

Developing a Multidisciplinary Wellness Coaching Curriculum for Personalized Health Promotion in Thailand's Health Service System

Orawan Quansri¹ Supattra Srivanichakorn² Chaisiri Angkurawaranon³ Piyachatr Tragoolvongse^{4*}

1. Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University: orawan.qua@mahidol.ac.th

2. The Royal College of Family Physicians of Thailand and The General Practitioners/Family Physicians Association of Thailand

3. Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

4. Community based Health Research and Development Foundation

* Corresponding author: e-mail: piyachatr.tra@gmail.com

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Author name: Quansri, O, Srivanichakorn, S, Angkurawaranon, C, & Tragoolvongse, P. (2025). Developing an Interprofessional Wellness Coach Curriculum for Personalized Intensive Lifestyle Modification Services: A Policy Innovation to Advance Health Promotion in Thailand's Health System. *Public Health Policy and Laws Journal*, 11(3), 749-760. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/282779

Received: 6 August 2025

Revised: 30 August 2025

Accepted: 4 September 2025

Abstract

Amidst the growing demand for personalized and value-based health promotion, this study developed and evaluated a multidisciplinary wellness coaching curriculum tailored for Thailand's health service system. Grounded in wellness coaching principles, behavioral psychology, and interprofessional collaboration, the curriculum was designed to enhance the competencies of health professionals in delivering Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) services for working-age populations at risk of non-communicable diseases (NCDs). The blended learning model included a two-day onsite workshop, monthly interactive online sessions, and a six-month peer mentoring system, coach-for-coach to promote reflective practice and real-world application.

Thirty-four multidisciplinary professionals including nurses, dietitians, physiotherapists, and public health officers from 11 local service units were purposively selected to participate. Evaluation tools included a knowledge test, a wellness coaching confidence scale, and an open-ended questionnaire. All instruments were validated for content (IOC = 0.67–1.00) and reliability (Cronbach's alpha = 0.90). Quantitative analysis showed a significant increase in knowledge (pre = 5.85, post = 8.32, $t = 8.43$, $p < 0.001$), with 79.41% showing improved scores. Participants reported high confidence (mean = 8.65, SD = 1.04) and effectively applied skills in nutrition planning, physical activity coaching, and motivational communication. Qualitative feedback emphasized the relevance and feasibility of curriculum content. This study demonstrates that a structured, context-specific wellness coaching curriculum can enhance workforce capacity for person-centered care and support the operationalization of value-based health promotion. The model offers a policy-relevant innovation for Thailand's primary health system, with strong potential for scale-up through local and governmental service networks.

Keywords: wellness coaching; personalized intensive lifestyle modification; multidisciplinary training; personalized health services; value-based care

การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล ในระบบบริการสุขภาพไทย

อรวรรณ ขวัญศรี¹, สุกตรางา ศรีวณิชชากร², ชัยสิริ อังกระวรรณ³, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์^{4*}

1. ภาควิชาบริหารการสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล : orawan.qua@mahidol.ac.th

2. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย และสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

3. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมลติดต่อ: piyachatr.tra@gmail.com

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 6 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข 30 สิงหาคม 2568

วันตอบรับ 4 กันยายน 2568

บทคัดย่อ

ในบริบทที่ระบบสุขภาพต้องการประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้นการออกแบบ และให้บริการรายบุคคล และเน้นคุณค่าการดูแล (value-based care) จึงเป็นความต้องการเร่งด่วนจากทุกภาคส่วน การศึกษานี้มุ่งพัฒนาและประเมินผลหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการให้บริการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นเฉพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) สำหรับประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสหวิชาชีพ 34 คน จากหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ 11 แห่ง ได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้แบบประเมินความมั่นใจในบทบาทโค้ชสุขภาพ และแบบสอบถามปลายเปิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (IOC = 0.67–1.00) และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha = 0.90) ผลการวิเคราะห์พบว่าความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อนอบรม = 5.85, หลังอบรม = 8.32; $t = 8.43$, $p < 0.001$) และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในระดับสูง (เฉลี่ย = 8.65, S.D. = 1.04) ทั้งนี้หลักสูตรได้รับการประเมินว่าสอดคล้องกับบริบทหน่วยบริการสุขภาพในระดับพื้นที่ และมีศักยภาพในการนำไปใช้ขยายผลในเชิงระบบ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพในระบบสุขภาพ

คำสำคัญ: โค้ชสุขภาพ; การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะบุคคล; ทีมสหวิชาชีพ; ระบบบริการสุขภาพ; บริการสุขภาพเชิงคุณค่า

