ (n = 47)

| ตัวแปร | ก่อนเข้าร่วม (Mean) | หลังเข้าร่วม (Mean) | Mean diff ± SDdiff | t | *p* - value |
|---|---|---|---|---|---|
| ระดับน้ำตาลในเลือด(FPG; mg/dL) | 116.2 | 104.7 | 11.5 ± 16.0 | 4.92 | 0.001 |
| ความดันโลหิต Systolic (mmHg) | 137.4 | 128.6 | 8.8 ± 16.9 | 3.57 | 0.003 |
| ความดันโลหิต Diastolic (mmHg) | 85.2 | 80.1 | 5.1 ± 11.1 | 3.15 | 0.005 |

ภายหลังการเข้าร่วมโครงการ พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) และค่าความดันโลหิตทั้ง systolic และ diastolic ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ซึ่งสะท้อนถึงผลลัพธ์เชิงบวกของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการควบคุมค่าชี้วัดทางคลินิกในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) ของผู้รับบริการ พบว่า **1) รูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) ในมิติการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ** ได้แก่ (1) ทิศทางและนโยบาย (2) ระบบสารสนเทศ (3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ (4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ (6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ทั้งนี้ในทุกองค์ประกอบอยู่ระดับ “มาก” โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.37 - 4.42 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานต่ำ (0.18 - 0.41) สะท้อนถึงความสอดคล้องเชิงระบบและความมั่นคงของกระบวนการดำเนินงาน โดยรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ Prevention Clinic ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ย 4.64 จาก 5.00) ทั้งนี้ประเด็นที่พึงพอใจสูงสุด คือ การพัฒนาคุณภาพบริการและความเป็นระบบของกระบวนการดูแล ผลดังกล่าวสะท้อนว่า การพัฒนารูปแบบสามารถยกระดับระบบบริการปฐมภูมิให้มีเป็นระบบมากยิ่งขึ้นและมีประสิทธิภาพ

**ตารางที่ 3** ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) ผู้รับบริการต่อผลลัพธ์ด้านระบบบริการ (Service Outcomes) ตามองค์ประกอบกรมควบคุมโรค (n = 47)

| ลำดับ | รายการ | ค่าเฉลี่ย | S.D. | แปลผล |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ทิศทางและนโยบาย | 4.42 | 0.18 | มาก |
| 2 | ระบบสารสนเทศ | 4.37 | 0.32 | มาก |
| 3 | การปรับระบบและกระบวนการบริการ | 4.40 | 0.23 | มาก |
| 4 | ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง | 4.40 | 0.39 | มาก |
| 5 | ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ | 4.38 | 0.41 | มาก |
| 6 | จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน | 4.37 | 0.40 | มาก |

