



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office

# วารสาร

## สาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566





วารสารสาธารณสุขเพื่อการพัฒนา  
Journal of Phrae Public Health for Development



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office

**วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา**  
**Journal of Phrae Public Health for Development**  
**ปีที่ 3 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2566**

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัย และองค์กรด้านสุขภาพ	
<b>คณะที่ปรึกษา</b>	นพ.ขจร วินัยพานิช นพ.รุ่งกิจ ปินใจ ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์ ภก.เด่น ปัญญานันท์ ทพญ.สุขจิตตรา วนาภิรักษ์ นายสง่า วังคะออม	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
<b>บรรณาธิการ</b>	ดร.นิพิฐพนธ์ แสงด้วง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
<b>รองบรรณาธิการ</b>	ดร.ภก.หทัยพร อินทยศ พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์	โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
<b>กองบรรณาธิการ</b>	ภญ.ศุภรัชต์ แห่งพิช นายอเนก จินดาชาติ นายเมธี กองลี นางพริ้มพร แปงมา นายชนะศักดิ์ ศิริวัจโนดม นายทวีศักดิ์ ไท่ทองซิว นายนิธิ แนวเล็ก นางสาวชรินทร์รัตน์ รัตนอุปพันธ์ นายปิยวัฒน์ หนองโกมล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่
<b>ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ</b>	ผศ.ดร.เกษศรณ์ นุชประสพ ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค ดร.สรารุณี ตรีศรี ดร.ปิยะ บุษบา ดร.ฐิฎาณา สุภัทรชยาภูมิ ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม ดร.เสาวภา เต็ดขาด ดร.กัลยาณี โนนินทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่



พว.พรธิดา ชื่นบาน  
ดร.ชาตรี แมตลี  
ดร.รสสุคนธ์ แก้วปองปก  
ดร.จารุภา จิรโสภณ  
ดร.นณธภัทร อีระวรรณะสิริ  
ผศ.ดร.พัทยา แก้วสาร

โรงพยาบาลแพร์  
โรงพยาบาลแพร์  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก  
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต  
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



# บรรณาธิการแถลง

วารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา ปี พ.ศ.2566 (ปีที่ 3) ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม-มิถุนายน) ฉบับนี้ยังคงเป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ ในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) มีบทความวิชาการ และบทความวิจัย ทั้งหมด 9 เรื่อง ได้แก่ (1) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม และการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดแพร่ (2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา (3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร (5) ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (6) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอ บ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร (7) การพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่ (8) ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังชิ้น (9) ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈก โรงพยาบาลฝาง

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ในการประเมินบทความทั้งภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะ อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลงาน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้ง ขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ [www.thaidj.org/index.php/jpphd](http://www.thaidj.org/index.php/jpphd) และสามารถ ส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ซึ่งวารสารฉบับนี้ทางกองบรรณาธิการ เริ่มมีการปรับปรุงรูปแบบการนำเสนอบทความ และให้มีหัวข้อการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง จึงทำให้ บทความที่ประสงค์ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารต้องเป็นการวิจัยที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนาวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนาให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และ ได้รับการรับรองคุณภาพที่สูงขึ้น ต่อไป

ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง

บรรณาธิการ

มิถุนายน 2566



## สารบัญ

	หน้า
<b>บทความวิจัย</b>	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา <i>ณรงค์เดช บ้านสระ สุทธิชัย ศิรินวล และ ประจวบ แหลมหลัก</i>	1
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 <i>ภิญญาดา ไชยยศ สุทธิชัย ศิรินวล ประจวบ แหลมหลัก สมชาย จาดศรี และ อนุกุล มะโนทน</i>	17
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร <i>สุรศักดิ์ แสงแจ้</i>	33
ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ <i>สาวิตรี ศรีวิชัย</i>	51
พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร <i>วีระพงษ์ นวลเนื่อง</i>	72
การพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาล แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่ <i>กรรณิการ์ ชัยนันท์ นิพัทธ์พนธ์ แสงดั่ง และ เสาวภา เต็ดชาด</i>	89
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังชิ้น <i>ปณิศา เก้าเอี้ยน</i>	109
ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจก โรงพยาบาลฝาง <i>กชพร มุลิภรรยา</i>	125



## สารบัญ

	หน้า
<b>บทความวิชาการ</b>	
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม และการพยาบาล แบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดแพร่ ชนิษฐา พันธุ์เวช	140
<b>หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา</b>	157



## Contents

	Page
<b>Research Articles</b>	
Factors related to self-care behavior for stroke prevention amongst hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province <i>Narongdate Bansra, Suthichai Sirinual and Prachuab Lamluk</i>	1
Factors Predicting Health Promoting Behaviors of the 3 <sup>rd</sup> Year Students, University of Phayao, During COVID-19 Situation <i>Pinyada Chaiyot, Sutichai Sirinual, Prachuab Lamluk, Somchai Jadsri and Anukool Manoton</i>	17
Factors Related to Performance of Primary Health Care among Migrant Health Volunteers in Muang District, Samut Sakhon Province <i>Surasak Sangjae</i>	33
The Effect of the nursing intervention program for inguinal hernia surgery patients in Fang hospital, Chiang Mai <i>Sawitree Sriwichai</i>	51
Self-care behaviors of village health volunteers in the prevention of coronavirus disease 2019, Banphaeo District, Samut Sakhon Province <i>Werapong Nuannuaeng</i>	72
Development of Stroke Fast Track Care Management for Emergency Nurses in Community Hospitals, Phrae Province <i>Kanika Chainan, Niphitphon Saengduang and Saowapa Dedkhard</i>	89
Effectiveness of a pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Wang Chin Hospital <i>Panisa Kaooian</i>	109
Effectiveness of Self-Care Promotion Program in Elderly People Undergoing Cataract Surgery, Fang Hospital <i>Kodchaphorn Musikathum</i>	125



## Contents

	Page
<b>Academic Article</b>	
Application of Orem's Self-Care Deficit theory and Nursing Support and giving education among patients with high blood pressure: Case study of Phrae Provincial Prison <i>Kanittha Puntuwet</i>	140
<b>Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development</b>	157



# Factors related to self-care behavior for stroke prevention amongst hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province<sup>1</sup>

Narongdate Bansra<sup>2</sup>  
Suthichai Sirinual<sup>3</sup>  
Prachuab Lamluk<sup>3</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This cross-sectional descriptive research study aimed to investigate several aspects related to self-care behavior and its predictors for stroke prevention among hypertensive patients. Specifically, the objectives were to examine: 1) self-care behavior, 2) factors associated with self-care behavior for stroke prevention, and 3) predictive factors for stroke prevention behavior in a population of hypertensive patients residing in Mae Chai District, Phayao Province. The sample size consisted of 400 participants selected through stratified random sampling. Data were collected using questionnaires, and statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, chi-square test, Pearson's correlation coefficient analysis, and stepwise multiple regression coefficient analysis.

The findings revealed that the participants exhibited a high level of health awareness (mean = 2.85, standard deviation = 0.14) and a moderate level of stroke prevention behaviors (mean = 3.56, standard deviation = 0.43). The factors found to be associated with self-care behavior for stroke prevention among hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province included occupation, perceived risk of stroke, perceived severity of stroke, perceived benefits of stroke prevention, and perceived barriers to stroke prevention behavior. Furthermore, the combined effects of awareness of stroke risk, perception of stroke severity, recognition of the benefits of stroke prevention, and perceived barriers to practicing stroke prevention were able to predict stroke prevention behavior among hypertensive patients in Mae Chai District, Phayao Province, with an accuracy rate of 82.30%.

**Keywords:** Self-care behavior, Stroke, Hypertension, Stroke prevention

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Student in M.P.H, School of Medicine, University of Phayao. E-mail: Ballnarongdate@gmail.com

<sup>3</sup> Lecturer in School of Public Health, University of Phayao



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา<sup>1</sup>

ณรงค์เดช บ้านสระ<sup>2</sup>

สุทธิชัย ศิรินวล<sup>3</sup>

ประจวบ แหลมหลัก<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่าง 400 คน ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.85, S.D. = 0.14) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D. = 0.43) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ร้อยละ 82.30

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการดูแลตนเอง โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, E-mail: Ballnarongdate@gmail.com

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา





## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเปรียบเหมือนเพชรฆาตเงียบ ทำให้มีผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมากแบบไม่รู้ตัวเนื่องจากมักไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะเริ่มแรก หากไม่ได้รับการตรวจรักษาและควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (นุจรี อ่อนสิน้อย, ยุวดี ลีลัคณาวิระ, และชญชิตาตุษฎี ทูลศิริ, 2560) เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้า ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบาก อย่างทันทีทันใด ปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก องค์การอนามัยโลกรายงานถึงสาเหตุการเสียชีวิต 10 อันดับแรกทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้รายงานไว้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.50 (World Stroke Organization, 2020)

สำหรับประเทศไทย จากรายงานกระทรวงสาธารณสุขพบว่าอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2560-2564 ได้แก่ 47.81, 47.15, 52.97, 52.80 และ 55.53 ต่อประชากรแสนประชากร ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2559-2562 ได้แก่ 451.39, 467.46, 506.20 และ 542.54 ต่อประชากรแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี และจากรายงานประจำปี พ.ศ.2565

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ 1 ของประชากรทั้งประเทศ จากข้อมูลอัตราตาย 5 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2560)

จังหวัดพะเยา พบว่าอัตราการป่วยและตายเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มโรคเรื้อรังโดยโรคหลอดเลือดสมองมี อัตราป่วยเพิ่มจาก 93.90 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2561 เป็น 94.36 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2564 และมีอัตราการตายเพิ่มสูงขึ้นจาก 74.41 ใน ปี พ.ศ.2561 เป็น 93.29 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2564 และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี สำหรับอำเภอแม่ใจ จากข้อมูลอัตราตายจำแนกตามสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปี พ.ศ.2564 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายเป็นอันดับสองรองจากโรคปอดบวม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการตายในระดับจังหวัด สำหรับข้อมูลการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สำหรับอำเภอแม่ใจมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ใจทั้งหมด 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.50 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในอำเภอแม่ใจที่มีประวัติเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระหว่างรับการรักษาจำนวน 4,421 คน คิดเป็นร้อยละ 21.54 ของ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ, 2564)

การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ขาดการออกกำลังกาย ภาวะอ้วน และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น และปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ คือ อายุ พันธุกรรม ประวัติ





ญาติสายตรงเคยเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่, 2558) ซึ่งการป้องกันก่อนเกิดโรค และการรักษา ในช่วงแรกอย่างทันท่วงทีจะช่วยลดอุบัติการณ์ และการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ดี การให้ความสำคัญกับการสร้างความตระหนักรู้ และให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค หลอดเลือดสมองแก่ประชาชน สามารถช่วยลด ความรุนแรงของโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลันและ ช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพได้ผลลัพธ์ที่ดี (บรรณพวรรณ หิรัญเคราะห์, 2560) ตามแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรม สุขภาพดีและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้นั้น แนวคิด นี้เชื่อว่าขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อการ เกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคเนื่องจาก เชื่อว่า ภายหลังจากการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านนี้แล้ว ผู้ป่วยจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญการศึกษา เรื่องปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อ ป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานนำไปใช้ ประโยชน์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูง ปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจาก การเกิดโรคหลอดเลือดสมองและนำข้อมูลที่ได้ไป ใช้เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่อไป

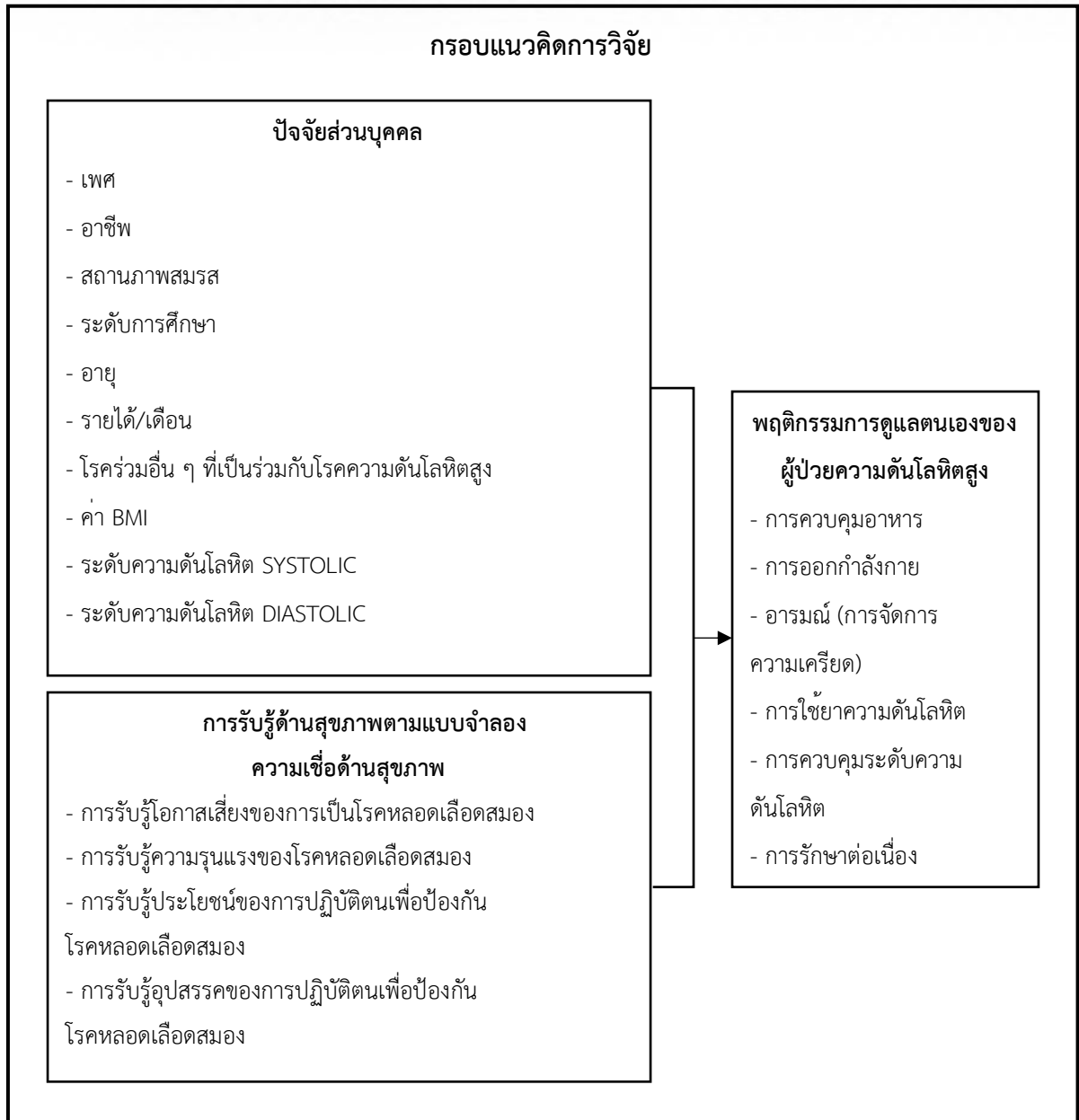
### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา
2. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา





จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ประกอบด้วยตัวแปรต้น คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC และระดับ

ความดันโลหิต DIASTOLIC ปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย





อารมณ์ (การจัดการความเครียด) การใช้ยาความดันโลหิตสูง การควบคุมระดับความดันโลหิต การรักษาต่อเนื่อง

### วิธีดำเนินการวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ( Cross- Sectional Descriptive Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2566 ถึง 30 มีนาคม 2566

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 4,752 คน

**กลุ่มตัวอย่าง** กำหนดขนาดโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ ทาโร ยามาเน่ (Yamane, 1973) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยแบ่งสัดส่วนตามขนาดของกลุ่มประชากรในแต่ละตำบล

### เกณฑ์ในการคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนจากโรงพยาบาลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 2) สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ ไม่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ และใช้ภาษาไทยและ 3) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

### เกณฑ์ในการคัดออก

1) ผู้ที่ไม่สามารถติดตามข้อมูลได้ หรือเป็นผู้เสียชีวิต 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น ภาวะติดเชื้อรุนแรง ได้รับการผ่าตัด มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือไปในพื้นที่เสี่ยงอยู่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงที่ติดเชื้อ Coronavirus-19

4) อาสาสมัครเกิดปัญหาสุขภาพแบบเฉียบพลันจนไม่สามารถร่วมวิจัยต่อไปได้ และ 5) มีความประสงค์ขอลงตัวจากงานวิจัย

### เกณฑ์การยุติเข้าร่วมโครงการวิจัย

หากมีการระบาดของเชื้อ Coronavirus-19 อย่างรุนแรงในกลุ่มตัวอย่าง/อาสาสมัคร หรือมีประกาศของจังหวัดให้หยุดการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยาใบรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/047/66 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้นกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

### เครื่องมือสำหรับการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัยเป็นแบบสอบถามลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ และการวัดแบบอันตรภาค (Interval scale) ตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert, 1967) แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลมีลักษณะเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมข้อมูลลงในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความ





ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC ระดับความดันโลหิต DIASTOLIC

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านละ 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ 3 ระดับ (1-3 คะแนน) รวมจำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ลักษณะเป็นมาตรวัดระดับ (Rating scale) 5 ระดับ (1-5 คะแนน) จำนวน 25 ข้อ

ในการพรรณนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองจากค่าเฉลี่ยเป็นไปตามแนวคิดของ Best (1977) โดยที่ 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูง 2.34-3.67 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองปานกลาง และ 1.00-2.33 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่ำ

มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00 นำเครื่องมือ ไปทดลองใช้ (try out)

กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอจุน จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach, 1970) ของแบบสอบถามการรับรู้ด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้เท่ากับ 0.83

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิธีการทางสถิติที่ใช้ ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. คะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ไคสแควร์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
4. วิเคราะห์ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Stepwise





**ผลการวิจัย**

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สรุปได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.50 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.50 มีสถานภาพสมรส มากที่สุด ร้อยละ 70.80 ระดับการศึกษาพบว่า มีระดับประถมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 70.30 กลุ่มอายุที่ช่วงอายุ 18-54 ปี ร้อยละ 74.00 มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 79.30 มีโรคอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 69.00 มีค่าดัชนีมวลกายในระดับอ้วน ร้อยละ 65.20

มีระดับความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง < 140 mmHg. และ Diastolic ในช่วง < 90 mmHg. ร้อยละ 87.50 และ 95.50 ตามลำดับ

2. ผลการศึกษาปัจจัยการรับรู้ด้านสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม อยู่ในระดับสูง ( $\bar{X}$  = 2.55, S.D. = 0.14) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การรับรู้ความรู้แรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ( $\bar{X}$  = 2.85, S.D. = 0.21) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ( $\bar{X}$  = 2.18, S.D. = 0.47) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงแสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของกลุ่มตัวอย่าง ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำแนกตามรายข้อ (n=400)

การรับรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.18	0.47	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	2.85	0.21	สูง
3. การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.62	0.30	สูง
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	2.56	0.22	สูง
<b>รวมค่าเฉลี่ย</b>	<b>2.55</b>	<b>0.14</b>	<b>สูง</b>

3. ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 2 พิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการรักษาต่อเนื่อง ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D. = 0.43) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการออกกำลังกาย

( $\bar{X}$  = 2.98, S.D. = 0.68) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งถึงแม้จะไม่มีอาการผิดปกติ ( $\bar{X}$  = 4.83, S.D. = 0.54) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ท่านอ่อนคลายยึดเหยียดกล้ามเนื้อหลังออกกำลังกาย 3-5 นาที ( $\bar{X}$  = 2.22, S.D. = 1.46)





**ตารางที่ 2** แสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
ความดันโลหิตสูง (n=400)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	82	20.50
ระดับปานกลาง	231	57.70
ระดับสูง	87	21.80

4. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

4.1 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า อาชีพ  $p < 0.01$  มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรที่ไม่มี ความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุ รายได้/เดือน โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC และระดับความดันโลหิต DIASTOLIC ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=400)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
	Chi-square	p-value
เพศ	0.33	0.85
อาชีพ	215.71	0.00**
สถานภาพสมรส	4.06	0.40
ระดับการศึกษา	5.78	0.83
อายุ	0.43	0.81
รายได้/เดือน	4.68	0.10
โรคร่วมอื่น ๆ ที่เป็นร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	2.55	0.28
ค่าดัชนีมวลกาย	1.07	0.30





ตารางที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=400) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
	Chi-square	p-value
ระดับความดันโลหิต SYSTOLIC	0.01	0.10
ระดับความดันโลหิต DIASTOLIC	1.49	0.47

\*\* P < 0.01

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ  $p < 0.01$  เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์

กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุด ( $r = 0.75$ ) และการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองน้อยที่สุด ( $r = -0.26$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n=400)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	
	r	p-value
<b>ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ</b>		
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.75**	< 0.01
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.28**	< 0.01
3. การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	0.13**	< 0.01
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	-0.26**	< 0.01

\*\* P < 0.01



**ตารางที่ 5** ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณ ในการทำนายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์ คะแนนมาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติ (t)	นัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(ค่าคงที่)			2.52		
อาชีพ	-0.70	0.04	-0.78	-19.89	0.00**
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน ของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.21	0.03	0.17	6.75	0.00**
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หลอดเลือดสมอง	0.15	0.03	0.16	4.52	0.00**
การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของ การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง	0.30	0.05	0.15	6.21	0.00**
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค หลอดเลือดสมอง	0.22	0.05	0.11	4.30	0.00**

$r^2 = 0.83$  , Adjust  $r^2 = 0.82$  ,  $F = 371.66$  ,  $p\text{-value} < 0.01$

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $< 0.01$

5. ปัจจัยที่มีผลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์นำมาเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y' = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_nX_n$$

เมื่อ  $Y'$  = พฤติกรรมการดูแลตนเองของเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

$$b_0 = \text{ค่าคงที่ (Constant)}$$

$b_1, b_2, \dots, b_n$  = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรทำนาย (b)

$$Y' = 2.52 + (-0.70)(\text{อาชีพ}) + 0.30(\text{การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง}) + 0.22(\text{การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง}) + 0.21$$

(การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง) + 0.15 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง)

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา สามารถอภิปรายได้ตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงใน อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา





ที่เสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่ มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 3.56, S.D. = 0.43) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การปฏิบัติตนหรือการแสดงออกของผู้ป่วย ในรูปแบบของความรู้ ความเข้าใจ และในรูปของ การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ป่วยในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ป่วยมีความรู้ด้านการรับรู้ถึงอันตรายที่จะก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ และโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับศิริภรณ์ อินทรหนองไผ่ และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอลาดยาง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง (ศิริภรณ์ อินทรหนองไผ่ และคณะ, 2561)

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตนเองจากสถานบริการทุกครั้งไปรับบริการ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารในการปฏิบัติตนเองให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองซึ่งไม่สอดคล้องกับ อนุสรณ์ นิลเนตร และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิด

โรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่ จังหวัดบึงกาฬ พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อนุสรณ์ นิลเนตร และคณะ, 2561)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางบวกต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ( $p < 0.01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีการรับรู้ว่าตนเอง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองสูง สอดคล้องกับทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดีโดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลเกิดการตอบสนองโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Becker, 1974)

การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p$ -value  $< 0.01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบคเกอร์ ได้กล่าวว่าเมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ระดับไม่ดี ( $OR = 5.83$ , 95%CI of  $OR = 2.86, 11.87$ ,  $p$ -value  $< 0.01$ ) (Becker, 1974)



การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อให้เกิดการปฏิบัติต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $p\text{-value} < 0.01$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) ได้กล่าวว่า การกระตุ้นของสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น ซึ่งสิ่งชักนำนี้จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรม เพื่อสุขภาพ จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิ่งชักนำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง ( $\bar{X} = 2.62$ ,  $S.D. = 0.30$ ) การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองผ่านทางสื่อมวลชน เพื่อน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สมาชิกในครอบครัว หนังสือพิมพ์หรือวารสารจะทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสอดคล้องกับ วาสนา เหมือนมี ที่ศึกษาของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วาสนา เหมือนมี, 2558)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีอิทธิพลทางลบต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker (1974) กล่าวว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ทางด้านลบอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่น้อย จึงทำให้มองว่าการดูแลตนเองไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดีสอดคล้องกับชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน, 2563)

3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ความสามารถในการทำนายผลพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ และ ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อ





ด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้ร้อยละ 82.30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอาชีพ สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อธิบายได้ว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ในปัจจุบันมีการเผยแพร่ความรู้ข่าวสารข้อมูลทางสุขภาพผ่านสื่อหลายช่องทางทำให้บุคคลทุกสาขาอาชีพให้ความสำคัญและใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นซึ่งไม่สอดคล้องกับ สาวิตรี สิงหาท ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ร่วมกันทำนายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่ไม่สามารถ ทำนายความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาชีพและรายได้ (สาวิตรี สิงหาท, 2558)

ปัจจัยด้านการรับรู้ตามแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตนของการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการ

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะเห็นได้ว่าปัจจัยดังกล่าวมีอำนาจทำนายค่อนข้างสูง มากกว่าร้อยละ 82.00 สอดคล้องการวิจัยของพัชรี รัศมีแจ่ม และคณะ ที่สรุปว่าอิทธิพลระหว่างบุคคล อายุ ดัชนีมวลกาย การรับรู้ด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยและความเชื่ออำนาจภายในตนเป็นความคาดหวังของบุคคลว่าสิ่งต่างๆ ที่ตนได้รับนั้นเกิดจากการกระทำหรือความสามารถของตน (พัชรี รัศมีแจ่ม และคณะ, 2561)

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อาชีพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สามารถให้หน่วยบริการสาธารณสุข จัดกิจกรรมคัดกรองกลุ่มอาชีพเกษตรกร ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่ปฏิบัติตนได้ดีสามารถเป็นตัวแทนในการให้ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

##### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย



โรคความดันโลหิตสูงในแต่ละพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างกันตามบริบททางสังคม เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการนำวิจัยครั้งนี้ไปต่อยอดในการศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเป็นการขยายการศึกษาให้กว้างขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การปรับเปลี่ยนสุขภาพโดยชุมชน*. <http://www.hed.go.th/linkHed/index/331>

ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถิน แซ่ตัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอต๋านซ่าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 62-77.

ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขศึกษา*, 41(1), 62-73.

นุจรี อ่อนสีน้อย และคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรค

ความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(1), 63-77.

บรรณพวรรณ หิรัญเคราะห์. (2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาลในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบต่อการทำหน้าที่การรับรู้ภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 11(2), 28-37.

พัชรี รัศมีแจ่ม และคณะ. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 56-68.

วาสนา เหมือนมี. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 9(2), 156-164.

ศิริณีย์ อินทรหนองไผ่, วิณา จำริญบุญ, จิราภรณ์ ฉัตรศุภกุล, และฉัญชนก กองทอง. (2561). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงอำเภอปางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, (ฉบับพิเศษ), 573-582.

สาวิตรี สิงหาด. (2558). ปัจจัยทำนายความรู้และการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารวิทยาศาสตร์*





- และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย  
อุบลราชธานี, 18(3), 16-25.
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่,  
(2558). ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของ  
การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.  
<https://ddc.moph.go.th/odpc1/>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่ใจ. (2564).  
ทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.  
<https://maechaihealth.wordpress.com/>
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2560).  
รายงานประจำปี 2560 ,  
<http://www.thaincd.com/2016/mediadetail.php?id=12986&tid=30&gid=1-015-008>
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1974). *The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. Health Education Monography, 2(Winter)*, 336-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed). Prentice hall Inc.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing* (3rd ed). Harper & Row.
- Likert, Rensis. (1967). The Method of Constructing and Attitude Scale. *Attitude Theory and Measurement*. (pp.90-95). Wiley & Son.
- World Stroke Organization. (2020). The 2018 World Health Organization Classification of Cutaneous, Mucosal, and Uveal Melanoma: Detailed Analysis of 9 Distinct Subtypes Defined by Their Evolutionary Pathway. *Archives of*
- Pathology & Laboratory Medicine, 144* (4), 500-522.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An Introductory statistics* (3rd ed). Harper & Row.

# Factors Predicting Health Promoting Behaviors of the 3<sup>rd</sup> Year Students, University of Phayao, During COVID-19 Situation<sup>1</sup>

Pinyada Chaiyot<sup>2</sup>, Sutichai Sirinual<sup>3</sup>  
Prachuab Lamluk<sup>4</sup>, Somchai Jadsri<sup>5</sup>  
Anukool Manoton<sup>6</sup>

Received: 28 February 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine health promotion behaviors and identify factors predicting those behaviors during the COVID-19 situation among third-year students at the University of Phayao. A total of 273 participants, who were health science students, were selected using multistage random sampling. Data were collected through self-administered questionnaires and analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson Product Moment Correlation.

The findings indicated that health-promoting behaviors were at a moderate level (72.90%) when considering various aspects, such as leading factors, contributing factors, and supporting factors. Additionally, knowledge about health-promoting behaviors, attitudes, perceptions of the benefits of health promotion, supporting activities and policies related to health promotion, and high levels of access to health support information were observed. The perceived obstacles to health promotion were moderate, and several factors were identified as predictors of health promotion behaviors among third-year students during the COVID-19 epidemic. The overall result showed a 46.40 percentage association ( $R^2 = 0.46$ ,  $p\text{-value} < 0.05$ ) with supporting information, health knowledge, perceived benefits of health promotion, body mass index (BMI), and attitude towards health promotion.

**Keywords:** health promotion behaviors, COVID-19 situation, students

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Student in M.P.H, School of Medicine, University of Phayao., E-mail : pinyada.ch@up.ac.th

<sup>3</sup> Lecturer. Dr. School of Public Health, University of Phayao

<sup>4</sup> Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao

<sup>5</sup> Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao

<sup>6</sup> Assistant Prof. Dr. School of Public Health, University of Phayao



# ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19<sup>1</sup>

ภิญญาดา ไชยยศ<sup>2</sup>, สุทธิชัย ศิรินวล<sup>3</sup>  
ประจวบ แหลมหลัก<sup>4</sup>, สมชาย จาคศรี<sup>5</sup>  
อนุกุล มะโนทน<sup>6</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 273 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตัวเอง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (72.90%) เมื่อพิจารณารายด้านของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กัน ดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพทัศนคติและการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 ในช่วงที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยรวมได้ร้อยละ 46.40 ( $R^2 = 0.46, p\text{-value} < 0.05$ ) ได้แก่ การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพดัชนีมวลกาย (BMI) และ ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นิสิต

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา อีเมลล์ : pinyada.ch@up.ac.th

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>4</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>5</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

<sup>6</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา



## บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) ระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกพบผู้ติดเชื้อ 190 ล้านคน ผู้เสียชีวิต 4.40 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยพบผู้ป่วยสะสม 403,523 คน และเสียชีวิตสะสม 3,341 คน ประกอบกับรายงานการพบเชื้ออกลายพันธุ์ (กรมควบคุมโรค, 2564) สถานการณ์ดังกล่าวทำให้หลายประเทศเข้ามาอยู่ในยุคที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่เริ่มตั้งแต่พฤติกรรมส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม รวมไปถึงสภาพแวดล้อม หลายคนเรียนรู้วิถีการดำเนินชีวิตแบบ New normal ซึ่งหมายถึงรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ที่แตกต่างจากเดิมเนื่องจากมีบางสิ่งมากระทบ ผู้คนใช้ชีวิตแบบมีระยะห่างกันมากขึ้นแม้ในช่วงเวลาที่ผ่านมาระบาดของโควิด-19 จะทุเลาลงไปพักใหญ่แต่ผู้คนที่ยังต้องปฏิบัติตนเหมือนมีโรคระบาดอยู่จนกลายเป็นเรื่องปกติหรือเป็นวัฒนธรรมผู้คนส่วนใหญ่แทบจะต้องมีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้านมีการทำงาน/เรียนออนไลน์เพื่อลดการเดินทางซึ่งอาจเพิ่มโอกาสในการแพร่และติดเชื้อโควิด-19 พฤติกรรมการใช้ชีวิตดังกล่าวหากไม่มีจัดสรรเวลาให้ดีก็อาจทำให้เกิดภาวะเครียดสะสมได้ รวมถึงอาจขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่น ๆ เพราะไม่สามารถพบปะสังสรรค์กันได้ ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไป ผู้คนอยู่บ้านมากขึ้น ทำให้ “ฟู้ดเดลิเวอรี” และ “การซื้อขายออนไลน์” กลายเป็นเทรนด์แห่งปีในประเทศไทยพบยอดการใช้บริการเดลิเวอรีของบริการขนส่งอาหารแห่งหนึ่ง ช่วงโควิด-19 เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติถึง 3 เท่า การดูภาพยนตร์ในโรงออกไปทำกิจกรรมพบปะเพื่อนฝูง เปลี่ยนเป็นดู

ในจอมือถือแทน การให้บริการแพลตฟอร์มรับชมภาพยนตร์ ซีรีส์ ที่อยู่ในแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ในอินเทอร์เน็ต จึงเป็นทางเลือกใหม่ในการความบันเทิงให้กับผู้คนสถานการณ์ที่ความเครียดก่อตัวขึ้นได้ง่าย จากความสะดวกสบายด้วยเหตุผลต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ประชาชนบางกลุ่มมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งไม่ออกกำลังกาย ไม่เปลี่ยนอิริยาบถ เนื่องจากไม่มีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม พักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากการบริหารจัดการเวลา และมีอาการเครียดและยิ่งเวลาของวิกฤตยืดเยื้อยาวนานเท่าไร พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปก็จะยิ่งฝังลึกลงไปมากขึ้นเท่านั้น จนสุดท้ายจะกลายเป็นความเคยชิน (วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในโลกที่เปลี่ยนแปลง, 2564)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีคำสั่งให้มีการปิดสถานบริการหรือสถานที่ที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค มาตรการควบคุมแบบบูรณาการกำหนดมาตรการควบคุมที่จำเป็นอย่างเร่งด่วนสำหรับสถานที่ กิจการ หรือกิจกรรม รวมถึงมหาวิทยาลัยพะเยาได้ออกประกาศเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้นิสิตต้องเรียนออนไลน์ และต้องงดการเดินทางไปสถานที่ที่มีความเสี่ยงกิจกรรมที่กล่าวมานี้ อาจส่งผลให้นิสิตละเลยการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ซึ่งการแก้ปัญหาที่ยั่งยืน คือ เราต้องปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของตนเองในทุกๆ ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด และด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและมีความสุข การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นสิ่งที่ช่วย





เสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สามารถต่อสู้กับ  
โรคร้ายต่าง ๆ ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ หากนิสิต  
สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันได้  
และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ  
ให้เหมาะสมก็จะมีสุขภาพที่ดีได้ จากการศึกษา  
ที่ผ่านมาในช่วงวัยของนักศึกษาต้องปรับตัว  
ในหลายด้าน ได้แก่ 1) การใช้ชีวิตประจำวันเรื่อง  
ที่พักอาศัย การเดินทาง ค่าใช้จ่าย การติดต่อกับ  
คนทางบ้าน 2) ด้านการเรียนผ่านช่องทาง  
ออนไลน์ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของ  
โรคโควิด-19 3) ด้านอารมณ์ นักศึกษาส่วนใหญ่  
จะพยายามแก้ปัญหาด้วยตัวเองและหากิจกรรม  
ผ่อนคลายและปรึกษาจากคนที่ไว้ใจ 4) ด้านสังคม  
นักศึกษาส่วนใหญ่จะใช้เวลาว่างเพื่อเพิ่มความรู้  
หรือทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ (เชเนศ แม้นอินทร์,  
2564) นิสิตที่ศึกษาในกลุ่มสาขาวิชาด้าน  
วิทยาศาสตร์สุขภาพชั้นปีที่ 3 เป็นกลุ่มที่ใช้  
ระยะเวลาในการศึกษาเรียนรู้ในศาสตร์ของการ  
ดูแลสุขภาพและผ่านการปรับตัวในสถานการณ์  
ต่างๆ ในมหาวิทยาลัยมาแล้วระยะหนึ่งจึงเป็นผู้มี  
องค์ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพการสร้างเสริม  
สุขภาพรวมถึงมีทักษะและการปฏิบัติที่จำเป็นต่อ  
การนำองค์ความรู้ด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา  
ฟื้นฟูภาวะสุขภาพที่ได้ศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการ  
สร้างเสริมสุขภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคคล  
สามารถจัดการปัญหาสุขภาพและควบคุมให้เกิด  
การมีสุขภาพดี รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม  
ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี จึงนับว่าเป็นกระบวนการ  
สำคัญที่จะทำให้ระดับปัจเจกบุคคลหรือกลุ่ม  
บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม  
ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การเรียนรู้แบบ  
ปฏิบัติสามารถพัฒนานักศึกษาให้มีความสามารถ  
พัฒนาความสามารถและจัดการการเรียนรู้

ในภาพรวมได้ในระดับดีและทักษะการเรียนรู้แบบ  
ปฏิบัติสามารถพัฒนาความสามารถในการจัดการ  
เรียนรู้ของนักศึกษาหลังการทดลองสูงกว่า  
ก่อนการทดลอง (อลงกรณ์ เกิดเนตรและ สมยศ  
เผือดจันทิก, 2564)

ดังนั้นเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายต่างๆ  
ดังกล่าว ทุกคนต้องรับผิดชอบการสร้างเสริม  
สุขภาพตนเอง และมหาวิทยาลัยเองได้ส่งเสริม  
นโยบาย มีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เอื้อต่อการ  
สร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้พฤติกรรมสร้าง  
เสริมสุขภาพเกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิมผู้วิจัย  
ในฐานะเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่ในด้าน  
การส่งเสริมสุขภาพให้กับนิสิตมหาวิทยาลัยพะเยา  
จึงมีความ สนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพของนิสิตว่าเป็นอย่างไร เพื่อประโยชน์แก่  
ผู้เกี่ยวข้องได้ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัด  
โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ ตามแนวทาง  
ที่ถูกต้อง เหมาะสม และการส่งเสริมสุขภาพให้กับ  
นิสิตให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และ  
มีสุขภาพที่ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัย  
เสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิต  
ชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การ  
แพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ  
ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการ  
ส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัย  
พะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ  
โรคโควิด-19



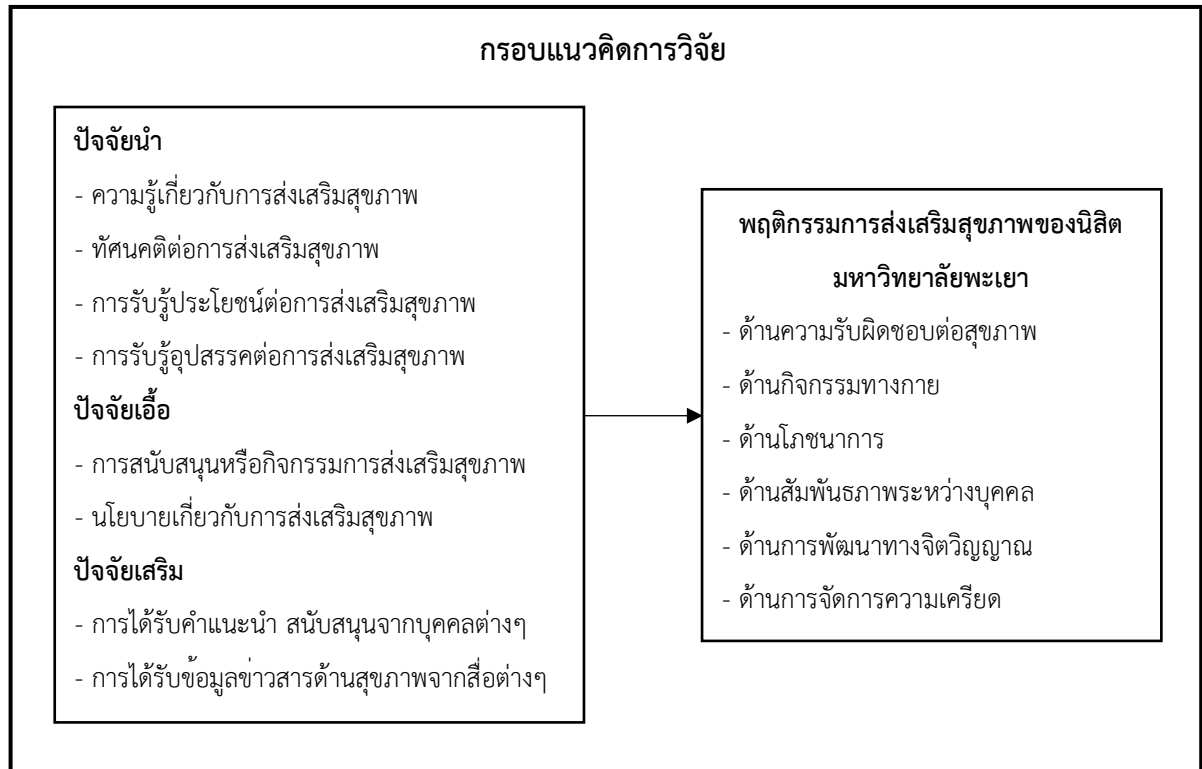
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม สามารถทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19



### วิธีดำเนินงานวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study)

**ประชากร** คือ นิสิตมหาวิทยาลัยพะเยาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีภาคปกติที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2565 ชั้นปีที่ 3 กลุ่มสาขาวิชาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ คือ ทันตแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ สหเวชศาสตร์ จำนวน 1,098 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

ใช้ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie&Morgan (Krejcie, R. V., & Morgan, D. W., 1970) กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.50 และระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 285 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนของนิสิตแต่ละคณะ

### เกณฑ์ในการคัดเลือก

เป็นนิสิตที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2565 ชั้นปีที่ 3 หลักสูตรในกลุ่มสาขาวิชาทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ คือ ทันตแพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ แพทยศาสตร์ เภสัชศาสตร์





วิทยาศาสตร์การแพทย์ สหเวชศาสตร์ และ  
ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์ในการคัดออก

- 1) นิสิตอยู่ระหว่างการลาพักศึกษา
- 2) นิสิตเกิดความรู้สึกอึดอัดหรือไม่สบายใจระหว่างตอบแบบสอบถาม และ3) นิสิตติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และอยู่ในช่วงพักรักษาตัว

#### เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือของ  
ราตรี งามพร้อม (2564) ซึ่งทำการเก็บข้อมูล  
5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ  
ผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ  
ภาวะสุขภาพ คณะ ที่พักอาศัย สถานะการพัก  
อาศัย และ รายได้ที่ได้รับต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ  
แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านความรู้เกี่ยวกับ  
การส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ  
เลือกตอบถูกและผิด วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้  
Kuder Richardson Method (Kuder, G.F. and  
Richardson, 1937) มีค่าเท่ากับ 0.75 และแปร  
ผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Bloom  
(Bloom, 1971) ส่วนในด้านทัศนคติต่อการ  
ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการ  
ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการ  
ส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมา  
ตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ความ  
เชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha Coefficient  
(Cronbach, 1974) มีค่าเท่ากับ 0.92 และแปรผล  
ข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (Best,  
J. W. & Kahn,2003)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ  
ได้แก่ การสนับสนุนหรือกิจกรรมการส่งเสริม  
สุขภาพ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ  
มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน  
ประมาณค่า 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้  
Cronbach's alpha Coefficient (Cronbach,  
1974) มีค่าเท่ากับ 0.87 และแปรผลข้อมูลโดย  
พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (Best, J. W. &  
Kahn, 2003)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัย  
เสริม มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วน  
ประมาณค่า 3 ระดับ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้  
Cronbach's alpha Coefficient (Cronbach,  
1974) มีค่าเท่ากับ 0.93 และแปรผลข้อมูลโดย  
พิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (Best, J.W. &  
Kahn, 2003)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรม  
ส่งเสริมสุขภาพ มีลักษณะแบบสอบถาม  
เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ วิเคราะห์  
ความเชื่อมั่นโดยใช้ Cronbach's alpha  
Coefficient (Cronbach, 1974) มีค่าเท่ากับ 0.92  
และแปรผลข้อมูลโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ  
Best (Best, J.W. & Kahn, 2003)

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา  
ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานการวิเคราะห์  
ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

#### ผลการศึกษา

จากการศึกษาผู้วิจัยได้รับแบบสอบถาม  
ตอบกลับและครบถ้วนสมบูรณ์ จำนวน 273 ชุด  
คิดเป็นร้อยละ 95.79



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิตชั้นปีที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85.70 มีอายุ 21 ปีเต็ม ร้อยละ 69.60 มีภาวะสุขภาพ ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ใน ระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 50.90 มีพฤติกรรม ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.70 แต่มีพฤติกรรมการดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะเทศกาลหรือโอกาส พิเศษ ร้อยละ 57.50 ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ในคณะ แพทยศาสตร์ ร้อยละ 37.70 พักอาศัยอยู่หอพัก หน้ามหาวิทยาลัย ร้อยละ 94.50 อาศัยคนเดียว ร้อยละ 72.50 และมีรายได้ที่ ได้รับต่อเดือน 3,001–6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.30 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพในระดับสูง ร้อยละ 91.20 ( $\bar{X}$  = 11.29, S.D. = 1.73) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพในระดับต่ำ ร้อยละ 77.70 ( $\bar{X}$  = 50.04, S.D. = 5.78) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริม

สุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.90 ( $\bar{X}$  = 49.90, S.D. = 5.47) และด้านการรับรู้อุปสรรค ต่อการส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.80 ( $\bar{X}$  = 37.93, S.D. = 6.41)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนหรือกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายเกี่ยวกับการ ส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 56.00 ( $\bar{X}$  = 11.99, S.D. = 3.44)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.80 ( $\bar{X}$  = 9.05, S.D. = 2.88)

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.90 ( $\bar{X}$  = 39.64, S.D. = 7.47) ดังรายละเอียด ในตารางที่ 2

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ข้อมูลทั่วไป</b>		
<b>เพศ</b>		
ชาย	39	14.30
หญิง	234	85.70
<b>อายุ (ปีเต็ม) (<math>\bar{X}</math> = 20.84, S.D. = 0.54, Min = 20, Max = 23)</b>		
20	64	23.40
21	190	69.60
22	18	6.60
23	1	0.40





ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไป และ ภาวะสุขภาพ ของนิสิตชั้นปี ที่ 3 (n=273) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>คณะที่กำลังศึกษา</b>		
คณะทันตแพทยศาสตร์	8	2.90
คณะพยาบาลศาสตร์	17	6.20
คณะแพทยศาสตร์	103	37.70
คณะเภสัชศาสตร์	40	14.70
คณะวิทยาศาสตร์การแพทย์	68	24.90
คณะสหเวชศาสตร์	37	13.60
<b>ที่พักอาศัย</b>		
พักที่บ้านตนเอง	5	1.80
หอพักมหาวิทยาลัย (หอเขียว)	9	3.30
หอพัก UP Dorm	1	0.40
หอพักหน้ามหาวิทยาลัย	258	94.50
<b>สถานะการพักอาศัย</b>		
คนเดียว	198	72.50
รวมเมท	75	27.50
<b>รายได้ที่ได้รับต่อเดือน</b>		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาท/เดือน	18	6.60
3,001-6,000 บาท/เดือน	140	51.30
6,001-9,000 บาท/เดือน	62	22.70
9,001-12,000 บาท/เดือน	36	13.20
12,000 บาทขึ้นไป	17	6.20
<b>ภาวะสุขภาพ</b>		
<b>ดัชนีมวลกาย (BMI) (<math>\bar{X}</math> = 21.15, S.D. = 4.05, Min = 35, Max = 115)</b>		
น้ำหนักน้อย / ผอม	66	24.20
ปกติ	139	50.90
อ้วน / โรคอ้วนระดับ 1	36	13.20
อ้วน / โรคอ้วนระดับ 2	24	8.80
อ้วนมาก / โรคอ้วนระดับ 3	8	2.90
<b>พฤติกรรมการสูบบุหรี่</b>		
ไม่สูบ	264	96.70
สูบ	9	3.30

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละ ข้อมูลทั่วไป และ ภาวะสุขภาพ ของนิสิตชั้นปีที่ 3 (n=273) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>		
ไม่ดื่ม	106	38.80
ดื่มเฉพาะเทศกาลหรือโอกาสพิเศษ	157	57.50
ดื่มเป็นประจำ	10	3.70

**ตารางที่ 2** จำนวน และร้อยละของนิสิตชั้นปีที่ 3 จำแนกตามระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (n=273)

ปัจจัย	จำนวน (คน) (ร้อยละ)			ค่าเฉลี่ย
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง	
<b>ปัจจัยนำ</b>				
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	6 (2.20)	18 (6.60)	249 (91.20)	11.29
ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ	212 (77.70)	7 (2.60)	54 (19.80)	50.04
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	50 (18.30)	158 (57.90)	65 (23.80)	49.90
การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ	47 (17.20)	177 (64.80)	49 (17.90)	37.93
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>				
การสนับสนุนหรือกิจกรรม และนโยบาย เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	58 (21.20)	62 (22.70)	153 (56.00)	11.99
<b>ปัจจัยเสริม</b>				
การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ	39 (14.30)	177 (64.80)	57 (20.90)	9.05
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	43 (15.80)	199 (72.90)	31 (11.40)	39.64





ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ **ปัจจัยนำ** ประกอบด้วย อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $R = -0.16, p\text{-value} = 0.01$ ) ดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $R = -0.12, p\text{-value} = 0.01$ ) รอบเอว มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $R = -0.12, p\text{-value} = 0.03$ ) ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $R = 0.31, p\text{-value} = 0.00$ ) ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $R = -0.51, p\text{-value} = 0.01$ ) การรับรู้ประโยชน์

ต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $R = 0.52, p\text{-value} = 0.00$ ) การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $R = 0.16, p\text{-value} = 0.01$ ) **ปัจจัยเอื้อ** ประกอบด้วย การได้รับการสนับสนุน หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $R = 0.19, p\text{-value} = 0.01$ ) **ปัจจัยเสริม** ประกอบด้วย การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $R = 0.524, p\text{-value} = 0.00$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** สรุปลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ระหว่างตัวแปรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 (n=273)

ปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ปัจจัยนำ</b>		
ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	0.31	0.00**
ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพ	0.51	0.01*
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	0.52	0.00**
การรับรู้อุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพ	0.16	0.01*
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>		
การได้รับการสนับสนุน หรือกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	0.19	0.01*
<b>ปัจจัยเสริม</b>		
การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่าง ๆ	0.52	0.00**

\*Significant at  $p\text{-value} < 0.05$  , \*\*Significant at  $p\text{-value} < 0.01$



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีดังนี้

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณตัวแปรทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตพบว่า การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่างๆ (Beta = 0.37, p-value = 0.00) การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Beta = 0.28, p-value = 0.00) ดัชนีมวลกาย (BMI) (Beta = 0.15, p-value = 0.01) ทักษะการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพ (Beta = 0.21, p-value = 0.01)

โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 ได้ร้อยละ 46.40 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 ในรูปแบบคะแนนดิบ ดังนี้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 = 4.28 + 0.97 (การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่างๆ) + 0.38 (การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ) + 0.28 (ภาวะสุขภาพ (BMI)) + 0.27 (ทักษะการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณตัวแปรทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยพะเยา (n=273)