บทนำ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ระบบสุขภาพไทยเผชิญกับความท้าทายจากภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประชากรวัยทำงานซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักในการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากผลสำรวจพฤติกรรมสุขภาพประชากรไทย ปี พ.ศ. 2564 พบว่าประชากรไทยมีพฤติกรรมเสี่ยง ที่ส่งผลต่อการเกิดโรค NCDs สูง ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (56.9%) ภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน (50.0%) การขาดกิจกรรมทางกาย (42.7%) การดื่มแอลกอฮอล์ (29.7%) และการสูบบุหรี่ (16.6%) (Vichitkunakorn, 2025) สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2022) ที่ระบุว่า NCDs เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรวัยแรงงานทั่วโลก โดยมีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการออกแบบบริการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมด้านการรักษาโรค แต่การสร้างเสริมสุขภาพเชิงลึกในระดับรายบุคคล ยังคงเป็นความท้าทายด้านนโยบายและการจัดบริการ โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และระบบบริการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่เน้น “สุขภาวะ” ไม่ใช่เพียงการลดความเสี่ยงทางกายภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างสมดุล (Dodge et al., 2012; WHO, 1948) ซึ่งสามารถตอบสนองต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน (Chida & Steptoe, 2008; Kruk, 2014) ในระดับนโยบาย ประเทศไทยได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาในแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566–2570) ว่า “คนไทยมีสุขภาวะดีอย่างยั่งยืนในทุกมิติ” โดยเน้นระบบสุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Person-Centered Health System) มีการมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาเครื่องมือบริการใหม่ที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ขณะเดียวกัน ในระดับสากล เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ข้อ 3.4 ขององค์การสหประชาชาติ ก็เน้นการลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ผ่านการป้องกันและ

สร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนภายในปี ค.ศ. 2030 (United Nations, 2015)

แนวคิดสุขภาวะ (Well-being) จึงเป็นเป้าหมายหลักในการออกแบบบริการสุขภาพในยุคปัจจุบัน โค้ชสุขภาพ (Wellness Coach) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็น “ผู้เสริมพลัง” ไม่ใช่เพียง “ผู้ให้คำปรึกษา” โดยทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการตระหนักรู้ สะท้อนตนเอง และสร้างแรงจูงใจภายในอย่างลึกซึ้ง ผ่านทักษะการฟัง การตั้งคำถาม และการให้การสนับสนุนเชิงบวก (Wolever et al., 2016; Jordan et al., 2021) มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการโค้ชสุขภาพสามารถช่วยลดระดับความเครียด พัฒนาความสามารถในการจัดการอารมณ์ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bodenheimer & Sinsky, 2014; Huffman, 2009) การส่งเสริมสุขภาพผ่านรูปแบบการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแบบเข้มข้นจำเพาะคน (Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM)) ใช้กระบวนการโค้ชสุขภาพเป็นแกนกลาง จึงถือเป็นทางเลือกที่สำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้ตอบโจทย์เชิงคุณค่า (Value-Based Care) เน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ (Porter, 2010; Berwick et al., 2008) อย่างไรก็ตาม การขาดแคลนบุคลากรที่มีสมรรถนะในการเป็น โค้ชสุขภาพ และบุคลากรขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานในบทบาทโค้ชสุขภาพ ยังคงเป็นข้อจำกัดเชิงระบบที่ต้องได้รับการแก้ไข

ในบริบทประเทศไทย บทบาทของโค้ชสุขภาพยังเป็นแนวคิดใหม่ ที่ไม่ได้ถูกรวมเข้าในระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ โดยเฉพาะในหน่วยบริการภาครัฐระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่บุคลากรสุขภาพยังเน้นบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงวิชาการ มากกว่าการสื่อสารเชิงเสริมพลังใจ การพัฒนา “หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ” จึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่สามารถยกระดับการทำงานของทีมนสุขภาพ ในมิติของการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การตั้งเป้าหมายร่วม (collaborative goal-setting) และการสนับสนุนเชิงบวกอย่างต่อเนื่อง (non-directive support) ซึ่งสะท้อนหลักการของจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และทฤษฎีการรับรู้ความเชื่อมั่นตนเอง (Self-efficacy theory, Bandura, 1997; Rogers, 1961) ในการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถให้บริการสร้างเสริมสุขภาพได้

การพัฒนาหลักสูตรนี้ เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาแนวทางการขยายผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน” (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) ที่ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ 11 แห่งทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาชุดบริการการสร้างเสริมสุขภาพรายบุคคลที่มีประสิทธิภาพ พร้อมระบบสนับสนุนที่สามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่ ทั้งในแง่ของต้นทุน ระบบบุคลากร และการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพจึงเป็นกลไกต้นแบบ (prototype mechanism) ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นเร่งด่วนของระบบสุขภาพไทยในการพัฒนาเครื่องมือบริการสุขภาพแบบใหม่อย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อออกแบบและพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ สำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM) ที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพและบริบทของระบบบริการสุขภาพไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลเบื้องต้นของหลักสูตรในการเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพ ทั้งด้านความรู้ ความเชื่อมั่น และความพร้อมในการปฏิบัติงานในบทบาทโค้ชสุขภาพในพื้นที่จริง
3. เพื่อวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้หลักสูตรในหน่วยบริการสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งในหน่วยบริการภาครัฐ และหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แนวคิด Wellness Coaching for Lasting Lifestyle Change ของ Michael Arloski (2014) เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาโดยอิงจากฐานความรู้ด้านจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) ทฤษฎีความสามารถในตนเอง (self-efficacy theory; Bandura, 1997) และแนวคิดมนุษยนิยม (humanistic psychology; Rogers, 1961) โดยมีเป้าหมายเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืนในระดับบุคคล ผ่านกระบวนการโค้ช (coaching) ที่เน้นการเสริม

