

การพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

DEVELOPING A MODEL OF SELF-EFFICACY COMBINED WITH SOCIAL SUPPORT THROUGH LONG-DISTANCE HOME VISITS FOR CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS THROUGH COMMUNITY PARTICIPATION

สุมาลย์ โชติช่วง¹, อัจฉรพรรณ ค้ายาดี^{2*}

Sumal choatchong¹, Ajcharapan Kayadee^{2*}

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์¹

Sawang Arom Hospital¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท^{2*}

Boromarajonani College of Nursing, Chainat^{2*}

*Corresponding author: ajcharaphan@bcnchainat.ac.th

Received: 6 Jan., 2026 Revised: 20 Apr., 2026 Accepted: 30 Apr., 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้าน พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และประเมินผลการใช้รูปแบบ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คือ อสม. จำนวน 264 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือ ภาควิชาเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon Signed Rank Test และวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการศึกษาระยะแรก พบว่า อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลที่ชัดเจน อสม.ขาดทักษะในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน การพัฒนารูปแบบ (VHV-SSS care model) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ 1) นัดหมายและเตรียมอุปกรณ์ 2) ประเมินผู้ป่วย 3) ประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) ให้คำแนะนำตามหลัก 302ส 5) ให้คำแนะนำการรับประทายยา 6) ให้คำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7) บันทึกและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาล หลังทดลองใช้รูปแบบ อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการประเมินผลรูปแบบ ภาควิชาเครือข่าย และ อสม. มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และการมีส่วนร่วมในระดับมาก ข้อเสนอจากการวิจัยหน่วยงานสาธารณสุขควรนำรูปแบบนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการเยี่ยมบ้านทางไกลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง; แรงสนับสนุนทางสังคม; การเยี่ยมบ้านทางไกล; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This research and development (R&D) study aimed to: 1) examine the context and problems related to home visits for non-communicable disease (NCD) patients, 2) develop and pilot a self-efficacy and social support model for long-distance home visits among Village Health Volunteers (VHVs) through community participation, and 3) evaluate the model's outcomes. The study was conducted in three phases. Phase 1 involved context and problem analysis, with a quantitative sample of 264 VHVs and 12 health network partners as qualitative informants. Phase 2 focused on model development and implementation using the Appreciation-Influence-Control (A-I-C) participatory technique and the LINE application. Phase 3 involved testing and evaluating the model with 30 VHVs over a 12-week period. Research instruments included a general information questionnaire, a self-efficacy scale, and a social support scale. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon Signed Rank Test, and content analysis.

Phase 1 results revealed that VHVs had moderate overall self-efficacy (Mean = 3.06) and social support (Mean = 3.12). Key problems identified were the absence of systematic long-distance home visit guidelines and insufficient communication equipment. The developed VHV-SSS Care Model comprises seven operational steps: 1) scheduling and equipment preparation, 2) patient assessment, 3) health data evaluation, 4) lifestyle counseling based on the 3E2R principle, 5) basic medication guidance, 6) complication surveillance guidance, and 7) documentation and data referral to the hospital. After piloting the model, VHVs' mean scores for self-efficacy (4.35) and social support (4.28) were significantly higher than before the intervention ($p < 0.001$). In conclusion, the model developed through community participation effectively enhanced VHVs' performance in providing systematic care for NCD patients, reduced distance and time barriers, and ensured continuity of patient care. Public health agencies should adopt this model as a standard guideline for long-distance home visits to improve primary healthcare services in other areas with similar contexts.