ปัจจัยทำนาย	ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนดิบ		ค่าสัมประสิทธิ์คะแนนมาตรฐาน (Beta)	ค่าสถิติที (t)	นัยสำคัญทางสถิติ (p-value)
	B	SE			
(ค่าคงที่)	4.28	3.58		1.20	
การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่างๆ	0.97	0.12	0.37	7.87	0.00
การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ	0.38	0.09	0.28	4.46	0.00
ทักษะการตัดสินใจส่งเสริมสุขภาพ	0.27	0.08	0.21	3.30	0.00
r = 0.68, r <sup>2</sup> = 0.46, Adjust r <sup>2</sup> = 0.46, F = 58.00, p-value = 0.00					

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05





### สรุปผลและอภิปรายผลการวิจัย

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 พบว่ามีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการจัดการความเครียด ที่แตกต่างกัน ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ทำให้นิสิตมีข้อจำกัดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สอดคล้องกับการศึกษาของ ดร.สุชีราภรณ์ ฐวานนท์ และธนิดา สติตอตุตสาร (2560) พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนาศรีสะเกษ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในแต่ละด้านอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแต่ละด้านมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับที่แตกต่างกัน โดยจำแนกเป็นรายด้าน ส่วนมากด้านที่เลือกทำมากที่สุดและมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงสุด คือ ด้านการพัฒนาจิตวิญญาณ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า 1) ปัจจัยนำต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ด้านดัชนีมวลกาย (BMI) ( $\text{Beta} = 0.15, p\text{-value} = 0.00$ ) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่แตกต่างกันส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งในเรื่องของความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย และโภชนาการของบุคคลที่ปฏิบัติอย่างแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ สีขาว และคณะ (2561) พบว่า

นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ของนักศึกษาทั้ง 3 กลุ่ม มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ในด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและการควบคุมความเครียดในระดับปานกลาง (มีคะแนน 184.38, 183.90, 184.19 ตามลำดับ) (อ้างอิง สุริรัตน์ รุ่งเรือง และคณะ, 2554) พบว่าหลักสูตรการศึกษาพยาบาลเป็นหลักสูตรทางวิทยาศาสตร์สุขภาพนักศึกษาจึงมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีในระดับหนึ่ง ประกอบกับนักศึกษาเป็นวัยที่กำลังจะเปลี่ยนผ่านจากการดูแลของพ่อแม่มาสู่วัยที่ต้องดูแลตนเอง จึงคาดหวังว่านักศึกษาจะสามารถนำความรู้ไปต่อยอดให้มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สูงขึ้นตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนรวมแต่ละด้าน และคะแนนรวมทุกด้านของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานทั้ง 3 กลุ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอนุมานได้ว่ากลุ่มที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นนักศึกษาคณะเดียวกัน เรียนในหลักสูตรเดียวกัน มีอายุ ใกล้เคียงกัน อยู่หอพักที่มีสิ่งแวดล้อมไม่แตกต่างกัน ย่อมมีความรู้ในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ส่งผลให้การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้แรงสนับสนุน และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตลอดจน การปฏิบัติตามแนวพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพ ( $\text{Beta} = 0.21, p\text{-value} = 0.00$ ) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก แสดงให้เห็นว่าทัศนคติที่ดีจะส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและ



เกิดการปฏิบัติที่ดีต่อการดูแลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตัวเองได้ดีในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และด้านการจัดการความเครียด รวมถึงด้านโภชนาการและกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีความแตกต่างกันเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของวิชชุตา มัคสิงห์ และคณะ (2559) พบว่าทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน อธิบายได้ว่าหากเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ดี ตรงกันข้ามหากเด็กวัยเรียนมีความเชื่อด้านส่งเสริมสุขภาพในทางที่ไม่ดีทำให้เกิดพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพในทางที่ไม่ดีด้วยเช่นกัน และจากการศึกษาของดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ (2564) พบว่าปัจจัยความเชื่อของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.25, 0.30, 0.36, 0.58, p = 0.00$ )

ปัจจัยนำและปัจจัยเสริม ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ ( $Beta = 0.28, p\text{-value} = 0.00$ ) การได้รับข้อมูลสนับสนุนด้านสุขภาพต่าง ๆ ( $Beta = 0.37, p\text{-value} = 0.00$ ) มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนิสิตชั้นปีที่ 3 โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวก แสดงให้เห็น

ว่าการได้รับคำแนะนำ สนับสนุนจากบุคคลต่างๆ และได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงมีเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและอุปกรณ์ในการสื่อสารสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพมีผลต่อการปฏิบัติตัวและดูแลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตัวเอง แม้จะตกอยู่ในสภาวะของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง และนันทิยา ไชยนิ่ง พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ คือ เพศ ชั้นปีการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีนโยบายสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นทางการ และการได้รับคำแนะนำและข่าวสารด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและอุปสรรคที่สำคัญ คือ การไม่มีเวลา จึงควรจัดให้บูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการลงทะเบียนเรียนในทุกๆ ภาคการศึกษา

ปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนหรือกิจกรรมและนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเนื่องจาก ในระหว่างที่ทำการเก็บข้อมูลยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การเรียนการสอน หรือการทำกิจกรรมร่วมกันภายในมหาวิทยาลัยมีข้อจำกัด ทั้งนี้ ทางมหาวิทยาลัยมีป้ายประชาสัมพันธ์สำหรับร้านจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์สุขาภิบาลอาหารตามร้านที่เปิด





ให้บริการ ที่เพียงพอต่อความต้องการของนิสิต มีการให้บริการอุปกรณ์และสถานที่ในการออกกำลังกายมีแหล่งบริการเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพ ทั้งทางโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและศูนย์ให้คำปรึกษา โดยมีคณะกรรมการ อาจารย์ เจ้าหน้าที่ให้บริการ คำปรึกษาในการขอเข้ารับบริการในด้านที่เกี่ยวข้องโดยนิสิตสามารถเข้าใช้บริการได้ทำให้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศีโรธร มะโนคา มณีรัตน์ และคณะ พบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค อาหารและการออกกำลังกาย ทั้งนี้เนื่องจาก สถานศึกษาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย เป็นมหาวิทยาลัย เอกชน มีการเรียนการสอนทั้งแบบภาคปกติ และภาคพิเศษ โดยเฉพาะนักศึกษาในระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 ภาคพิเศษที่มีความหลากหลายของช่วงอายุ อยู่ในวัยทำงาน และมาศึกษาต่อ จึงไม่มีเวลา ทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยไม่มี กฎระเบียบให้นักศึกษาเข้าร่วม กิจกรรม ขึ้นอยู่กับ ความสมัครใจของนักศึกษาเป็น หลัก ส่วนปัจจัยเอื้อ ทางมหาวิทยาลัยได้จัดให้มีร้านจำหน่าย อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ เพียงพอต่อความต้องการของนักศึกษา มีสถานที่ และอุปกรณ์ ในการออกกำลังกายที่นักศึกษาไป ใช้ได้โดยไม่เสีย ค่าใช้จ่าย มีแหล่งบริการเกี่ยวกับ ข้อมูลสุขภาพ มีห้องพยาบาล และมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่นักศึกษา สามารถเข้าถึงไม่แตกต่างกันจึง ทำให้มีพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพไม่ต่างกันมากนัก

#### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตทุกคณะ/ชั้นปี ตามรายด้าน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุม

2. ควรทำการศึกษาเพื่อหารูปแบบ กิจกรรมที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับบริบทของนิสิตในมหาวิทยาลัย

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์แนะนำและผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้เกิดคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 64 ของประเทศไทย (ปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- ฐปรัตน์ รักษภานุสิทธิ์, นฤมล จีนเมือง และนนทยา โขทัยนึ่ง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ นักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2561), 29(3), 170-178.
- ดวงพร กัตัญญุตานนท์, ธนภรณ์ ทองศิริ, อารยา พิษิตชัยณรงค์, ธันยพร กิ่งดอกไม้, สุภาพ ธรรมกุล, ภาวลิน แสนคำราง และชัยนีย์ บิลก่อเต็ม. (2564). ว. วิทย. เทคโนโลยี. หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 7(1). 8-20.
- ธเนศ แม้นอินทร์. (2564). การปรับตัวของ นักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 สถาบันเทคโนโลยี จิ ทร ล ด า . วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต (2564), 16(2), 74-90.



พิมลพรรณ ดีเมฆ และ ศิริพร เงินทอง. (2562).

พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 6 สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร 20 ธันวาคม 2562.

ราตรี งามพร้อม. (2564). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี. งานวิจัย, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 4, สระบุรี.

วิชชุดา มัคสิงห์, นอลิสสา โต๊ะยูโส๊ะ และ จิรกานต์ พันธุ์ฤทธิ์ ดำ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3(3). 65-76.

วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปในโลกที่เปลี่ยนแปลง. (2564, 14 พ. ก. ค. ม.). PPTVHD3 6. <https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%9B%E0%B8%A3%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%99%E0%B8%A3%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%99/138727>

ศิโรธร มะโนคา, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, นีรัตน์ อิมามี (2562). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยแห่งนี้ ใน

กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขศึกษา (2562), 42(1).

สุชีราภรณ์ ฐวานนท์ และธนิดา สถิตอุตสาคร. (2560). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนาศรีสะเกษ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2560.

อรพินท์ สีขาว, อภิรมย์ฤดี สมสวย, ศิริณญา ณะขว้าง, ปรารค์ทอง คุณเที่ยง, นันทชพร ตี๊ดแก้ว, ฐิตาภา บุญมีประเสริฐ, สุพัศรายานุพรม, รุ่งนภา นวธร, ชนิดดาภา พันธุ์ไม้, จินตนา แก้วนันทน์, ลัดดาวัลย์ คำแสน, โภภิตา ประชุมพันธ์, ณิชากัทธ บุนีเลิศ. (2561). พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. วารสาร มฉก.วิชาการ, 22(43-44), 1-12.

อลงกรณ์ เกิดเนตร และ สมยศ เพื่อดจันติก (2564). การจัดการเรียนรู้แบบทักษะปฏิบัติเพื่อพัฒนาความสามารถในการออกแบบการจัดการเรียนรู้ของนักศึกษาหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาคณิตศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 รายวิชาการจัดการเรียนรู้และการจัดการชั้นเรียน. วารสารครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 49(2)

Best, J. W. & Kahn, J. V. (2003). Research in education. (9 th ed.). Prentice-Hall of India Private Limited.





Bloom, Benjamin S., et al. (1971). Hand book  
on Formative and Summative  
Evaluation of Student Learning. Mc  
Graw-Hill Book Company.

Cronbach, L. J. (1974). Essential of Psychological  
Testing. 3<sup>rd</sup> ed. Haper and Row.  
Republisher.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining  
sample size for research activities.  
*Educational and Psychological  
Measurement*, 30(3), 607–610.

Kuder, G. F. and Richardson, M. W. (1937).  
The theory of the estimation of test  
reliability. *Psychometrika*. 2, pp. 151–160.

# Factors Related to Performance of Primary Health Care among Migrant Health Volunteers in Muang District, Samut Sakhon Province<sup>1</sup>

Surasak Sangjae<sup>2</sup>

Received: 20 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This survey research aimed to study: 1) Factors of personal characteristics, duration of migrant health volunteer service, role perception, and work attitude, 2) the level of primary health care (PHC) practice of migrant health volunteers, and 3) the correlation between personal attributes, role perception, attitudes towards PHC practice, and support for PHC practice among migrant health volunteers in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. The sample consisted of 260 migrant health volunteers in Muang Samut Sakhon District. Data were collected using a questionnaire with a reliability score between March and April 2023. Statistical analysis included percentage, mean, standard deviation, chi-square test, and the Pearson correlation coefficient.

The results showed that most of the migrant health volunteers were males, with an average age of 32.10 years, marital status, lower secondary level of education and were employed in industrial factories, with an average income of 11,600 baht. On average, they had been serving as foreign health volunteers for 2.70 years and had a high perception of their roles and responsibilities. Their attitude towards PHC practice was good-level, and high-level support for PHC practice. In terms of actual PHC practice, migrant health volunteers exhibited moderate levels, with the highest level observed among those with higher education and specific occupations. There was a significant relationship between the PHC practice of migrant health volunteers and their level of support for PHC practice, with statistical significance at the 0.01 level. This relationship was composed of the highest level of education, type of business operation, support for the practice of primary health care, and attitudes towards primary health care practice.

**Keywords:** migrant public health volunteers, primary health care, performance

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Professional Public Health Academician, Bangtorad Subdistrict Health Promotion Hospital, Muang District Public Health Office E-mail: surasak7318@gmail.com



# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร<sup>1</sup>

สุรศักดิ์ แสงแจ้<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา 1) ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ บทบาทหน้าที่ ทักษะคติต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว 2) ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขต่างด้าว และ 3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว กลุ่มตัวอย่างได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมือง สมุทรสาคร จำนวน 260 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่น ระหว่าง เดือน มีนาคม ถึง เมษายน 2566 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 32.10 ปี สถานภาพคู่ การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพพนักงานในโรงงาน อุตสาหกรรม รายได้เฉลี่ย 11,600 บาท มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เฉลี่ย 2.70 ปี มีระดับการรับรู้บทบาทหน้าที่อยู่ในระดับมาก ทักษะคติต่อการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี ระดับการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับ มาก และระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ การสนับสนุนการ ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และทักษะคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน

**คำสำคัญ:** อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การสาธารณสุขมูลฐาน การปฏิบัติงาน

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางโพธิ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองสมุทรสาคร  
จังหวัดสมุทรสาคร อีเมล : surasak7318@gmail.com



## บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย จำนวนกว่า 2.90 ล้านคน แบ่งเป็น แรงงานฝีมือ 256,263 คน แรงงานทั่วไป 2,739,190 คน (กรมการจัดหางาน, 2565 26 ธันวาคม) โดยจังหวัดที่มีความต้องการแรงงานต่างด้าวมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ จังหวัดเชียงใหม่ กรุงเทพมหานคร จังหวัดจันทบุรี จังหวัดสมุทรสาคร และจังหวัดระยอง ตามลำดับ

เมื่อมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาพักอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก การจัดระบบบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะทำให้การเคลื่อนย้ายแรงงานเพื่อการทำงานในภาคเศรษฐกิจ เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประเทศไทยคือ การมีแรงงานต่างด้าวที่มีสุขภาพแข็งแรง และได้รับการดูแลให้มีสุขภาพพื้นฐานที่ดีอย่างต่อเนื่อง อันเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ และการดูแลสุขภาพในแรงงานต่างด้าว มิให้เป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศ รวมทั้ง ป้องกันผลกระทบด้านสุขภาพของประชากรคนไทยที่มีการติดต่อ สื่อสาร เชื่อมโยงกับแรงงานต่างด้าวที่ผ่านมาปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวมีโรคติดต่อที่ต้องให้ความสำคัญมากที่สุดคือ วัณโรค รองลงมาคือโรคเอดส์ การฉีควัคซีนเพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคซิฟิลิสและโรคหนองใน และในปี 2563 เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประเทศไทย มีมาตรการควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยการปิดประเทศ ควบคุมการเข้าออกด่านชายแดน แต่ยังคงมีการลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมาย จนมีการพบการแพร่ระบาดในกลุ่ม

แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย จนกระทั่งปลายปี 2563 มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอก 2 ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร จำนวนผู้ติดเชื้อในกลุ่มแรงงานต่างด้าวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเป็น การระบาดครั้งใหญ่ ประชาชนทั้งคนไทยและคนต่างด้าวต่างได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และทางสังคมจากเหตุการณ์นี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

กระทรวงสาธารณสุข มีแนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว ซึ่งมาตรการสำคัญคือการให้ประชากรต่างด้าวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว หรือเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) เพื่อดูแลสุขภาพของประชากรต่างด้าว จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการขยายขอบเขตการบริการสุขภาพประชากรต่างด้าวให้ครอบคลุมถึงแรงงานต่างด้าว ครอบครัว และผู้ติดตามให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการประชากรต่างด้าวในการดูแลสุขภาพตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข เริ่มดำเนินการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 จนถึงปัจจุบัน

ในปี พ.ศ.2565 จังหวัดสมุทรสาคร มีอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว จำนวน 1,500 คน ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร





จำนวน 800 คน และจากรายงานของกรม  
การจัดหางาน สถิติจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับ  
อนุญาตทำงานคงเหลือที่วีรราชอาณาจักร  
ประจำเดือนธันวาคม 2565 จังหวัดสมุทรสาคร  
มีแรงงานต่างด้าวที่รับอนุญาตทำงานจำนวน  
274,974 คน อำเภอที่มีประชากรต่างด้าวมากที่สุด  
คือ อำเภอเมืองสมุทรสาครประมาณ 190,007 คน  
รองลงมา คือ อำเภอกระทุ่มแบนประมาณ  
77,267 คน และอำเภอบ้านแพ้วประมาณ 7,700 คน  
ยังไม่นับรวมแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย  
ผู้ติดตาม และครอบครัวแรงงานต่างด้าว  
อีกเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อน  
เรื่องการดูแลสุขภาพของประชากรต่างด้าว  
ที่พำนักอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาคร  
โดยเฉพาะพื้นที่ อำเภอเมืองสมุทรสาคร  
ที่มีประชากรต่างด้าวพักอาศัยเป็นจำนวนมาก

องค์การอนามัยโลกให้ คำจำกัดความ  
“การสาธารณสุขมูลฐาน” คือ ลักษณะของบริการ  
สุขภาพที่จำเป็น ซึ่งบุคคลและครอบครัวสามารถ  
จะหาได้ในชุมชน โดยเป็นสิ่งที่บุคคลยอมรับและ  
มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการดำเนินงาน รวมทั้ง  
เป็นบริการที่ชุมชนและประเทศสามารถจัดให้มีได้  
การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นส่วนที่ผสมผสานอยู่ใน  
ในทั้งระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเป็น  
ศูนย์กลางของระบบ และเป็นส่วนผสมผสานอยู่ใน  
กระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งหมด  
ของชุมชน (เบญจรัตน์ แซ่ฉั่ว, 2548) สอดคล้อง  
กับ สุวัช เขียวศิริวัฒนา และ สุธาทิพย์ จันทร์เกษม  
(2557) หลักการสาธารณสุขมูลฐาน 4 ประการ  
คือ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน  
การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม การปรับระดับบริการ  
สาธารณสุขขั้นพื้นฐานเพื่อรองรับสาธารณสุขมูลฐาน

และการประสานงานระหว่างหน่วยงานเป็นกลวิธี  
หลักในการทำงานร่วมกับชุมชน

การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวให้บรรลุตาม  
วัตถุประสงค์ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง อาทิ  
ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บทบาท  
หน้าที่ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ซึ่งการรับรู้  
บทบาทหน้าที่เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติงาน  
การรับรู้บทบาทเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อ  
การปฏิบัติงาน ทักษะคติ ที่เกิดจากประสบการณ์  
สถานะการเรียนรู้อันจะเป็นสิ่งที่กำหนดปฏิกิริยา  
ของบุคคลหนึ่งที่จะมีต่อบุคคลอื่น สิ่งของ  
สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งต่างๆ ทักษะคติเป็น  
อิมพัลส์ (Disposition) หรือแนวโน้มที่มีอิทธิพล  
ต่อพฤติกรรมสนองตอบต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้า  
ซึ่งอาจจะเป็นได้ทั้งคนวัตถุสิ่งของหรือความคิด  
(ราตรี พัฒนรังสรรค์, 2542) ทักษะคติจะส่งผลให้  
บุคคลนั้นๆ แสดงพฤติกรรมอย่างไรอย่างหนึ่ง  
ออกมา ความคิดเห็นของบุคคลมีอารมณ์  
เป็นส่วนประกอบ มีการติดต่อสื่อสารเชื่อมโยง  
ให้เกิดทัศนคติต่อสิ่งต่างๆ และเป็นสิ่งที่มีผลทำให้  
เกิดการปฏิบัติ การสนับสนุนเป็นองค์ประกอบ  
หนึ่งขององค์การที่ช่วยให้บุคลากรทำงานของตน  
ให้ประสบความสำเร็จได้อย่างมีประสิทธิภาพ  
(Weisbord, 1975) สอดคล้องกับ อุไรวรรณ  
บุญสาสิทธิ์พิทักษ์ (2542) ศึกษาการปฏิบัติงานตาม  
บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์  
สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี พบว่า  
การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การนิเทศงาน  
การศึกษาดูงาน การมีส่วนร่วม การรับรู้บทบาท  
หน้าที่ โดยรวม และแรงจูงใจโดยรวม



มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่  
ของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.50

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา  
ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บทบาท  
หน้าที่ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุน  
การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ศึกษาระดับการ  
ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขต่างด้าว และศึกษาปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ซึ่งผลที่ได้จาก  
การศึกษาจะนำไปใช้ประโยชน์สืบต่อไป

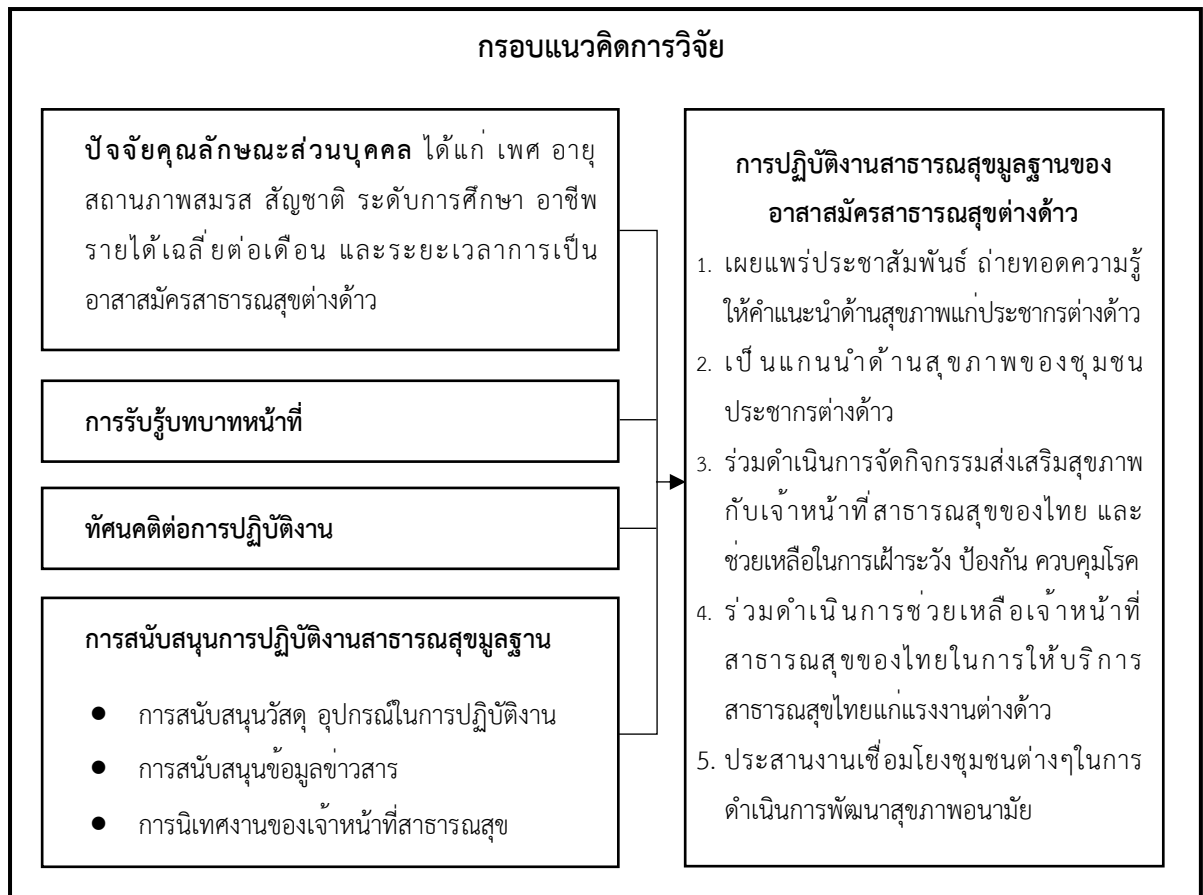
### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล  
ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ

การศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาการเป็น  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การรับรู้บทบาท  
หน้าที่ ทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน และการ  
สนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงาน  
สาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ต่างด้าว (อสมต.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัด  
สมุทรสาคร

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย  
คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้บทบาทหน้าที่  
ทัศนคติการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการ  
ปฏิบัติงาน กับ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมือง  
สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร







## สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
2. การรับรู้บทบาทหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
3. ทักษะการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุข
4. การสนับสนุนการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานสาธารณสุข

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เมษายน พ.ศ.2566

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 800 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ที่ปฏิบัติงานอยู่จริงในเดือน กุมภาพันธ์ 2566 คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ของเครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้จำนวนตัวอย่าง 260 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling)

## เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ

**ส่วนที่ 1** คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานสมรส สัญชาติ ระดับการศึกษา ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

**ส่วนที่ 2** ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale โดยมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่แน่ใจ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง มีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับน้อย

**ส่วนที่ 3** ปัจจัยด้านทัศนคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale โดยมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ



เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ข้อคำถามเชิงบวก ให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ และข้อคำถามเชิงลบ ให้คะแนน 1, 2 และ 3 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ระดับไม่ดี

**ส่วนที่ 4** ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ได้แก่ การสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale โดยมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานพอใช้

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึง มีปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานระดับน้อย