พลัง (empowerment) และการสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ระหว่างโค้ชกับผู้รับบริการองค์ประกอบสำคัญของแนวคิด Arloski ประกอบด้วย 3 แกนหลัก ได้แก่

1. การสร้างสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและเสริมแรงจิตใจ (Coaching Relationship & Motivational Presence) โค้ชสุขภาพจะมีบทบาทในการสร้างพื้นที่ทางจิตวิทยาที่ปลอดภัย (psychological safety) ที่เอื้อต่อการสะท้อนตนเอง (self-reflection) การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) และการเปิดใจยอมรับการเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นแกนหลัก ตามแนวทางของคาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers, 1961)
2. การตั้งเป้าหมายและการวางแผนพฤติกรรมแบบรายบุคคล (Goal Setting & Value-Aligned Action Planning) การกำหนดเป้าหมายร่วมกัน (collaborative goal-setting) โดยมีความสอดคล้องกับค่านิยมส่วนบุคคล (value alignment) ช่วยเพิ่มแรงจูงใจภายใน และลดความรู้สึกต่อต้านจากการควบคุมภายนอก อันเป็นกลไกสำคัญของการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน
3. การติดตาม สะท้อนตนเอง และการสนับสนุนเชิงระบบ (Self-Monitoring & Systemic Support) การสร้างระบบ feedback และการสนับสนุนจาก peer-coach หรือ mentor ช่วยเสริมความต่อเนื่องในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทั้งในระดับบุคคลและในทีมสุขภาพ (Wolever et al., 2016)

จากแนวคิดข้างต้น การศึกษานี้ได้พัฒนาเป็น “หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ” ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบเชื่อมโยงกัน ได้แก่

1. การเรียนรู้เชิงปฏิบัติผ่านการอบรม (onsite workshop) จำนวน 2 วัน
2. การเรียนออนไลน์แบบมีปฏิสัมพันธ์ และการแลกเปลี่ยนหลังกลับไปทำงานจริง (interactive online coaching sessions) เดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 6 ครั้ง
3. ระบบพี่เลี้ยง “Coach for Coach” เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ข้ามวิชาชีพและสนับสนุนการสะท้อนตนเองอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

หลักสูตรนี้ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับหลักการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (adult learning) และแนวคิดจิตวิทยาการเสริมสร้างสมรรถนะ (psychological empowerment) ซึ่งเหมาะสมอย่างยิ่งกับบุคลากรสหวิชาชีพในระบบสุขภาพ ที่ต้องรับบทบาทใหม่ในการสร้าง

เสริมสุขภาพรายบุคคล กรอบแนวคิดนี้ยังเชื่อมโยงกับ
แนวนโยบายของระบบสุขภาพไทย ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริม
สุขภาพเฉพาะบุคคล (personalized care) ภายใต้แนวทาง
Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM)
ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ
เรื้อรัง (NCDs) โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงลึก
ที่ออกแบบเฉพาะบุคคล (Lianov & Johnson, 2010;
Oberg & Frank, 2009) การนำแนวคิด Wellness
Coaching มาบูรณาการในระบบบริการสุขภาพ จึงไม่
เพียงแต่เสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากร แต่ยังเป็นการ
วางรากฐานของระบบบริการเชิงคุณค่า (Value-Based
Care) และระบบสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง
(person-centered health system) ซึ่งสอดคล้องกับ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG: 3) และแผนสุขภาพ
แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2566–2570

การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยโครงการพัฒนาแนวทางการ
ขยายผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะคน
(Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM)
ซึ่งดำเนินงานโดยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานวิชาการ
ภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ และองค์กรสนับสนุน
ระดับชาติ วัตถุประสงค์หลักของโครงการ PILM คือ การ
ยกระดับมาตรฐานการให้บริการส่งเสริมสุขภาพในระดับ
ปฐมภูมิ ให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของ
ประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
(NCDs) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาศูนย์บริการ
สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นองค์รวม (integrated service
package) ซึ่งมีลักษณะเฉพาะบุคคล (personalized), มี
ระบบติดตามต่อเนื่อง (longitudinal support system)
และสามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ทั้ง
ภาครัฐและภาคเอกชนได้ครบถ้วนทั้งใน การนี้ การ
พัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ จึงถือเป็นกลไก
เชิงยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนเป้าหมายของโครงการ PILM
โดยตรง โดยมีบทบาทในการยกระดับสมรรถนะของบุคลากร
สหวิชาชีพ ให้สามารถดำเนินบทบาท “โค้ชสุขภาพ” ได้
อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่
บูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยากับบริบทการบริการสุขภาพ
และวางรากฐานเชิงระบบ สำหรับการพัฒนาศูนย์บริการ
สุขภาพที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ ทั้งนี้ โครงการ
PILM ได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในพื้นที่บริการสุขภาพจำนวน