Keywords: Self-efficacy; Social support; Long-distance home visit; Village Health Volunteers; Community participation

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพระดับโลกที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2021 พบว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 43 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 50 ของการเสียชีวิตทั้งหมด

ในประเทศกำลังพัฒนา และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2030 สัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 70 (World Health Organization, 2025) สาเหตุหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์

(World Health Organization, 2013) สำหรับประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและระบบสุขภาพในวงกว้าง ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพถึงร้อยละ 75 โดยครอบคลุมการตัดสินใจเรื่องการรักษา การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพ (Friedman et al., 2003) ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับการดูแลแบบให้ ความร่วมมือ (Collaborative care) และการสนับสนุนการดูแลตนเอง (Self-management) ในระดับปฐมภูมิ (Bodenheimer et al., 2002) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงขาดความรู้และความเข้าใจในการปรับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในระบบสาธารณสุขไทย โดยทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ป่วยโรคเรื้อรังกับทีมสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งแนะนำและติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัวในชุมชน ขอบเขตหน้าที่ของ อสม. ครอบคลุมการตรวจวัดความดันโลหิต ประเมินโภชนาการและการรับประทานยา ติดตามการออกกำลังกายและภาวะเครียด ตลอดจนส่งต่อข้อมูลสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) งานเยี่ยมบ้านถือเป็นหัวใจของระบบบริการสุขภาพเชิงรุก ที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว (โสภภาพรรณ อินต๊ะเผือก และวรวรรณ ทิพย์วาริรัมย์, 2563) อย่างไรก็ตาม การเยี่ยมบ้านแบบปกติภายใต้การกำกับของพยาบาลวิชาชีพยังมีข้อจำกัดด้านความเฉพาะเจาะจงของคำแนะนำ ความสม่ำเสมอในการติดตาม และความครอบคลุมของการตรวจสอบการรับประทานยา (กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์, 2566) การเยี่ยมบ้านที่มีคุณภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ทีมสุขภาพออกแบบการดูแลได้สอดคล้องกับบริบทของ

แต่ละครอบครัว เพิ่มทักษะการดูแลตนเอง และส่งผลต่อการควบคุมโรคที่ดีขึ้น (อุมารณ กาลังดี และคณะ, 2560)

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ มีหน่วยบริการปฐมภูมิและองค์รวมรับผิดชอบพื้นที่ 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลสว่างอารมณ์และตำบลไผ่เขียว ในช่วงปี พ.ศ. 2565–2567 พบอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ขึ้นทะเบียนและเข้ารับการรักษามีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 12,201.67 รายต่อแสนประชากร ในปี 2565 เป็น 14,163.20 รายในปี 2566 และ 14,622.10 รายในปี 2567 (สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2567) จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ยังไม่เพียงพอต่อภาระงาน โดยค่าเฉลี่ยมีหลังคาเรือนต่อ อสม. 1 คนสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ส่งผลให้การติดตามและดูแลผู้ป่วย NCDs ยังมีข้อจำกัด เพื่อเสริมศักยภาพ อสม. ให้สามารถทำหน้าที่เป็น หมอประจำบ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะการเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งจะช่วยให้ อสม. เข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีขึ้น ให้บริการผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและระบบสุขภาพ

การวิจัยครั้งนี้จึงนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) ซึ่งอธิบายว่าความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากแบบอย่าง การชักชวนเชิงบวก และสภาวะทางอารมณ์ มาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ การประเมินค่า และอารมณ์ เพื่อพัฒนา อสม. ให้สามารถปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพและ

ยั่งยืน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกขับเคลื่อนสำคัญ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยเล็งเห็นในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ต้องเป็นผู้ให้บริการแก่ประชาชนและเป็นผู้ที่ต้องนิเทศบุคคลากรในชุมชน ซึ่ง อสม. ในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเยี่ยมบ้าน เนื่องจาก อสม. เป็นผู้ที่อยู่ในชุมชน ทำให้รับทราบปัญหาและดำเนินการติดตามดูแลได้อย่างต่อเนื่อง (กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์, 2566) การพัฒนาอสม. ให้มีองค์ความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติอย่างมีมาตรฐาน จึงนำความรู้ทฤษฎีต่าง ๆ มาพัฒนาแนวทางการดำเนินงานภายใต้องค์ความรู้และนำมาปรับใช้ในแต่ละบริบท ส่งเสริมให้ อสม. สามารถปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี สามารถสร้างคุณค่าต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน และมีผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2) เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3) เพื่อประเมินผลของรูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยบูรณาการแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) พัฒนาเป็นรูปแบบในสร้างการรับรู้ความสามารถของ อสม. ในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ แต่ละขั้นตอนของการเยี่ยมบ้าน

วิธีดำเนินการ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1.1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จาก อสม. จำนวน 264 คน ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

1.2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ภาควิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ แบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 12 คน ประกอบด้วย แพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ อสม. และผู้ดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลบริบท สภาพปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะของ อสม.

