



## การโค้ชกับการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

พัชรินทร์ สิริสุนทร \* วัชรพล พุทธรักษา และกัณฑ์พัฒน์ อนุศักดิ์เสถียร

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประเทศไทย

### Coaching and Semiotic Communication for Lifestyle Behavioral Changes of Diabetes and Hypertension Risk Groups

Patcharin Sirasoonthorn \*, Watcharabon Buddharaksa and Kantaphat Anusak Sathian

Faculty of Social Sciences, Naresuan University, Thailand

#### Article Info

##### Research Article

Article History:

Received 9 August 2019

Revised 7 January 2020

Accepted 3 March 2020

#### คำสำคัญ

การสื่อสารเชิงสัญลักษณ์

การโค้ชด้านวิถีชีวิต

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและ

ความดันโลหิตสูง

#### บทคัดย่อ

บทความนี้มีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์การสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ในกระบวนการโค้ชด้านวิถีชีวิต เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทีมโค้ชประกอบด้วยภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้นำชุมชนที่สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 80 คน เป็นชาย 20 คน และหญิง 60 คน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้แก่ ผู้ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาสาเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 160 คน เป็นหญิง 72.5 % และชาย 27.5% อาศัยอยู่ใน 3 ตำบล 43 หมู่บ้าน เขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ศึกษาวิจัยแบบฐานรากและการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสังเกตเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่ม ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา  $\bar{X}$  และ t-test

ผลการศึกษาพบว่า การสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การผลิตสาร การไหลเวียน การนำไปปฏิบัติ และการผลิตซ้ำ ระหว่างการโค้ชด้านวิถีชีวิตมีลักษณะที่เป็นอิสระต่อกัน โดยมี “บุคคลต้นแบบ” ซึ่งเข้าร่วมเรียนรู้ในตัวอย่างการเรียนรู้สามประสาน ทำหน้าที่เชื่อมโยงทุกขั้นตอนของการสื่อสาร ด้วยรูปแบบและเนื้อหาที่มีพลวัต ตามความสัมพันธ์เชิงอำนาจระบบคุณค่า วัฒนธรรม และการให้ความหมายต่อชีวิตของทีมโค้ช การโค้ชที่ใช้การสื่อสารที่มีคุณภาพ ครอบคลุมการสื่อสารด้วยสารที่มีความหมายตรงและความหมายแฝง สามารถสร้างวิถีชีวิตทางสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มเสี่ยงได้ครบทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การกิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\* Corresponding author

E-mail address:

patcharins76@gmail.com

**Keywords:**

semiotic communication  
 lifestyle coaching  
 diabetes and hypertension  
 risk groups

**Abstract**

This article analyzes the symbolic coaching communication behaviors of diabetes and hypertension risk groups. Eighty lifestyle healthcare practitioners and community leaders (60 female: 20 male) engaged in the project as coaches. One hundred and sixty diabetes and hypertension risk groups were screened and selected (72.5% female: 27.5% male) at primary health care centers in 43 villages of three sub-districts in Kosumpinakorn, located in Kampengphet, Thailand. Using grounded theory and semi-experimental research, the lifestyle coaches and risk groups were investigated. Questionnaires and observation check lists were the research tools. Content analysis was applied for qualitative data analysis. Descriptive statistics including mean,  $\bar{X}$  and t-test were adopted for quantitative data analysis. Results showed a significant relationship between lifestyle coaching and semiotic communications. The four stages of communication process were autonomous, including production, circulation, consumption, and reproduction. Each stage was not linear and was comprised of denotation and connotation messages. The "good role model" persons who took part in the trio of learning programs helped bridge the gap in each stage of communication using dynamic forms and flexible content messages based on power relations, community values, discourse, and interpretations of meaningfulness of living. Five positive behavioral changes were significant: eating, exercising, emotional management, tobacco smoking, and alcohol consumption. This research identified that integrating the semiotic communication process within lifestyle coaching could provide more effective lifestyle behavioral changes among the at risk groups.

## 1. บทนำ

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบสาธารณสุขทั่วโลก (European Centre for Disease Prevention and Control, 2019) แม้ว่ากระบวนการทัศน์และเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงเรื่อยมา จากเดิมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals/MDGs) มาเป็นเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals/SDGs) ตามความเห็นชอบของประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติ โดยกำหนดวิสัยทัศน์และแผนการพัฒนาประเทศใน 15 ปีข้างหน้าว่าประกอบด้วย 17 เป้าหมายหลัก 230 ตัวชี้วัด เพื่อให้แต่ละประเทศบรรลุผลลัพธ์การพัฒนายั่งยืนได้ภายในปี พ.ศ. 2573 แต่ปัญหาสำคัญของการพัฒนาสุขภาพของประชากรโลก โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases/NCDs) ยังคงได้แก่ ข้อจำกัดด้านรูปแบบและเนื้อหาที่ใช้ในการสื่อสารสุขภาพ

ในกรณีของประเทศไทย กรอบคิดการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนรู้จักกันในนามของ “SDGs3 (Sustainable Development Goal 3)” มีเป้าหมายหลักเพื่อให้คนไทยทุกช่วงวัยมีชีวิตที่มีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม รายงานสุขภาพคนไทยประจำปี พ.ศ. 2560 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) กลับพบปัญหาอุปสรรคสำคัญที่อาจทำให้ประเทศไทยไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย “SDGs3” ได้ เนื่องจากพบระบบการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่ขาดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งที่ผ่านมาพบว่าได้สร้างความเสียหายทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมให้แก่ประเทศเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต ดังพบหลักฐานว่าในปี พ.ศ. 2556 ภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นจำนวนมากถึง 9.3 แสนล้านบาท รายงานสุขภาพคนไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561) ระบุว่า ปัญหา NCDs โดยเฉพาะโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นปัญหาสุขภาพลำดับต้น ๆ และมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ภาครัฐต้องเร่งจัดการแก้ไข ในรูปแบบของการพัฒนาระบบเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน มากกว่ามุ่งรักษาพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือสูญเสียอวัยวะ

การแก้ไขปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประเทศไทย มักนิยมกระทำในระดับโครงการและกิจกรรม ซึ่งเน้นให้ความรู้และฝึกอบรม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล แต่ขาดการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเพื่อเชื่อมโยงกิจกรรมและโครงการเข้ากับระบบบริการสุขภาพ ทำให้การบริหารโครงการจัดการระบบสุขภาพขาดประสิทธิภาพ ขาดเจ้าภาพ และไม่มีคามยั่งยืน ไม่สามารถแก้ปัญหาในระดับโครงสร้างได้ (de Savigny & Adam, 2009) แม้ว่าในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา จะมีปฏิรูประบบสุขภาพหลายครั้ง แต่ปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงกลับไม่คลี่คลาย

จนทำให้หลายภาคส่วนเกิดความสนใจ นำนวัตกรรมทางสังคมเชิงกระบวนการมาใช้ โดยมุ่งเน้นที่การออกแบบระบบการจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอที่มีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ในรูปแบบของการเชื่อมโยงแนวคิดเรื่องการเรียนรู้ การสื่อสารสุขภาพ และการสร้างเสริมศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่มีเป้าหมายเพื่อยกระดับการเปลี่ยนแปลงระดับพฤติกรรมส่วนบุคคล มาสู่ระดับวิถีชีวิตทางสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