11 แห่ง ทั่วประเทศ โดยครอบคลุมการประเมินทั้งในด้าน
ประสิทธิภาพของการออกแบบ (efficacy), ประสิทธิภาพใน
การใช้งานจริง (effectiveness), ความเหมาะสมกับบริบท
(contextual relevance), และความคุ้มค่าทางเศรษฐ-
ศาสตร์สุขภาพ (cost-effectiveness analysis) เพื่อให้ได้ชุด
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่รอบด้านสำหรับการขยายผลเชิง
นโยบายในระดับประเทศ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงไม่เพียงเป็นการออกแบบ
หลักสูตรเพื่อเสริมทักษะบุคลากรในระดับจุลภาค (micro-
level) เท่านั้น แต่ยังมีบทบาทเชิงนโยบายในระดับมหภาค
(macro-level) เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านระบบสุขภาพ
ของประเทศไทยสู่ระบบบริการสุขภาพแบบเน้นคุณค่า
(Value-Based Health System) และการดูแลสุขภาพแบบ
รายบุคคลที่ยั่งยืน (Sustainable Person-Centered
Health Promotion) อย่างเป็นระบบ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นงานวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental
Research) ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อออกแบบและพัฒนา
หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ให้เป็นต้นแบบ
นวัตกรรมด้านการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรสุขภาพ
สำหรับการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล
ตามแนวทาง Personalized Intensive Lifestyle
Modification (PILM) ที่สอดคล้องกับบริบทระบบบริการ
สุขภาพของประเทศไทย หลักสูตรนี้ได้รับการพัฒนาโดย
ประยุกต์แนวคิด Wellness Coaching for Lasting
Lifestyle Change (Arloski, 2014) ควบคู่กับองค์ความรู้
ทางจิตวิทยาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (เช่น
Self-Efficacy Theory และ Positive Psychology) การ
สื่อสารแบบเสริมพลัง (Empathic Communication) และ
การทำงานแบบสหวิชาชีพ (Interprofessional Colla-
boration) โดยมีกระบวนการพัฒนาอิงตามกรอบแนวคิด
ของ Richey และ Klein (2007) ที่เสนอว่า การวิจัยเชิง
พัฒนาควรออกแบบนวัตกรรมที่สามารถเชื่อมโยงทฤษฎี
(theory) เข้ากับการใช้งานจริงในบริบทเฉพาะ (practice-
based setting) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะหลัก

ระยะที่ 1: การออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design
Phase)

- 1.1 ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ
- 1.2 สังเคราะห์แนวคิดทางจิตวิทยาและสุขภาวะที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 1.3 พัฒนาองค์ประกอบหลักสูตรประกอบด้วย การอบรม onsite 2 วัน การเรียนรู้ออนไลน์ (online) รายเดือน จำนวน 6 ครั้ง และระบบพี่เลี้ยง 6 เดือน

ระยะที่ 2: การดำเนินการอบรมและการประเมินผลลัพธ์เบื้องต้นของหลักสูตร (Pilot Evaluation Phase)

- 2.1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพจำนวน 34 คน จาก 11 หน่วยบริการ
- 2.2 เก็บข้อมูลก่อนและหลังอบรมโดยใช้
 - 2.2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ Wellness Coaching (pre-post test)
 - 2.2.2 แบบวัดความมั่นใจในบทบาทโค้ช (self-efficacy)
 - 2.2.3 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับความพร้อมในการนำไปใช้จริง
- 2.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงอนุมาน และวิเคราะห์เชิงคุณภาพจากข้อเสนอแนะเชิงเนื้อหา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยนี้ได้แก่ บุคลากรสุขภาพสหวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงาน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งทำงานในพื้นที่เป้าหมายของโครงการพัฒนาแนวทางการขยายผลระบบการสร้างเสริมสุขภาพแบบเข้มข้นจำเพาะบุคคล (Personalized Intensive Lifestyle Modification: PILM)

กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย บุคลากรสหวิชาชีพจำนวน 34 คน จากหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 11 แห่งในพื้นที่ศึกษา โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เป็นบุคลากรสหวิชาชีพที่มีบทบาทหรือภารกิจหลักในการส่งเสริมสุขภาพ หรือการดูแลประชากรวัยทำงาน

กลุ่มเสี่ยงโรค NCDs อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การกีฬา และนักกายภาพบำบัด

2. มีความสมัครใจเข้าร่วมกระบวนการอบรมและพัฒนอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 6 เดือน

3. ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหน่วยงานต้นสังกัดให้สามารถนำองค์ความรู้จากการอบรมไปใช้ในงานบริการจริง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจงครั้งนี้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพัฒนา ที่มุ่งเน้นการทดลองใช้ต้นแบบหลักสูตรในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่มีศักยภาพในการขยายผลเชิงระบบในอนาคต (Richey & Klein, 2007)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. หลักสูตรอบรม “โค้ชสุขภาวะแบบสหวิชาชีพ” (Interprofessional Wellness Coach Curriculum) หลักสูตรนี้ พัฒนาขึ้นโดยอิงแนวคิด Wellness Coaching for Lasting Lifestyle Change ของ Arloski (2014) ซึ่งผสมหลักจิตวิทยาเชิงบวก (positive psychology) การเสริมพลัง (empowerment) และการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) เพื่อส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน โครงสร้างของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการ (onsite workshop) ระยะเวลา 2 วัน 2) เนื้อหาหลักตาม 7 Steps of Wellness Coaching โดยเน้นทักษะสำคัญ เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) การตั้งคำถามเชิงเสริมพลัง (powerful questioning) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) 3) กิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (active learning) และการสะท้อนตนเอง (reflection-based learning) เพื่อพัฒนาความตระหนักรู้ (awareness) และทักษะของผู้เข้าอบรม และ 4) การฝึกปฏิบัติในกลุ่มย่อย และการจำลองสถานการณ์การโค้ช (coaching) เพื่อฝึกทักษะในบริบทจริง

หลักสูตรถูกออกแบบให้เชื่อมโยงกับแนวทาง Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) โดยมีจุดมุ่งหมายให้บุคลากรสามารถออกแบบและดำเนินการ coaching สำหรับประชาชนรายบุคคล ในระบบบริการสุขภาพระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องมือประเมินผลและแบบสอบถาม เพื่อประเมินผลเบื้องต้นของหลักสูตร ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับแนวคิด Wellness Coaching และ PILM พัฒนาโดยทีมวิจัยจากเนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วยคำถามปรนัย 10 ข้อ (multiple choice)

2.2 แบบประเมินความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่โค้ชสุขภาพ (Self-efficacy Scale) ดัดแปลงจากแนวคิด Self-Efficacy ของ Bandura (1997) วัดความเชื่อมั่นของผู้เข้าอบรมในด้านทักษะ coaching เช่น การตั้งเป้าหมาย การสื่อสาร และการจัดการอารมณ์

2.3 แบบสอบถามความพร้อมและความตั้งใจในการนำไปใช้จริง (Intention to Use and Readiness Assessment) เพื่อวัดระดับความตั้งใจ (intention) และความพร้อมด้านทรัพยากร สภาพแวดล้อม และการสนับสนุนจากองค์กร

2.4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมของหลักสูตรและระบบพี่เลี้ยง (Program Satisfaction and Mentoring Feedback) วัดความพึงพอใจในด้านเนื้อหา วิธีการสอน และระบบ mentoring มีคำถามปลายเปิดสำหรับสะท้อนข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถาม ดำเนินการโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ด้านสุขภาพ จิตวิทยาเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Item-Objective Congruence Index: IOC) ผลการประเมินพบว่ามีความเที่ยงตรง ค่าดัชนี IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ทีมนักวิจัยทดสอบแบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 30 คน นำคำตอบมาหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เพื่อประเมินความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ผลการวิเคราะห์พบว่าแบบสอบถามภาพรวม

ทั้งหมดมีค่า Cronbach's Alpha = 0.90 แสดงถึงระดับความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

ด้วยขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมืออย่างเป็นระบบดังกล่าว จึงสามารถยืนยันได้ว่า เครื่องมือวิจัยมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายในการวิจัยนี้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ดำเนินการอบรมแบบ Onsite Workshop เป็นเวลา 2 วัน พร้อมเก็บข้อมูล pre-test และ post-test

2. ติดตามผลผ่านกิจกรรมการเรียนรู้แบบ Online เดือนละ 1 ครั้ง และระบบพี่เลี้ยง (coach for coach) เป็นเวลา 6 เดือน

3. เก็บข้อมูลหลังจบกระบวนการอบรม

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (หมายเลข 187/2566) โดยผู้เข้าร่วมได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความยินยอมก่อนเข้าร่วม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean, S.D.) และสถิติเปรียบเทียบ (paired t-test) สำหรับผลก่อนและหลังการอบรม ส่วนข้อมูลความคิดเห็นวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และสัดส่วน ข้อมูลปลายเปิด และข้อเสนอแนะวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 34 คน เป็นบุคลากรสหวิชาชีพจากหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่ 11 แห่ง ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุข (41.18%) พยาบาลวิชาชีพ (35.30%) แพทย์ (11.77%) นักโภชนาการ (5.88%) และอื่นๆ (5.88%) ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (91.18%) มีอายุเฉลี่ย 36.91 ปี และมีประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ย 11.15 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (เพศ) อายุ และประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ และวิชาชีพ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	31	91.18
หญิง		
ชาย	3	8.82
อายุ (เฉลี่ย)	36.91 ปี	
ประสบการณ์ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพ (เฉลี่ย)	11.15 ปี	
วิชาชีพ		
แพทย์	4	11.77
พยาบาล	12	35.30
นักวิชาการสาธารณสุข	14	41.18
นักโภชนาการ	2	5.88
อื่นๆ	2	5.88
รวม	34	100