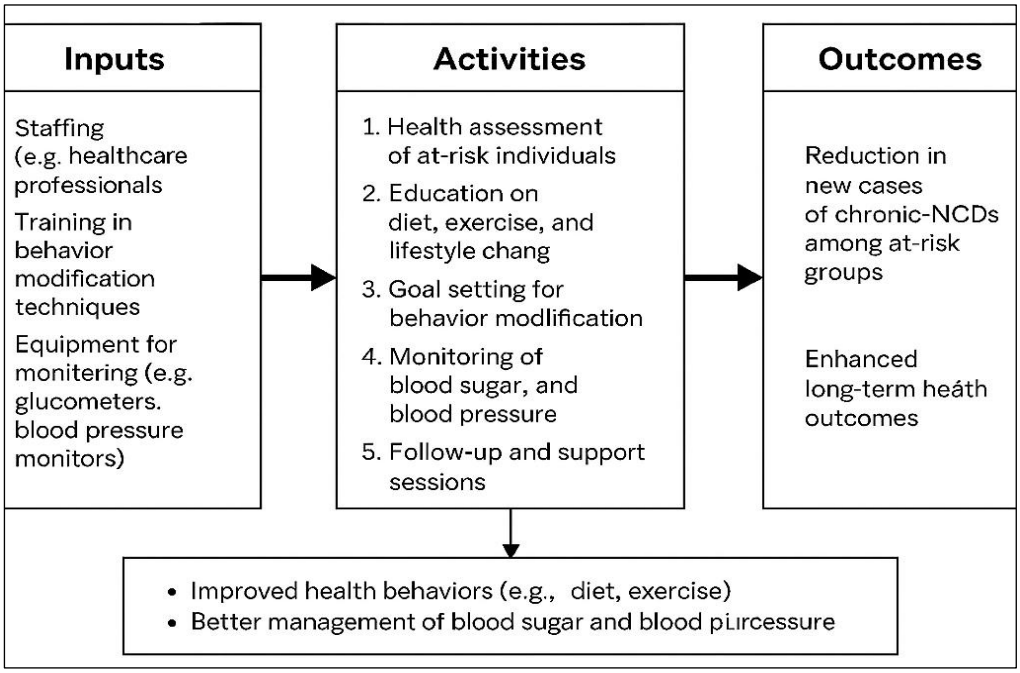
หมายเหตุ: ค่าเฉลี่ย (Mean) คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความพึงพอใจที่วัดด้วย Rating Scale 5 ระดับ (1=น้อยที่สุด, 2=น้อย, 3=ปานกลาง, 4=มาก, 5=มากที่สุด) โดยเกณฑ์การแปลความหมาย ได้แก่ 1.00–1.80 = น้อยที่สุด, 1.81–2.60 = น้อย, 2.61–3.40 = ปานกลาง, 3.41–4.20 = มาก, 4.21–5.00 = มากที่สุด

**2) การประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Improvement)** พบว่า (1) การลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่

ไม่พบผู้ใดเข้าสู่เกณฑ์วินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงรายใหม่ คิดเป็นอัตราการลดผู้ป่วยรายใหม่มากกว่าร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อนหน้า สะท้อนถึงประสิทธิผลของการป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค (Primary Prevention) ทั้งนี้ต้องพึงระวังว่า การจัดว่าเป็น primary prevention ได้อย่างสมบูรณ์นั้น กลุ่ม

เสี่ยงต้องไม่มีโรคร่วมอื่นที่เกี่ยวข้อง (comorbidity) เช่น โรคอ้วน หรือไขมันในเลือดสูง อยู่เดิม หากมีโรคร่วมดังกล่าว การดำเนินการจะอยู่ในขอบเขตของ secondary prevention มากกว่า (2) ผลลัพธ์ด้านระบบบริการ: ความพึงพอใจผู้รับบริการ ร้อยละ 92 ของกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับ “มาก” โดยเฉพาะด้านการมีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมายสุขภาพ การให้คำแนะนำแบบเฉพาะราย การติดตามต่อเนื่องผ่าน LINE OA และสมุดสุขภาพ ผู้รับบริการสะท้อนความรู้สึก “มั่นใจในการดูแลตนเองมากขึ้น” และรู้สึกมีทีมสนับสนุนใกล้ชิด (3) ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการ: การเปลี่ยนแปลงระบบบริการใน รพ.สต. ประสิทธิภาพของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ได้แก่ การทำงานแบบสหวิชาชีพที่ชัดเจนขึ้น การปรับกระบวนการบริการจาก “รักษา” สู่ “ป้องกัน” การจัดกิจกรรมให้ความรู้และเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง และ (4) ผลลัพธ์ด้านการบริหารจัดการ: บทเรียนและการขยายผลสู่นโยบาย การประเมินแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทำให้สามารถวิเคราะห์ประสิทธิภาพของรูปแบบได้รอบด้าน รูปแบบดังกล่าวมีศักยภาพเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลสู่หน่วยบริการปฐมภูมิอื่น ทั้งนี้ควรเสริมระบบเทคโนโลยีติดตามผลและฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเพื่อรองรับการวางแผนระยะยาว

ดังนั้นรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน - ไกรสร แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลทั้งในมิติระบบบริการ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางคลินิก โดยสามารถลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ พร้อมสร้างกลไกการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับชุมชน สามารถประมวลผลเป็นโมเดลการดำเนินการ ดังภาพที่ 2 ได้ดังนี้