นอกจากปัญหาที่เกิดจากระบบบริการแล้ว ยังมีปัญหาการปฏิบัติการระดับพื้นที่ อาทิ ขาดทักษะในการสื่อสารเพื่อคัดเลือกประเด็นปัญหาสุขภาพ ความไม่สอดคล้องระหว่างตัวชี้วัดระดับแผนงานที่ถูกสั่งการมาจากส่วนกลางกับปัญหาในพื้นที่ ขาดผู้จัดการระบบสุขภาพที่มีความใส่ใจ มายาคติที่เกี่ยวข้องกับอำนาจ ขาดนวัตกรรมเชิงกระบวนการเพื่อสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ตลอดจนขาดเวทีการเรียนรู้ด้านวิถีชีวิตทางสุขภาพที่จะนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อจัดการปัญหาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลายพื้นที่ขาดตัวแทนผู้ขับเคลื่อน (Change Agent) ทั้งระดับผู้นำทีม (Team Leader) ผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Changer) และนักวิจัย (Researcher) เนื่องจากขาดที่ปรึกษาทางวิชาการ (Academic Consultant) (Thom et al., 2016; UCSF, 2016)

นอกจากปัญหาและข้อจำกัดข้างต้น ยังพบปัญหาที่เกิดจากผู้ให้บริการ ทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขของภาครัฐและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขาดความเข้าใจ และขาดทักษะการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ขาดความคิดสร้างสรรค์เพื่อพัฒนานวัตกรรมเพื่อการสื่อสาร นอกจากนี้ ภาคีเครือข่ายสุขภาพจำนวนมากยังขาดความรู้ลึกเป็นเจ้าของและไม่ยินดีทำงานในลักษณะข้ามศาสตร์ คุณลักษณะเชิงลบในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. หรือ District Health Board/DHB) ผู้รับผิดชอบด้านการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ความรับผิดชอบและภาวะผู้นำ ส่งผลให้ระบบงานที่ดำเนินอยู่ขาดการบูรณาการ งาน คน และความรู้ อสม. ต้องรับภาระงานที่มากเกินไปจนศักยภาพแลกกับค่าตอบแทนเพียงเดือนละ 600 บาท ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพระดับอำเภอขาดการพัฒนาศักยภาพที่จำเป็น และขาดเวทีการเรียนรู้ด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาทักษะในการสื่อสารระหว่างกลุ่มเสี่ยง ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และ พชอ. (กาญจนา เลิศถาวรธรรม, 2551; สงคราม ชัยสิทธิ์, 2552; ชาญชัย ชัยสว่าง, 2552; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2556)

งานวิจัยนี้ มุ่งเน้นการเชื่อมร้อยระบบการสื่อสารสุขภาพ ที่ไม่ได้มีลักษณะเป็นกระบวนการแบบเส้นตรง จากเดิมที่ด้านบริการมีผู้ให้บริการแสดงบทบาทเป็นผู้จัดบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนและชุมชนในเขตบริการที่เรียกว่า CUP (Contracting Unit for Primary Care) หรือ

ในบางกรณีอาจทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน หรือให้การศึกษา มาเป็นการให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมศักยภาพให้แก่ตัวแทนผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ใหม่ๆ ได้แก่ ทีมโค้ชด้านวิถีชีวิต ซึ่งมีโครงสร้างที่ประกอบด้วยกลุ่มคนจากสหวิชาชีพที่มีสำนึกสาธารณะ (Public Consciousness) ต้องการและอาสาเข้ามาร่วมพัวพัน (Engagement) เพื่อขับเคลื่อนกระบวนการสื่อสารสุขภาพโดยใช้การเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข (Learning Condition) และการลงมือปฏิบัติจริง (Action) เพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเองและภาคีเครือข่ายสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมุ่งปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้รับบริการที่ผ่านระบบคัดกรอง

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์การสื่อสารเชิงสัญญาที่พบในกระบวนการโค้ช และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

## 3. วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบฐานราก (Grounded Theory) และการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (One group, Pretest- Posttest design) ใช้ระยะเวลาทำการทดลองทั้งสิ้น 12 เดือน หรือระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง 2561 เริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง สอบถามความต้องการและประเมินความพร้อมด้านการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพ 5 ประการ ได้แก่ การกิน การเคลื่อนไหวร่างกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หลังจากนั้น จึงติดตามผลการปฏิบัติงานของทีมโค้ช และเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องเพื่อสังเกตการสื่อสารทางสุขภาพและการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต

### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มแรก ได้แก่ ตัวแทนผู้ขับเคลื่อน (Change Agent) หรือทีมโค้ชด้านวิถีชีวิต จำนวน 80 คน ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านการสื่อสารสุขภาพ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่รัฐปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ อสม. นักการเมืองท้องถิ่น ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรเอกชน นักวิชาการจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่และผู้นำชุมชน เป็นเพศหญิง จำนวน 60 คน เพศชาย 20 คน ที่มีประสบการณ์ด้านส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี

กลุ่มที่สอง คือ ผู้เปลี่ยนแปลง (Changer) ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน 3 ตำบล 43 หมู่บ้าน เขตอำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่ ตำบลโกสุมพิ ตำบลเพชรชมพู และตำบลลานดอกไม้ตก ระหว่างปี 2560-2561 มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและชาย ที่ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยกำหนดเกณฑ์การคัดกรองว่า ประกอบด้วยบุคคลที่มีค่าความดันโลหิตจากการวัดครั้งสุดท้าย อยู่ในกลุ่มแฝง/เสียง (SBP = 120-139 mmHg. หรือ DBP = 80-89 mmHg.) หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ (FPG = 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) จำนวน 1,240 คน หลังการชี้แจงวัตถุประสงค์ และเงื่อนไขการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพ พบผู้สนใจและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 160 คน จำแนกเป็นเพศหญิง 116 คน และเพศชาย 44 คน ทุกคนมีประวัติ พ่อ แม่ ญาติพี่น้องสายตรงเป็นเบาหวาน รอบเอวเกินในชาย  $\square$  90 เซนติเมตร หญิง  $\square$  80 เซนติเมตรหรือมีภาวะอ้วนดัชนีมวลกาย 25 กก./ $m^2$  ความดันโลหิต  $\square$  140/90 มม.ปรอท หรือเคยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประวัติน้ำตาลในเลือดสูง มีประวัติภาวะไขมันในเลือดสูง และเพศหญิงที่เคยมีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ หรือมีบุตรที่มีน้ำหนักแรกเกิดเกิน 4 กิโลกรัม

### 3.2 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีสองประการ ประการแรก ได้แก่ แนวสัมภาษณ์ และแบบสังเกตเพื่อเก็บข้อมูลด้านพฤติกรรมการสื่อสารสุขภาพระหว่างทีมโค้ชกับกลุ่มเสียง ประการที่สอง ได้แก่ แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ในระบบเฝ้าระวังและเตือนภัย พฤติกรรมสุขภาพ (HBSS) ของกองสุขาภิบาล (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2552; 2555) ซึ่งได้รับการตรวจประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.60 ถึง 0.80 ทดลองใช้เพื่อทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับกลุ่มเสียงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในตำบลลานดอกไม้ตก อำเภอโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยสถิติ Scale (Alpha) Reliability Analysis ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

### 3.3 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยแบบฐานราก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เยี่ยมบ้าน และสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อรวบรวมข้อมูลเชิงลึก ดีความ และถอดรหัสความหมายที่พบในกระบวนการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างทีมโค้ชและกลุ่มเสียง ร่วมกับการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว ทดสอบก่อนและหลังการทดลอง เพื่อสืบค้นการเปลี่ยนแปลงด้านวิถีชีวิตทางสุขภาพ โดยผู้วิจัยนำแนวคิด

ตัวแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Cheery (2019) แนวคิดกระบวนการสื่อสารของ Stuart Hall (During, 2001) และแนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning/TL) ของ Mezirow & Taylor (2009) มาใช้ออกแบบและพัฒนากระบวนการสื่อสาร กิจกรรม และการประเมินผลโดยกำหนดกรอบระยะเวลา 8 เดือนๆ ละประมาณ 20 ชั่วโมง การเรียนรู้ สถานที่ วันและเวลายืดหยุ่นตามความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ดังมีสาระสำคัญ โดยสรุป คือ