**ส่วนที่ 5** ปัจจัยการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว หมายถึง การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ได้แก่ 1) เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว 2) เป็นแกนนำด้านสุขภาพของชุมชนประชากรต่างด้าว 3) ร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทย และช่วยเหลือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค 4) ร่วมดำเนินการช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทย ในการให้บริการสาธารณสุขไทยแก่ประชากรต่างด้าว 5) ประสานเชื่อมโยงชุมชนต่างๆ ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ Likert scale โดยมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ คือ ประจํา บางครั้ง ไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มค่าเฉลี่ยคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.34–3.00 หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.67–2.33 หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00–1.66 หมายถึงอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับน้อย

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนี ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC : Index of Item – Object Congruence) เท่ากับ 0.95 จากนั้นได้นำแบบสอบถามไปทดสอบใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด





สมุทราสาร จำนวน 30 รายเพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (alpha coefficient) ของครอนบาช (Cronbach, 1984) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติ แบบสอบถามด้านทัศนคติ ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว แบบสอบถามสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และแบบสอบถามการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เท่ากับ 0.90, 0.87, 0.92 และ 0.92 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะของปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ ปัจจัยด้านทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงาน ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และทำการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square) และการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

ตามหนังสือที่ สค.0033/1096 ลงวันที่ 15 มีนาคม 2566

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.50 อายุเฉลี่ย 32.10 ปี (S.D.= 7.31) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.80 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 61.50 มีรายได้เฉลี่ย 11,600.38 บาทต่อเดือน (S.D.= 7,155.34) มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวเฉลี่ย 2.74 ปี (S.D.= 2.24)

2. การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีระดับการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.92, S.D.= 0.10) โดย 3 อันดับแรกที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีระดับการรับรู้มากที่สุด ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว มีหน้าที่ให้ความรู้แก่ประชากรต่างด้าว ถึงความสำคัญในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ( $\bar{X}$  = 3.00, S.D.= 0.00) อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ควรแนะนำแนวทาง ขั้นตอนและเงื่อนไขในการใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพให้กับประชากรต่างด้าวที่อยู่ในชุมชน ( $\bar{X}$  = 3.00, S.D.= 0.00) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีหน้าที่ในการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $\bar{X}$  = 3.00, S.D.= 0.00)



**3. ทักษะติดต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว** พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีระดับทักษะติดต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับดี ( $\bar{X}$  = 2.90, S.D. = 0.13) โดย 5 อันดับแรกที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีระดับทักษะติดต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมากที่สุด ได้แก่ โรคผิวหนัง เป็นโรคที่รักษาหายได้ ถ้าผู้ป่วยรับประทานยาครบตามแพทย์สั่ง (6 เดือน) ( $\bar{X}$  = 2.99, S.D. = 0.88) การบริโภคอาหาร และน้ำที่สะอาด ถ่ายอุจจาระลงส้วม กำจัดขยะมูลฝอยสามารถป้องกันโรคอุจจาระร่วงได้ ( $\bar{X}$  = 2.98, S.D. = 0.13) เมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน เราควรให้ความร่วมมือ และช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และพ่นสารเคมีกำจัดยุง ( $\bar{X}$  = 2.98, S.D. = 0.12) หญิงตั้งครรภ์ ควรฝากครรภ์ในระยะใกล้คลอดก็เพียงพอแล้ว ( $\bar{X}$  = 2.97, S.D. = 0.18) เด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ควรได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ที่กำหนด ( $\bar{X}$  = 2.97, S.D. = 0.18) และการดูแลก่อนคลอด (ฝากครรภ์) และการดูแลหลังคลอดทำให้ แม่ และ ลูก มี สุขภาพ แข็งแรง ( $\bar{X}$  = 2.97, S.D. = 0.18)

**4. การสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว** พบว่า ภาพรวมของระดับการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.38, S.D. = 0.44) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ด้านการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์อยู่ในระดับมาก ( $\bar{X}$  = 2.58, S.D. = 0.56) ด้านการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร ( $\bar{X}$  = 2.33, S.D. = 0.46) และด้านการนิเทศงานของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.33, S.D. = 0.44)

**5. การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว** พบว่าระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 2.33, S.D. = 0.28) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการเป็นแกนนำด้านสุขภาพของชุมชนประชากรต่างด้าว และด้านการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ถ่ายทอดความรู้ให้คำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าวอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ย 2.75 และ 2.40 ตามลำดับ ส่วนในด้านการร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทย และช่วยเหลือในการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและปัญหาสาธารณสุขตลอดจนภัยสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาวะสุขภาพของท้องถิ่นและประชากรต่างด้าว รวมทั้งการช่วยเหลือในการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพในชุมชนการดูแลสุขภาพอนามัยและสภาพแวดล้อมด้านการร่วมดำเนินการช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของไทยในการให้บริการสาธารณสุขไทยแก่ประชากรต่างด้าว ทั้งบริการเชิงรุก/เชิงรับ และด้านการประสานเชื่อมโยงชุมชนต่างๆ ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย มีระดับการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.09, 2.29 และ 1.91 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร อยู่ในระดับมาก





5 อันดับแรก ได้แก่ ท่านใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่าง และแนะนำให้เพื่อนบ้าน ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือ เว้นระยะห่างเพื่อเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.87, ท่านปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.85, ท่านชักชวนให้เพื่อนบ้านคนในชุมชนปฏิบัติตนในการป้องกันโรคติดต่อ เช่น ใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่าง กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.71, ท่านเป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้แก่คนในชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.57 และท่านช่วยแจ้งข่าวสารด้านสาธารณสุขให้แก่ประชากร ต่างตำบลในชุมชนของท่านทราบ เช่น การเกิดโรคติดต่อ ที่สำคัญ หรือโรคระบาดในชุมชนตลอดจนข่าวสารความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.52

## 6. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

6.1 การทดสอบไคสแควร์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ระดับการศึกษา และประเภทที่ประกอบอาชีพ ส่วน ตัวแปรเพศ และตัวแปรสถานภาพสม ไม่มีความสัมพันธ์ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

ปัจจัย	ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน			χ <sup>2</sup>	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
<b>เพศ</b>				1.36	0.51
ชาย	2 (1.20)	104 (63.00)	59 (35.80)		
หญิง	0 (0.00)	58 (61.10)	37 (38.90)		
<b>สถานภาพสมรส</b>				7.15	0.13
โสด	2 (2.00)	69 (69.00)	29 (29.00)		
คู่	0 (0.00)	87 (58.00)	63 (42.00)		
หม้าย/หย่า/แยก	0 (0.00)	6 (60.00)	4 (40.00)		
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>				22.26	0.01*
ประถมศึกษา	0 (0.00)	61 (72.60)	23 (27.40)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (1.80)	75 (65.80)	37 (32.50)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0 (0.00)	26 (45.60)	31 (54.40)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (100.00)		



**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด ประเภทกิจการ  
ที่ประกอบอาชีพ กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (ต่อ)

ปัจจัย	ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน			x <sup>2</sup>	P-value
	ต่ำ	ปานกลาง	สูง		
<b>ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ</b>				94.29	0.00*
ประมง	0 (0.00)	4 (100.00)	0 (0.00)		
เกษตรและปศุสัตว์	2 (33.30)	1 (16.70)	3 (50.00)		
กิจการต่อเนื่องประมง	0 (0.00)	56 (69.10)	25 (30.90)		
ผู้รับใช้ในบ้าน	0 (0.00)	3 (33.30)	6 (66.70)		
พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม	0 (0.00)	98 (61.20)	96 (36.90)		

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

6.2 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน ทักษะต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน และการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน กับระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว พบว่า ตัวแปร

หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ทักษะต่อการปฏิบัติงาน และการสนับสนุนการปฏิบัติงาน ส่วนตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ตัวแปรเพศ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และตัวแปรการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานรายละเอียดตามตารางที่ 2



**ตารางที่ 2** ความความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว การรับรู้บทบาทหน้าที่ ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงาน กับ การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.15	0.08	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ย	-0.03	0.69	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว	-0.12	0.05	ไม่มีความสัมพันธ์
การรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงาน	-0.11	0.87	ไม่มีความสัมพันธ์
ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงาน	-0.18	0.00*	น้อย
การสนับสนุนการปฏิบัติงาน	0.43	0.00*	ปานกลาง

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีการรับรู้บทบาทในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับมาก ทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี ได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขต่างด้าวในระดับมาก ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ประเภทกิจการที่ประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์เชิงบวก และทักษะคิดต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุข

มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

### อภิปรายผล

1. การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าโดยภาพรวมมีการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า ระดับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ชาตรี จันทรตา (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหาดง จังหวัดเชียงใหม่ ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร





สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตเทศบาลตำบล  
หาดง อำเภอบางคนที จังหวัดเชียงใหม่ ระดับการ  
ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับ  
ปานกลาง เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย (2554) ศึกษา  
ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบล  
คลองตำหรุ อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า  
พฤติกรรมการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
โดยภาพรวมและรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับ  
ปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของชมพู  
นุช สุภาพวานิช และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัย  
ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครราชสีมา  
พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับพอใช้  
อันเนื่องมาจากภาระงานประจำ และจำนวน  
หลังคาเรือนจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ  
มีจำนวนมาก และจากสถานการณ์การระบาดของ  
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอ  
เมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาครมีคำสั่ง  
มาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุมการ  
ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019  
ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวไม่สามารถ  
ปฏิบัติงานได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง

**2. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้  
บทบาทหน้าที่ ทักษะต่อการปฏิบัติงานและ  
การสนับสนุนการปฏิบัติงาน ที่มีความสัมพันธ์  
กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมือง  
สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร** พบว่า ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ ระดับ  
การศึกษาสูงสุด และประเภทกิจการที่ประกอบ  
อาชีพ โดยการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุข  
มูลฐานให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว  
มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง  
กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.42, p = 0.00$ ) และ  
ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการปฏิบัติงาน  
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -0.18, p = 0.00$ )

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่ได้รับการ  
การศึกษา จะเป็นที่ยอมรับของประชากรต่างด้าว  
ในชุมชน มีความสามารถในการอ่าน เขียน  
มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน  
มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ และ  
การประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทย  
ส่งผลให้ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ปนัดดา  
ถาวรตระกูล (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรค  
ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว  
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ระดับ  
การศึกษาสูงสุดมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน  
ป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัคร  
สาธารณสุขต่างด้าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.05 สุชานุช จำปาศรี (2554) ได้ศึกษา  
เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุข เทศบาลเมืองกาญจนบุรี  
จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข  
ที่มีการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกัน



อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ การศึกษาของ สุไวย๊ะ หมายทิง (2556) ศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงาน ตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ท่าเรือ อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล พบว่า ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิชุดา เสพสมุทร (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานป้องกัน และควบคุมโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในจังหวัด สมุทรสาคร พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อ การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และการศึกษาของ ประภาส ขำมาก (2554) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสิงพระ จังหวัดสงขลา พบว่า ระดับการศึกษาไม่มี ความสัมพันธ์กับระดับผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอ สิงพระ จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่พักอาศัย อยู่ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาครส่วนใหญ่ มีประชากรที่ประกอบอาชีพ คือ พนักงาน ในโรงงานอุตสาหกรรม และกิจการต่อเนื่องกับ ประมงทะเล และในช่วงปี พ.ศ.2563-พ.ศ.2565 มี สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาครอย่างมาก โดยมีผู้ติดเชื้อตั้งแต่วันที่ 17 ธันวาคม 2563 ถึง วันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 จำนวนทั้งสิ้น

173,615 ราย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข ต่างด้าวที่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานในโรงงาน อุตสาหกรรม และกิจการต่อเนื่องกับประมงทะเล มีการปฏิบัติหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้ง การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานด้านอื่นๆ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปนัดดา ถาวรระการ (2559) ได้ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันโรค ไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ประชากรที่ประกอบอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว วิชุดา เสพสมุทร (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการ ปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในจังหวัด สมุทรสาคร พบว่า ประเภทกิจการที่ประกอบ อาชีพ ไม่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เนื่องจากงานป้องกันและควบคุมโรคของ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีแนวทางการ ทำงานที่ไม่ชัดเจน และไพบูลย์ งามสกุลพิพัฒน์ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**การสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุข มูลฐาน** มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงาน สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ต่างด้าวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ



ปรีศนี หอมดี (2558) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการปฏิบัติงานทั้งสี่ด้าน ได้แก่ การนิเทศงาน การฝึกอบรมและศึกษาดูงาน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $P < 0.01$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของประภา วุฒิกุล (2547) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่า การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $P = 0.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $P = 0.00$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีเอกสารความรู้คู่มือ วัสดุ อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งการอธิบายชี้แจงในการใช้วัสดุ อุปกรณ์ การได้รับข้อมูลข่าวสารต่างๆที่ทันต่อเหตุการณ์ และการให้กำลังใจในการปฏิบัติงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไทย ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวมีความรู้ ทักษะ เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวอยู่ในระดับปานกลาง

**ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน** มีความสัมพันธ์ด้านลบกับ การปฏิบัติงาน

สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เนื่องจากทัศนคติ เป็นความคิดเห็นของบุคคลมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบและเป็นสิ่งที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ จึงมีผลต่อพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว โดยเป็นแรงจูงใจที่จะทำให้กล้าปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับดี ส่งผลให้ระดับการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานลดลงเนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวที่มีระดับทัศนคติอยู่ในระดับดี อาจมีความรู้สึกนึกคิดว่า ประชากรต่างด้าวมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าวไม่จำเป็นต้องเข้าไปดูแลหรือดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน สอดคล้องกับ การศึกษาของประภาส ขำมาก (2554) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอสทิงพระ จังหวัดสงขลา ระดับทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับระดับผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอสทิงพระ ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานศึกษาของ ประภา วุฒิกุล (2547) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี พบว่า ทัศนคติที่ดีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน กับ การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี มีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ (2540) ได้ศึกษาเรื่อง





ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์  
สาธารณสุขมูลฐาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข  
ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับทัศนคติต่อนโยบาย  
การปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดผลการ  
ดำเนินการในระดับสูงที่ แตกต่างกันด้วย  
โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับ  
ทัศนคติในด้านบวก จะมีผลการดำเนินงานในระดับสูง  
ร้อยละ 94.80 ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ที่มีระดับทัศนคติในระดับ  
ปานกลาง จะมีผลการดำเนินงานในระดับสูง  
ร้อยละ 72.20

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรกำหนดนโยบาย และแนวทาง  
ในการสนับสนุนการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว ในด้านการ  
สนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และการนิเทศงาน  
ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. ควรส่งเสริม สนับสนุนในการร่วม  
ดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานระหว่างเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุขกับอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว
3. ควรปรับทัศนคติในการปฏิบัติงาน  
สาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ต่างด้าว เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว  
เข้าใจว่า การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชากร  
ต่างด้าว ไม่ว่าจะประชากรต่างด้าวจะมีความรู้  
ในการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพถึงปัจจัย  
สู่ความสำเร็จในการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน

ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว เพื่อนำ  
ผลการศึกษาไปใช้ในการพัฒนารูปแบบดำเนินงาน  
สาธารณสุขมูลฐานในประชากรต่างด้าว  
ให้เหมาะสม

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ  
ของประชากรต่างด้าวต่อการปฏิบัติงาน  
สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ต่างด้าว

### เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือครูฝึกอบรม  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว*.  
[https://hss.moph.go.th/show\\_topic.p  
hp?id=5029](https://hss.moph.go.th/show_topic.php?id=5029)
- กรมการจัดหางาน. (2565, 26 ธันวาคม). *สถิติ  
จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาต  
ทำงานคงเหลือที่วราขอาณาจักร  
ประจำเดือน ธันวาคม 2565*.  
[https://www.doe.go.th/  
prd/assets/upload/files/alien\\_th/880  
73cad88967313a04a0d77398a3a99.p  
df](https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/88073cad88967313a04a0d77398a3a99.pdf)
- เกียรติศักดิ์ ศรีวงษ์ชัย. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อ  
ประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน  
เขตตำบลตำรุ อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี  
[วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต  
ไม่ได้ตีพิมพ์]*. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชาติรี จันทร์ตา. (2552). *ปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน เทศบาลตำบลหางดง  
จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระ  
(รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต) สาขาวิชา*



- รัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].  
CMU Intellectual Repository.<http://search.lib.cmu.ac.th/search/?searchtype=&searcharg=b1461995>
- ชมพูบุษ สุภาพวานิช, อิมรอน วาเต๊ะ, และ  
กมลวรรณ วณิชชานนท์ (2563). ปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
จังหวัดนราธิวาส. *วารสารมหาวิทยาลัย  
นราธิวาสราชนครินทร์*, 12(2), 34-50.
- เบญจรัตน์ แซ่ฉั่ว. (2548). *การประชุมระดับโลก  
ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 6 ณ  
กรุงเทพฯ ประเทศไทย 7-11 สิงหาคม  
2548*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปนัดดา ถาวรตระกูล. (2552). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับการปฏิบัติงานป้องกันโรคไข้เลือดออกของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว อำเภอเมือง  
สมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร* [สารนิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช].
- ปรีศนิ หอมดี. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ  
การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน  
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
ในเขตพื้นที่อำเภอปากชม จังหวัดเลย*  
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชา  
บริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย].
- ประภา วุฒิกุล. (2547). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ  
ปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน จังหวัดราชบุรี* [วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง].
- ประภาส ขำมาก. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัคร*  
*สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอ*  
*ท่งพระ จังหวัดสงขลา* [วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ภาควิชาบริหาร  
ธุรกิจ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา].
- ไพบุลย์ งามสกุลพิพัฒน์. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อ  
การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองจิก จังหวัด  
ปัตตานี* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหาร  
ธุรกิจ สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์,  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์]. คลังปัญญา  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.  
<https://kb.psu.ac.th/psukb/handle/2010/7892>
- ราตรี พัฒนรังสรรค์. (2542). *พฤติกรรมมนุษย์กับ  
การพัฒนาตน*. (พิมพ์ครั้งที่ 10). สำนัก  
พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชุดา เสพสมุทร. (2554, 26 สิงหาคม). *ปัจจัยที่มี  
ผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม  
วัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว  
ในจังหวัดสมุทรสาคร* [paper presenta-  
tion], การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับ  
บัณฑิตศึกษา มสธ. ครั้งที่ 1, นนทบุรี,  
ประเทศไทย
- สุชานุช จำปาศรี. (2554). *ปัจจัยที่มีผลต่อการ  
ปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข  
เทศบาลเมืองกาญจนบุรี จังหวัดกาญจนบุรี*  
[การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทบริหาร  
ธุรกิจ ภาควิชาบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัย  
ราชภัฏกาญจนบุรี]. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สุไวย๊ะ ฆมาตทัง. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ  
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
ในเขตองค์การบริหาร ส่วนตำบลท่าเรือ  
อำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล* [การศึกษา



- ค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุวิช เที่ยศิริวัฒนา และ และ สุธาทิพย์ จันทร์กษ. (2557). *หลักการ สถานการณ์ และแนวโน้มงานสาธารณสุขภาคประชาชน ประมวลสาระชุดวิชาสัมมนาประเด็นและแนวโน้มภาวะผู้นำและการบริหารสาธารณสุข*. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์. (2540). *ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน, มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. คลังปัญญาจุฬา. <https://cuir.car.chula.ac.t/handle/123456789/11164>
- สุไวย๊ะ หมดาทิง. (2554). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตองค์การบริหาร ส่วนตำบลท่าเรืออำเภอท่าแพ จังหวัดสตูล* [การศึกษา ค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อุไรวรรณ บุญสาสิทธิ์กษ. (2542). *การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดลพบุรี* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Krejcie, Robert V. and Morgan, Daryle W. (n.d.). *Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement*. Academia.edu. [https://www.academia.edu/8276400/DETERMINING\\_SAMPLE\\_SIZE\\_FOR\\_RESEARCH\\_ACTIVITIES\\_Author\\_Krejcie\\_Robert\\_V\\_Morgan\\_Daryle\\_W\\_in\\_Educational\\_and\\_Psychological\\_Measurement](https://www.academia.edu/8276400/DETERMINING_SAMPLE_SIZE_FOR_RESEARCH_ACTIVITIES_Author_Krejcie_Robert_V_Morgan_Daryle_W_in_Educational_and_Psychological_Measurement)
- Weisbord, & Marvin R. (1976). *Organizational diagnosis: Six places to look for trouble with or without a theory*. <https://dokumen.tips/documents/organizational-diagnosis-six-places-to-look-for-trouble-with-or-without-a.html?page=6>



# The Effect of the nursing intervention program for inguinal hernia surgery patients in Fang hospital, Chiang Mai<sup>1</sup>

Sawitree Sriwichai B.N.S.<sup>2\*</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of complications after inguinal hernia surgery in both the control and experimental group at Fang Hospital. A simple random sampling assignment was used, resulting in a total sample size of 40 participants, with 20 participants in the control group (receiving usual nursing care) and 20 participants in the experimental group (receiving the inguinal hernia surgery care program). The measurements taken before and after the experiment. The research instruments were: 1) Case Record Form, 2) Assessment of Knowledge before and after Form, and 3) The inguinal hernia after surgery care program at Fang Hospital, Chiang Mai. The content validity index (CVI) was 1.00, and Cronbach's alpha reliability test yielded a score of 0.97. The data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, such as the Chi-square test, Fisher's exact test, paired samples t-test, and independent samples t-test, with a significance level set at  $p < 0.05$ .

The results showed that there were significant differences between the control and experimental groups ( $p < 0.05$ ) in terms of the mean scores of the pre-test, post-test, and complications after surgery on days 0-1 and 2 weeks after surgery. However, the results were not significant on day 2 after surgery.

**Keywords:** Hernia, Inguinal hernia, Treatment for a hernia

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Department of Surgical at Fang hospital, Chiang Mai

\* Corresponding author E-mail address: aew\_yim@hotmail.com

# ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่<sup>1</sup>

สาวิตรี ศรีวิชัย พย.บ.<sup>2\*</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติและผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ในโรงพยาบาลผาง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ วัดผลก่อนและหลังการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด 3) โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่น ตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ ได้แก่ 1) Chi-square และ Fisher's exact test 2) Paired samples t-test 3) Independent samples t-test ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วันที่ 0-1 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ส่วนวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

**คำสำคัญ:** โรคไส้เลื่อน ไส้เลื่อนขาหนีบ การผ่าตัดรักษาไส้เลื่อน

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่

\* Corresponding author E-mail address: aew\_yim@hotmail.com





## บทนำ

โรคไส้เลื่อน (Hernia) เป็นภาวะที่เกิดจากอวัยวะภายในหรือลำไส้เคลื่อนตัวออกจากช่องท้องผ่านทางผนังหน้าท้องที่มีรูเปิดผิดปกติ หรือทางผนังช่องท้องที่มีความอ่อนแอ พบเป็นลักษณะก้อนบวมเนื่องจากมีอวัยวะภายในช่องท้องหรือลำไส้ยื่นออกมาและสามารถยุบเข้าช่องท้องได้เองเมื่อเวลานอนราบหรือใช้มือดันบริเวณก้อนเบาๆ มีอาการแสดงชัดเจนเมื่อมีแรงดันในช่องท้องสูง เช่น การไอ จาม เบ่ง ร้องไห้ ยกของหนัก เดิน วิ่ง ฯลฯ (รสสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ, 2559; บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไช่มุกด์, 2553; Zhang et al., 2022) มักเกิดขึ้นหลายบริเวณ เช่น ผนังหน้าท้อง (Abdominal Hernia) สะดือ (Umbilical Hernia) รอยแผลผ่าตัด (Incisional Hernia) และที่พบบ่อยที่สุด ร้อยละ 75.00 ของไส้เลื่อนที่เคลื่อนตัวออกจากช่องท้องทั้งหมด (abdominal wall hernias) คือ ไส้เลื่อนขาหนีบ (inguinal hernia) หรือในบางรายอาจจะลงไปถึงถุงอัณฑะ (Zhang et al., 2022; รัตติยา เรื่องเกียรติกุล, 2558; สุนารี ไบยา, 2561; เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์, 2561; ยุทธพงศ์ บรรจงศิลป์, 2562; Jenkins & O'Dwyer, 2008) โดยมีความชุก ร้อยละ 1.70 สำหรับทุกวัย และ ร้อยละ 4.00 สำหรับผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปี ผู้ชายมีโอกาสเกิดมากกว่าผู้หญิง ร้อยละ 27.00 และ ร้อยละ 3.00 ตามลำดับ (Jenkins & O'Dwyer, 2008) อาการจะแสดงเมื่อเข้าสู่ช่วงวัยหนุ่มสาว หรือวัยกลางคน บางกรณีอาจเกิดจากการไอเรื้อรังจากโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หรือถุงลมโป่งพอง ซึ่งไส้เลื่อนขาหนีบนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายได้ เช่น ไส้เลื่อนไปทับบริเวณเส้นเลือดใหญ่ที่ขา หรือต่อมน้ำเหลือง ที่อันตรายกว่านั้นคือทำให้ความดัน

ในช่องท้องสูงจนเป็นอันตรายต่ออวัยวะอื่นๆ (สุนารี ไบยา, 2561)