**ภาพที่ 2** โมเดลรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน – ไกรสร โดยการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในระดับชุมชน

## วิจารณ์

**1) ประสิทธิผลในการป้องกันผู้ป่วยรายใหม่** ผลการดำเนินงานของคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Prevention Clinic) แสดงให้เห็นว่าการมีระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่องและชัดเจนสามารถลดการเกิดโรคไม่ติดต่อโรคเรื้อรังได้จริง กลุ่มตัวอย่าง 47 รายไม่พบการดำเนินการโรคเข้าสู่เกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงภายในระยะเวลา 6 เดือนหลังเข้าร่วมโครงการ

การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวก เช่น การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่เหมาะสม มิได้เกิดจากคำแนะนำเพียงครั้งเดียว หากแต่เกิดจากกระบวนการติดตาม สนับสนุน และสะท้อนผลอย่างต่อเนื่อง ผู้เข้าร่วมเริ่มมองเห็นความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมประจำวันกับค่าชี้วัดทางสุขภาพของตนเอง การได้วัดน้ำตาลหรือความดันด้วยตนเอง ทำให้ “ตัวเลขสุขภาพ” ไม่ใช่ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น แต่กลายเป็นข้อมูลที่ผู้เข้าร่วมสามารถเรียนรู้และปรับพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ผลลัพธ์ดังกล่าวสอดคล้องกับ แนวคิดของ Wagner’s Chronic Care Model[8] ที่เน้นการเปลี่ยนระบบบริการจากเชิงรับสู่เชิงรุก และการสนับสนุนการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ ขณะเดียวกันยังสะท้อนแนวคิดการจัดการตนเองของ Creer [9-10]อธิบายว่าการตั้งเป้าหมาย การติดตามผลและการเสริมแรงอย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระยะยาว

**2) การพัฒนารูปแบบเชิงกระบวนการ** ความโดดเด่นของคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) มิได้อยู่เพียงผลลัพธ์ทางคลินิก หากแต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ที่เอื้อต่อการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม กระบวนการ 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การประเมินรายบุคคล (Assessment) (2) การตั้งเป้าหมาย (Goal-setting) (3) การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Planning) (4) การปฏิบัติตามแผน (Implementation) และ (5) การประเมินผลและติดตาม (Evaluation/Monitoring) ทำให้ผู้เข้าร่วมไม่ได้เป็นเพียงผู้รับบริการ แต่เป็น “ผู้ร่วมออกแบบสุขภาพของตนเอง” ในขั้นประเมินรายบุคคล ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงของตนเองอย่างเป็นระบบ ขั้นการตั้งเป้าหมายทำให้เกิดความชัดเจนว่า “ต้องการเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไร” ขั้นการวางแผนช่วยกำหนดแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริง ส่วนการติดตามต่อเนื่องผ่าน LINE OA และสมุดบันทึกสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกเตือนและสะท้อนผลอย่างสม่ำเสมอ รูปแบบดังกล่าวจึงมิใช่เพียงคลินิกบริการ แต่เป็น “พื้นที่การเรียนรู้เชิงพฤติกรรม” ที่ผู้เข้าร่วมสามารถทดลอง ปรับ และสะท้อนผลการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แนวคิดดังกล่าวได้รับการขยายผลในงานของ Creer [9-10] ที่ชี้ว่าการจัดการโรคเรื้อรังจำเป็นต้องเสริม “ทักษะกำกับตนเอง” เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นผู้จัดการสุขภาพของตนเอง มากกว่าพึ่งพิงระบบบริการเพียงฝ่ายเดียว ซึ่งสอดคล้องโดยตรงกับบทบาทของ Prevention Clinic ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมเป็น “ผู้ร่วมออกแบบสุขภาพของตนเอง” มิใช่ผู้รับบริการแบบพึ่งพิง นอกจากนี้งานของกรรณิการ์ แสนสุภา และนเรศ กันธะวงค์ [11] และ อดุล นาคะโร [12] ยังสนับสนุนว่า การพัฒนาทักษะการจัดการตนเองควรดำเนินผ่านกระบวนการเรียนรู้เชิงกิจกรรม มีการสะท้อนผล และมีการติดตามต่อเนื่อง กรณีนี้ LINE OA และสมุดบันทึกสุขภาพทำหน้าที่เป็นเครื่องมือ