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพของทีมโค้ชตามกรอบแนวคิดของ Cheery (2019) และผลการศึกษาสำรวจ (Pilot Study) กับกลุ่มเสี่ยงขนาดเล็กในพื้นที่อื่น ก่อนการประเมินผลโดยใช้เทคนิคการอภิปรายกลุ่ม (Nominal Discussion) โดยเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงกระบวนการสื่อสารทางสุขภาพของทีมโค้ช ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ตามเป้าหมาย โดยในทุกขั้นตอนของการสื่อสารมีการสอดแทรกกระบวนการเรียนรู้ให้แก่ทีมโค้ช เพื่อพัฒนาศักยภาพ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสร้างทีม 2) การสื่อสารและการตีความ 3) การจัดการระบบข้อมูลด้านวิถีชีวิตและการวิจัยฐานรากเพื่อพัฒนางาน และ 4) การพัฒนานวัตกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ โดยการเรียนรู้ผ่านเวทีการเรียนรู้ด้านวิถีชีวิตทางสุขภาพระดับอำเภอ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ 5 ด้าน คือ 1) การบริโภค ได้แก่ บันทึกอาหารประจำวันบริโภค ผักคำนวณพลังงาน ออกแบบเมนูสุขภาพเพื่อลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้ โปรตีนจากปลา ผักนับสัดส่วนอาหารแต่ละมื้อ แต่ละวัน และฝึกอ่านฉลากโภชนาการ 2) การออกกำลังกาย ประกอบด้วย ฝึกออกกำลังกายที่ถูกต้อง ฝึกวัดและนับชีพจรขณะออกกำลังกาย และฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 3) จัดการอารมณ์ ได้แก่ บันทึกสถานการณ์ที่สร้างความเครียดและวิธีที่ใช้จัดการอารมณ์ ฝึกลดความเครียดโดยผ่อนคลายทางกาย เช่น การหายใจลึก ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การนวด การพักผ่อน การอาบน้ำอุ่น การลดความเครียดทางจิตใจ เช่น ทำสมาธิเบื้องต้น สร้างอารมณ์ขัน การคิดบวก การใช้เวลาว่าง ฝึกใช้เทคนิคความเงียบเพื่อหยุดความคิดที่ทำให้เครียด 4) การลด ละ เลิก บุหรี่ และ 5) ลด ละ เลิก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

### 3.4 การเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้านการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตด้วยค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ โดยใช้ Paired Sample t-test

แบบ Dependent การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการสื่อสารสุขภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบคิดทฤษฎีฐานราก 4 ขั้นตอน ได้แก่ การเปิดรหัส (Open Coding) การค้นหาหัวใจของรหัส (Axial Coding) การคัดเลือกรหัส (Selective Coding) และการพัฒนาแผนภาพของทฤษฎี (Visual of the Theory Generated) โดยใช้การวิเคราะห์เพื่อจำแนกชนิดของข้อมูล (Typological Analysis) ใน 2 ลักษณะ ลักษณะแรก คือ การจำแนกข้อมูลในระดับจุลภาคเพื่อวิเคราะห์คำหลัก (Domain Analysis) และวิเคราะห์สารระบบ (Taxonomy Analysis) เพื่อจำแนกและจัดกลุ่มคำย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์กันให้อยู่ภายใต้องค์ประกอบเดียวกัน ลักษณะที่สอง เป็นการจำแนกข้อมูลระดับมหภาคตามเหตุการณ์ (Event Analysis) 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การกระทำ (Acts) กิจกรรม (Activities) ความหมาย (Meanings) การเข้าพัวพัน (Engagement) ความสัมพันธ์ (Relationships) และสภาพการณ์ (Settings)

#### 4. ทบทวนวรรณกรรม

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการโคซ์ด้านวิถีชีวิตขึ้นจากแนวคิดสังคมศาสตร์สามประการ ประการแรก ได้แก่ แนวคิดเรื่องการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ของ Stuart Hall (During, 2001) ซึ่งให้ความสำคัญกับกระบวนการสื่อสาร 4 ขั้นตอน ได้แก่ การผลิต (Production) การกระจาย (Circulation) การใช้ (Consumption) และการผลิตซ้ำ (Reproduction) แต่ละขั้นตอนเป็นอิสระต่อกัน แต่มีส่วนในการจำกัดความเป็นไปได้ของขั้นตอนอื่นๆ ในทัศนะของ Hall การสื่อสารไม่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรงจากผู้ส่งสารถึงผู้รับสาร แต่มีทั้งสารที่มีความหมายโดยตรงตามคุณลักษณะที่ปรากฏ (Denotation) และสารซึ่งมีความหมายนัยประหวัด (Connotation) ดังนั้นทุกสารที่ถูกส่งออกไปจึงถูกรับรู้และตีความ ก่อนที่ผู้รับสารจะเลือกนำไปปฏิบัติและผลิตซ้ำภายใต้โครงสร้างของการครอบงำบางการที่มีความซับซ้อน (Complex Structure of Dominance) ซึ่งแอบแฝงอยู่ในสังคมนั้นๆ ก่อนการเข้ารหัส (Encoding) และถอดรหัส (Decoding) โดยสารที่ผู้รับเห็นว่าสอดคล้องกับวัฒนธรรม บรรทัดฐาน ความเชื่อ และระบบคุณค่าทางสังคม สารที่มีอิทธิพล อาทิ สารที่สร้างความบันเทิง และส่งผลกระทบเชิงบวก จะคงอยู่และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในระดับสูง การผลิตซ้ำหรือส่งต่อสารนั้นๆ ก่อให้เกิดการยอมรับทั้งต่อผู้ส่งสารและผู้รับสารในลักษณะสะสม

ประการที่สอง ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning/TL) ของ Mezirow & Taylor (2009) มีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ ได้แก่ ประสบการณ์ (Experience) ด้านส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองของทีมโคซ์ การใคร่ครวญด้วยวิจารณญาณ (Critical Reflection) เพื่อสร้างความเข้าใจและพัฒนาทักษะในการตั้งคำถามด้านวิถีการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา วาทกรรมที่เกิดจากการใคร่ครวญ (Reflective Discourse) ได้แก่ การรับรู้ การ

คิดถึงความหมายและความจริงของชีวิต และการลงมือกระทำ (Action) เพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทางสุขภาพ ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดเรื่องการสื่อสารของ Stuart Hall เข้ากับ TL เพื่อใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลไกทางสังคม ในการลดช่องว่างของการสื่อสารแต่ละขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยง ร่วมกันเผชิญปัญหาวิกฤตการณ์ที่พบในการดำเนินชีวิต ระบาดวิทยาทางวัฒนธรรมของชุมชน ร่วมกันถอดบทเรียน และสังเคราะห์แนวปฏิบัติที่ดีของบุคคลต้นแบบ เพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารสุขภาพ ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและระบบคุณค่าของสังคม ในขณะเดียวกัน ก็เปิดพื้นที่สาธารณะทางสังคมเพื่อพัฒนาทักษะด้านการคิด ตรวจสอบ ประเมินสมมุติฐานเดิมอย่างจริงจัง เพื่อสร้างการเรียนรู้ที่จะเปิดใจยอมรับความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง ค้นหาทางเลือกใหม่เพื่อผลิตสารที่มีเนื้อหาและรูปแบบใหม่ที่ประสิทธิภาพมากขึ้น ฝึกทักษะการวางแผน และพัฒนาทักษะใหม่ๆ ในการจัดการกับวิถีชีวิตทางสุขภาพของตนเอง ก่อนยกระดับความเปลี่ยนแปลงไปสู่การมีระบาดวิทยาทางวัฒนธรรมที่ส่งเสริมวิถีชีวิตให้มีสุขภาพที่ดี