2. ผลการอบรมเชิงปฏิบัติการ onsite 2 วันหลังการอบรม พบว่าความรู้ของผู้เข้าร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการวัดความรู้ก่อน-หลังการอบรม

	ก่อนอบรม ($\bar{X}$)	หลังอบรม ($\bar{X}$)	t	Df	p-value
ความรู้	5.85 (S.D. = 2.21746)	8.32 (S.D. = 1.73591)	8.43	33	< .001

ผู้เข้าร่วมจำนวน 27 คน (79.41%) มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น โดยหัวข้อที่มีคะแนนพัฒนาสูงสุด ได้แก่ การวางแผนโภชนาการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.62 เป็น 4.65 การออกแบบกิจกรรมทางกาย คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.38 เป็น 4.59 และจิตวิทยาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.35 เป็น 4.50 ด้านความมั่นใจในการปฏิบัติ

หน้าที่ได้สุขภาพะ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 8.65, S.D. = 1.04) โดยเฉพาะในมิติของการนำไปใช้จริงในพื้นที่ การสื่อสารกับประชาชน และการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ทีมในองค์กร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรม แยกรายประเด็น และความมั่นใจในการนำไปใช้ประโยชน์

	การอบรม	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ผลคะแนนการวัดความรู้ก่อนและหลังอบรม			
การสร้างเสริมสุขภาพวิถีใหม่	ก่อน	3.35	0.88360
	หลัง	4.56	0.50399
การสร้างเสริมสุขภาพด้วยโภชนาการและการประเมินพฤติกรรม บริโภค และหลักการออกแบบการบริโภคเพื่อสร้างเสริมสุขภาพแบบ เข้มข้นจำเพาะคน	ก่อน	3.62	0.77907
	หลัง	4.65	0.48507
กิจกรรมทางกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การประเมินสมรรถนะทาง กาย และหลักพื้นฐานการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และ การออกแบบกิจกรรมทางกาย รายบุคคลและกลุ่ม	ก่อน	3.38	0.77907
	หลัง	4.59	0.49955
จิตวิทยากับการสร้างเสริมสุขภาพ ศาสตร์และศิลป์ทางจิตวิทยาและ การเรียนรู้เพื่อสุขภาพที่ดีผ่านประสบการณ์ตนเอง และการ ออกแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบเข้มข้นจำเพาะคน	ก่อน	3.35	0.88360
	หลัง	4.50	0.56408
ความมั่นใจในการนำไปใช้ประโยชน์		8.65	1.04105

3. ผลการติดตามจากระบบ mentoring และการใช้จริงในพื้นที่ ในระยะ 6 เดือนหลังการอบรม มีการสนับสนุนผ่านกิจกรรม online (1 ครั้งต่อเดือน) และระบบ “coach for coach” พบว่า ผู้เข้าร่วมจำนวน 28 คน (82.35%) ได้ทดลองใช้ทักษะโค้ชในพื้นที่จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง ร้อยละ 91.18 รายงานว่า ได้รับประโยชน์จากระบบที่เลี้ยง ร้อยละ 82.35 แสดงความต้องการให้มีระบบ mentoring อย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแบบสอบถามปลายเปิดสะท้อนว่า ผู้เข้าอบรมรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการตั้งคำถามแบบเจาะลึก (questioning) มีทักษะการฟังเชิงลึก (active listening) และการสร้างแรงจูงใจภายใน (intrinsic motivation) การโค้ชช่วยให้เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการ

4. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จากแบบสอบถามความคิดเห็น พบว่า ร้อยละ 94.12 ของผู้เข้าอบรมเห็นว่า หลักสูตรมีความเหมาะสม กับบริบทการทำงานในพื้นที่จริง ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ได้แก่ ควรเพิ่มตัวอย่างสถานการณ์ กรณีศึกษาจริงจากพื้นที่ ควรมีการสนับสนุนจากผู้บริหารในพื้นที่อย่างเป็น

ระบบ ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความคิดเห็นว่า หลักสูตรนี้มีศักยภาพสูงในการขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพ ทั้งระดับปฐมภูมิในภาครัฐและภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ต้องการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและการดูแลแบบเฉพาะบุคคล

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า หลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิด Wellness Coaching และ Personalized Intensive Lifestyle Modification (PILM) สามารถเสริมสร้างสมรรถนะของบุคลากรสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และความพร้อมในการนำไปประยุกต์ใช้จริงในหน่วยบริการระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยข้อที่สองและสาม ในด้านความรู้ พบว่าผู้เข้าอบรมมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะหัวข้อการวางแผนโภชนาการ การออกแบบกิจกรรมทางกาย และการประยุกต์ใช้จิตวิทยาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแนวทาง PILM (Lianov & Johnson, 2010; Wolever et al., 2016) ผลการ

เพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้สนับสนุนแนวคิดของ Arloski (2014) ที่เสนอว่าการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ (experiential learning) และการฝึกสะท้อนตนเอง (reflective practice) ช่วยเชื่อมโยงความรู้สู่สมรรถนะที่ใช้ได้จริง ด้านความมั่นใจในบทบาทโค้ชสุขภาพ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และผู้เข้าร่วมสามารถนำทักษะไปใช้ในพื้นที่จริง เช่น การสื่อสารกับประชาชนและการถ่ายทอดสู่ทีมงานในองค์กร ซึ่งสะท้อนถึงการพัฒนา self-efficacy ตามแนวคิดของ Bandura (1997) เมื่อบุคคลรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถตนเอง จะสามารถลงมือปฏิบัติและสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้

ผลจากการติดตามในระยะ 6 เดือน ยืนยันว่าผู้เข้าอบรมสามารถนำความรู้ไปใช้จริง โดยมีผู้ที่ได้ทดลองโค้ชในพื้นที่จริงมากถึง 82.35% และกว่า 91.00% รายงานว่าระบบพี่เลี้ยงมีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการทำงานในพื้นที่ ผลลัพธ์เชิงคุณภาพที่สะท้อนถึงการพัฒนากิจกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น การตั้งคำถาม การฟังเชิงลึก และการสร้างแรงจูงใจ ความสำคัญของพื้นที่ปลอดภัย (psychological safety) (Rogers, 1961) และ non-directive support ที่เป็นหัวใจของการโค้ชสุขภาพ นอกจากนี้ การเห็นว่าหลักสูตรมีความเหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ถึง 94.12% บ่งชี้ว่า แนวทางนี้มีศักยภาพในการขยายผลสู่นโยบายระดับชาติ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐและหน่วยบริการภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นหน่วยบริการสำคัญตามแผนสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570 และแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข

การที่บุคลากรสหวิชาชีพได้เรียนรู้ร่วมกันในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้เกิด inter professional collaboration ซึ่งช่วยลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มการเข้าถึงการบริการ ส่งเสริมการวางแผนดูแลแบบองค์รวม และเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงในระดับปฐมภูมิ (WHO, 2010; Reeves et al., 2017) การศึกษานี้ยังตอบโจทย์เชิงนโยบายด้าน Value-Based Care ที่มุ่งเน้นการจ่ายตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcomes) มากกว่าปริมาณบริการ โดยการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีทักษะโค้ชที่สามารถดูแลประชาชนแบบรายบุคคล ช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ลดภาระโรค และลดภาระค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพในระยะยาว (Porter & Lee, 2013)

ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการประยุกต์ใช้หลักสูตรในระดับพื้นที่

ผลการศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพสะท้อนว่าหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพ มีระดับความเหมาะสมสูงต่อการประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และหน่วยบริการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในหน่วยบริการที่มีการดำเนินงานด้านสุขภาพเชิงรุก และมีทีมสหวิชาชีพที่หลากหลาย โดยผลการศึกษา พบว่า ผู้เข้าอบรมร้อยละ 94.12 รายงานว่าหลักสูตรสอดคล้องกับงานบริการสุขภาพในพื้นที่ และเสนอแนะให้มีการเพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษา และการออกแบบให้บริการในสถานการณ์จริงในชุมชน ซึ่งช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงกับผู้รับบริการในพื้นที่ชัดเจนมากขึ้น (Wolever et al., 2016)

จากมุมมองเชิงระบบ พบว่า ความเป็นไปได้ในการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จริง โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยง (mentor system) ที่ต่อเนื่อง 6 เดือน จะช่วยให้บุคลากรสามารถฝึกฝน ปรับใช้ และให้บริการได้อย่างมั่นใจ (Bodenheimer & Sinsky, 2014) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการ เช่น การจัดสรรเวลาอบรม การไม่มีภารกิจงานประจำที่รองรับบทบาทโค้ชสุขภาพ และภาระงานเดิมของบุคลากรที่ไม่เอื้อต่อการทำงานสร้างเสริมสุขภาพแบบรายบุคคล ที่ต้องใช้เวลามากขึ้น

การวิเคราะห์เชิงนโยบายชี้ให้เห็นว่า การขับเคลื่อนหลักสูตรนี้จำเป็นต้องมีการบูรณาการเข้าสู่ “ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ” ผ่านการกำหนดบทบาทภารกิจของโค้ชสุขภาพ ในแผนพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารในพื้นที่ เช่น องค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อปท.) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สอดคล้องกับข้อเสนอของ United Nations (2015) และแผนสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

นอกจากนี้ แนวคิด Value-Based Care (Porter, 2010) ชี้ให้เห็นว่า การเพิ่ม “คุณค่า” ของระบบบริการสุขภาพไม่จำเป็นต้องอิงจากปริมาณบริการเพียงอย่างเดียว แต่ควรวัดจากผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน การมีบุคลากรที่มีสมรรถนะด้านโค้ชสุขภาพ จึงเป็นกลไกที่มี