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ

2.1) ออกแบบและพัฒนาารูปแบบ โดยจัดประชุมร่วมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพเพื่อพิจารณาประเด็นปัญหาและความต้องการพัฒนาทักษะของ อสม.จากผลการศึกษาระยะที่ 1 โดยประยุกต์ใช้เทคนิค (A-I-C Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผนกิจกรรมต้นแบบ (Prototype activity plan) โดยมุ่งเน้นให้ อสม.เกิดทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) ในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy theory) และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม (Social support) มาประยุกต์ใช้ในการทำกิจกรรม และได้เสนอแผนกิจกรรมต้นแบบที่ร่างขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญพิจารณา และได้ปรับปรุงแผนกิจกรรมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้

2.2) ทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำแผนกิจกรรมที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ กับ อสม.ในตำบลไผ่เขียว ตำบลสว่างอารมณ์ ตำบลทุ่งมน อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ หลังจากนั้นได้ประเมินผลการรับรู้ความสามารถของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของ อสม.

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางไกล (VHV-SSS care model) โดยประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพ และการสนทนากลุ่ม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา กลุ่มประชากร คือ อสม. ในอำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 686 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 264 คน โดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) กลุ่มตัวอย่างเชิง

คุณภาพ จำนวน 12 คน ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 30 คน ได้จากการสุ่มแบบเจาะจงจาก 3 ตำบลในอำเภอสว่างอารมณ์

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายสุขภาพ (กลุ่มพัฒนารูปแบบ) จำนวน 12 คน และ อสม. (กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ) จำนวน 30 คน รวมทั้งสิ้น 42 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 4 ชุด

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ความสามารถส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง จำนวน 15 ข้อ และ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ โดยส่วนที่ 2-4 ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง มีระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง มีระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีระดับน้อย 1.00-1.50 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 3 ประเด็นคำถาม ได้แก่ บริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในปัจจุบัน ข้อจำกัดและความต้องการในการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านทางไกลของ อสม. ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบการสนับสนุนและการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น

ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนกิจกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

คือ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 4.51–5.00 หมายถึง มีระดับมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง มีระดับมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีระดับปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีระดับน้อย 1.00–1.50 หมายถึง มีระดับน้อยที่สุด

ชุดที่ 4 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เรื่อง การประเมินผลรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล ประกอบด้วย 4 ประเด็นคำถาม ได้แก่ ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน อุปสรรคในการดำเนินงาน ความยั่งยืน และ ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล (VHV-SSS care model)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.6–1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ ชุดที่ 1 ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง เท่ากับ 0.87 ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.84 ชุดที่ 3 แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม เท่ากับ 0.91

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า

1.1) ความสามารถส่วนบุคคลของ อสม.ก่อนการพัฒนาารูปแบบ มากที่สุดคือ ด้านพาหนะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้านโดยสามารถใช้จักรยานยนต์ ร้อยละ 98.10 รองลงมาคือ ด้านการได้ยิน สามารถได้ยินชัดเจน ร้อยละ 93.94 ด้านการพูดและการอ่าน พูดคล่องและอ่านได้คล่อง ร้อยละ 93.18 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 และ ระยะที่ 2 ใช้เครื่องมือชุดที่ 1 ดำเนินการในเดือนมกราคม 2568 และ พฤษภาคม 2568 ระยะที่ 3 ใช้เครื่องมือชุดที่ 3 ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2568

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือชุดที่ 2 ดำเนินการในระยะที่ 1 เดือนมกราคม 2568 และเครื่องมือชุดที่ 4 ในเดือนมกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบวิลคอกซันไซน์แรนค์ (Wilcoxon Signed Rank Test)