ประการสุดท้าย แนวคิดเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 ขั้นตอน (The 6 Stages of Behavior Change) ของ Cheery (2019) หมายถึง กระบวนการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ ที่ประกอบด้วย การเสียสละเวลา (Commitment of Time) ความพยายามอย่างตั้งใจ (Effort) และการมีอารมณ์ (Emotion) อย่างมีเป้าหมายตามกรอบเวลาที่วางไว้ มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ ความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลง ความสามารถในการระบุอุปสรรคในการเปลี่ยนแปลง และเงื่อนไขที่จะชวนกันไปสู่วุฒิภาวะเดิม มีขั้นตอนสำคัญ 6 ขั้นตอนคือ 1) ทบทวนพฤติกรรมที่ผ่านมา (Pre-contemplation) 2) ทบทวนและตรวจสอบความพร้อมและอุปสรรคของการปรับเปลี่ยน (Contemplation) 3) เตรียมความพร้อม (Preparation) อาทิ การกำหนดเป้าหมาย จัดระบบข้อมูล วางแผนการเปลี่ยนแปลง 4) ลงมือปฏิบัติ (Action) 5) กำกับดูแลให้ระบบคงอยู่ (Maintenance) และ 6) ป้องกันการหวนกลับสภาพเดิม (Preventive Relapse)

## 5. ผลการศึกษา

### 5.1 การพัฒนาศักยภาพของทีมโค้ช

ทีมโค้ชทั้งหมดเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจนครบทั้ง 8 เดือน 45% ของทีมโค้ช เป็นภาคีเครือข่ายสุขภาพจากภาครัฐ ผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้แทนจากภาคประชาสังคม มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอโกสุมพินคร หรืออำเภอใกล้เคียง จังหวัดกำแพงเพชร และปฏิบัติงานในพื้นที่มานานกว่า 3 ปี อีก 55% เป็น อสม. ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 47 ปี เป็นเกษตรกร ที่มีรายได้น้อย ยากจน จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ดำเนินชีวิตในสังคมแบบเกษตรกรรม ปลูกข้าวและข้าวโพด โดยอาศัยน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ ใช้แรงงานในครัวเรือน

และเครือข่ายแรงงานจากชุมชนใกล้เคียง รูปแบบความสัมพันธ์ยึดโยงกับเครือข่ายและระบบอุปถัมภ์

### 5.1.1 การสร้างทีม

ผลการศึกษาสะท้อนข้อจำกัดด้านศักยภาพในการทำงานเป็นทีมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประเด็นปัญหาหลักที่พบเกิดจากความไม่ชัดเจนของนโยบายด้านการกระจายอำนาจทั้งด้านงบประมาณ กำลังคน และภาระงานที่ซ้ำซ้อน อุปสรรคด้านกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้อง อาทิ กฎหมายด้านการเงิน ความไม่ชัดเจนของแนวทางการบูรณาการบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความแตกต่างของวัฒนธรรมองค์กร และขาดการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ผลการเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพในเวทีการเรียนรู้ระดับอำเภอ โดยนำสถานการณ์และปัญหาด้านวิถีชีวิตเสี่ยงภัยของคนชุมชนมาตั้งเป็นโจทย์ พบการเปลี่ยนแปลงศักยภาพ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการแก้ปัญหา (Problem-solving Skills) เรื่องการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยง การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพ 2) ด้านการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal Skills) อาทิ รับรู้ในความแตกต่างหลากหลายทางวัฒนธรรมซึ่งกำหนดความเสี่ยงทางวัฒนธรรมสุขภาพ 3) ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะ (Specific Skills and Expertise) มีการนำความรู้ความเชี่ยวชาญที่มีไปประยุกต์ใช้เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น 4) ด้านความรู้สึกรับผิดชอบชุมชนของตนเอง (Sense of Community Responsibility) ได้แก่ เข้าร่วมพัวพันในกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้นเพื่อเฝ้าระวังและแจ้งเตือนเมื่อพบการจำหน่ายอาหารที่ขาดคุณภาพ มีจิตอาสาเสียสละเวลา อาหารและวัตถุดิบของเพื่อร่วมกิจกรรมเรียนรู้ในเวทีสุขภาพชุมชน และ 5) ด้านการร่วมมือกันทำงาน (Collective Productivity) อาทิ ร่วมกันจัดทำแผนและระบบจัดการสุขภาพชุมชนเพื่อเฝ้าระวังการเกิดความเสี่ยงทางวัฒนธรรมสุขภาพในชุมชน

### 5.1.2 การสื่อสารและการตีความ

ผลการศึกษาพบปัญหาด้านการสื่อสารของทีมโค้ชในอดีต ที่มักมุ่งเน้นการให้สุขศึกษาในรูปแบบของการประชุมสัมมนา หรือบรรยายทางวิชาการด้วยผู้เชี่ยวชาญ หรือนักวิชาการด้านสุขภาพ สารที่ถูกนำมาใช้ส่วนใหญ่เน้นที่เนื้อหาของความรู้ ประโยชน์ ข้อควรปฏิบัติ และการยกตัวอย่างอันตรายหรือโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ในลักษณะของการสื่อสารแบบเส้นตรงทางเดียวจากผู้เชี่ยวชาญสู่กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่จำกัด เช่น ห้องประชุม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการพักรับประทานอาหารว่าง เช่น ขนมปัง ขนมหวาน กาแฟซองสำเร็จแบบมีน้ำตาลและครีมเทียม (Three in One) ให้แก่ทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยง หรือในกรณีของการ

บรรยายเต็มวัน จะมีบริการอาหารกลางวันเป็นข้าวบรรจุกล่องโฟม หรือข้าวแกงแบบตักราด ข้าวหมูแดง ข้าวมันไก่ ตามความสะดวก โดยวิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมรับประทานอาหารแยกกัน บางครั้งอาจมีการเผยแพร่ความรู้ผ่านใบปลิว หรือแผ่นพับ ที่มีตัวหนังสือขนาดเล็กที่ผลิตและแจกจ่ายมาจากส่วนกลาง หรือในบางรายอาจมีการเยี่ยมบ้าน แต่ยังคงเน้นการให้ความรู้ เพียงแต่เป็นการส่งสารระดับบุคคลจากผู้เชี่ยวชาญถึงบุคคลในกลุ่มเสี่ยง