ความเป็นไปได้ และควรได้รับการลงทุนเชิงระบบในอนาคต ทั้งนี้ความสำเร็จของการนำหลักสูตรไปใช้ในพื้นที่จะต้องอาศัย “การปรับระบบสนับสนุน” (enabling system) และ “การออกแบบระบบงาน” (task redesign) เพื่อบูรณาการบทบาทโค้ชสุขภาพเข้ากับภารกิจสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ในระยะยาว

จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า การพัฒนาหลักสูตรโค้ชสุขภาพแบบสหวิชาชีพตามกรอบแนวคิด Wellness Coaching และ PILM มีความสอดคล้องกับระบบสุขภาพไทย ทั้งในระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติ หลักสูตรนี้สามารถเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการนำไปใช้จริงในพื้นที่ โดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ และหน่วยบริการสุขภาพภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ เพิ่มพูนความร่วมมือระหว่างสาขา และสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานของระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ และยั่งยืน การใช้กระบวนการโค้ชสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงการพัฒนาบุคลากร แต่ยังเป็นการวางระบบบริการที่เน้นคุณค่า และผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้เชิงนโยบาย

(Policy Implications) หลักสูตรโค้ชสุขภาพ ควรเป็นส่วนหนึ่งของชุดบริการการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเสนอให้เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชากรวัยทำงาน ในระบบหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าต่อไป

เชิงปฏิบัติ (Practice Implications) หน่วยบริการสุขภาพควรนำหลักสูตรนี้ไปใช้เป็นเครื่องมืออบรมบุคลากรสุขภาพในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในการสร้างเสริมสุขภาพประชากรวัยทำงานที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค NCDs โดยเฉพาะระบบพี่เลี้ยง (Mentoring System) ควรพัฒนาให้เกิดขึ้น และดำเนินการอย่างต่อเนื่องในแต่ละเขตสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการนำทักษะโค้ชไปใช้จริง และสร้างเครือข่ายโค้ชสุขภาพระดับชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาผลกระทบของการโค้ชสุขภาพต่อผู้รับบริการโดยตรง เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ตัวชี้วัดทางชีวภาพ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว
2. ควรมีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการจัดบริการโค้ชสุขภาพ เช่น Cost-Effectiveness และ Pay-for-Outcomes Models จะเป็นหลักฐานสำคัญ ในการขยายผลเชิงระบบ
3. พัฒนาตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Wellness Outcomes) ที่เหมาะสมกับบริบทของการโค้ชสุขภาพ เพื่อประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายและการจัดสรรงบประมาณ

เอกสารอ้างอิง

- Arloski, M. (2014). *Wellness coaching for lasting lifestyle change* (2nd ed.). Whole Person Associates.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W., & Whittington, J. (2008). The triple aim: Care, health, and cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12(6), 573–576. <https://doi.org/10.1370/am.1713>
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741–756.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- Huffman, M. H. (2009). Health coaching: A fresh, new approach to improve quality outcomes and compliance for patients with chronic conditions. *Home Healthcare Nurse*, 27(8), 490–496. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000360921.64474.09>
- Jordan, M. A., Wolever, R. Q., Lawson, K., Moore, M., & Fikkan, J. (2021). Health coaching: An overview of the field, definition, and practice. *Global Advances in Integrative Medicine and Health*, 10, 1–12. <https://doi.org/10.1177/27536130211051057>
- Kruk, M. E. (2014). Healthy living: Prevention and promotion for chronic disease. *The Lancet*, 384(9945), 452–453.
- Lianov, L., & Johnson, M. (2010). Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA*, 304(2), 202–203. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.903>
- National Health Commission Office. (2023). Draft of the 2nd National Health Plan, 2023–2027. National Health Commission Office.
- Oberg, E. B., & Frank, E. (2009). Physicians' roles in promoting healthy lifestyles. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4(1), 16–21. <https://doi.org/10.1177/1559827609334961>
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), CD000072. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>
- Richey, R. C., & Klein, J. D. (2007). *Design and development research: Methods, strategies, and issues*. Routledge.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-NELSON.
- Sunguya, B. F., Hinthong, W., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2014). Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their implications for developing countries: A systematic review. *PLoS ONE*, 9(5), e96724.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Turner, R. C., & Carlson, L. (2003). Indexes of item-objective congruence for multidimensional items. *International Journal of Testing*, 3(2), 163–171.
- United Nations. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*. <https://sdgs.un.org/2030agenda>

- Vichitkunakorn, P. (2025). Prevalence of non-communicable disease risk factors in Thailand: Findings from the 2021 Health Behavior of Population Survey. *PLOS Global Public Health*.
<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.000017>
- WHO. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. World Health Organization.
- Wolever, R. Q., Simmons, L. A., Sforzo, G. A., Dill, D., Kaye, M., Bechard, E. M., ... & Yang, N. (2016). A systematic review of the literature on health and wellness coaching: Defining a key behavioral intervention in healthcare. *Global Advances in Health and Medicine*, 5(4), 38–57. <https://doi.org/10.7453/gahmj.2015.061>
- World Health Organization. (1948). *Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- World Health Organization. (2022). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>