การรักษาโรคไส้เลื่อน มีทั้งหมด 2 วิธี คือ รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัด ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว สภาวะร่างกายที่ไม่เหมาะสมต่อการผ่าตัด หรือสามารถดันไส้เลื่อนกลับคืนได้ในเบื้องต้นแพทย์จะให้ยาหรือฉีดยาลดปวดและจัดทำเพื่อดันไส้เลื่อนให้กลับเข้าไป และได้รับคำแนะนำวิธีปฏิบัติตัวเพื่อลดการเป็นหรือลดการเกิดอาการของโรค วิธีที่สองคือการรักษาโดยการผ่าตัด โดยทั่วไปศัลยแพทย์จะนิยมใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบทุกราย (Zhang et al., 2022) เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคไส้เลื่อน ได้แก่ การผ่าตัดเย็บซ่อมแซมหรือจุดอ่อนของผนังหน้าท้องส่วนที่มีไส้เลื่อน (Herniorrhaphy) และการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู หรือเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้องส่วนนั้นๆ (Hernioplasty) ซึ่งสามารถผ่าตัดแบบเปิดหรือการส่องกล้อง (Laparoscopic hernioplasty) (รสสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ, 2559) ทั่วโลกมีการผ่าตัด เฉลี่ย 4,469 การผ่าตัดต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564) ในปี 2544-2545 สถิติการผ่าตัดซ่อมแซมไส้เลื่อนขาหนีบที่สหรัฐอเมริกา มีประมาณ 70,000 ครั้ง (primary 62,969 ราย และ recurrent 4,939 ราย) (Jenkins & O'Dwyer, 2008) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่พบ คือ มีการกลับเป็นซ้ำของไส้เลื่อน (hernia recurrence) อาการปวดเรื้อรัง ภาวะการมีบุตรยากหลังผ่าตัด การติดเชื้อและมีเลือดออกที่แผลผ่าตัด เส้นประสาทผิวหนังถูกทำลาย ภาวะปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด และอื่นๆ (Jenkins & O'Dwyer,





2008; อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564; เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2563; Burcharth, 2014) ในปี 2558 สหรัฐอเมริกาพบว่ามี การติดเชื้อมาตรฐานผ่าตัดเฉื่อย 160,000-300,000 ครั้งต่อปี (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564) ในประเทศไทยพบอาการแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้กลับเป็นซ้ำ ระหว่างปี 2557-2559 เฉื่อยร้อยละ 4.03 (สุนารี ไบยา, 2561) ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่วนมากมักมีความวิตกกังวล ต้องการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ที่ถูกต้องและชัดเจน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในด้านกายและจิตใจสำหรับการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลฝาง มีผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนเข้ารับการรักษาสถิตยั้งตั้งแต่ปี 2562 ถึง 2564 พบผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษารโรคไส้เลื่อนทั้งหมด 411 ราย (149 ราย 126 ราย และ 136 ราย ตามลำดับ) ส่วนใหญ่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ ร้อยละ 90.60 90.48 และ 87.5 ตามลำดับ ซึ่ง 3 ปี ย้อนหลังนี้ พบผู้ป่วยที่เป็นไส้เลื่อนขาหนีบ จำนวน 368 คน เข้ารับการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน (elective case) ร้อยละ 83.15 ผ่าตัดฉุกเฉิน (Emergency) ร้อยละ 16.85 และมีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ 63 คน ร้อยละ 15.33 ได้แก่ ปัสสาวะไม่ออกหลังผ่าตัด (urinary retention) ร้อยละ 34.92 ผลบวมแดง ร้อยละ 25.40 เลือดออกในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง (hematoma) ร้อยละ 14.29 การกลับเป็นซ้ำของไส้เลื่อน (recurrent hernia) ร้อยละ 9.52 จำเือง

ใต้ผิวหนัง (ecchymosis) ร้อยละ 6.95 อาการปวดรุนแรง (severe pain) ร้อยละ 3.17 ท้องอืด ร้อยละ 3.17 สารน้ำ/น้ำเหลืองรั่วออกจากเส้นเลือด (seroma) ร้อยละ 1.59 และ การติดเชื้อมาตรฐานผ่าตัด (SSI) ร้อยละ 1.59 ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คือ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ที่ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง (รสสุคนธ์ เรืองโพธิ์ และคณะ, 2559; รัตติยา เรืองเกียรติกุล, 2558; สุนารี ไบยา, 2561) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบปกติโรงพยาบาลฝางมีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบที่มีลักษณะการสื่อสารโดยการบอกเล่าถึงขั้นตอนการเตรียมตัวเพื่อผ่าตัด การให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจะให้เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงจะเกิดปัญหาหรือเกิดปัญหาขึ้นแล้ว การให้คำแนะนำของพยาบาลแต่ละคนไม่ครอบคลุมขึ้นอยู่กับความรู้และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน และขาดการเข้าไปกระตุ้นการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดของผู้ป่วย การสอนโดยการบอกเล่าไม่มีสื่ออื่นใดประกอบการสอน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำรายละเอียดได้และทำให้ไม่น่าสนใจ

ผู้วิจัยตระหนักเห็นถึงความสำคัญในการให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด ทางผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาขึ้นเพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบปกติและผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ในโรงพยาบาลฝาง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) (Andrews & Roy, 1986) แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุน

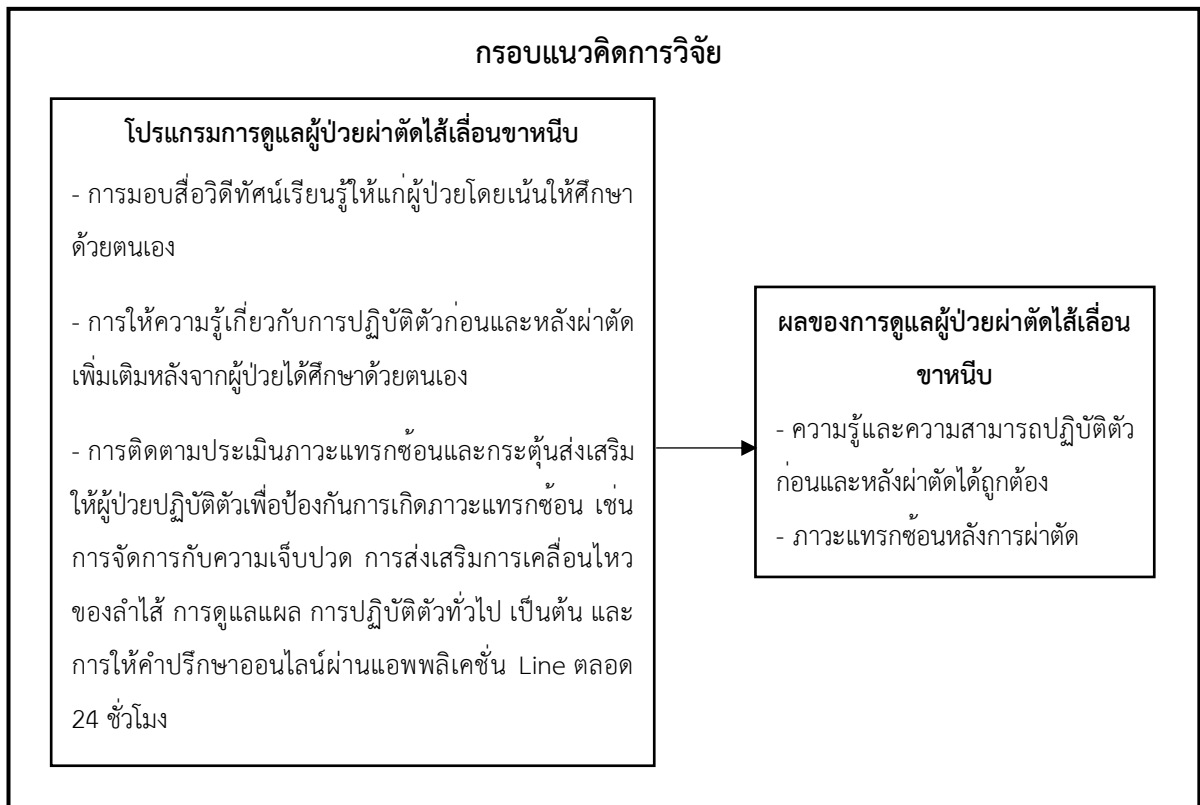


ทางด้านสังคม (Social Support) (House et al., 1988) และ ทฤษฎี ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative supportive nursing system) (Orem, 2001) ซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพยาบาลจึงต้องส่งเสริมการปรับตัวโดยให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้ได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้การฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

ต่างๆดังที่กล่าวมา นอกจากนี้ผู้วิจัยนำผลลัพธ์ที่ได้ไปวิเคราะห์เป็นข้อมูลสนับสนุนเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและเผยแพร่เป็นแนวทางให้แก่ผู้ที่สนใจศึกษาการรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่





## สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากทดลองผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดมากกว่าก่อนการทดลอง

2. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง มีความรู้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง มีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบวัดก่อน-หลัง (Two Groups Pretest-Posttest Design) โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมด้วย ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการการวิจัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ามารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลฝางและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบ ที่ต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ

แบบไม่ฉุกเฉินที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 31 มกราคม 2566

**เกณฑ์การคัดเลือกการศึกษา (Inclusion criteria)** ได้แก่ 1) มีความรู้สึกตัวดี 2) ผู้ป่วยที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา 3) มีโทรศัพท์มือถือหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ 4) ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ 5) อายุ 18 ปีขึ้นไป

**เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)** ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการรับความรู้สึกทั่วร่างกาย 2) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดต่อ/ติดตามข้อมูลได้ 3) ผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์อื่นร่วมด้วย เช่น การตัดอวัยวะอื่นๆ ผ่านแผลผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ การตัดต่อลำไส้ร่วมด้วย เป็นต้น 4) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เป็นโรคหอบหืด หรือโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งหากผู้ป่วยขาดการเข้าร่วมกิจกรรม หรือไม่สามารถเก็บข้อมูลครบตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ จะถือเป็นการหยุดการวิจัย

คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power แบบ Compromise โดยกำหนดค่าอำนาจอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.50 ขนาดกลาง ตามหลักการของโคเฮน (Cohen, J., 1977; พิศมัย ורתัย และ ศรีสมร ภูมณสกุล, 2556) สัดส่วน  $\beta/\alpha$  ratio เท่ากับ 1 และคำนวณค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test:  $1-\beta$ ) เท่ากับ 0.70 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ แต่ถ้าหากจะให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าอำนาจการทดสอบที่เหมาะสมควรอยู่ในระดับที่ 0.80 ขึ้นไป แต่เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในระยะเวลาการเก็บข้อมูลและข้อจำกัด/ความเฉพาะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน





ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการแบ่งกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มหมายเลข ทั้งหมดก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อลดอคติ ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยหมายเลข 20 ลำดับแรกจัดให้เป็นกลุ่มทดลอง และ 20 ลำดับ ที่เหลือเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อเสนอแนะของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1991, อ้างถึงใน กัญจวรรณ ชุ่มเชื้อ, 2558) ในการใช้กลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการ วิจัยแบบกึ่งทดลองอย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีไม่ต่ำกว่า 15 ราย หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม

#### เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เช่น สัญชาติ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส เป็นต้น

2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคใส่ เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลัง การผ่าตัด มีคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะเป็นแบบ ถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผล พิจารณาตามเกณฑ์แบ่งระดับ ความรู้เป็น 3 ระดับ (Bloom, 1975) ได้แก่ 1) 16.00-20.00 คะแนน หมายถึงมีความรู้ ระดับสูง 2) 12.00-15.99 คะแนน หมายถึงมีความรู้ ระดับปานกลาง และ 3) 0.00-11.99 คะแนน หมายถึงมีความรู้ระดับน้อย/ปรับปรุง

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อน ขาหนีบในโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือมาจากการวิจัยของ สราวุฒิ สีถาน (2560) และทิพวัลย์ รัตนพันธ์ (2562) โดยมีรายละเอียดของโปรแกรม ดังตาราง ที่ 1

กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมด้วยได้รับโปรแกรมการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบ	กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ
<p><b>ครั้งที่ 1 :</b> ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ฝาง ทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ในวันนัดเข้ารับ การผ่าตัดรักษา และแจ้งคะแนนให้ผู้ป่วยทราบทันที ดั่งแนวความคิดการปรับตัวของรอยเพื่อกระตุ้นสร้างการรับรู้ ให้ผู้ป่วยและให้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนขา หนีบในโรงพยาบาลฝางแก่กลุ่มทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎี การพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นระบบการ พยาบาลที่จะเน้นให้คำแนะนำและความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อน-หลังการผ่าตัด โดยเน้น การศึกษาด้วยตนเอง ซึ่งมีคู่มือและสื่อวีดิทัศน์ในรูปแบบ QR code และให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเพิ่มเพื่อนในไลน์</p>	<p><b>ครั้งที่ 1 :</b> ณ คลินิกศัลยกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง ทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 1 ในวันนัดเข้ารับการรักษา โดยไม่มี การให้คำแนะนำและเอกสารให้เกี่ยวกับการปฏิบัติ ตัวก่อนผ่าตัดใส่เลื่อนขาหนีบและเรื่องโรคใส่เลื่อน ขาหนีบ</p>



**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ (ต่อ)

<p><b>ครั้งที่ 2 :</b> วันที่มา Admit ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลฝาง ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้ซ้ำในหัวข้อที่ผู้ป่วยประเมินความรู้ไม่ผ่าน และกำหนดสิ่งที่ต้องทำร่วมกัน ได้แก่การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่ถูกเลื่อนการผ่าตัด และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>	<p><b>ครั้งที่ 2 :</b> วันที่มา Admit ณ หอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลฝาง พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ได้แก่ การงดน้ำ งดอาหาร การถอดสิ่งของเครื่องประดับ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การโกนขน ในส่วนการให้ความรู้ เรื่องโรคที่ผู้ป่วยจะได้รับขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของพยาบาลแต่ละคน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในเรื่องของการสนับสนุนด้านข้อมูล (House et al., 1988) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ</p>
<p><b>ครั้งที่ 3 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 0 หลังผ่าตัด และให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ตั้งแนวคิดการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 3 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 0 หลังผ่าตัด พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเบื้องต้น แต่จะไม่ได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มควบคุมจะได้รับการกระตุ้นเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะแทรกซ้อน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดแรงสนับสนุนทางด้านสังคมในเรื่องของการสนับสนุนด้านข้อมูล (House et al., 1988) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำซึ่งมักเกิดขึ้นในสถานการณ์เฉพาะ</p>
<p><b>ครั้งที่ 4 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 1 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ตั้งแนวคิดการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 4 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 1 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายจะได้รับการดูแลตามปกติเหมือนครั้งที่ 3</p>



**ตารางที่ 1** แสดงรายละเอียดของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ (ต่อ)

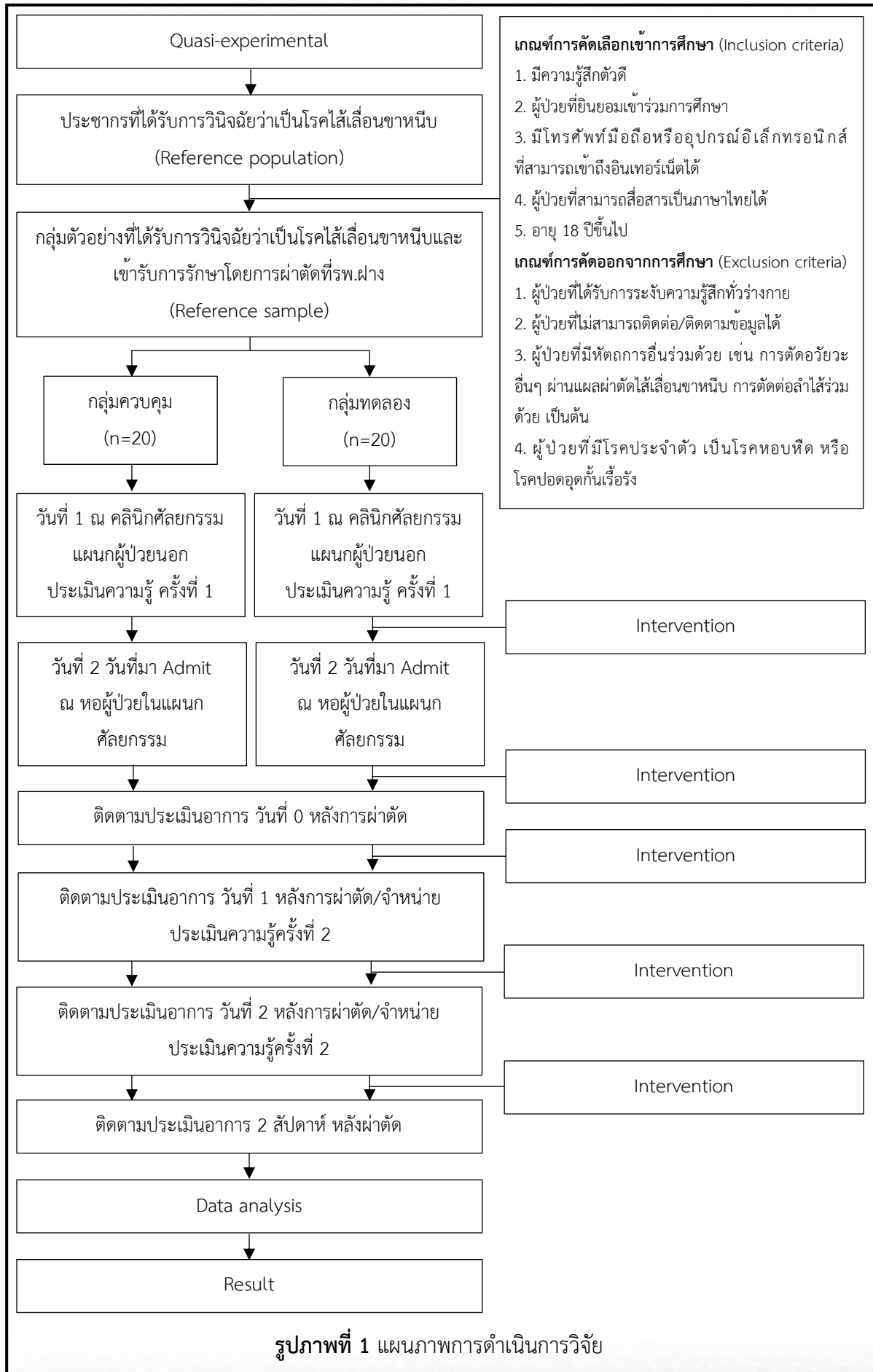
<p><b>ครั้งที่ 5 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 2 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายให้โปรแกรมแก่กลุ่มทดลองโดยให้ความรู้พร้อมกระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามโปรแกรมที่กำหนดไว้ ดังแนวทางการปรับตัวของรอย (Andrews &amp; Roy, 1986) และทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 2001)</p>	<p><b>ครั้งที่ 5 :</b> ติดตามประเมินอาการวันที่ 2 หลังผ่าตัด/จำหน่ายกลับบ้าน กรณีจำหน่ายกลับบ้านจะมีการทำแบบทดสอบประเมินความรู้ ครั้งที่ 2 ในวันที่จำหน่าย และถ้าหากยังไม่จำหน่ายจะได้รับการดูแลตามปกติเหมือนครั้งที่ 3</p>
<p><b>ครั้งที่ 6 :</b> ติดตามประเมินอาการ 2 สัปดาห์</p>	<p><b>ครั้งที่ 6 :</b> ติดตามประเมินอาการ 2 สัปดาห์</p>

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ตลอดจนลำดับความสำคัญของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล 2 ท่าน ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และทดสอบความเที่ยงของแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด โดยการคำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเตอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson 20 : KR-20) เพื่อวัดความสอดคล้องภายใน ได้ค่าความเที่ยง มีค่าเท่ากับ 0.88 ค่าความยากง่ายรายข้อคำถาม อยู่ระหว่าง 0.20-0.80

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะ และสถิติเชิงอนุมานใช้ในการทดสอบความแตกต่างของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ Chi-square ใช้เมื่อค่า expect value < 5 ไม่เกิน 20% ของจำนวนเซลล์ทั้งหมด หรือ Fisher's exact test จะใช้ในกรณีที่ละเมียดตาราง 2x2 เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Paired samples t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05







### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล ซึ่งผู้ให้ข้อมูล มีอิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อผู้ให้ข้อมูลลงชื่อ ยินยอมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการ เก็บข้อมูล ซึ่งระหว่างให้ข้อมูลสามารถปฏิเสธ การให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลผาง เลขที่ COA No.11/2565

### ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม ตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่ม ละ 20 ราย ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 45.00 และ 40.00 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.50 และ 57.10 มีสถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 80.00 ทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 และ 35.00 และมีรายได้เฉลี่ย น้อยกว่า 100,000 บาท ต่อปี ร้อยละ 52.60 และ 55.00 ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง ส่วนใหญ่ต่ำกว่าหรือ เท่ากับประถมศึกษา ร้อยละ 65.00 และ 75.00 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.00 และ 65.00 กลุ่มควบคุมส่วนมากดื่มแอลกอฮอล์เดือนละครั้ง ร้อยละ 55.00 และกลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยดื่ม แอลกอฮอล์ ร้อยละ 50.00 กลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลองส่วนมากไม่เคยสูบบุหรี่และเคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 35.00 และ 50.00 ส่วนใหญ่

ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดช่องท้อง ร้อยละ 95.00 ทั้งสองกลุ่ม

เมื่อทดสอบความแตกต่างของกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้สถิติ chi-square พบว่าการเป็น โรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม ควบคุมและทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ข้อมูลการ เจ็บป่วยก่อนผ่าตัด ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลอง ส่วนใหญ่พบก้อนนูน ร้อยละ 95.00 และ 100.00 มีอาการปวดหน่วงๆ/เจ็บบริเวณก้อนนูน ร้อยละ 100.00 และ 80.00 ในกลุ่มควบคุมและ กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาเฉลี่ย ที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 40-130 วัน ร้อยละ 50.00 และ 55.00 ลักษณะ ของไส้เลื่อนขาหนีบที่พบส่วนใหญ่เป็นไส้เลื่อน ที่เคลื่อนออกมาตามรูเปิดบริเวณขาหนีบ (Indirect inguinal hernia) ร้อยละ 100.00 และ ร้อยละ 95.00 เป็นข้างขวาร้อยละ 55.00 และ 70.00 ทั้งกลุ่มควบคุมและทดลองส่วนใหญ่ผ่าตัด แบบ Herniorrhaphy ร้อยละ 90.00 และร้อยละ 75.00 และได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก เฉพาะส่วน (RA) ร้อยละ 100.00 ทั้งสองกลุ่ม ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มอยู่ที่ 20-50 นาที ร้อยละ 75.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยะเวลาอนเฉลี่ย 2 และ 3 วัน ร้อยละ 50.00 และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระยะเวลาอนเฉลี่ย 2 วัน ร้อยละ 70.00 เมื่อทดสอบความแตกต่าง ของข้อมูลการเจ็บป่วยก่อนผ่าตัดระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>สัญชาติ</b>					1.94 <sup>(a)</sup>	0.59
ไทย	15	75.00	18	90.00		
ชาวไทยภูเขา	2	10.00	1	5.00		
พม่า	2	10.00	1	5.00		
ไทยใหญ่	1	5.00	0	0.00		
<b>อายุ</b>					1.14 <sup>(b)</sup>	0.84
น้อยกว่า 30 ปี	3	15.00	2	10.00		
30 – 40 ปี	2	10.00	2	10.00		
41 – 50 ปี	2	10.00	1	5.00		
51 – 60 ปี	4	20.00	7	35.00		
60 ปี ขึ้นไป	9	45.00	8	40.00		
น้อยกว่า 30 ปี	3	15.00	2	10.00		
<b>ดัชนีมวลกาย</b>					2.93 <sup>(a)</sup>	0.40
ผอม (น้อยกว่า 18.5 kg/m <sup>2</sup> )	3	17.60	3	21.40		
ปกติ (18.51-22.99 kg/m <sup>2</sup> )	13	76.50	8	57.10		
น้ำหนักเกิน (23.00-24.99 kg/m <sup>2</sup> )	1	5.90	1	7.10		
อ้วนระดับ1 (25.00-29.99 kg/m <sup>2</sup> )	0	0.00	2	14.30		
<b>สถานภาพ</b>					0.53 <sup>(a)</sup>	0.77
โสด	1	5.00	2	10.00		
สมรส/คู่	16	80.00	16	80.00		
หม้าย/หย่า/แยก	3	15.00	2	10.00		
<b>อาชีพ</b>					5.27 <sup>(a)</sup>	0.38
เกษตรกรกรรม	6	30.00	6	30.00		
รับจ้างทั่วไป	8	40.00	7	35.00		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	10.00	3	15.00		
นักเรียน/นักศึกษา	1	5.00	0	0.00		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	0	0.00	3	15.00		
ว่างงาน	3	15.00	1	5.00		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05