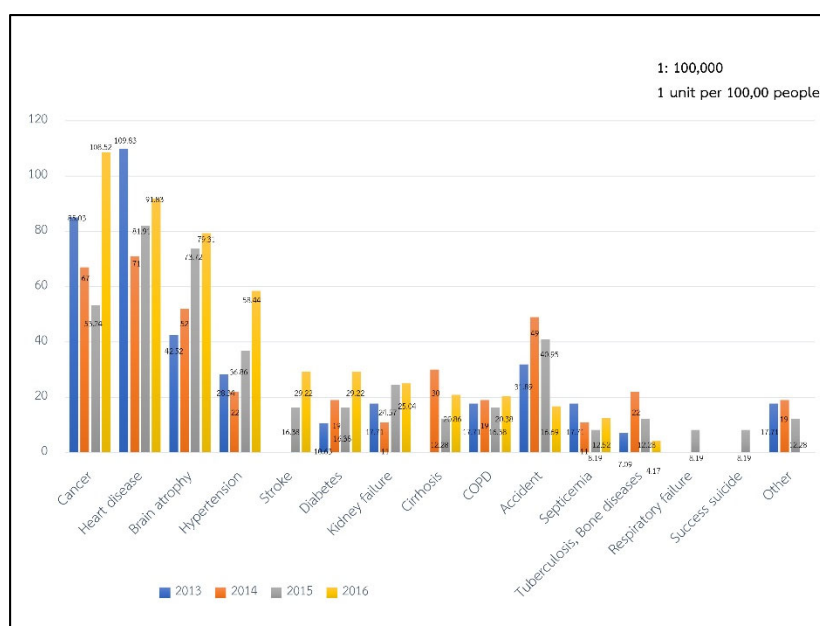
การสื่อสารเพื่อการโค้ช (Communication for Coaching) ที่พบในเวทีการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การสื่อสารตามนัยตรงตามคุณลักษณะที่ปรากฏ (Denotation) เช่น การให้ข้อมูลและความรู้เพื่อพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และการยกตัวอย่างวัฒนธรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากความเชื่อที่ผิด เช่น การรับประทานผลไม้รสหวานอบแห้งช่วยลดความอ้วนได้ ผู้สูงอายุเท่านั้นคือกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการซื้ออาหารแปรรูปประเภทไส้กรอก เบคอน แฮม จากตลาดนัดในชุมชนมารับประทานคือความทันสมัย สำหรับการสื่อสารในความหมายนัยประหวัด (Connotation) เช่น พบการจัดเตรียมของว่างและอาหารกลางวันสำหรับกลุ่มเสี่ยงที่หลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน หรือ เครื่องดื่มกาแฟสำเร็จรูปแบบปรุงสำเร็จมากขึ้น ส่วนรูปแบบของการสื่อสารพบว่า เป็นแบบสองทาง การไหลเวียนของสารถูกตรวจสอบ วิพากษ์ วิจารณ์ และตีความตลอดเวลา ทีมโค้ชจากต่างพื้นที่มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากทีมโค้ชโกสุมพินคร ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นช่วยพัฒนาทักษะการตีความพฤติกรรมสุขภาพที่มีพื้นฐานมาจากวัฒนธรรมและความเชื่อเฉพาะพื้นที่ จนเกิดเข้าใจในความหมายที่แฝงเร้น (Connotation Meaning) รู้จักสังเกตอารมณ์ วลี น้ำเสียง และพฤติกรรมที่แอบแฝงความสัมพันธ์เชิงอำนาจของสมาชิกในทีมโค้ช มีการหยอกล้อ เพื่อให้ยุติพฤติกรรมดังกล่าว เกิดการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร ตีความ และกระจายสารตามจินตนาถุคติของทีม ก่อนคัดสรรสารที่มีประสิทธิภาพ หรือสารที่ส่งผลบวกต่อการทำงานเพื่อผลิตซ้ำ จนสามารถร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมวิถีชีวิตทางสุขภาพของอำเภอโกสุมพินครเพื่อใช้ทำงานในปีต่อไป

### 5.1.3 การจัดการระบบข้อมูลด้านวิถีชีวิตสุขภาพและการพัฒนางาน

ผลจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ทีมโค้ชระบุสถานการณ์ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับอำเภอได้ (ภาพที่ 1) เกิดความเข้าใจและสามารถเชื่อมโยงระหว่างการเปลี่ยนแปลงระดับมหภาค ได้แก่ ระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ และการเปลี่ยนแปลงระดับจุลภาค ได้แก่ วิถีชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง หลังสิ้นสุดโปรแกรมสร้างเสริมศักยภาพพบว่าทีมโค้ชได้บรรจุโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการระบบข้อมูลด้านวิถีชีวิตทางสุขภาพระดับอำเภอไว้ในแผนงานประจำปี พ.ศ. 2560 - 2561 และนำ

ผลการวิจัยตลอดจนเทคนิคใหม่ๆ ที่ได้จากเวทีการเรียนรู้ไปใช้พัฒนาระบบงาน นำเนื้อหาและรูปแบบไปปรับปรุงการสื่อสารสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยง โดยนำหลักการวิเคราะห์เหตุการณ์ (Event Analysis) มาใช้กำหนดคุณสมบัติหลัก 7 ประการของทีมโค้ช ได้แก่ “เป็นผู้ที่ยินดีลงมือทำตามดู ให้คำแนะนำ ทำเป็นกลุ่ม ทุ่มทุกวัน เป็นกัลยาณมิตร และจิตดีมีความสุข” และนำคุณสมบัติดังกล่าวไปใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อคัดเลือกบุคคลต้นแบบและประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมโค้ชในปีต่อไป

ภาพที่ 1 ปัญหาความเจ็บป่วยที่พบในอำเภอโกสุมพินคร พ.ศ. 2556-2559



ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโกสุมพินคร (2560)

#### 5.1.4 นวัตกรรมสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ทีมโค้ชสามารถพัฒนานวัตกรรมด้านการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ (Lifestyle Innovation) ได้แก่ 1) สมุดคู่มือติดตามเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เพื่อสื่อสารด้านความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพ 5 ด้าน ได้แก่ 1.1) การรับประทานผักผลไม้ที่หลากหลาย ไม่น้อยกว่า 5 กำมือต่อวัน หลีกเลี่ยงน้ำอัดลมหรือน้ำผลไม้สำเร็จรูป หลีกเลี่ยงอาหารทอด หมักดอง อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหกกรอบ 1.2) การออกกำลังกายที่เน้นการยืดเหยียดร่างกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5

ครั้งๆ ละ 30 นาที ผักการหายใจ สร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว 1.3) การจัดการอารมณ์ ผ่อนคลายความเครียด ลดการบริโภคที่ไม่จำเป็น 1.4) หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และ 1.5) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้รูปแบบและเนื้อหาเข้าใจง่าย ตัวอักษรขนาดใหญ่ มองเห็นชัดเจน มีภาพประกอบ ใช้วัสดุราคาถูก 2) พัฒนาอุปกรณ์ออกกำลังกายที่ผลิตจากไม้ตาลและวัสดุที่หาได้ในชุมชน “ก้านตาลห่วยโยน” ประกอบการออกกำลังกาย 10 ท่า เพื่อยืดคลายเส้น ลดปวดเมื่อย และ 3) ผลิตน้ำสมุนไพรสกัดเพื่อสุขภาพ โดยร่วมกับแพทย์แผนไทย ซึ่งประจำอยู่ที่ รพ.สต. โกสัมพีนคร แปรรูปจากแอปเปิ้ลไซเดอร์ ออบเชยเทศ เมล็ดยี่ห่วย มะนาว และขิง มีสรรพคุณลดโคเรสเตอรอล (Cholesterol) ไตรกลีเซอไรด์ (Triglycerides) ช่วยการระบาย และช่วยย่อยอาหาร นวัตกรรมนี้อยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาให้มีมาตรฐานสากลในเชิงพาณิชย์ต่อไป

## 5.2 การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านวิถีชีวิตทางสุขภาพ

กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ เป็นเพศชาย 27.5% เพศหญิง 72.5% ส่วนใหญ่หรือ 79.4% เป็นเกษตรกรยากจน อายุมากกว่า 50 ปี และ 90.6% จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ผลการศึกษาสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทั้งรูปแบบและเนื้อหาสาระ ที่ทีมโค้ชใช้ในการกระบวนการสื่อสารสุขภาพทั้งระหว่างทีมโค้ชและการสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยง พบความพิถีพิถันในการผลิต กระดาษ ใช้ และผลิตซ้ำทั้งด้านเนื้อหาตามความหมายโดยตรง (Denotation) เช่น ความรู้ด้านประเภทและหมวดหมู่อาหารที่ควรบริโภค สัดส่วนอาหาร วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การวัดและนับชีพจร หลักการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การนวด การพักผ่อนที่เหมาะสม หลักการฝึกสมาธิ โทษภัยของบุหรี่และเหล้า นอกจากนี้ยังพบการสื่อสารที่มีความหมายนัยประหวัด (Connotation) ในลักษณะที่สอดคล้องกับความเชื่อและค่านิยมของกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น เช่น การแนะนำให้บริโภคอาหารโดยกำหนด “เมนูลดพุง” ที่มีส่วนประกอบเป็นผักและสมุนไพรจากสวนครัวของกลุ่มเสี่ยง แทนการบริโภคอาหารจากตลาดนัดที่มีรสหวาน ของทอด และอาหารที่ปรุงด้วยกะทิ โดยกำหนดความหมายใหม่ของการเป็น “บุคคลต้นแบบ” จากผู้ที่ร่ำรวยเป็นผู้ที่มีวิถีชีวิตทางสุขภาพพึงประสงค์ ที่ได้รับการยกย่องโดยการมอบเกียรติบัตรจากทีมโค้ช ในเวทีการเรียนรู้วิถีชีวิตทางสุขภาพระดับอำเภอ และยอมรับให้เข้าร่วมเป็นทีมโค้ช ซึ่งนับเป็นการลดช่องว่างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างบุคลากรสาธารณสุขกับกลุ่มเสี่ยง และเปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงได้แสดงออกซึ่ง “ตัวตน (Self)” ในความหมายใหม่ ในฐานะ “บุคคลต้นแบบ” ที่มีคุณสมบัติต่อชุมชนโดยใช้กระบวนการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์โดยสรุป ดังนี้