Self-monitoring และ Feedback loop อย่างเป็นรูปธรรม

**3) การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของหน่วยบริการ** คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) ยังนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน–ไกรสร จากเดิมที่เน้นการรักษาผู้ป่วยที่เกิดโรคแล้ว สู่การจัดการเชิงป้องกันในกลุ่มเสี่ยง ทีมสหวิชาชีพมีบทบาทชัดเจนขึ้น การทำงานมีความบูรณาการและมีการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อวางแผนบริการมากขึ้น โดยระบบสนับสนุน เช่น การติดตามผ่านเทคโนโลยี การเยี่ยมบ้าน และการทำงานร่วมกับ อสม. และครอบครัว ทำให้การดูแลไม่จำกัดอยู่ภายในสถานบริการ แต่ขยายออกไปสู่บริบทชุมชนตามแนวคิด Community Based Prevention[13] อย่างเป็นรูปธรรม

**4) ความพึงพอใจและความมั่นใจในการดูแลตนเอง** โดยระดับความพึงพอใจที่สูง (ร้อยละ 92 ระดับมาก) ไม่ได้แสดงเพียงคุณภาพบริการ แต่สะท้อน “ความรู้สึกเป็นเจ้าของสุขภาพ” ของผู้เข้าร่วม ผู้รับบริการจำนวนมากกล่าวถึงความมั่นใจที่เพิ่มขึ้นในการดูแลตนเอง และการรู้สึกว่ามีทีมสนับสนุนอย่างใกล้ชิด สิ่งนี้สอดคล้องกับแนวคิด Self-efficacy ของ Bandura [14] ซึ่งเป็นแนวคิดในกรอบทฤษฎีการรู้คิดทางสังคม (Social Cognitive Theory) ซึ่งชี้ว่าความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคงอยู่ในระยะยาว แม้ว่าผลการศึกษาจะสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) อย่างชัดเจน ทั้งในมิติพฤติกรรมและผลลัพธ์ทางคลินิก

**5) การอภิปรายผลเชิงทฤษฎี พบว่า** คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) ในฐานะกลไกเชิงระบบตาม Chronic Care Model ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามิได้เป็นเพียงกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล แต่เป็น “การจัดระบบบริการสุขภาพใหม่” ที่สอดคล้องกับองค์ประกอบหลักของ Chronic Care Model (Wagner)[8] สิ่งสำคัญคือ โมเดลนี้ไม่ได้แยกองค์ประกอบออกจากกัน แต่ทำให้ทั้ง 4 องค์ประกอบ “ทำงานร่วมกัน” อย่างเป็นพลวัต (dynamic integration) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมและเชิงคลินิกพร้อมกัน โดยกลไกสำคัญคือ การเปลี่ยนผู้ป่วยจาก passive recipient เป็น active self-manager ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Patient Activation และ Health Empowerment ของ Hibbard JH et al[15-16] และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Lorig et al[17] ที่รายงานว่าโปรแกรมการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเองที่เน้นการเสริมพลัง (Health Empowerment) และการกระตุ้นผู้ป่วย (Patient Activation) ผ่านทีมสหวิชาชีพสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ รวมถึงสอดคล้องกับ Bandura[14] ที่ยืนยันว่า Self-efficacy เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเปลี่ยนจากผู้รับบริการแบบ passive recipient มาเป็น active self-manager ในการจัดการสุขภาพระยะยาว

**6) การอภิปรายผลเชิงกลไก** ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างมิได้เป็นเพียงผลจากการให้คำแนะนำทั่วไป แต่สะท้อนถึงกลไกทางจิตวิทยาและสังคมที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