**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>รายได้เฉลี่ยต่อปี</b>					3.84 <sup>(a)</sup>	0.43
น้อยกว่า 100,000 บาท	10	52.60	11	55.00		
100,001 – 200,000 บาท	7	36.80	4	20.00		
200,001 – 300,000 บาท	2	10.50	2	10.00		
300,001 – 400,000 บาท	0	0.00	2	10.00		
มากกว่า 400,000 บาท	0	0.00	1	5.00		
<b>ระดับการศึกษา</b>					2.48 <sup>(a)</sup>	0.65
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	14	65.00	15	75.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.00	4	20.00		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	0	0.00	1	5.00		
อนุปริญญา/ ปวส.	1	5.00	0	0.00		
<b>โรคประจำตัว</b>					6.47 <sup>(b)</sup>	0.03*
มี	5	25.00	7	35.00		
ไม่มี	15	75.00	13	65.00		
<b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>					3.47 <sup>(a)</sup>	0.48
ไม่เคย	6	30.00	10	50.00		
เดือนละครึ่ง	11	55.00	6	30.00		
2-4 ครั้งต่อเดือน	2	10.00	2	10.00		
2-3 ครั้งต่อสัปดาห์	0	0.00	1	5.00		
4 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	1	5.00	1	5.00		
<b>ประวัติการสูบบุหรี่</b>					7.06 <sup>(a)</sup>	0.13
ไม่เคย	7	35.00	10	50.00		
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	7	35.00	10	50.00		
สูบนานๆครั้ง	3	15.00	0	0.00		
สูบเป็นครั้งคราว	1	5.00	0	0.00		
สูบเป็นประจำ	2	10.00	0	0.00		
<b>ประวัติการผ่าตัดช่องท้อง</b>					0.00 <sup>(b)</sup>	1.00
เคย	1	5.00	1	5.00		
ไม่เคย	19	95.00	19	95.00		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ลักษณะก้อนนูน</b>					1.03 <sup>(b)</sup>	0.31
พบ	20	100.0	19	95.0		
ไม่พบ	0	0.0	1	5.0		
<b>อาการและอาการแสดงแรกเริ่ม</b>					4.44 <sup>(b)</sup>	0.11
ปวดหน่วงๆ/เจ็บบริเวณก้อนนูน	17	85.0	20	100.0		
ท้องผูก มีเลือดปนอุจจาระ	3	15.0	0	0.0		
<b>ระยะเวลาเฉลี่ยที่มีอาการก่อนมาโรงพยาบาล</b>					2.07 <sup>(a)</sup>	0.72
น้อยกว่า 40 วัน	4	20.0	7	35.0		
40 – 130 วัน	11	55.0	10	50.0		
131 – 220 วัน	1	5.0	1	5.0		
221 – 330 วัน	1	5.0	0	0.0		
มากกว่า 330 วัน	3	15.0	2	10.0		
$\bar{X}$ = 117.45, Median = 60.00, SD = 142.13, Min = 3, Max = 730						
<b>ชนิดของไส้เลื่อนขาหนีบ</b>					1.03 <sup>(b)</sup>	0.31
Direct	0	0.0	1	5.0		
Indirect	20	100.0	19	95.0		
<b>ข้างที่เป็น</b>					2.50 <sup>(a)</sup>	0.29
ข้างขวา	11	55.0	14	70.0		
ข้างซ้าย	9	45.0	5	25.0		
ทั้งสองข้าง	0	0.0	1	5.0		
<b>การผ่าตัด</b>					0.00 <sup>(b)</sup>	1.00
Hernioplasty	18	90.0	15	75.0		
Laparoscopic	2	10.0	5	25.0		
<b>ระยะเวลาในการผ่าตัดเฉลี่ย</b>					2.00 <sup>(a)</sup>	0.74
น้อยกว่า 20 นาที	1	5.0	1	5.0		
20 – 50 นาที	15	75.0	15	75.0		
51 – 80 นาที	3	15.0	3	15.0		
81 – 110 นาที	0	0.0	1	5.0		
มากกว่า 110 นาที	1	5.0	0	0.0		
$\bar{X}$ = 43.50, Median = 35.00, SD = 21.991, Min = 20, Max = 140						

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05



**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=40) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>ระยะเวลาอนเฉลี่ย</b>					3.33 <sup>(a)</sup>	0.19
2 วัน	14	70.0	10	50.0		
3 วัน	5	25.0	10	50.0		
4 วัน	1	5.0	0	0.0		

a = Chi-square test, b = Fisher exact probability test, c = Independent Samples t-test, \*=P-value < 0.05

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ที่ 5.25 คะแนน และหลังสิ้นสุดโปรแกรมอยู่ที่ 10.55 คะแนน ส่วนในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมอยู่ที่ 7.95 คะแนน และหลัง

สิ้นสุดโปรแกรมเฉลี่ยอยู่ที่ 18.35 คะแนน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุม	5.25	3.92	10.55	4.02	-7.38	0.00*
คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง	7.95	3.79	18.35	1.73	-11.93	0.00*

\*P-value < 0.05

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent samples t-test พบว่า ก่อนได้รับ

โปรแกรมทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน และหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 4





ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		t-test	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ก่อนได้รับโปรแกรม (Before intervention)	5.25	3.92	7.95	3.79	-2.22	0.90
หลังสิ้นสุดโปรแกรม (After the intervention)	10.55	4.02	18.35	1.73	-7.98	0.00*

\*P-value < 0.05

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าวันที่ 0 หลังการผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 8 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence และ Acute urinary retention คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 15.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองพบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 1 คน คือ Acute urinary retention ร้อยละ 100.00 ในวันที่ 1 หลังการผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 8 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence, Acute urinary retention และ Hematoma คิดเป็นร้อยละ 25.00 10.00 และ 5.00 ตามลำดับ ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ในกลุ่มควบคุมพบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 5 คน คือ Severe nausea vomiting/ flatulence ร้อยละ 100.00 และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในกลุ่มควบคุม

พบภาวะแทรกซ้อน ทั้งหมด 6 คน คือ Hematoma, Seroma, Severe pain และ Bleeding ร้อยละ 10.00 10.00 5.00 และ 5.00 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลองไม่พบภาวะแทรกซ้อนตั้งแต่วันที่ 1 หลังการผ่าตัด จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามอาการ 2 สัปดาห์ หลังผ่าตัด เมื่อเปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's exact test พบว่าภาวะแทรกซ้อน วันที่ 0-1 หลังการผ่าตัด และ 2 สัปดาห์หลังผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนวันที่ 2 หลังการผ่าตัด ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและทดลอง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ภาวะแทรกซ้อนหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5



**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดรักษาไส้เลื่อนขาหนีบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Chi-square	P-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
<b>วันที่ 0 หลังการผ่าตัด</b>					7.03	0.02*
มี	8	40.00	1	5.00		
ไม่มี	12	60.00	19	95.00		
<b>วันที่ 1 หลังการผ่าตัด</b>					10.00	0.00*
มี	8	40.00	0	0.00		
ไม่มี	12	60.00	20	100.00		
<b>วันที่ 2 หลังการผ่าตัด</b>					5.71	0.05*
มี	5	25.00	0	0.00		
ไม่มี	15	75.00	20	100.00		
<b>2 สัปดาห์หลังผ่าตัด</b>					7.06	0.02*
มี	6	30.00	0	0.00		
ไม่มี	14	70.00	20	100.00		

\*P-value < 0.05

### สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบในโรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นโปรแกรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความสามารถในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น สามารถช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่สามารถศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง เข้าถึงข้อมูลได้ง่าย สื่อวิทัศน์การสอนมีความน่าสนใจ สามารถทบทวนได้ตลอดเวลา และมีช่องทางให้คำปรึกษาหรือแนะนำผู้ป่วย ผ่าน Line application ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

### อภิปรายผล

ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมที่ส่งเสริมการปรับตัวโดยให้การสนับสนุนจากพยาบาล คอยช่วยเหลือให้ได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติตัว การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ และคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง และลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ดังแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (The Roy Adaptation Model) (Andrews & Roy, 1986) แนวคิดเกี่ยวกับแรง



สนับสนุนทางด้านสังคม (Social Support) (House et al., 1988) และ ทฤษฎี ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม (Educative supportive nursing system) (Orem, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรวุฒิ สีถาน (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการปรับตัวของรอยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 ราย พบว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดสูงกว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (สรรวุฒิ สีถาน, 2560) เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Zhang et al. (2022) ได้ศึกษาผู้ป่วยทั้งหมด 86 ราย ถูกแบ่งออกเป็นสองกลุ่มในการศึกษานี้ โดยผู้ป่วย 43 ราย ใช้แนวทางการพยาบาลตามปกติเป็นกลุ่มควบคุม และผู้ป่วยอีก 43 ราย เป็นกลุ่มทดลอง โดยมีการเพิ่มการวิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์และเพิ่มโปรแกรมการพยาบาล (intervention) บนพื้นฐานของแนวทางการพยาบาลตามปกติ เปรียบเทียบความเจ็บปวดหลังผ่าตัด ความมีวินัยในตนเอง ภาวะแทรกซ้อน และความพึงพอใจของผู้ป่วย และความพึงพอใจของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่อาการบวมและการเก็บปัสสาวะในซีรัมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) (Zhang et al., 2022) และสอดคล้องกับการวิจัยของ เยาวเรศ ก้านมะลิ (2563) ศึกษาผลการสอนแบบทีมพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบ

วันเดียว ในผู้ป่วย 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนกลุ่มละ 36 คน โดยใช้เครื่องมือสอนผู้ป่วย ได้แก่ แผนการสอนแบบทีมพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด เทปวิดีโอทัศน์ แผ่นพับ และ Line application พบว่ากลุ่มทดลองมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $P < 0.05$ ) (เยาวเรศ ก้านมะลิ, 2563)

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่าทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นทั้งสองกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ซึ่งสัดส่วนการเพิ่มสูงขึ้นของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.50 และกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้น ร้อยละ 52.00 เนื่องจากการศึกษานี้ มีการให้ความรู้และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด ทั้งรูปแบบการสนับสนุนกระตุ้นจากพยาบาลตามโปรแกรมทั้งหมด 6 ครั้ง และการศึกษาข้อมูลด้วยตนเองผ่าน QR code ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ได้แก่ สื่อวิดีโอทัศน์ แผ่นพับ เนื้อหาคู่มือการดูแลตัวเองและการเพิ่มช่องทางในการปรึกษาหากผู้ป่วยมีความกังวลหรือข้อสงสัยในการปฏิบัติตัว โดยแอปพลิเคชัน Line จึงทำให้คะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Jungpanich and Srisailaun (2015) และ Polkeaw and Rodpal (2015) ที่กล่าวว่า สื่อวิดีโอทัศน์เป็นสื่อที่เหมาะสมสำหรับการเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เนื่องจากสื่อวิดีโอทัศน์





มีรูปแบบการเรียนการสอนที่น่าสนใจ สามารถเลือกดูภาพซ้ำ หรือหยุดเฉพาะภาพ เป็นภาพเคลื่อนไหว ได้ยินเสียง สามารถจดจำได้มากกว่าการสอนแบบไม่มีสื่อวีดิทัศน์ รวมทั้งสามารถทบทวนความรู้ได้อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดการจดจำและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังดูสื่อวีดิทัศน์ (รสสุคนธ์ เรืองโพน และคณะ, 2559) จากการศึกษาของอมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ (2021) พบว่าสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อนมีประสิทธิภาพเท่ากับ 1.27 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของเมกยูแกนส์ที่กำหนดค่าไว้ให้มากกว่า 1.00 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ภายหลังเรียนมากกว่าก่อนเรียนด้วยสื่อวีดิทัศน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) (อมรรัตน์ ชัยบุตร และคณะ, 2021) และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร แนวบุตร และสายศิริ มีระเสน (2559) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียเพิ่มขึ้นเนื่องจากผลการเข้าอบรมเป็นเวลา 2 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง ประกอบกับการเรียนรู้โดยใช้สื่อภาพการ์ตูนแอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูน ทำให้เข้าใจได้ง่ายรู้สึกว่ามันง่าย ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและคะแนนดีขึ้นก่อนอบรม การศึกษาของ ภูซังค์ อินทร์ชัย และคณะ (2561) อภิปรายว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่สำคัญในการแสดงพฤติกรรมตามทัศนคติของแต่ละบุคคล ซึ่งการได้รับความรู้ทางด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่แตกต่าง (ภูซังค์ อินทร์ชัย และคณะ, 2561)

### ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เลื่อน นอกจากนี้สามารถนำผลลัพธ์ที่ได้มาใช้ในการเตรียมความพร้อมวางแผนในการผ่าตัดใส่เลื่อนแบบวันเดียวกลับ (one day surgery) ตามนโยบายของทางสาธารณสุข

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มระยะเวลาในการเก็บข้อมูลศึกษาเพื่อให้มีจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มากขึ้น และควรนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล
2. ควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดอื่นๆ เช่น ผ่าตัดช่องท้อง เพื่อวัดประสิทธิภาพประสิทธิผลของรูปแบบของโปรแกรม
3. การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ สื่อแผ่นพับ สื่อคู่มือการปฏิบัติตัว ควรประเมินผลความพึงพอใจ มีการพัฒนาสื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละกลุ่มวัย และควรเพิ่มความหลากหลายของภาษา รวมถึงช่องทางสำหรับผู้ป่วย/ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านหนังสือหรือใช้อินเทอร์เน็ต
4. ควรกำหนดระดับความรู้ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้มีระดับเท่ากันตั้งแต่ออกเริ่มโปรแกรม เพื่อลดอคติ (Bias) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของการศึกษา



## เอกสารอ้างอิง

- กัณทวารรณ ชุ่มเชื้อ. (2559). ผลของโปรแกรมการสร้างความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 22(1), 59-71.
- ทิพวัลย์ รัตนพันธ์. (2562). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดช่องท้อง [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-ศาสตรมหาบัณฑิต]. วิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- บันลือ ช่อดอก และ อารยะ ไช่มุกด์. (2553). ผลการศึกษาเปรียบเทียบการผ่าตัดไส้เลื่อนชนิดไม่ฉีกฉีกโดยใช้วิธีขั้วรับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าทางไขสันหลังกับการฉีดยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่. สงขลานครินทร์เวชสาร, 28(5), 247-55.
- พิศมัย อรทัย และ ศรีสมร ภูมณสกุล. (2556). การวิเคราะห์อำนาจการทดสอบและการประมาณค่าขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power (พิมพ์ครั้งที่ 1). พิมพ์ที่ 39.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2543). วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 8). สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภูซงค์ อินทร์ชัย, อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, สมชาย ดุรงค์เดช, ปุณยนุช สนธิโพธิ์, จุฑารัตน์ บรรดิจ, และ ชนาภัทร เอี่ยมสะอาด. (2561). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วารสารกรมการแพทย์, 43(4), 100-104.
- ยุทธพงศ์ บรรจงศิลป์. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบ โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม, 6(3), 5-13.
- เยาวเรศ ก้านมะลิ. (2563). ผลการสอนแบบทีมการพยาบาลต่อภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ความวิตกกังวล และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนแบบวันเดียว โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 13(1), 201-9.
- รัตติยา เรื่องเกียรติกุล. (ม.ป.ป). โรคไส้เลื่อน (Hernia). [70](https://bangkokhatyai.com/รศสุคนธ์ เรื่องโพน และคณะ. (2559). ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernia). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.</a></p><p>สรารุณี สีถาน. (2560). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดต่อการฟื้นตัวในผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้อง. วารสารมฉก.วิชาการ 2560, 20(40), 101-13.</p><p>สรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. (2534). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษารวมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้นำชุมชนในการป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง. มหาวิทยาลัยมหิดล.</p><p>สุนารี ไบยา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยไส้เลื่อน. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลราชพิพัฒน์.</p></div><div data-bbox=)



- สุภาพร แนวบุตร และ สายศิริ มีระเสน. (2559). ผลของการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 8(1), 25-36.
- อมรรัตน์ ชัยบุตร, นงเยาว์ เกษตรภิบาล และนงศ์คราญ วิเศษกุล. (2564). การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อน. พยาบาลสาร, 48(3), 202-13.
- เอกชัย ผดุงภักดีวงศ์. (2561). ผลลัพธ์ขั้นต้นของการผ่าตัดไส้เลื่อนขาหนีบแบบไม่รับเป็นผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 62(4), 301-4.
- Andrews, H., & Roy, C. (1986). Essentials of the Roy adaptation model. Norwalk, CT: Appleton Century Crofts.
- Bloom, S. J. (1975). Taxonomy of education objective, hand book1: cognitive domain. New York: David Mckay.
- Burcharth J. (2014). The epidemiology and risk factors for recurrence after inguinal hernia surgery. Danish medical journal, 61(5), B4846.
- Cohen J. (1977). Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: John wiley and sons, Inc.
- House, J. S., Umberson, d., & Landis, K.R. (1988). Structures and Processes of Social Support. Annual Review of Sociology, 14, 293-318. <http://www.jstor.org/stable/2083320>
- Jenkins, J.T., & O'Dwyer, P.J. (2008). Inguinal hernias. BMJ, 336(7638), 269-272. [www.researchgate.net/](http://www.researchgate.net/)
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Zhang, N., Miao, J., & Zheng, Q. (2022). The Effect of Nursing Intervention on Patients with Inguinal Hernia and Its Influence on Self-Management Ability. Contrast media & molecular imaging. 1 - 8 . <https://doi.org/10.1155/2022/4965709>



# Self-care behaviors of village health volunteers in the prevention of coronavirus disease 2019, Banphaeo District, Samut Sakhon Province<sup>1</sup>

Werapong Nuannuaeng<sup>2</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This study aims to: 1) to investigate the level of self-care behavior, 2) to explore the association between personal characteristics, knowledge, and social support factors, with a specific focus on self-care behavior, and 3) to examine the challenges, barriers, and recommendations related to self-care among village health volunteers in the prevention of the novel coronavirus disease 2019. The sample group consisted of 274 Village health volunteers from Banphaeo District, Samut Sakhon Province, selected through a rigorous multi-stage random sampling. To gather data, a questionnaire with a reliability range of 0.77-0.93 was employed as the primary data collection instrument. The collected data underwent a comprehensive analysis involving descriptive statistics, correlation analysis, and content analysis.

Findings indicate that 1) the majority of the sample demonstrated a high level of self-care behavior overall, except for compliance with registration requirements when entering or exiting public premises, which was moderate. 2) Several factors exhibited significant relationships with self-care behavior, including training on COVID-19 knowledge ( $r_{pb}= 0.73$ ), prior experience with infectious COVID-19 ( $r_{pb}= 0.36$ ), knowledge about COVID-19 ( $r_{xy}= 0.74$ ), emotional support ( $r_{xy}= 0.70$ ), evaluation support ( $r_{xy}= 0.71$ ), information support ( $r_{xy}= 0.71$ ), and material or service support ( $r_{xy}= 0.71$ ). 3) Identified obstacles to self-care included inconsistent mask usage, prolonged mask reuse, inadequate hand hygiene, and insufficient adherence to social distancing. Recommendations for improvement include emphasizing thorough hand washing, implementing strict control and inspection measures for mask and detection kit distribution, developing an efficient check-in and check-out application system, and launching a public relations campaign to promote continuous compliance with disease prevention measures.

**Keywords:** public health volunteers, self-care behavior, knowledge, social support

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> Professional public health academician, Banphaeo District Public Health Office, E-mail: sso.bp1@gmail.com

# พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร<sup>1</sup>

วีระพงษ์ นวลเนื่อง<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาาระดับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง 2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง และ3) ศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 274 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ระหว่าง 0.77-0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ค่าความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายด้าน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการลงทะเบียนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะ มีพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r_{pb}= 0.73$ ) ประวัติการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r_{pb}= 0.36$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r_{xy}= 0.74$ ) การสนับสนุนด้านอารมณ์ ( $r_{xy}= 0.70$ ) การสนับสนุนด้านการประเมินผล ( $r_{xy}= 0.71$ ) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r_{xy}= 0.71$ ) และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ ( $r_{xy}= 0.71$ ) และ 3) ปัญหาอุปสรรค ได้แก่ ไม่ได้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา มีการใช้หน้ากากอนามัยซ้ำเกิน 1 วัน ไม่ได้ล้างมือทุกครั้งหลังมีการสัมผัสแหล่งเสี่ยง และไม่อาจหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลอื่น หรือเว้นระยะห่างกันได้ตลอดเวลา เป็นต้น ส่วนข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่ การเน้นการล้างมือให้ถูกวิธี ให้มีการควบคุมตรวจสอบการจำหน่าย หน้ากากอนามัยและชุดตรวจหาเชื้อเบื้องต้นให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนา ปรับปรุง ระบบแอปพลิเคชัน การลงทะเบียนเข้า-ออกให้รวดเร็ว และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ขอความร่วมมือให้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** อาสาสมัครสาธารณสุข พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ความรู้ การสนับสนุนทางสังคม

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว อีเมล : sso.bp1@gmail.com





## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae เป็นโรคติดเชื้ออันเกิดจากกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง 2 (SARS-CoV-2) ในเดือนธันวาคม 2562 มีการระบาดในนครอู่ฮั่น เมืองเอกของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน และได้กระจายไปทั่วโลกทางองค์การอนามัยโลกได้ประเมินสถานการณ์และเห็นว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern) (WHO, 2020) และแนะนำทุกประเทศให้เร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) คณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายลำดับที่ 14 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ได้ประกาศให้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) (WHO, 2020)

สถานการณ์การแพร่ระบาดและผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลก ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2565 พบจำนวนผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งสิ้น 656,987,692 ราย เสียชีวิต 6,669,877 ราย โดยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแบบ Small wave หลังจากการผ่อนคลายมาตรการป้องกันภายในประเทศ และการเดินทางเข้าประเทศ ขณะที่พบผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มคงตัวหลายประเทศได้เปลี่ยนรูปแบบการบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นรูปแบบของการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจชนิดอื่นๆ สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยติดเชื้อสะสมระหว่างวันที่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2565 จำนวน 2,500,484 ราย เสียชีวิต 11,971 ราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) จังหวัดสมุทรสาครพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 61,265 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 14,636.07 เสียชีวิต 167 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 39.89 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2565) อำเภอบ้านแพ้ว พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 5,300 ราย อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 5,162.40 เสียชีวิต 33 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 32.15 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว, 2565) โดยคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร ได้ออกคำสั่งคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งสิ้นจำนวน 110 ฉบับ ตั้งแต่มีการระบาดระลอกแรกเมื่อปี 2563 จนถึงปัจจุบัน และออกประกาศคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 83 ฉบับ เพื่อให้ประชาชนจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ตลอดจนประชาชนทุกคนถือปฏิบัติตามคำสั่งและประกาศของคณะกรรมการ





โรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร ทั้งนี้ในการควบคุม (คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร, 2565)

กลไกที่สำคัญประการหนึ่งของการควบคุมป้องกันโรคคือ การขับเคลื่อนผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ครอบคลุมทุกหมู่บ้านทั่วประเทศ มีบทบาทในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงถือว่าเป็นบุคลากรด้านหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมโรค ป้องกันโรค การค้นหากลุ่มเสี่ยง เฝ้าระวัง ติดตาม กักตัวบุคคล มีโอกาสสัมผัส และเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง และหากติดเชื้อแล้วมีโอกาสแพร่เชื้อให้คนในครอบครัว และชุมชน ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค และต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) และพฤติกรรมการณ์ป้องกันตนเองคนในครอบครัวและชุมชนอย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่ระบาดทั่วโลก ซึ่งแต่ละประเทศพยายามอย่างมากในการเฝ้าระวังและควบคุมการระบาดของโรค สำหรับประเทศไทยมีบุคลากรด้านหน้าทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรม

การดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้านความรู้ด้านการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาสามารถนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบกิจกรรมสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีพฤติกรรมการณ์ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดีต่อไป นอกจากนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นข้อมูลสำคัญในการส่งเสริมป้องกันโรคให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคคล ชุมชน และสังคม รวมทั้งสามารถนำไปวางแผนเพื่อป้องกันโรคในระยะยาวต่อไป

### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
3. ศึกษาปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข

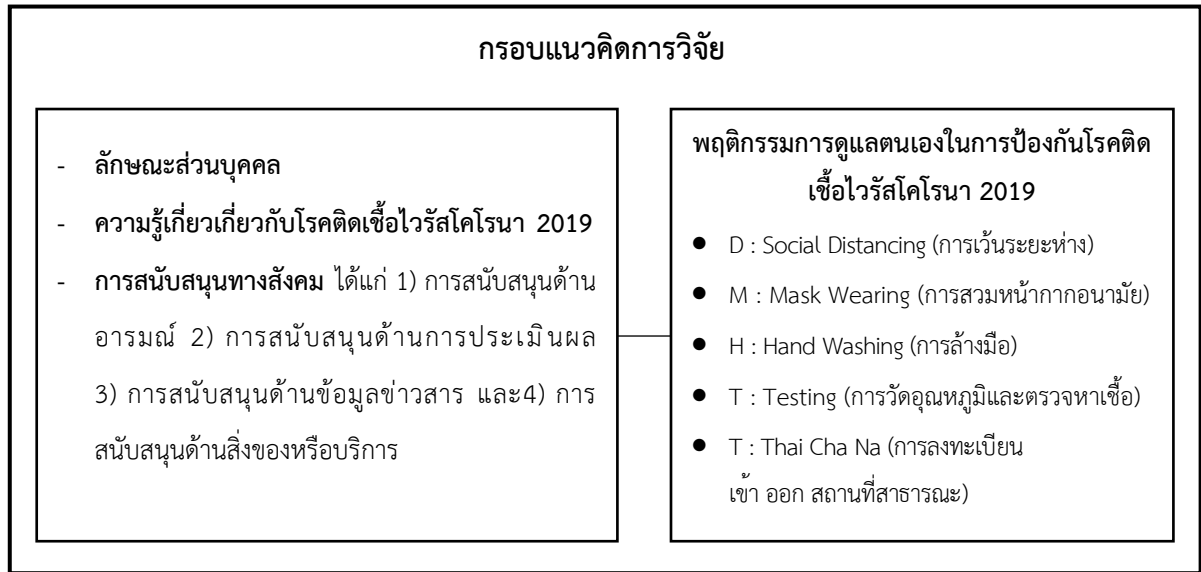


ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา  
2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวทางการ  
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการ

D-M-H-T-T ของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่  
Distancing (อยู่ห่างไว้) Mask wearing (ใส่แมสก์กัน)  
Hand washing (หมั่นล้างมือ) Testing (ตรวจให้ไว)  
และ Thai Cha na (ใช้ไทยชนะ และหมอชนะ)  
ร่วมกับการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  
เพื่อกำหนดตัวแปรของการวิจัย



### สมมติฐานการศึกษา

ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับ  
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการสนับสนุน  
ทางสังคมรายด้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส  
โคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

### วิธีดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง  
(Cross-Sectional Survey Research) ดำเนินการ  
ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ.2566

**ประชากร** คือ อาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด  
สมุทรสาคร ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี  
จำนวน 950 คน (ข้อมูล ณ 1 ตุลาคม 2565)