ขั้นที่ 1 การผลิตสาร (Production) ของทีมโค้ช เริ่มต้นตั้งแต่การบันทึกข้อมูล (Encoding) โดยใช้ปัญหาสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเป็นฐาน (Problem-based Learning) และการแบ่งปันประสบการณ์ (Shared Experiences) ของทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนาความคิดเชิงเหตุผลและทักษะการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา พัฒนาทักษะการสังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และฝึกการคิดเชิงวิพากษ์ ผลการสื่อสารสุขภาพในขั้นตอนนี้ ช่วยให้ทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยงรับรู้ร่วมกันว่า อำเภอโกสุมพินครมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากร้อยละ 28.34 (อันดับ 4) และร้อยละ 10.63 (อันดับ 10) ในปี พ.ศ. 2556 เพิ่มเป็นร้อยละ 58.44 (อันดับ 4) และร้อยละ 29.22 (อันดับ 6) ในปี พ.ศ. 2559 โดยในขั้นตอนนี้มีการใช้เทคนิคถกแถลงสาธารณะ (Public Dialogue) ในรูปของการสนทนาแบบปลายเปิดในประเด็นความเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงจากต่างชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารด้วยเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน โดยพบว่า การบริโภคอาหารส่วนใหญ่เป็นไปตามทรัพยากรที่มีแหล่งอาหารที่เข้าถึงได้ง่าย และรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปประกอบด้วย 1) ความเสื่อมคลายความนิยมเรื่องการปรุงอาหารบริโภคเองในระดับครัวเรือน เนื่องจากต้นทุนวัตถุดิบที่สูงขึ้น คนวัยแรงงานขาดความรู้และทักษะในการปรุงอาหาร 2) เกิดระบาดวิทยาวัฒนธรรม ด้านความนิยมบริโภคและซื้ออาหารคาวหวานปรุงสำเร็จ ความนิยมดื่มเครื่องดื่มเย็นที่มีรสหวานจัด เช่น ชาไข่มุก ชานมเย็น และชาเขียวเย็น เนื่องจากการให้ความหมายใหม่ว่าเครื่องดื่มดังกล่าวเป็นภาพแทนของรสนิยมที่แสดงความเป็นคนทันสมัย และ 3) การเพิ่มขึ้นของร้านค้า รถเร่ขายอาหาร ตลาดนัด และคาราวานอาหารในระดับอำเภอ ที่จำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มมาตรฐานและไม่มีระบบกำกับดูแล

ขั้นที่ 2 การกระจายสาร (Circulation) ประกอบด้วยการสื่อสารความหมายโดยตรงด้านความรู้เรื่องอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ สถานการณ์ของระบาดวิทยาทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพของชุมชน ตลอดจนสื่อสารด้วยความหมายนัยประหวัด เช่น นำประสบการณ์การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพของทีมโค้ชและบุคคลต้นแบบ มาใช้เป็นบทเรียนเพื่อบอกเล่าประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่ดี ในบรรยากาศที่เป็นกันเอง ผ่านการร่วมกิจกรรมจิตอาสา ปฏิบัติอาสาสะท้อนกลับและการวิพากษ์ (Critical Reflection) ในเวทีเรียนรู้สุขภาพชุมชน เพื่อลดการสื่อสารสุขภาพแบบทางเดียวหรือแบบบนลงล่าง แต่ใช้การมีส่วนร่วมพัวพันและลงมือปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อแบ่งปันเป้าหมายด้านสุขภาพ เพื่อสร้างข้อตกลงการทำงาน (Action Agreement) ในรูปของการกำหนดคุณสมบัติหลัก 7 ประการของทีมโค้ช ร่วมกับการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์เพื่อจัดวางตำแหน่งของทีมโค้ช ในระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอ โดยจัดทำข้อตกลงและร่วมลงนาม “คำรับรองการพัฒนากระบวนการสุขภาพระดับอำเภอ” เพื่อประกาศทิศทางการทำงาน ตลอดจนขยายผู้สร้างการเปลี่ยนแปลง (Change

Agent) จากเดิมที่มีเพียง อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปสู่ทีมโค้ช บุคคลต้นแบบ และภาคีเครือข่ายสุขภาพ

ขั้นที่ 3 การใช้หรือบริโภคสาร (Use/Consumption) เป็นขั้นตอนของการสื่อสารโดยทีมโค้ช ที่ครอบคลุมการพูดคุยเพื่อเตรียมความเข้าใจ (Preparation of Understanding) ได้แก่ การปฐมนิเทศ (Orientation) เพื่อชี้แจงเนื้อหาสาระ ขั้นตอน และรูปแบบของปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ การร่วมกันคัดสรรเนื้อหา สาระ และรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยง ผลการค้นหาวางใจของรหัส (Axial Coding) พบว่าทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยง สามารถร่วมกันใช้ข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้เรื่องการสื่อสารเชิงสัญญา เพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตแบบเกษตรกรรมของโกสัมพีนคร ประกอบด้วย การจัดทำแผนสุขภาพอำเภอเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังวัฒนธรรมเสี่ยงทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง (Acts) จัดกิจกรรมจิตอาสาเพื่อเยี่ยมบ้าน และฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองให้กลุ่มเสี่ยง (Activities) การให้ความหมายใหม่ (Meaning) แก่กลุ่มเสี่ยงทั้งดัดตัมสุราได้ครบ 8 เดือน เป็น “บุคคลต้นแบบ” การร่วมกันกำหนดคุณลักษณะพึงประสงค์ของทีมโค้ช (Participation) โดยอาศัยเครือข่ายความสัมพันธ์ (Relationship) ที่เกิดขึ้นในเวทีการเรียนรู้ระหว่างการเข้าร่วมกระบวนการโค้ช (Setting)

ขั้นที่ 4 การผลิตซ้ำ (Reproduction) ผลการศึกษาพบว่า เวทีการเรียนรู้วิถีชีวิตทางสุขภาพในระดับอำเภอ เปิดโอกาสให้ทีมโค้ชและกลุ่มเสี่ยง ผลิตซ้ำการสื่อสารสุขภาพที่มีรูปแบบและเนื้อหาแบบเคลื่อนไหว มีชีวิต ในรูปของ “บุคคลต้นแบบ” ซึ่งได้แก่ กลุ่มเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพทั้ง 5 ด้านได้ต่อเนื่องเกิน 8 เดือน จำนวน 10 คน ที่ยินดีเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของทีมโค้ช ผลของการใช้ “บุคคลต้นแบบ” ช่วยให้การสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยงถูกถกแถลง ตรวจสอบ และซักถามได้ตลอดเวลาทั้งในวิถีชีวิตจริงและในเวทีการเรียนรู้วิถีชีวิตสุขภาพระดับอำเภอ และค้นพบว่ารูปแบบของการสื่อสารด้วยความหมายนัยประหวัด (Connotation) เช่น การล้อเลียนเมื่อพบ “กลุ่มเสี่ยง” หวนกลับไปใช้วิถีชีวิตแบบเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นรูปแบบที่ได้ผลดี นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารของทีมโค้ชกับกลุ่มเสี่ยงโดยใช้การเรียนรู้แบบเปรียบเทียบ เป้าหมาย (Goal) ความคาดหวัง (Expectation) สิ่งที่ได้ (Output) ตัวชี้วัด (Indicator) และผลลัพธ์ (Outcome) ในลักษณะสะท้อนกลับไปมา ช่วยให้เกิดการฟังอย่างตั้งใจ การถกตอบทเรียนทั้งที่สำเร็จและล้มเหลวที่พบระหว่างการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง นำมาสู่การปรับปรุงกระบวนการสื่อสารสุขภาพและผลิตซ้ำแนวปฏิบัติที่ดี (Good Practice)