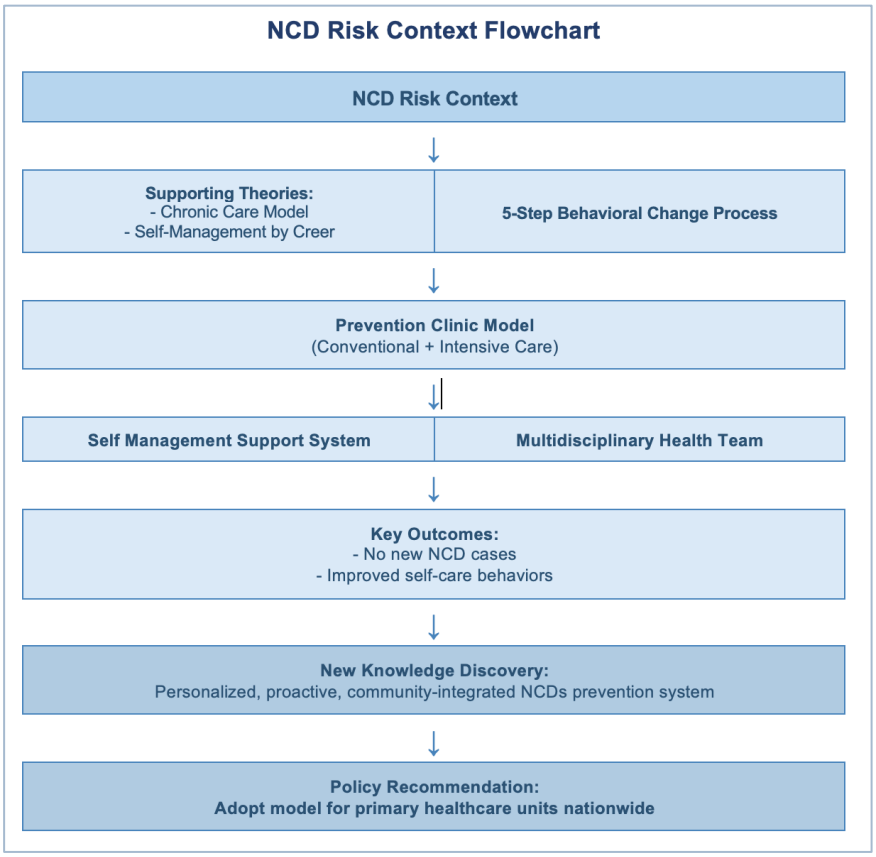
ประการแรก กลไกด้าน Self-Regulation ตามแนวคิดของ Kanfer[18-19] อธิบายว่าการที่ผู้เข้าร่วมสามารถวัดน้ำตาลและความดันด้วยตนเอง ทำให้เกิดกระบวนการ self-monitoring, self-evaluation และ self-reinforcement อย่างต่อเนื่อง การเห็นค่าชี้วัดเปลี่ยนแปลงเป็นรูปธรรมส่งผลให้เกิดการปรับพฤติกรรมโดยสมัครใจมากกว่าการถูกสั่งการ

ประการที่สอง กระบวนการตั้งเป้าหมายร่วม (Collaborative Goal Setting) สอดคล้องกับแนวคิดของ Creer ซึ่งชี้ว่าการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อผู้เข้าร่วมรับรู้ว่าตนเองควบคุมสถานการณ์สุขภาพได้ ความยั่งยืนของพฤติกรรมจึงเพิ่มขึ้น

ประการที่สาม บทบาทของครอบครัวและทีมสหวิชาชีพสะท้อนการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคมซึ่งช่วยเสริมแรงเชิงบวกและลดความเสี่ยงของการกลับไปสู่พฤติกรรมเดิม การติดตามผ่าน LINE OA ทำหน้าที่เป็น กลไกกระตุ้นทางดิจิทัลที่ช่วยกระตุ้นความต่อเนื่องของพฤติกรรม

ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงมิใช่ผลของกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง แต่เป็นผลของ “ระบบการเสริมพลังแบบบูรณาการ” ที่ทำให้ผู้เข้าร่วมเปลี่ยนสถานะจาก passive patient เป็น active self-manager

จากผลการดำเนินงาน สามารถสังเคราะห์เป็นโมเดลองค์ความรู้ใหม่ที่เชื่อมโยงบริบทความเสี่ยง NCDsกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยรูปแบบ Prevention Clinic ดังโมเดลองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ภาพที่ 3