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) โดยจัดหมวดหมู่ประเด็น นิยามและตั้งชื่อประเด็น และการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี รหัสจริยธรรม การวิจัยเลขที่ AF 04-08/02.0 วันที่รับรอง 29 ธันวาคม 2567 และผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย แนวทางในการเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคลรายด้านและหมวดหมู่ก่อนการพัฒนา
รูปแบบ (n = 264)

ความสามารถส่วนบุคคลด้าน	หมวดหมู่	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	248	93.94
	ชัดบ้างไม่ชัดบ้าง/ ไม่ชัดเจนเลย	16	6.06
การพูด	พูดคล่อง	246	93.18
	คล่องบ้างไม่คล่องบ้าง/ ไม่คล่องเลย	18	6.82
การอ่าน	อ่านได้คล่อง	246	93.18
	อ่านไม่คล่อง/ อ่านไม่ได้	18	6.82
การเขียน	เขียนได้คล่อง	240	90.91
	เขียนไม่คล่อง/ เขียนไม่ได้	24	9.09
การใช้สมาร์ทโฟน/คอมพิวเตอร์	ใช้ได้ด้วยตนเอง	200	75.76
	ใช้ได้แต่ต้องมีผู้ช่วย/ ใช้ไม่ได้	64	24.24
การมีสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ต	มีสมาร์ทโฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้	240	90.91
	มีแต่ไม่มีอินเทอร์เน็ต/ ไม่มีทั้งคู่	24	9.09
การเดินทางไปเยี่ยมบ้าน	เดินทางได้ด้วยตนเองทุกระยะทาง	242	91.67
	เดินทางได้เฉพาะระยะใกล้/ ต้องมีผู้อื่นพา	22	8.33
พาหนะที่ใช้ในการเยี่ยมบ้าน	จักรยานยนต์	259	98.10
	จักรยาน/ รถยนต์/ เดินเท้า	5	1.90
การจัดสรรเวลาในการเยี่ยมบ้าน	สามารถจัดสรรได้ตลอดทั้งวัน	128	48.49
	จัดสรรได้เฉพาะช่วงเช้า/ บ่าย/ เย็น	136	51.51

1.2) อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.06, S.D. = 0.69) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้าน/ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการให้บริการสุขภาพ การสำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.69) รองลงมาคือ ด้านการประสานงานและสื่อสาร ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\bar{X}$ = 3.21, S.D. = 0.65) และ ด้าน/ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการพัฒนาตนเองและชุมชน ริเริ่มโครงการใหม่เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ ($\bar{X}$ = 2.85, S.D. = 0.74) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (สูงสุดและต่ำสุด) ของ อสม. จำแนกรายด้านและรายข้อ (n=264)

การรับรู้ความสามารถของตนเองด้าน	ข้อที่มีค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) สูงสุด / ต่ำสุด	$\bar{x}$	S.D.
การให้บริการสุขภาพ	สำรวจและจัดทำข้อมูลสุขภาพ (สูงสุด)	3.22	0.69
	จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ต่ำสุด)	2.89	0.81
การประสานงานและสื่อสาร	ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข(สูงสุด)	3.21	0.65
	ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข (ต่ำสุด)	3.00	0.71
การพัฒนาตนเองและชุมชน	นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (สูงสุด)	3.15	0.68
	ริเริ่มโครงการใหม่แก้ปัญหาด้านสุขภาพ (ต่ำสุด)	2.85	0.74
ภาพรวมทั้งหมด		3.06	0.69

1.3) อสม. มีแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.12, S.D. = 0.81) ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงสุด ได้แก่ ด้านจิตใจ การได้รับการยกย่องชมเชยและกำลังใจจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.83, S.D. = 0.83 และ $\bar{x}$ = 3.65, S.D. = 0.87 ตามลำดับ) ด้านที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำสุด ได้แก่ การได้รับความร่วมมือจากชุมชน และการได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ อยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 2.26, S.D. = 0.74 และ $\bar{x}$ = 2.25, S.D. = 0.88 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของ อสม. จำแนกรายด้าน (n = 264)