โดยสรุป ผลการวิจัยพบการสื่อสารที่ประกอบด้วยสารที่มีความหมายนัยตรง ความหมายนัยประหวัด และการสื่อสารเชิงสัญญา ในทุกขั้นตอนของกระบวนการสื่อสารสุขภาพ ตั้งแต่ขั้นตอนของการใคร่ครวญของทั้งโค้ชและกลุ่มเสี่ยงก่อนตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรม ขึ้นทบทวน

และตรวจสอบความพร้อมทั้งด้านเวลา ประสบการณ์ และการเข้าร่วมกิจกรรม ขึ้นเตรียมความพร้อมทั้งด้านความตั้งใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวิถีชีวิตทางสุขภาพ ขึ้นปรับเปลี่ยนเนื้อหาและรูปแบบการสื่อสารที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ความต้องการ และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชาวโกสัมพีนคร ขึ้นกำกับระบบการโค้ชให้คงอยู่ในระบบจัดการสุขภาพระดับอำเภอ และขึ้นป้องกันการหวนกลับไปสู่การสื่อสารสุขภาพแบบทางเดียวที่เน้นการสอนและให้สุขศึกษา โดยการเรียนรู้กระบวนการสื่อสารแบบใหม่ของทีมโค้ชด้านวิถีชีวิต ส่งผลกระทบเชิงบวกต่อการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ และความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) และในระดับมหภาค พบการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในระบบการจัดการสุขภาพระดับอำเภอทั้งในด้านการเสียสละเวลา (Commitment of Time) ความพยายามอย่างตั้งใจ (Effort) และการมีอารมณ์ (Emotion) ร่วมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนสุขภาพชุมชนตามกรอบเวลาที่กำหนดไว้

#### ตารางที่ 1

การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพเปรียบเทียบก่อนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

| พฤติกรรม                    | ก่อน<br>(n=160) |      | หลัง<br>(n=160) |      | t-test | p-value |
|-----------------------------|-----------------|------|-----------------|------|--------|---------|
|                             | $\bar{X}$       | S.D. | $\bar{X}$       | S.D. |        |         |
| 1) การกิน                   | 2.90            | .44  | 3.09            | 3.6  | 4.00*  | .000    |
| 2) การออกกำลังกาย           | 2.83            | .77  | 2.93            | .77  | 1.045  | .298    |
| 3) การจัดการอารมณ์          | 3.56            | .61  | 3.60            | .57  | .797   | .427    |
| 4) การสูบบุหรี่             | 3.54            | .85  | 3.60            | .78  | 1.185  | .238    |
| 5) ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ | 3.47            | .88  | 3.62            | .70  | 3.204* | .002    |
| ผลรวม                       | 3.07            | .32  | 3.20            | .29  | 4.566* | .000    |

\* ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก “บุคคลต้นแบบ” นางแมว อายุ 40 ปีกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อาชีพเกษตรกร อาศัยอยู่ในตำบลเพชรชมพู ซึ่งปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพ โดยการงดสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ครบ 8 เดือน พบความเชื่อมโยงระหว่าง การเปลี่ยนแปลงรูปแบบและเนื้อหาในกระบวนการสื่อสารสุขภาพของทีมโค้ชกับความต้องการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตดังนี้

“เมื่อก่อนหมอนามัยจะเกณฑ์ให้อ้อม. มาอบรม เราได้เงินเดือนเขา เดือนละ 600 บาทก็ต้องมานั่งฟัง หลับ ๆ ตื่น ๆ อบรมเสร็จก็กลับบ้านไปใช้ชีวิตเหมือนเดิม พอมาเข้าโครงการนี้ มันต่อเนื่อง หมอฟังเรามากขึ้น มีติดตามเยี่ยมบ้านด้วย มีปัญหาอะไรก็เอามาช่วยกันแก้ มันก็มีกำลังใจ ยิ่งพอได้รับเลือกเป็นบุคคลต้นแบบ ยิ่งต้องตั้งใจ เพราะใคร ๆ ก็มาปรึกษา ก็ต้องตั้งใจ ทำตัวของเราให้ดี ไม่งั้นเสียชื่อ...”

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก หมอเอก สมาชิกในทีมโค้ชสุขภาพ เพศชาย อายุ 50 ปีปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโกสัมพี เป็นเวลามากกว่าสิบปี กล่าวว่า

“การโค้ช ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม เราฟังมากกว่าพูด และต้องฟังด้วยหัวใจ เวลาไปเยี่ยมบ้าน ก็ต้องคอยสังเกตว่ากลุ่มเสี่ยงมีปัญหาอุปสรรคอะไร น้ำตาลจึงไม่ลด เขาเศร้าหรือเปล่า ครอบครัวไม่สนับสนุน หรือหมดแรงใจ พวกที่ทำได้ดี พอมีเวทีสุขภาพอำเภอให้เขาโชว์ของ ได้รับเลือกเป็นบุคคลต้นแบบก็จะมีกำลังใจ ยิ่งได้เกียรติบัตรไป มันเหมือนสัญญาใจว่าต้องใช้ชีวิตให้ดี เป็นตัวอย่างให้กับกลุ่มเสี่ยงคนอื่น ๆ ...”

## 6. อภิปรายผล

งานวิจัยนี้ สนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการวิจัยแบบฐานราก (Grounded Theory) ของ Charmaz (2006) เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพ โดยเริ่มจากการสืบค้นและระบุปัญหา ความต้องการ ความรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมศักยภาพด้านการสื่อสารของทีมโค้ช การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต ช่วยเผยโลกทัศน์และประสบการณ์ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่มีต่อการดำเนินงานที่ผ่านมา วิธีวิทยานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Calman (2006) เรื่องมุมมองของผู้ป่วยที่มีต่อศักยภาพของพยาบาล ซึ่งสะท้อนความสำคัญของการบูรณาการความรู้จากสหวิทยาการแบบข้ามศาสตร์ ผลการศึกษา ยืนยันความสำคัญและความจำเป็นในการมีพื้นที่สาธารณะเพื่อการเรียนรู้ เนื่องจากทำให้เกิดการครุ่นคิดผ่านมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Dirkx (1998) ที่พบว่ากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเป็นกลไกทางสังคมสำคัญที่พัฒนาทักษะการสื่อสารที่ครอบคลุมสารที่มีความหมาย นัยตรง นัยประหวัด และสัญลักษณ์ ซึ่งช่วยนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม เสริมสร้างความมั่นใจ และมุมมองเชิงวิพากษ์ (Mezirow, 1991) ซึ่งเหมาะสมกับการทำงานในระดับ

ชุมชน (Espaerat et al., 2008) การส่งเสริมสุขภาพกรณีโรคเรื้อรัง (Merriam et al., 2007) โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Trento et al., 2004)