**ภาพที่ 3** โมเดลองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

จากโมเดลองค์ความรู้ จะเห็นได้ว่าการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) นี้มิได้เป็นเพียงการประยุกต์ใช้ Chronic Care Model ในระดับปฐมภูมิ หากแต่เป็นการพัฒนา “Community-Integrated Prevention Clinic Model” ที่บูรณาการกลไกเชิงระบบ กลไกเชิงพฤติกรรม และกลไกทางสังคมเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นรูปธรรม จุดเด่นของโมเดลอยู่ที่ (1) การจำแนกระดับความเสี่ยงเพื่อออกแบบการดูแลเฉพาะราย (risk stratification) (2) การเสริมบทบาท “Family Health Coach” ในระดับครัวเรือน (3) การใช้การกระตุ้นทางดิจิทัลผ่าน LINE OA เป็นเครื่องมือกระตุ้นความต่อเนื่องของพฤติกรรม และ (4) การเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพกับชุมชนอย่างเป็นระบบ โมเดลดังกล่าวจึงขยายกรอบแนวคิด Chronic Care Model[8] จากการดูแลโรคเรื้อรังสู่การป้องกันเชิงรุกในระยะก่อนเกิดโรค (pre-disease phase) พร้อมทั้งเสนอกรอบการเสริมพลังแบบบูรณาการ (Integrated Empowerment Framework) ที่สามารถใช้เป็นต้นแบบเชิงนโยบายสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม [20-27]

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรขยายรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) สู่หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควบคู่กับการพัฒนาทักษะบุคลากรสาธารณสุขผ่านการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเข้มข้น (Intensive Workshop) โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีภาระโรคเรื้อรังสูง และนำเทคโนโลยี เช่น การบันทึกสุขภาพผ่าน LINE Official หรือ Mobile Application มาใช้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรบรรจุรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) เป็นแนวทางมาตรฐานระดับกระทรวงสาธารณสุข เพื่อดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงรุกในวงกว้าง พร้อมสนับสนุนบุคคลากรวิชาชีพและงบประมาณในระดับตำบลอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ในอนาคตควรใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) หรือการศึกษาหลายพื้นที่ (Multicenter Study) เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและการอ้างอิงสู่บริบทอื่น พร้อมติดตามผลลัพธ์ระยะยาวอย่างน้อย 12 เดือน เพื่อยืนยันความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยง

### ข้อจำกัดของการวิจัย

แม้ว่าผลการศึกษาจะสะท้อนถึงประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Prevention Clinic) อย่างชัดเจน แต่ยังมีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณา ดังนี้ การวิจัยใช้รูปแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจมีความเอนเอียงจากปัจจัยภายนอกได้ กลุ่มตัวอย่างมีขนาดจำกัด (n = 47) และเป็นกลุ่มเฉพาะพื้นที่เดียว ทำให้ข้อค้นพบอาจยังไม่สามารถอ้างอิงไปยังบริบทอื่นที่มีโครงสร้างประชากรแตกต่างกันได้อย่างสมบูรณ์ และระยะเวลาติดตามผล 6 เดือนอาจยังไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว นอกจากนี้ การเก็บข้อมูล

พฤติกรรมสุขภาพด้วยแบบสอบถามการรายงานตนเอง (self-report) อาจเกิดความเอนเอียงได้ (self-report bias) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอาจรายงานพฤติกรรมที่ดีกว่าความเป็นจริง และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีค่าชี้วัดทางคลินิกก่อนเข้าร่วมโครงการสูงกว่าเกณฑ์ปกติอยู่แล้ว จึงอาจเกิดปรากฏการณ์การประเมินสูงเกินจริง (ceiling effect) ในตัวชี้วัดบางประการโดยเฉพาะในกลุ่มที่มีค่าใกล้เกณฑ์ปกติ ดังนั้น ผลการศึกษานี้ควรตีความด้วยความระมัดระวัง และควรมีการยืนยันผลด้วยการวัดเชิงชีววิทยา (objective measure) ควบคู่กับการประเมินเชิงคุณภาพในการศึกษาต่อไป