ประเด็นแรงสนับสนุนทางสังคมด้าน	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านจิตใจ (การยกย่อง/กำลังใจ)	3.74	0.85	มาก
- จากครอบครัว	3.83	0.83	มาก
- จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.65	0.87	มาก
2. ด้านข้อมูลและการพัฒนา	3.27	0.79	ปานกลาง
- โอกาสการอบรม/การให้ความสำคัญ	3.30	0.83	ปานกลาง
- ข้อเสนอแนะ/ความรู้จากทีมสุขภาพ	3.25	0.76	ปานกลาง
3. ด้านความร่วมมือและทรัพยากร	2.26	0.81	น้อย
- การได้รับความร่วมมือจากชุมชน	2.26	0.74	น้อย
- การได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอ	2.25	0.88	น้อย
ภาพรวม	3.12	0.81	ปานกลาง

1.4) บริบทและสภาพปัญหาการเยี่ยมบ้านทางไกล จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า ยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านทางไกลที่ชัดเจน อสม.ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการผู้ป่วย และการใช้สมาร์ตโฟนสำหรับการเยี่ยมบ้าน เครื่องมือในการปฏิบัติงาน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของ อสม. ความต้องการในการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วย

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม.คือ ต้องการให้อบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ และจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับ อสม. ให้ชัดเจน

2. ผลการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2.1) การพัฒนารูปแบบเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับ อสม. โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control)

ขั้นตอน Appreciation สร้างภาพให้ อสม. เห็นคุณค่าและความสามารถของตนในการดำเนินงานเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ขั้นตอน Influence สร้างแนวทางการพัฒนาโดยการให้ความรู้ บทบาทหน้าที่ ขอบเขตการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้กับ อสม.รวมทั้ง การใช้แอปพลิเคชันไลน์ ในการกำกับติดตามในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การนัดหมายและการเตรียมอุปกรณ์ 2) การประเมินผู้ป่วย 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) การให้คำแนะนำตามหลัก 3อ2ส 5) การให้คำแนะนำด้านการรับประทานยาเบื้องต้น 6) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้น 7) การบันทึกและส่งต่อข้อมูลการเยี่ยมบ้านแก่โรงพยาบาล

ขั้นตอน Control สร้างแนวทางปฏิบัติไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรม จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน ใบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ชุดอุปกรณ์ในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านทางไกล การสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพผ่านไลน์

2.2) การทดลองใช้รูปแบบ โดยนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในตำบลไผ่เขียว ตำบลสว่างอารมณ์ ตำบลทุ่งมน อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 30 คน เป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า สูงที่สุดคือ ความสามารถส่วนบุคคลด้านการ มีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ การได้ยีนชัดเจน อ่านได้คล่อง และการใช้สมาร์โฟน/คอมพิวเตอร์ได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 93.33 เท่ากัน รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของ อสม.จำแนกตามความสามารถส่วนบุคคล (n = 30)

ความสามารถส่วนบุคคลด้าน	หมวดหมู่	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็น	ไม่ใช้แว่นตา	25	83.34
การได้ยิน	ได้ยินชัดเจน	28	93.33
การพูด	พูดคล่อง	24	80.00
การอ่าน	อ่านได้คล่อง	28	93.33
การเขียน	เขียนได้คล่อง	24	80.00
การใช้สมาร์โฟน/คอมพิวเตอร์	ใช้ได้ด้วยตนเอง	28	93.33
การมีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ต	มีสมาร์โฟนและอินเทอร์เน็ตพร้อมใช้	30	100.00
การเดินทางไปเยี่ยมบ้าน	เดินทางได้ด้วยตนเองทุกระยะทาง	24	80.00
พาหนะที่ใช้	จักรยานยนต์	25	83.34
การจัดสรรเวลาในการเยี่ยมบ้าน	จัดสรรได้ตลอดทั้งวัน	25	83.34