ผลการวิจัยสนับสนุนการนำแนวคิดเรื่อง การเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงของ Mezirow & Taylor (2009) มาใช้เพื่อพัฒนากระบวนการสื่อสารสุขภาพ ซึ่งรูปแบบนี้ Phillipi (2010) และ Mayor (2006) เคยนำไปทดลองใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้ใหญ่ หรือที่เรียกว่าตัวแบบการเรียนรู้สามประสาน (Trio of Learning Model) ที่ประกอบด้วย การเรียนรู้ วาทกรรม (Discourse) และการสะท้อนวิพากษ์ (Critical Reflection) ในลักษณะของการเรียนรู้และการลงมือทำเป็นกลุ่ม เพื่อสร้างเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบเพื่อนสู่เพื่อน (Peer-to-Peer Sharing) จนสามารถผลักดันให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์แบบรวมกลุ่มได้สำเร็จ

โดยสรุป ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประยุกต์ใช้กระบวนการสื่อสารในการโค้ชด้านวิถีชีวิต (Lifestyle Coaching) ที่ครอบคลุมการสื่อสารที่มีความหมายโดยตรง (Denotation) ความหมายนัยประหวัด (Connotation) และการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ ที่กระทำผ่าน “บุคคลต้นแบบ” และ “ทีมโค้ชด้านวิถีชีวิต” ในสองระดับ ระดับแรก คือ ระดับบุคคล ได้แก่ การสร้างเสริมศักยภาพด้านการสื่อสารสุขภาพของทีมโค้ชสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนการทำงานด้านส่งเสริมวิถีชีวิตทางสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ระดับที่สอง ได้แก่ การสื่อสารเพื่อยกระดับการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่ขยายกลุ่มผู้แสดงทางสังคมและยกระดับผลกระทบให้กว้างขวางมากขึ้น จากเดิมที่มีเพียงบุคลากรด้านสาธารณสุขจากภาครัฐและ อสม. ทำหน้าที่ให้สุขศึกษาด้วยการสื่อสารแบบทางเดียว เป็นการสื่อสารสุขภาพที่กระทำอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยตัวแทนของผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงจากสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายสุขภาพ งานวิจัยนี้อุดช่องว่างแนวคิดของ Stuart Hall (During, 2001, pp. 507-517) โดยชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตทางสุขภาพโดยการให้สุขศึกษาในรูปแบบเดิม ได้ผลน้อยกว่าการโค้ชที่กระทำผ่านกระบวนการสื่อสารแบบ 4 ขั้นตอน ดังพบหลักฐานแสดงการลดลงของกลุ่มเสี่ยง และการเพิ่มขึ้นของ “บุคคลต้นแบบ” ที่มีจิตอาสาเข้าร่วมผลิตนวัตกรรมสุขภาพและปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระบบสุขภาพระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอโกสุมพิณนคร จังหวัดกำแพงเพชร

## 7. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้มี 3 ประการ ประการแรก ควรตระหนักว่าการโค้ช (Coaching) แตกต่างจากการสอน (Instructor) หรือการเป็นพี่เลี้ยง (Mentor) จึงไม่ได้มุ่งชี้แนะสั่งสอน แต่มุ่งใช้กระบวนการสื่อสารเพื่อดึงศักยภาพหรือคุณลักษณะที่ดีที่สุดซึ่งแฝงเร้นอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมาใช้ กระตุ้นและสนับสนุนให้เกิดสำนึกสาธารณะ และลงมือกระทำอย่างจริงจังจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ประการที่สอง การสร้างพื้นที่สาธารณะเพื่อการเรียนรู้ด้านการสื่อสารสุขภาพ ควรมีลักษณะยืดหยุ่นสอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหา เพื่อยกระดับการสื่อสารให้มีคุณภาพควบคู่กับการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้พัฒนาระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และประการสุดท้าย การมีส่วนร่วมพัวพัน (Engagement) ในโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ควรมุ่งเน้นการสื่อสารที่นำไปสู่การลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจริงจัง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตทางสุขภาพทั้ง 5 ประการมากกว่าการสื่อสารแบบทางเดียว หรือการจัดกิจกรรมที่มีลักษณะเฉพาะกิจ เช่น การอบรม การให้สุศึกษาแก่กลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมศักยภาพด้านการสื่อสารสุขภาพโดยการโค้ชสำหรับตัวแทนผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงอื่นๆ อาทิ เยาวชน ผู้สูงอายุ และกลุ่มเปราะบาง เพื่อยกระดับองค์ความรู้ด้านการสื่อสารให้ครอบคลุมมิติการพัฒนาที่หลากหลายมากขึ้น

## 8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้สนับสนุนงบประมาณการวิจัย คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยนเรศวร และภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในระดับพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง/References

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). คู่มือผู้จัดการสุขภาพชุมชน อ้วนลงพุง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). คู่มือ อสม. ผู้จัดการสุขภาพชุมชน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรค (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กาญจนา เลิศถาวรธรรม. (2551). การถอดบทเรียนผลการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. ราชบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี.
- ชาญชัย ชัยสว่าง. (2552). การพัฒนาการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น อำเภอเฝ้าไร่ จังหวัดหนองคาย (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศไทย: รากฐานสำคัญของการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- สงคราม ชัยสิทธิ์. (2552). การกระจายอำนาจโดยการถ่ายโอนสถานีนอนมัย: กรณีศึกษาเร่งด่วน 4 จังหวัด. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). รายงานสุขภาพคนไทย ประจำปี 2560. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). สุขภาพคนไทย 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2556). สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: ศิริธรรมออฟเซต.
- Calman, L. (2006). Patients' Views of Nurse Competence. *Nurse Education Today*, 26(8), 719-725.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Cherry, K. (2019). The 6 Stages of Behavior Change: The Trans-theoretical or Stage of Change Model. Retrieved from [www.verywellmind.com](http://www.verywellmind.com)

- de Savigny D., & Adam T. (Eds.). (2009). *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*. Geneva: WHO.
- Dirkx, J. M. (1998). Transformative Learning Theory in the Practice of Adult Education: An Overview. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, 7, 1-14.
- During, S. (2001). *The Cultural Studies Reader* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Routledge.
- Esperat, M. C., Feng, D., Zhang, Y., Masten, Y., Allcorn, S., Velten, L., et al. (2008). Transforming for Health: A Framework for Conceptualizing Health Behaviors in Vulnerable Populations. *Nursing Clinics of North America*, 43(3), 381-395.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Health Communication. Retrieved from [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).
- Mayor, V. (2006). Long-term Conditions. 3: Being an Expert Patient. *British Journal of Community Nursing*, 11(2), 59-63.
- Merriam, S. B., Cafferella, R. S., & Baumgartner, L. M. (2007). *Learning in Adulthood: A Comprehensive Guide* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J. (1991). *Transformative Dimensions of Adult Learning*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mezirow, J., & Taylor, E. W. (Eds.). (2009). *Transformative Learning in Practice: Insight from Community, Workplace, and Higher Education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Nitayarumphong, S. (1990). Evolution of Primary Health Care in Thailand: What Policies Worked?. *Health Policy and Planning*, 5(3), 246-254.
- Phillipi, J. (2010). Transformative Learning in Healthcare. *PAACE Journal of Lifelong Learning*, 19, 39-54.
- Thom, D. H., Wolf, J., Gardener, H., DeVore, D., Lin, M., Ma, A., Ibarra-Castro, A., & Saba, G. (2016). A Qualitative Study of How Health Coaches Support Patients in Making Health-Related Decisions and Behavioral Changes. *Annals of Family Medicine*, 14(6), 509-516.
- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., Cavallo, F., et al. (2004). A 5-year Randomized Controlled Study of Learning, Problem Solving Ability, and Quality of Life Modifications in People with Type 2 Diabetes Managed by Group Care. *Diabetes Care*, 27(3), 670-675.

UCSF Center for Excellence in Primary Care. (2016). Health Coaching. Retrieved from <http://cepc.ucsf.edu/health-coaching>