## สรุป

การพัฒนารูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Hybrid Prevention Clinic Model) ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเชี่ยวหลาน-ไกรสร แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่บูรณาการกระบวนการ 5 ขั้นตอน ทีมสหวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ร่วมกับเครื่องมือติดตามตนเองและเทคโนโลยีดิจิทัล สามารถป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิผล และความสามารถในการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น สะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดความเสี่ยงในระยะสั้นให้สุขภาพดีขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**


1. World Health Organization. Management of non-communicable diseases (NCDs) [Internet]. 2025 [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.emro.who.int/entity/ncds/index.html

2. กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579). กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2561.

3. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC). รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ปี 2565-2567 [Internet]. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2567 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th

4. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562 [Internet]. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2568]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf

5. Keeves JP. Educational research: methodology and measurement: an international handbook [Internet]. Oxford: Pergamon Press; 1988 [cited 2025 Mar 30]. Available from: https://www.jstor.org/stable/3444395

6. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2543.

7. สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

8. Wagner EH. The Chronic Care Model. Washington (DC): Health System Reform Program; 2002.

9. Creer TL, Holroyd KA. Self-management. In: Baum A, McManus C, Newman S, Weinman J, West R, editors. Cambridge handbook of psychology, health, and behavior. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.

10. Creer TL. Self-management of chronic illness. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, editors. Handbook of self-regulation. San Diego (CA): Academic Press; 2000.

11. กรรณิการ์ แสนสุภา, นเรศ กันธะวงค์. การจัดการตนเอง: ทักษะในการพัฒนาตนเองอย่างยั่งยืน. วารสารศิลปศาสตร์ (วังนางเลิ้ง) มทร พระนคร. 2564;1(1):25-37.

12. อดุล นาคะโร. การพัฒนาหลักสูตรเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองโดยใช้กิจกรรมแนะแนวสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 [วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2551.

13. อำนาจ เมืองแก้ว, อิสระพงศ์ เพลิดเพลิน, จิตรรัตน์ ปองทอง, เกษศิรินทร์ พุทธวงศ์. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้านการบริโภคอาหารรสเค็มโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ปี พ.ศ. 2563. เชียงใหม่: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1; 2563.

14. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health Educ Behav. 2004;31(2):143-64.

15. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. Health Serv Res. 2004;39(4 Pt 1):1005-26.

16. นิยม ศิริ, วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(2):271-81.

17. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, Brown BW, Bandura A, Ritter P, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care. 1999;37(1):5-14.

18. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. 3rd ed. New York: Pergamon Press; 1988.

19. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editors. Helping people change: a textbook of methods. 4th ed. New York: Pergamon Press; 1991.

20. Bardo JW, Hartman JJ. Urban society: a systemic introduction. New York: Peacock; 1982.

21. Willer D. Scientific sociology: theory and method. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1986.

22. Gerhardt MW. Individual self-management training in management education [Internet]. 2010 [cited 2021 May 10]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/268425764_Self-Management_Tutorials_Individual_Self-Management_Training_in_Management_Education

23. บุญเชิญ หมู่มาก. การพัฒนาหลักสูตรแนะแนวเพื่อเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต]. ลพบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี; 2559.

24. พิรดา มาลาม. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 24 [วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม; 2560.

25. นิตยา สุขชัยสงค์, อารยา เชียงของ, วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับโมบายแอปพลิเคชันเบาหวานเบาใจต่อพฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา. 2566;15(2):1-16.

26. วิจิตรา พวงเกาะ, ปาริชาติ จิตกลาง, เปรมปรีด์ ชวนะนรเศรษฐ์. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพและวิธีการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นคุณค่า Value-Based Payment สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 9. วารสารวิชาการ สคร.9. 2567;30(3):95-144.

27. สมยศ แสงหิ่งห้อย, รัชนีย์ จิตร์กระจ่าง. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงภายใต้การปฏิรูปเขตสุขภาพจังหวัดอ่างทอง. วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ. 2567;9(2):502-13.