2.3) ผลการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบ 12 สัปดาห์ อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อทดสอบทางสถิติโดยใช้การทดสอบ Wilcoxon Signed-Rank Test พบว่า หลังทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model อสม. มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ VHV-SSS Care Model ($n = 30$)

ตัวแปร	ระยะเวลา	Mean	n	Z	p-value
1. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	ก่อนทดลอง	3.06	30	-4.68	<.001*
	หลังทดลอง	4.35			
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อนทดลอง	3.12	30	-4.52	<.001*
	หลังทดลอง	4.28			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ผลการประเมินผลรูปแบบ (VHV-SSS Care Model) ที่พัฒนาขึ้น ได้ผลดังนี้

3.1) ผลการประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. และภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าทั้ง กลุ่มภาคีเครือข่าย และ กลุ่ม อสม. มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.55$, S.D. = 0.42 และ $\bar{X} = 4.60$, S.D. = 0.40 ตามลำดับ) และการมีส่วนร่วมโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.48 และ $\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.45 ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและแปลผลคะแนนความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมของ อสม.และภาคีเครือข่ายต่อรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกลสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ($n=42$)

ประเด็นการประเมิน	กลุ่มภาคีเครือข่าย ($n=12$)			กลุ่ม อสม. ($n=30$)		
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
1. ความพึงพอใจโดยรวม	4.55	0.42	มากที่สุด	4.60	0.40	มากที่สุด
2. ประโยชน์ที่ได้รับ	4.67	0.35	มากที่สุด	4.52	0.43	มากที่สุด
3. ความสะดวกในการใช้งาน	4.50	0.45	มาก	4.58	0.39	มากที่สุด
4. การมีส่วนร่วมโดยรวม	4.45	0.48	มาก	4.50	0.45	มาก
5. ความต้องการใช้ต่อไป	4.60	0.40	มากที่สุด	4.60	0.38	มากที่สุด

3.2 ผลการประเมินรูปแบบการเยี่ยมบ้านทางไกล โดยการสนทนากลุ่ม พบว่า 1) ปัจจัยสนับสนุน (Enablers) ความสำเร็จเกิดจากการประสานงานเครือข่ายที่เข้มแข็ง และการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เข้าถึงง่าย ไม่ซับซ้อน เหมาะสมกับบริบทของ อสม. ในพื้นที่ 2) อุปสรรคสำคัญ (Barriers) คือ ข้อจำกัดด้านเวลาของ อสม. ที่มีภารกิจหลายด้าน และ

ทรัพยากรสนับสนุน (เช่น ค่าอินเทอร์เน็ตหรืออุปกรณ์ส่วนกลาง) ที่ยังไม่เพียงพอ 3) ความยั่งยืน (Sustainability) ขึ้นอยู่กับการจัดฝึกอบรมทักษะดิจิทัลอย่างต่อเนื่อง และการมีนโยบายสนับสนุนที่ชัดเจนจากหน่วยงานส่วนท้องถิ่น 4) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ควรเพิ่มโมดูลการจัดการข้อมูลส่วนบุคคล (Data Privacy) เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยในการรับบริการทางไกล

อภิปรายผล

1) การพัฒนารูปแบบ VHV-SSS Care Model ส่งผลให้คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขเพิ่มขึ้นจาก 3.06 เป็น 4.09 และแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 3.12 เป็น 4.34 ($p < .05$) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura (1977) ที่อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดจาก 4 แหล่ง คือ ประสบการณ์ความสำเร็จ การเรียนรู้จากผู้อื่น การชักชวนเชิงบวก และสถานะทางอารมณ์ โดยรูปแบบนี้ได้นำแหล่งที่มาทั้ง 4 มาประยุกต์ใช้ผ่านการสาธิตตัวแบบ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ผ่าน LINE การให้กำลังใจจากทีมสุขภาพ และการตั้งเป้าหมายที่ทำได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิกาญจน์ และฐานรินทร์ (2563) ที่พบว่าการประยุกต์ทฤษฎีปัญญาสังคมส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ House (1981) เรื่องแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล เครื่องมือ การประเมินค่า และอารมณ์ ซึ่งรูปแบบนี้ได้บูรณาการครบทั้ง 4 ด้าน

2) ผลการศึกษายังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากทีมสุขภาพมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. สูงถึงร้อยละ 14.80 ในขณะที่วัสดุอุปกรณ์มีอิทธิพลเพียงร้อยละ 5.89 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยจิตสังคมมีความสำคัญมากกว่าปัจจัยกายภาพในการกำหนดคุณภาพการปฏิบัติงาน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญ์สิริ จันท์เจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี (2559) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับทักษะชีวิต รวมทั้งการศึกษาของลออ

สิงห์โชติสุขแพทย์ และธัญชนก ลีธีระ (2565) ที่พบว่าโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ ข้อค้นพบนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด Self-management Support ของ Bodenheimer et al. (2002) ที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3) การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในรูปแบบนี้แสดงให้เห็นการใช้ทรัพยากรที่คุ้นเคยเป็น Telehealth ในบริบทสาธารณสุขไทย แม้พบข้อจำกัดด้านสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียรในบางพื้นที่ แต่ความพึงพอใจโดยรวมของ อสม. อยู่ที่ระดับ 4.60 พร้อมความต้องการใช้งานต่อเนื่อง ซึ่งยืนยันว่าการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทมีความสำคัญมากกว่าการเลือกเทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุด การใช้เทคนิค AIC สอดคล้องกับหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ให้ชุมชนมีบทบาทในทุกขั้นตอน ซึ่งช่วยเพิ่มความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of Ownership) และความยั่งยืนของโครงการ สอดคล้องกับการศึกษาของโสภา อ่อนโอภาส และนุชนาฏ ยูฮันเงาะ (2562) ด้านการเสริมพลังอำนาจที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม อย่างไรก็ตาม การขาดงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์ดิจิทัลอาจเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืน ดังที่สรุทธิเอี่ยมนุ้ย (2564) พบว่าการขาดทรัพยากรส่งผลเสียต่อการปฏิบัติงานของ อสม. จึงจำเป็นต้องบูรณาการรูปแบบนี้เข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิและจัดสรรงบประมาณอย่างเป็นระบบ

สรุปผล

การพัฒนาแบบแผนการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยการเยี่ยมบ้านทางไกลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (VHV-SSS Care Model) ประยุกต์ใช้เทคนิค AIC ได้แก่ **A: Appreciation** โดยการสร้างการเรียนรู้ให้ อสม. เห็นคุณค่าและความสามารถของตนเอง **I: Influence** สร้างแนวทางการพัฒนาสำหรับ อสม. ในการเยี่ยมบ้านทางไกลโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) นัดหมายและเตรียมอุปกรณ์ 2) ประเมินผู้ป่วย 3) ประเมินข้อมูลสุขภาพ 4) ให้คำแนะนำตามหลัก 3อ2ส 5) ให้คำแนะนำการรับประทานยา 6) ให้คำแนะนำการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน 7) บันทึกและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาล และ **C: Control** โดยสร้างแนวการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีคู่มือปฏิบัติการเยี่ยมบ้าน ใบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ชุดอุปกรณ์ในการสาธิตการเยี่ยมบ้าน การติดตามเยี่ยมบ้านทางไกล การสื่อสารกับพยาบาลวิชาชีพผ่านไลน์ ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า อสม. มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น อสม. ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระดับมาก โดยกลุ่ม อสม. มีความต้องการนำรูปแบบนี้ไปใช้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1) ระดับนโยบาย ควรบูรณาการรูปแบบเข้ากับระบบ NCD Clinic ในระดับปฐมภูมิ จัดสรรงบประมาณสนับสนุนอุปกรณ์พื้นฐาน (เครื่องวัดความดัน เครื่องวัด

น้ำตาล สมาร์ทโฟน) และค่าอินเทอร์เน็ต กำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาทักษะด้านดิจิทัล แก่ อสม.

2) ระดับปฏิบัติควรพัฒนาช่องทาง VHV SOS ผ่าน LINE Official Account สำหรับให้คำปรึกษาเร่งด่วน จัดอบรม Digital Literacy อย่างต่อเนื่อง สร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง อสม. และพัฒนาระบบติดตามประเมินผลโดยใช้ตัวชี้วัดทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

3) ควรมีการขยายผลโดยการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น เขตเมือง พื้นที่ชายแดน และพื้นที่ห่างไกล เป็นต้น เพื่อปรับรูปแบบให้มีความเหมาะสม และขยายขอบเขตไปยังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไตเรื้อรัง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเมตาบอลิก เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรวิจัยและพัฒนาระยะยาว (1-2 ปี) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ความยั่งยืน ปัจจัยความสำเร็จ และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2) ควรศึกษาวิจัยเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness และ Cost-Benefit Analysis) เปรียบเทียบกับการดูแลแบบปกติ รวมต้นทุนทางตรง (อุปกรณ์ อินเทอร์เน็ต อบรม) และทางอ้อม (เวลา) เทียบกับผลประโยชน์ (ลดค่ารักษา ลดวันหยุดงาน เพิ่มคุณภาพชีวิต)

3) ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบนี้กับรูปแบบอื่นๆ เช่น การเยี่ยมบ้านแบบปกติ การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือแอปพลิเคชันอื่น โดยใช้การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCT) และศึกษาในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนต่างกัน (โรคร่วมหลายโรค สูงอายุ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ-สังคม)

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). *คู่มือ อสม. "สมาร์ท อสม. และ อสม. หมอประจำบ้าน"* ปีงบประมาณ 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กนกกาญจน์ กิมประสิทธิ์. (2566). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อการปฏิบัติการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่]. คลังปัญญา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กัญญ์สิริ จันทรเจริญ และสุกัญญา นัครามนตรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับทักษะชีวิตของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(2), 85–99.
- ชดช้อย วัฒนะ. (2558). การสนับสนุนการจัดการตนเอง: กลยุทธ์ในการส่งเสริมการควบคุมโรค. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 26(ฉบับเพิ่มเติม 1), 117–127.
- รุจิกาญจน์ สานนท์ และฐานรินทร์ หาญเกียรติวงศ์. (2563). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีปัญญาสังคมในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 3(1), 13–22.
- ล่อ สิงห์ขัติสุขแพทย์ และธัญชนก ลีธีระ. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่มสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 14–28.
- วาธินี วงศาโรจน์, พนาวัน เปรมศรี, วรณวิภา ไตลังคะ และภาสกร ดอกจันทร์. (2565). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ: ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง. *Journal of Modern Learning Development*, 7(3), 296–309.
- สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2567). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2565–2567*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.
- สรุฒิ เอี่ยมนัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอองเกรลาต จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*, 1(2), 75–90.
- โสภา อ่อนโอภาส และนุชนาฏ ยูอันเงาะ. (2562). การเสริมพลังอำนาจ: ความหมายและกระบวนการเสริมพลังอำนาจในงานสังคมสงเคราะห์. *คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ*.
- โสภาพรรณ อินตะเผือก และวรรณ ทัพย์วาริรมย์. (2563). การเยี่ยมบ้าน: บทบาทพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 17(2), 119–127.
- อุมาภรณ์ กำลั้งดี, ภาวนา บุญมุสิก และอัจฉริยา วัชรวิวัฒน์. (2560). การพัฒนาแนวทางเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หรือความดันโลหิตสูงด้วยทีมหมอครอบครัว. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(ฉบับพิเศษ), 34–45.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*, 288(19), 2469–2475.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family nursing: Research, theory, and practice* (5th ed.). Prentice Hall.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcome, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1–13.
- Wattana, C., Srisuphan, W., Pothiban, L., & Upchurch, S. L. (2007). Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 9(2), 135–141.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*.
- World Health Organization. (2025). *Noncommunicable diseases fact sheet*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>