### กลุ่มตัวอย่าง

คือ อาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้าน พื้นที่อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด  
สมุทรสาคร ที่ปฏิบัติงานมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี  
จำนวน 274 คน โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง  
ด้วยสูตรเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan,  
1970) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้นตอน  
โดยให้ตำบลเป็นชั้นภูมิ แล้วสุ่มตัวอย่างตาม  
สัดส่วนประชากรของแต่ละตำบล ทั้งนี้เพื่อกระจาย  
ความเป็นตัวแทนของประชากร

### เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็น  
แบบสอบถาม จำนวน 1 ฉบับ แบ่งเป็น 5 ส่วน  
ได้แก่

1) แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล เช่น  
เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา เป็นต้น



2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะเป็นแบบให้เลือกตอบถูกผิด จำนวน 10 ข้อคำถาม

3) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของหรือบริการ ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 12 ข้อคำถาม

4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ น้อยที่สุด (1 คะแนน) ถึงมากที่สุด (5 คะแนน) จำนวน 15 ข้อคำถาม โดยแปลผลระดับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง มีคะแนนรวมเฉลี่ย ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน ระดับปานกลาง มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.68-3.33 คะแนน ระดับต่ำ มีคะแนนรวมเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 0.00-1.67 คะแนน

5) แบบสอบถามปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยทำการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 3 ท่าน และทำการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) พบว่าแบบสอบถาม

ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.77 แบบสอบถามด้านความรู้ ด้านการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่น (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.93 และ 0.89 ตามลำดับ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติบรรยาย เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ ค่าความสัมพันธ์ ของตัวแปร โดยการทดสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ส่วนการวิเคราะห์อุปสรรคเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ตามหนังสือที่ สค.0033/533 ลงวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566

### ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.21 อายุเฉลี่ย 52.46 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 76.30 สถานภาพทางสังคมเป็น คณะกรรมการ





หมู่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 34.41 จบระดับประถม  
ศึกษาร้อยละ 37.20 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.86  
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 15,232.84 บาท  
ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ  
หมู่บ้าน 16-20 ปี ร้อยละ 25.55 รองลงมา 21 ปี  
ขึ้นไป ร้อยละ 24.82 ระยะเวลาการเป็น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน  
เฉลี่ย 16.21 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมให้ความรู้  
ร้อยละ 68.61 และส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยโรคติดเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 79.93 รายละเอียด  
ตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัด  
สมุทรสาคร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=274)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	46	16.79
หญิง	228	83.21
อายุ ( $\bar{x}$ = 52.46, S.D. = 11.87, Min. = 26, Max. = 76)		
ต่ำกว่า 29 ปี	10	3.60
30-39 ปี	32	11.70
40-49 ปี	67	24.50
50-59 ปี	75	27.40
≥60 ปี	90	32.80
สถานภาพสมรส		
โสด	45	16.40
คู่	209	76.30
หม้าย	7	2.60
หย่า/แยก	13	4.70
สถานภาพทางสังคม		
กรรมการหมู่บ้าน	85	34.41
กรรมการกองทุนต่าง ๆ	64	25.91
สมาชิก อบต./เทศบาล	51	20.65
ผู้นำชุมชน	37	14.98
ไม่มีตำแหน่งใด ๆ	10	4.05

**ตารางที่ 1** จำนวน และร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=274) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	102	37.20
มัธยมศึกษา	56	20.40
อนุปริญญา	31	11.30
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	2.20
อื่น ๆ (ไม่ได้ศึกษา)	79	28.80
อาชีพ		
เกษตรกร	101	36.86
ค้าขาย	23	8.40
รับจ้าง	72	26.28
ธุรกิจส่วนตัว	9	3.28
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	69	25.18
หม้าย	7	2.60
หย่า/แยก	13	4.70
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ( $\bar{x}$ = 15,232.84, S.D. = 5,023.79, Min. = 4,900, Max. = 47,000)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	11	4.02
5,001-10,000 บาท	28	10.22
10,001-15,000 บาท	76	27.74
15,001-20,000 บาท	142	51.82
20,001 บาท ขึ้นไป	17	6.20
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ( $\bar{x}$ = 16.21, S.D. = 9.57, Min. = 1, Max. = 45)		
ต่ำกว่า 5 ปี	41	14.96
6-10 ปี	34	12.41
11-15 ปี	61	22.26
16-20 ปี	70	25.55
21 ปีขึ้นไป	68	24.82
การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
เคย	188	68.61
ไม่เคย	86	31.39
ประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
เคยป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	55	20.07
ไม่เคยป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	119	79.93



**ตอนที่ 2** ระดับพฤติกรรมกาการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำแนกการดูแลตนเองตามแนวทางการป้องกันโรคเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามมาตรการ D-M-H-T-T ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า 1) ด้าน D : Social Distancing (การเว้นระยะห่าง) มีคะแนนพฤติกรรมกาการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 2) ด้าน M : Mask Wearing (การสวมหน้ากาก)

มีคะแนนพฤติกรรมกาการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 3) ด้าน H : Hand Washing (การล้างมือ) มีคะแนนพฤติกรรมกาการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง 4) ด้าน T : Testing (การวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อ) มีคะแนนพฤติกรรมกาการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง และ 5) ด้าน T : Thai Cha Na (การลงทะเบียนเข้า-ออก สถานที่สาธารณะ) มีคะแนนพฤติกรรมกาการดูแลตนเองเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดตามตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ระดับพฤติกรรมกาการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมกาการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโคโรนา 2019	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ระดับ
ด้าน D : Social Distancing (การเว้นระยะห่าง)	4.02	0.97	สูง
ด้าน M : Mask Wearing (การสวมหน้ากาก)	4.36	0.96	สูง
ด้าน H : Hand Washing (การล้างมือ)	4.34	0.94	สูง
ด้าน T : Testing (การวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อ)	3.79	0.92	สูง
ด้าน T : Thai Cha Na (การลงทะเบียนเข้า ออก สถานที่สาธารณะ)	2.71	0.98	ปานกลาง

**ตอนที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กับพฤติกรรมกาการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r = 0.73$ )

ประวัติการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r = 0.36$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ( $r = 0.74$ ) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ( $r = 0.70$ ) ด้านการประเมินผล ( $r = 0.71$ ) ด้านข้อมูลข่าวสาร ( $r = 0.71$ ) และด้านสิ่งของหรือบริการ ( $r = 0.71$ ) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดแสดงตามตารางที่ 3





**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร (n=274)

ปัจจัย	พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	0.09 ( $r_{pb}$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
อายุ	0.11 ( $r_{xy}$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
สถานภาพสมรส	0.04 ( $r_c$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
สถานภาพทางสังคม	0.06 ( $r_c$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
การศึกษา	0.18 ( $r_c$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
อาชีพ	0.02 ( $r_c$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
รายได้	0.03 ( $r_{xy}$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน	0.19 ( $r_{xy}$ )	> 0.05	ระดับต่ำ
การได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.73 ( $r_{pb}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง
ประวัติการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.36 ( $r_{pb}$ )*	≤ 0.05	ระดับปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.74 ( $r_{xy}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง
การสนับสนุนด้านอารมณ์	0.70 ( $r_{xy}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง
การสนับสนุนด้านการประเมินผล	0.71 ( $r_{xy}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	0.71 ( $r_{xy}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง
การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ	0.71 ( $r_{xy}$ )*	≤ 0.05	ระดับสูง

\*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed),  $r_{pb}$ = Point biserial correlation coefficient,  $r_{xy}$ = Pearson product-moment correlation coefficient,  $r_c$ = Contingency coefficient

**ตอนที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าไม่ได้สวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ไม่คุ้นชิน ราคายา หายใจไม่สะดวก อึดอัด ระคายเคืองผิว ใส่หน้ากากเจ็บใบหู ใช้น้ำกากอนามัยซ้ำเกิน 1 วัน ไม่ได้ล้างมือทุกครั้งหลังมีการสัมผัส จุดบริการเจล แอลกอฮอล์ จุดล้างมือ

มีไม่เพียงพอ และไม่อาจหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลอื่น หรือเว้นระยะห่างกันได้ตลอดเวลา ไม่มีโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนเพื่อรองรับระบบแอปพลิเคชัน โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติประเด็นการเว้นระยะห่าง โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ส่วนกรณีการป้องกันตนเองของบุคคล ถ้าหากต้องสวมกอด หรือสัมผัส หรือพูดคุยในระยะใกล้ชิดกับบุคคลอื่นอย่างหลีกเลี่ยง



ไม่ได้ก็ให้สวมหน้ากากอนามัย และล้างมือหรือฉีดพ่นเจลแอลกอฮอล์ เพื่อลดเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค 2) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติประเด็นการสวมหน้ากาก โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานการจำหน่ายหน้ากากอนามัยทุกยี่ห้อ ที่มีการวางจำหน่ายในท้องตลาด เพราะไม่แน่ใจว่าในบางยี่ห้อได้คุณภาพตามมาตรฐานทางการแพทย์ ในการป้องกันการติดเชื้อได้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด 3) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติประเด็นการล้างมือ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชาสัมพันธ์ เน้นการล้างมือให้ถูกวิธี หลังจากการสัมผัสกับบุคคลหรือสิ่งของสำหรับเจลแอลกอฮอล์ ซึ่งก็ใช้ฉีดพ่นหลังการสัมผัสกับบุคคลหรือสิ่งของได้ เพียงแต่ว่าเจลแอลกอฮอล์ที่มีจำหน่ายในปัจจุบันนั้น มีไม่เพียงพอ และราคาค่อนข้างสูง 4) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติประเด็นการวัดอุณหภูมิ และตรวจหาเชื้อ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควบคุม ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานของชุดตรวจหาเชื้อเบื้องต้น (ATK) และกำหนดราคาให้เหมาะสม เพราะราคาที่จำหน่าย มีราคาค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่จะสังเกตอาการตนเองก่อน หากพบมีอาการแล้ว จึงจะตรวจด้วยตนเองในเบื้องต้น หรือไปตรวจที่หน่วยสถานบริการสาธารณสุข และ 5) ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติประเด็นการลงทะเบียนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะ โดยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนา ปรับปรุง ระบบแอปพลิเคชันการลงทะเบียนเข้า-ออก ให้รวดเร็ว ลดขั้นตอนให้กรอกข้อมูลเฉพาะสำคัญๆ ในแอปพลิเคชันเท่านั้น

## อภิปรายผล

จากการศึกษาระดับของพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ภาพรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดูแลตนเองได้ดี โดยสามารถปฏิบัติเว้นระยะห่างในการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด หรือสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มหนาแน่น ไม่อยู่ใกล้ชิด หรือสัมผัสคลุกคลีกับบุคคลอื่น สามารถสวมหน้ากากอนามัยไว้ตลอดเวลาที่ออกนอกบ้านและอยู่ในพื้นที่สาธารณะ และสวมหน้ากากอนามัยให้ถูกต้อง ในช่วงที่ต้องออกไปร่วมกิจกรรมหรือต้องพบปะกับบุคคลอื่นตามกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับการวิจัยของ มินลา นาคหนูน (2565), สุภาภรณ์ วงษ์ (2564), กิตติพร เนาว่าสุวรรณ และคณะ (2563), วิทยา ชินบุตร และคณะ (2564), เบญจวรรณ บัวชุ่ม (2563), พีรฉัตร แจขจัด (2565) อนันต์ศักดิ์ จันท์ศรี และอุมาพร เคนศิลา (2564) เอกราช มีแก้ว (2564), ธานี กล่อมใจ และคณะ (2563) และ วิจิตตรา หน่อแก้ว (2565) ที่พบว่าส่วนใหญ่ประชาชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคโคโรนา 2019 ได้แก่



1) ตัวแปรการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการได้รับความรู้ของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีระบบ เพื่อให้บุคคลได้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใดเรื่องหนึ่งผลการศึกษายังพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่นักได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการวิจัยของธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม (2563) อันจะส่งผลทำให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ มีความตั้งใจเข้ารับการอบรมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่จึงมีความสนใจเพื่อนำไปถ่ายทอดต่อการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ต่อไป

2) ตัวแปรประวัติการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการป่วยดังกล่าวนี้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล แต่ละคนมีวิธีปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของโรค ลักษณะและวิธีการแก้ปัญหาของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมทางครอบครัวสังคม ภาวะจิตสังคม ผลจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้เป็นอย่างดี

3) ตัวแปรความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยพื้นฐานในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง ร้อย 66.06 ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่ มีความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องในรายข้อ ที่ตอบถูกร้อยละ 60.00 ขึ้นไป มีจำนวน 7 ข้อ คือข้อ 1, 2, 3, 5, 7, 8, และข้อ 9 โดยมีผู้ตอบถูกมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.78 คือ ข้อ 1. การเว้นระยะห่างจากคนอื่น 1.50–2.00 เมตร สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมาร้อยละ 84.67 คือ ข้อ 3. การสวมใส่หน้ากากอนามัยโดยวิธีที่ถูกต้อง สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และในรายข้อที่มีผู้ตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อ 4. หน้ากากอนามัยที่ใส่แล้วหากนำไปซักรีดซักแห้ง ก็สามารถนำกลับมาใช้ใหม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ รองลงมาคือ ข้อ 6. การล้างมือด้วยน้ำเปล่าเพียงอย่างเดียว สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และข้อ 7. การลงทะเบียนแจ้งเข้า-ออก สถานที่สาธารณะ เป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ร้อยละ 57.66, 45.26, และ 40.51 ตามลำดับ และจากการได้รับความรู้จากการจัดประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นประจำทุกเดือนๆละ 1 ครั้ง และเรื่องที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้ในแต่ละเดือนก็ขึ้นอยู่กับเรื่องที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของพื้นที่นั้นๆ และเรื่องที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายตามตัวชี้วัดของระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับจังหวัด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำเป็นต้องมีความรู้





ความเข้าใจ ทักษะและความสามารถ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (พีรฉัตร แจงจัด, 2565, วิจิตตรา หน่อแก้ว, 2565, นงนภท์ รุ่งเนย และคณะ, 2565, ธานี กล่อมใจและคณะ, 2563, ธวัชชัย ยืนยาวและเพ็ญญา บุญเสริม, 2563, เอกราช มีแก้ว, 2564)

ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจริย์ อับดุลลา กาชิม และนิภา มหาราชพงศ์, 2565 ที่ได้ ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6 ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับคำชมเชย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากผลการศึกษา พฤติกรรม การดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ศึกษา มีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ พบตัวแปรสำคัญ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ดังนั้น พฤติกรรม การดูแลตนเอง จึงต้องคำนึงถึงหลายๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังจะเห็นได้ในปัจจุบัน พฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่ได้มุ่งเน้นเกี่ยวกับ ปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T เป็นหลักในการ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรม การดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแก้ไขปัญหามาตรการ การดูแลตนเอง จึงไม่ใช่มุ่งเน้นแต่ปัจจัยใดปัจจัย หนึ่ง ซึ่งก็อาจจะทำให้พฤติกรรม การดูแลตนเอง ไม่ประสบความสำเร็จ ควรนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์คือ การเคยได้รับการอบรม ด้านความรู้ และด้านการสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 4 ด้าน มาประยุกต์ร่วมกับการดำเนินงาน ตามมาตรการ D-M-H-T-T ที่มีอยู่ในปัจจุบัน การจัดรูปแบบการดูแลตนเอง ให้เหมาะสม และ เกิดประสิทธิผล ต่อการป้องกันและควบคุม การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนในหมู่บ้าน ชุมชน และ สังคม เข้ามามีส่วนร่วม โดยอาศัยเวทีในการจัด ประชาคมของหมู่บ้าน ชุมชน และ สังคม นอกเหนือจากมาตรการ D-M-H-T-T ยังต้อง ส่งเสริมการให้ได้รับความรู้ และการสนับสนุน ทางสังคม ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหมู่บ้าน ชุมชน และ สังคม เพื่อเป็นการ



## ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยด้านการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการจัดอบรม ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เยี่ยมเสริมพลัง เพื่อเป็นการเพิ่มขวัญ กำลังใจ กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยด้านความรู้ เจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการให้ความรู้ สื่อสารประชาสัมพันธ์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในหมู่บ้าน ชุมชน และสังคม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และสังคม ให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม เจ้าหน้าที่บุคลากรด้านสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญกับการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการให้การสนับสนุนทางสังคม ให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง ตลอดจนใส่ใจในการกระตุ้นเตือนอย่างสม่ำเสมอ มีการสร้างความตระหนักร่วมกัน รวมถึงการมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ชุมชน และสังคมอย่างต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาแนวทาง การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษารูปแบบเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. <http://www.hed.go.th/linkHed/355>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *มาตรการตรวจคัดกรอง แยกกัก กักกัน หรือควบคุมไว้สังเกตเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคจากผู้เดินทางซึ่งมาจากท้องถิ่นหรือเมืองท่านอกราชอาณาจักรกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19*. <http://www.pcko.moph.go.th/eoc/srrt/13/4/15.pdf>
- กรมควบคุมโรค. (2564). *แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา*



- 2019 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19).  
[https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g\\_srrt.php](https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/g_srrt.php)
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข*.  
<https://bit.ly/37FqZha>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับเจ้าหน้าที่และอสม. (นักรบเสื้อเทาออกเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน)*.  
[http://www.hss05.com/pdf/คู่มือ%20อสม.%20COVID\\_19.pdf](http://www.hss05.com/pdf/คู่มือ%20อสม.%20COVID_19.pdf)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)) เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558*.  
<https://ddc.moph.go.th/uploads/files/15720220926033413.PDF>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภษา สิงห์วีระธรรม, นวรัตน์ ไชยมณี และกชกร ฉายากุล. (2563). *ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย*. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 195-212.
- คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดสมุทรสาคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2565). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*.  
<http://www.covid.samutsakhon.go.th/frontpage>
- ดาวรุ่ง เยาวกุล, ปาจรีย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์. (2565). *ความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกำบังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 6*. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1), 257-272.
- ธวัชชัย ยืนยาว และเพ็ญญา บุญเสริม. (2563). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิง ในจังหวัดสุรินทร์*. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 35(3), 555-564.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิษา ชัช วรรณ. (2563). *ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019*. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.
- นงนภัทร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภคพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุชกาศ และ นภภรณ์ เกตุทอง. (2565). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม*. *วารสารเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 1(1), 1-10.





- มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14(2), 17-37
- เบญจวรรณ บัวขุ่ม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจิว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 16(3), 49-58.
- พีรฉัตร แจขจัด. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลต้า อำเภอบุณฑล จังหวัดเชียงราย [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยพะเยา.
- มินลา นาคหนุน. (2565). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิจิตตรา หน่อแก้ว. (2565). ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 10(1), 1-20,
- วิทยา ชินบุตร, วิทยาลัยทองสุข, นภัทร ภัคทีสรวิชญ์ และมหาวิทยาลัยเกริก (2564). (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามนโยบายรัฐบาล อำเภอเมืองสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(2), 304-318.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร.
- สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร]. Naresuan University Intellectual Repository (NUIR) . <http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/handle/123456789/3227>
- อนันต์ศักดิ์ จันทร์ศรี และอุมาพร เคนศิลา. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารเกื้อการุณย์*, 29(1), 1-13
- เอกราช มีแก้ว, วัลลภ ใจดี และ สุนิศา แสงจันทร์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. <https://he02.tci->



thaijo.org/index.php/tnaph/article/  
download/257443/175273/951082

Best, J. (1981). *Research in Education*. 4<sup>th</sup>ed.

London : Prentice-Hall International.

WHO. (2020). *Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers*.

Retrieved

<https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19>.

WHO. (2020). *Novel Coronavirus (2019-nCoV) SITUATION REPORT-1 21*

*January 2020* Retrieved

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf>.

WHO. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 10 January 2023*.

Retrieved

<https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-atthe-media-briefing-on-covid-19>

# Development of Stroke Fast Track Care Management for Emergency Nurses in Community Hospitals, Phrae Province<sup>1</sup>

Kanika Chainan<sup>2</sup>  
Niphitphon Saengduang<sup>3</sup>  
Saowapa Dedkhard<sup>4</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

This purpose of study was to develop nursing quality management in patients with stroke symptoms at emergency department of Community Hospital in Phrae Province. Using research and development (The Research and Development) as a conceptual framework for development and implementation of clinical practice guidelines for acute stroke patients. The sample consisted of 1) 82 professional nurses who worked at the emergency department. 2) 151 patients with acute ischemic stroke who receive treatment in the emergency department. The instruments used in the study were questionnaires of nurses. Nursing management Record form for Stroke Patients. Its contents validity had been approved by 3 experts and the Index of Item-Objective Congruence were 0.60–1.00 as well as the Cornbrash's Alpha Coefficient were 0.95. The data were used inferential statistical analysis.

The results of this study indicated that 1) There are quality management guidelines that can actually be used for stroke patients for Emergency nurses at emergency department of Community Hospital in Phrae Province. 2) all 82 participated nurses agreed that it was plausible to implement these CNPGs. Most nurses satisfied at highest level (93.90%). 3) The average time of patient transferring was declined from 34.91 minutes to 29.38 minutes. It is recommended that nurse should be trained on health assessment of the neurological, especially signs of acute ischemic stroke. Further study should evaluate the effectiveness of the clinical nursing practice guidelines.

**Keywords:** Nursing Quality Management, Stroke Patients, Stroke

---

<sup>1</sup> Research Article

<sup>2</sup> M.N.S. (Nursing Administration), Nong Muang Khai Hospital, Phrae Province, Email: aonqapph@gmail.com

<sup>3</sup> Ph.D. (Applied Behavioral Science Research), Phrae Provincial Public Health Office

<sup>4</sup> Ph.D. (Nursing Science), Boromarajonani College of Nursing, Phrae



# การพัฒนาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่<sup>1</sup>

กรรณิการ์ ชัยนันท์<sup>2</sup>

นิพัทธ์พงษ์ แสงด้วง<sup>3</sup>

เสาวภา เต็ดขาด<sup>4</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ โดยใช้การวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 82 คน 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเข้าข่ายโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันที่เข้ารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 151 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาล แบบบันทึกการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.60–1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่น ด้วยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษารูปได้ดังนี้ 1) ได้แนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ที่สามารถนำไปใช้ได้จริง 2) ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า พยาบาลปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 82 คน มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 93.90 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อออกจากโรงพยาบาลใช้เวลาเฉลี่ย 29.38 นาที จากเดิมเวลาเฉลี่ย 34.91 นาที ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มในการลดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

**คำสำคัญ:** การจัดการคุณภาพทางการพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> พย.ม. (การบริหารการพยาบาล) โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ อีเมล: aonqapph@gmail.com

<sup>3</sup> пр.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

<sup>4</sup> пр.ด. (พยาบาลศาสตร์) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่



## บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke หรือ cerebrovascular disease) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเสียชีวิตเป็นอันดับ 2 ของโลก รองมาจากโรคหัวใจและหลอดเลือด (World Health Organization, 2012) นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการของประชากร ปัจจุบันพบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้มี 5 ล้านคนที่มีความพิการถาวรและประมาณ 5 ล้านคนเสียชีวิต และเป็นอันดับที่ 7 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ (World Health Organization, 2012) จากรายงานของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561 พบว่าในประเทศไทย อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวมปี พ.ศ. 2558-2560 เท่ากับ 43.30, 48.70 และ 47.80 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ในปัจจุบันการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจพบด้วยความรวดเร็ว ซึ่งประชาชนต้องมี

ความรู้ถึงอาการที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองและให้มารับการรักษาทันเวลา ซึ่งปัจจุบันมีการรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.50 ชั่วโมง หลังจากเกิดอาการจะสามารถลดอัตราการเสียชีวิต และความพิการได้ (American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, 2010) การซักประวัติที่ชัดเจน การประเมินสัญญาณชีพ และความผิดปกติทางระบบประสาทอย่างรวดเร็ว เป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสนใจเป็นอันดับต้น ในประเทศไทยมีรายงานการใช้ยาละลายลิ่มเลือดเพื่อรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันพบว่าได้ผลดี สามารถลดระดับความรุนแรงของความพิการที่ระยะเวลา 3 เดือน ผู้ป่วยสามารถกลับมาดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงปกติประมาณร้อยละ 50.00 (นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา, 2550 ; ยงชัย นิละนนท์, 2550) ซึ่งการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองได้ในระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งสำคัญมากต่อการรักษา ในส่วนของจังหวัดแพร่ ปี พ.ศ. 2558-2560 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น จำนวน 1,000, 1,212 และ 1,165 ราย มีอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 12.00, 10.40 และ 10.64 ซึ่งเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด  $\leq 7$  การเข้าถึงระบบบริการ Stroke fast track ภายใน 4.50 ชั่วโมง 20.90, 18.32 และ 21.37 ซึ่งเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด  $\geq 20$  Door to needle time ภายใน 60 นาที 70, 88 และ 77 ผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับยา rt-PA 2.95, 5.80 และ 9.84 ซึ่งเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด  $\geq 30$  (ข้อมูลการตรวจราชการและนิเทศงาน จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2560)





ภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 366 คน เป็นเพศชาย 199 คน เพศหญิง 167 คน มีอายุเฉลี่ย 64.34 ปี อายุมากที่สุด 101 ปีอายุน้อยสุด 26 ปี Door to refer time เฉลี่ย 34.91 นาที ระยะเวลามากที่สุด 620 นาที ระยะเวลาอย่างน้อยสุด 10 นาที ยังไม่มีการประเมินคุณภาพระบบบริการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่ ซึ่งจะสะท้อนคุณภาพของระบบบริการพยาบาลในการจัดการดูแลแบบฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้รับการวินิจฉัยและรักษาได้ทันภายในเวลาที่กำหนด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่ โดยการศึกษาและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อเป็นข้อมูลนำไปใช้ในการปรับปรุงการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันให้มีประสิทธิภาพ และเพื่อยกระดับการปฏิบัติงานบริการพยาบาลสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

#### วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบระบบบริการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบระบบบริการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลแผนก

อุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดแพร่

#### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ยกเว้นการปฏิบัติงานบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่งในจังหวัดแพร่

#### กรอบแนวคิดการศึกษา

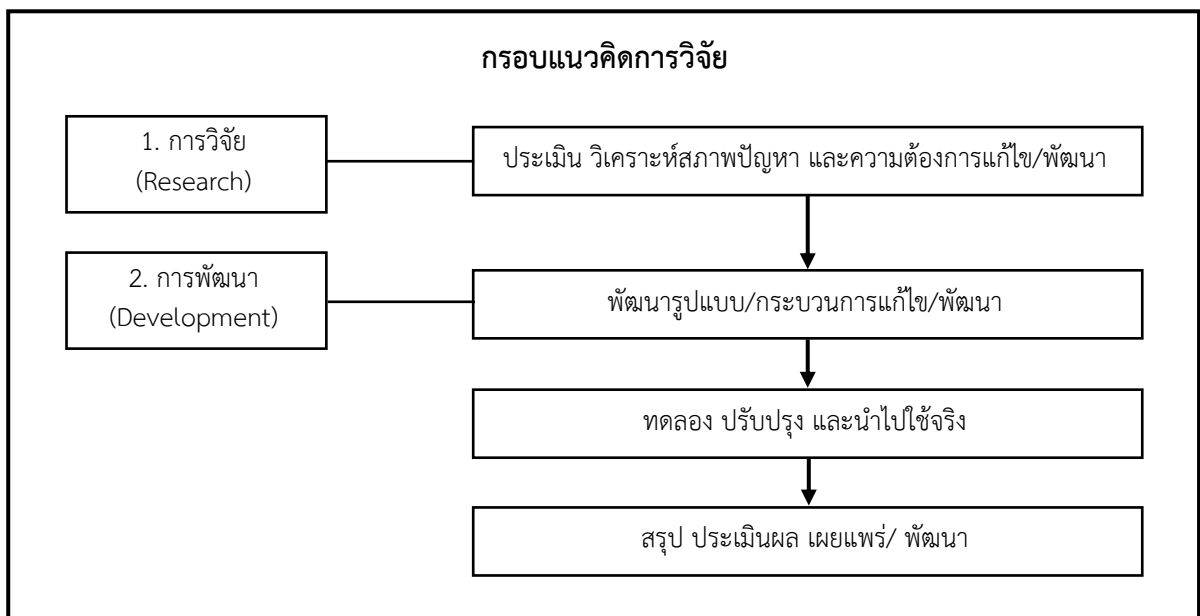
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนาเพื่อยกระดับการปฏิบัติงานบริการพยาบาล สำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย 2 ระยะ มี 4 ขั้นตอน ในระยะที่ 1 ระยะของการพัฒนา ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ปัญหาและกระบวนการพัฒนา ระยะที่ 2 เป็นระยะของการทดลองใช้ ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 3 เป็นการนำแนวทางในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นผู้ปฏิบัติในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทาง





ที่จัดทำขึ้น และขั้นตอนที่ 4 มีการประเมินผล โดยการสำรวจความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติ เกี่ยวกับความยากง่ายและความสามารถในการปฏิบัติตามแนวทางในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการสำรวจปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการใช้แนวทางในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง และการประเมินผลจากการนำแนวทางไปใช้

ซึ่งผู้วิจัยได้ประเมินในส่วนของระยะเวลาในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อถึงโรงพยาบาลแพร่ โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development)



### ขั้นตอนดำเนินการพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่ ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งการพัฒนาเป็น 2 ระยะเวลาคือ ระยะเวลาของการพัฒนา และระยะการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ มีรายละเอียดดังนี้

**ระยะที่ 1 ระยะเวลาของการพัฒนา** ประกอบด้วย **ขั้นตอนที่ 1** การจำแนกแจกแจงปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์สถานการณ์ อย่างเป็นระบบ รวบรวมความรู้ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งด้านผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านระบบการพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ดำเนินการจัดตั้งทีมผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรค



หลอดเลือดสมอง แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่ ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้างานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

2. ทีมผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ผ่านมา ดังนี้

### 2.1 ด้านผู้ป่วย

2.1.1 อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ภาพรวมโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ปี 2559 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 366 คน เป็นเพศชาย 199 คน เพศหญิง 167 คน มีอายุเฉลี่ย 64.34 ปี อายุมากที่สุด 101 ปี อายุน้อยสุด 26 ปี Door to refer time เฉลี่ย 34.91 นาที ระยะเวลา มากสุด 620 นาที ระยะเวลา น้อยสุด 10 นาที

2.1.2 จากการทบทวน พบว่า สาเหตุสำคัญเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเนื่องจากระยะเวลาในการมาพบแพทย์ล่าช้า จากความไม่รู้ถึงอาการและความสำคัญของการมาพบแพทย์อย่างรีบด่วนของผู้ป่วยและญาติ

2.2 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการรักษา

2.2.1 จากประสบการณ์ การปฏิบัติงาน ได้เสนอถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและปัญหาที่พบดังนี้

1) แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไม่ชัดเจนทำให้การดูแลผู้ป่วยไม่เป็นไป

ในทิศทางเดียวกัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ถูกต้องครบถ้วน ไม่มีความเฉพาะเจาะจงในการดูแล เช่น การซักประวัติระยะเวลาที่เกิดอาการ การซักประวัติอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่ต้องเน้นถึงอาการแสดงทางระบบประสาทที่สำคัญ รวมถึงการตรวจร่างกายที่ชี้เฉพาะ การดูแลเบื้องต้น เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการประเมินค่าความอิมตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดยังไม่มีกำหนดในการปฏิบัติที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการเฝ้าระวังที่เพียงพอ เกิดอาการเปลี่ยนแปลง อาการทรุดลง และช่วยเหลือได้ล่าช้า บางรายอาจเสียโอกาสในการได้รับการรักษาที่เหมาะสม

2) ด้านการคัดกรอง พบว่า การซักประวัติ ตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน การซักประวัติยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับอาการทางระบบประสาท และระยะเวลาที่ชัดเจน พบว่า มีการประเมินผิดพลาดโดยมีการคัดกรองผู้ป่วยจากการซักประวัติแล้วส่งไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยล่าช้า

3) ด้านการประเมินผู้ป่วย พบว่า มีประเมินระดับความรู้สึกตัว แต่ไม่มีการประเมินอาการ หรือตรวจร่างกายทางระบบประสาทที่ครบถ้วน ไม่มีการตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัยอื่น เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

4) ด้านการดูแลผู้ป่วย การดูแลและการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง และไม่เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย

5) การตรวจประเมินโดยแพทย์ พบว่ามีการรายงานแพทย์ล่าช้า เนื่องจากการ



จัดลำดับความสำคัญความเร่งด่วนในการรายงานแพทย์ไม่ถูกต้อง ไม่ได้รายงานอาการผู้ป่วยทันทีที่ประเมินอาการเบื้องต้นเสร็จสิ้น และเนื่องจากนอกเวลาราชการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีแพทย์เวรเพียงคนเดียว จึงมีภาระต้องดูแลผู้ป่วยที่แผนกอื่น ทำให้การประเมินเพื่อการวินิจฉัยโดยแพทย์ล่าช้าตามมา ประเด็นของการรักษาเนื่องจากแนวทางการตรวจรักษาของแพทย์ในกาปฏิบัติ ไม่เหมือนกัน เช่น การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ไม่ได้ตรวจทุกรายตามมาตรฐาน และการส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการบางอย่างที่ไม่จำเป็นและต้องใช้ระยะเวลาาน ส่งผลให้ระยะเวลารอคอยในการที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษายาวนานมากขึ้น

2.2.2 จากการรวบรวมข้อมูลในองค์กรเกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ มีการวิเคราะห์โดยใช้วิธีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย พบข้อบกพร่องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ได้แก่ การซักประวัติไม่ครอบคลุม การประเมินเบื้องต้นและตรวจร่างกายไม่ครบถ้วน การดูแลเบื้องต้นไม่ครบถ้วน ไม่มีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

2.3 ด้านระบบการดูแลผู้ป่วย ใช้วิธี SWOT Analysis ซึ่งมีการวิเคราะห์ ทบทวนกระบวนการบริการ ระบบการพยาบาล ภาระงาน อัตรากำลัง ระบบการมอบหมายงาน วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

**สรุปการวิเคราะห์ปัญหา** จากปัญหาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันเป็นสิ่งสำคัญ

เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมีข้อจำกัดหลายประการทั้งตัวผู้ป่วยเองและข้อจำกัดในเรื่องของเวลาที่ผู้ป่วยต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 3-4.5 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลหนองม่วงไขปัญหาที่พบจากการทบทวนทั้งในด้านระบบการบริการ การปฏิบัติการ พบว่า เกิดจากกระบวนการดูแลที่มีความล่าช้า ขาดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการดูแลที่มีแนวปฏิบัติหลากหลายไม่ชัดเจนทั้งในด้านการประเมินผู้ป่วยแรกรับการให้การพยาบาล การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการสื่อสารระหว่างสหสาขาวิชาชีพ โดยมีสาเหตุจากตัวบุคลากรเอง หรือแม้แต่จากระบบการดูแลที่ไม่ชัดเจน เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งยังไม่มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ชัดเจน จากปัญหาต่างๆ เหล่านี้พบว่าประสิทธิภาพและความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเป็นสิ่งสำคัญ การตัดสินใจที่รวดเร็วและการทำงานเป็นทีม โดยมีระบบการทำงานที่ดีมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนจะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหลายสถาบันและในโรงพยาบาลซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแต่ไม่สามารถนำมาปฏิบัติได้ในระดับโรงพยาบาลทุติยภูมิหรือโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากมีความแตกต่างทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากรและอุปกรณ์ต่างๆ

## ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนา

นำประเด็นที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ของการปฏิบัติ พร้อมทั้ง ออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการ





ดูแลที่รวดเร็วและปลอดภัย กำหนดแผนการ  
ดำเนินการ มีขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนว  
ทางการจัดการดูแลผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือด  
สมอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ  
เฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและ  
ฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

2. กำหนดวัตถุประสงค์และกำหนด  
ผลลัพธ์ของการพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบบริการ  
พยาบาลในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล  
ผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับ  
พยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล  
ชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

2.1 ผลลัพธ์ระยะสั้น คือ มีแนวทางปฏิบัติ  
ในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มี  
อาการโรคหลอดเลือดสมองที่มีความชัดเจนและ  
มีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2.2 ผลลัพธ์ระยะยาว คือ

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ  
เฉียบพลันได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ  
ปลอดภัยตามมาตรฐาน

2) ป้องกันการเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึง  
ประสงค์ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

3) ลดระยะเวลาที่ ผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน  
จนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา  
ที่โรงพยาบาลปลายทาง

4) เพิ่มความพึงพอใจทั้งผู้รับและ  
ผู้ให้บริการ

3. กำหนดแนวทางบริการพยาบาลในการ  
จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง  
ระยะเฉียบพลันให้มีความครอบคลุมตาม  
กระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1) แนวทาง

การคัดกรองผู้ป่วยและการซักประวัติ

2) แนวทางการประเมินและการดูแลผู้ป่วย

เบื้องต้น 3) แนวทางการตรวจทางระบบประสาท

4) แนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5) แนวทางการตรวจพิเศษ 6) แนวทางการ

รายงานแพทย์ 7) แนวทางการประเมินเพื่อ

เฝ้าระวังและติดตามอาการ 8) แนวทางการให้

ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ 9) แนวทางการส่งต่อ

10) แนวทางการรักษาของแพทย์

4. กำหนดการสืบค้นและรวบรวมความรู้  
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ  
ดูแลผู้ป่วย การจัดการทางการพยาบาล  
แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมอง เนื่องจากมีหลายสถาบัน  
มีการจัดทำแนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองในบริบทของโรงพยาบาล  
ระดับตติยภูมิที่มีศักยภาพในการรักษาที่ได้ตาม  
มาตรฐาน แต่ในการศึกษาคั้งนี้เป็นการพัฒนา  
ระบบบริการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มี  
อาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันใน  
ลักษณะประยุกต์และดัดแปลงเพื่อให้เหมาะสมกับ  
บริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือ  
โรงพยาบาลชุมชน

5. ยกร่างแนวทางในการจัดการดูแล  
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตาม  
กระบวนการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

5.1 มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนด  
ระยะเวลาตามมาตรฐานของ American Heart  
Association [AHA] (2010) และมาตรฐานการ  
ดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ของสถาบันประสาท  
วิทยา (2550) ดังนี้



1) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถตู้ห้องฉุกเฉินโดยพนักงานเปลภายใน 3 นาที (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

2) หลังจากผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉิน ควรได้รับการประเมินและดูแลเบื้องต้น ภายใน 10 นาที (AHA, 2007; สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

3) ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจจากแพทย์ เพื่อการประเมินอาการและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการวินิจฉัย ภายใน 15 นาที (AHA, 2007)

4) การรายงานแพทย์ ภายใน 4 นาที (สถาบันประสาทวิทยา, 2550) กรณีความผิดปกติ ดังนี้ มีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก กลืนลำบาก พูดลำบาก เดินเซ ตามองไม่เห็น มองภาพซ้อน มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ประเมิน Glasgow coma scale ได้น้อยกว่า 10 คะแนน สัญญาณชีพ และผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ หายใจหอบเหนื่อย มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตเขียว ประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด น้อยกว่าร้อยละ 90

5) การส่งต่อ (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

การเตรียมการส่งต่อ (ภายในเวลา 30 นาที) ประกอบด้วย การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล (ภายในเวลา 15 นาที) การเตรียมผู้ป่วย ข้อมูล เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมดและอุปกรณ์ที่จำเป็น

การส่งต่อผู้ป่วย ระยะเวลาในการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลแพร่ ภายใน 30 นาที รวมระยะเวลาในการดูแลทั้งหมด ภายใน 60 นาที

5.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ประกอบด้วย 1) การคัดกรองและการซักประวัติ 2) การประเมินและการช่วยเหลือเบื้องต้น 3) การดูแลต่อเนื่อง 4) การส่งต่อผู้ป่วย

### ระยะที่ 2 ระยะของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

ประกอบด้วยด้วยขั้นตอนที่ 3 และขั้นตอนที่ 4 ของกระบวนการตามรูปแบบการพัฒนาของการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 3** การประเมินผลการปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาโดยการประเมินทุกวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในการประเมินผลมีการประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ทั้งด้านระบบบริการ การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย โดยประเมินผลจากระยะเวลาที่ให้การพยาบาลตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งส่งต่อ ดังนี้

1. ประเมินผลการนำไปใช้โดยผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ พยาบาลปฏิบัติการตอบแบบสอบถามความเป็นไปได้ในการนำแนวทางในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้ พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นในสิ่งที่ควรแก้ไขและปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ

2. ประเมินผลการพัฒนาเป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย โดยประเมินด้านความรวดเร็วในการให้บริการตามมาตรฐานเวลาของ AHA (2005) และสถาบันประสาทวิทยา (2554)



โดยรวบรวมจากแบบบันทึกการจัดการดูแลผู้ป่วย  
โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

3. ผู้ศึกษากับทีมผู้ร่วมพัฒนา ประเมินผล  
การปฏิบัติและสรุปผลลัพธ์โดยสรุป ข้อคิดเห็น  
ข้อเสนอแนะ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้  
ในการนำแนวทางไปใช้ การตัดสินใจในการ  
นำไปใช้หรือไม่ใช้ พร้อมทั้งปรับปรุงแนวทางการ  
จัดการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
ระยะเฉียบพลัน เพื่อให้ได้มาตรฐานและสามารถ  
นำไปใช้ได้จริงต่อไป

**ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลของการ  
พัฒนาระบบ และการผสมผสานสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1. นำเสนอแนวทางในการจัดการคุณภาพ  
ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือด  
สมองแก่ทีมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน  
(Patient care team) เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติ  
ที่เป็นมาตรฐานกลางในการดูแลผู้ป่วยโรค  
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และให้มีการ  
พัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

2. ติดตามดูแล กำกับ นิเทศ ให้การจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรค  
หลอดเลือดสมองเป็นไปตามแนวปฏิบัติ โดยให้  
ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

### เครื่องมือการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น  
แบบสอบถาม โดยผู้ศึกษาสร้างขึ้นเพื่อประเมิน  
ประสิทธิภาพการนำแนวทางในการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด  
สมองระยะเฉียบพลันไปใช้ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของข้อมูลทั่วไป  
ของพยาบาลที่ใช้แนวทางในการจัดการคุณภาพ  
ทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือด  
สมอง ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในวิชาชีพ  
พยาบาล

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามการนำแนวทาง  
ในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มี  
อาการโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ ซึ่งลักษณะ  
คำถามเป็นแบบประเมินค่ามาตราลิเคิร์ต  
(Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้ผู้ตอบ  
พิจารณาเลือกคำตอบดังนี้

5 คะแนน (มากที่สุด)

หมายถึง มีการดำเนินงานมากที่สุด

4 คะแนน (มาก)

หมายถึง มีการดำเนินงานอยู่

ระหว่างปานกลางกับมากที่สุด

3 คะแนน (ปานกลาง)

หมายถึง มีการดำเนินงานปานกลาง

2 คะแนน (น้อย)

หมายถึง มีการดำเนินงานอยู่

ระหว่างต้องปรับปรุงกับปานกลาง

1 คะแนน (น้อยที่สุด)

หมายถึง มีการดำเนินงานต้อง

ปรับปรุง

**เกณฑ์การแปลผล** พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วง  
ระดับคะแนน ใช้แนวคิดของ Best (2006 อ้างถึง  
ใน พักตร์พิมล หาญรินทร์, 2551) แบ่งออกเป็น  
5 ระดับ คือ

พิสัยของช่วงคะแนน

$$= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ระดับที่ต้องการ}}$$

$$= \frac{5 - 1}{5}$$

$$= 0.80$$





คะแนนเฉลี่ย 4.20 – 5.00

หมายถึง ระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.40 – 4.19

หมายถึง ระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.60 – 3.39

หมายถึง ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.80 – 2.59

หมายถึง ระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.79

หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

### การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. การป้องกันการละเมิดสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามทุกคนได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษา โดยผู้ตอบแบบสอบถามมีความสมัครใจตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นตามความเป็นจริง ไม่มีการบังคับ

2. การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถาม ในการตอบแบบสอบถาม ผู้ตอบไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุล การคิดคำนวณและการนำเสนอเป็นภาพรวม จะไม่ทราบว่ามีใครคิดอย่างไร และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผู้ศึกษาจะทำลายแบบสอบถามทิ้งทันที

3. การป้องกันผลกระทบทางลบหรือผลเสียต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล คำตอบของแบบสอบถามที่ได้จะถูกนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ และแปลข้อมูลโดยไม่อ้างอิงตัวบุคคล หรือชื่อผู้ป่วยใดๆ และนำเสนอรายงานผลการศึกษากลับเป็นภาพรวม

4. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ พร 0032.010/7939

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวทางในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ ใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. ข้อมูลการแสดงข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Thematic content analysis)



ผลการศึกษา

ผลการนำแนวทางในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ (N = 151)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	98	64.90
หญิง	53	35.10
อายุ (ปี)		
25-35 ปี	-	-
36-45 ปี	2	1.32
46-55 ปี	14	9.28
มากกว่า 55 ปี	135	89.40
Minimum 44 ปี Maximum 87 ปี ( $\bar{X}$ =62, SD = 17.25)		
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยวิกฤต (GCS $\leq$ 10 คะแนน)	-	-
ผู้ป่วยไม่วิกฤต (GCS $>$ 10 คะแนน)	151	100.00
GCS 11 - 12 คะแนน	-	-
GCS 13 - 15 คะแนน	151	100.00
แบ่งตามกลุ่มอาการ		
ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด	-	-
แขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีก	15	9.93
เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เดินเซ	-	-
ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีก	119	78.81
ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เดินเซ	-	-
เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ เดินเซ แขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีก	17	11.26
ผลการรักษา		
จำหน่าย	-	-
นอนโรงพยาบาล	-	-
ส่งต่อ	151	100.00
เสียชีวิต	-	-

หมายเหตุ การแบ่งประเภทผู้ป่วย (สถาบันประสาทวิทยา, 2550)

ผู้ป่วยวิกฤต (Critical) คือ ผู้ป่วยที่ประเมิน Glasgow Coma Scale  $\leq$  10 คะแนน



ผู้ป่วยที่ไม่วิกฤต (Non Critical) คือผู้ป่วยที่ประเมิน Glasgow Coma Scale >10 คะแนน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวค่อนข้างดี อาการแสดงที่ปรากฏมักจะพบอาการชา และอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน และขาครึ่งซีก เดินเซไปด้านที่มีพยาธิสภาพ พูดลำบาก กลืนลำบาก บางครั้งจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ความรู้สึก

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 15 กันยายน 2560 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2561

พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่มารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 64.90 (n = 98 คน) มีอายุอยู่ในช่วง 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 89.40 (n = 135 คน) อายุเฉลี่ย 62 ปี (SD = 17.25) อายุต่ำสุด 44 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยในกลุ่มที่มีระดับการรับรู้สึกตัวค่อนข้างดี Glasgow Coma Scale อยู่ในช่วง 13 - 15 คะแนน อาการส่วนใหญ่ที่พบ ร้อยละ 78.81 (n = 119 คน) มาด้วยอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง ครึ่งซีก ผู้ป่วยทุกรายได้รับการรักษาโดยการส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลแพร่

**ตารางที่ 2** แสดงระยะเวลาในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่

กิจกรรม	ระยะเวลาตามมาตรฐาน (นาที)	ระยะเวลาที่ปฏิบัติได้ (นาที)							ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที)
		รพช. แห่งที่ 1	รพช. แห่งที่ 2	รพช. แห่งที่ 3	รพช. แห่งที่ 4	รพช. แห่งที่ 5	รพช. แห่งที่ 6	รพช. แห่งที่ 7	
1. คัดกรอง	ภายใน 5 นาที	4	3	3	5	6	10	4	5
2. ซักประวัติ ประเมินสัญญาณชีพ รายงานแพทย์	ภายใน 10 นาที	5	5	6	6	7	15	5	7
3. ให้การพยาบาล แรกรับจนส่งต่อ	ภายใน 30 นาที	25.35	28.38	32.58	27.72	27.50	30.70	33.45	29.38

**หมายเหตุ** - ระยะเวลาแต่ละกิจกรรมนับตั้งแต่ผู้ป่วยถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จนกระทั่งเสร็จสิ้นกิจกรรมนั้น

- ระยะเวลาใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ American Heart Association guideline for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency cardiovascular care [AHA], 2007; สถาบันประสาทวิทยา, 2550)





จากตารางที่ 2 พบว่า ผลลัพธ์ในการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือด  
สมองระยะเฉียบพลัน โดยภาพรวมที่แผนก  
อุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน

จังหวัดแพร่ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อออกจาก  
โรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 29.38 นาที เวลาเร็วสุด  
25.35 นาที และเวลานานสุด 33.45 นาที

**ตารางที่ 3** แสดงจำนวนและร้อยละของความคิดของพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้แนวทางในการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (N = 82)

หัวข้อประเมิน	ความคิดเห็น จำนวน (ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. แนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง	5 (6.10)	77 (93.90)	0	0	0
2. มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล	8 (9.76)	74 (90.24)	0	0	0
3. มีความสะดวกในการใช้งาน	5 (6.10)	77 (93.90)	0	0	0
4. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	5 (6.10)	77 (93.90)	0	0	0
5. ความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ	5 (6.10)	77 (93.90)	0	0	0

จากตารางที่ 3 พบว่า ผลความคิดเห็น  
ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อแนวทางในการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรค  
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความ  
คิดเห็นในระดับมาก ร้อยละ 93.90 แนวปฏิบัติ  
สั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง  
มีความสะดวกในการใช้งาน ความเป็นไปได้  
ในการนำไปปฏิบัติ มีความพึงพอใจในภาพรวมใน  
การใช้แนวปฏิบัติ และมีความเห็นในระดับมาก  
ร้อยละ 90.24 มีความเหมาะสมกับบริบท  
โรงพยาบาล

**ปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวทางการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรค  
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้ (จาก  
คำถามปลายเปิด)**

ปัญหาอุปสรรค ในการนำแนวทางการจัดการ  
คุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรค  
หลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้ ในส่วนของ  
เนื้อหาและความเข้าใจในการใช้แนวปฏิบัติ  
ไม่พบปัญหาในการใช้เนื่องจากส่วนของแนว  
ปฏิบัติจะคล้ายคลึงกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับ  
บาดเจ็บที่ศีรษะที่เคยปฏิบัติ มีความแตกต่าง  
ในรายละเอียดของการประเมินอาการและ  
การดูแลเบื้องต้นที่ จำกัดด้วยเวลาและ



ความเร่งด่วน ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกี่ยวกับการปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมซึ่งในภาวะฉุกเฉินการทำการกิจกรรมบางอย่างอาจไม่ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ ปัญหาที่พบได้แก่

1. ไม่แน่ใจในกิจกรรมว่าต้องปฏิบัติในผู้ป่วยทุกรายหรือไม่ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจากในผู้ป่วยที่แพทย์ประเมินเบื้องต้นพร้อมกับพยาบาลและได้ระบุว่าไม่มีความจำเป็นต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นทุกรายเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่สำคัญ คือภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายหรือภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินและติดตามอย่างใกล้ชิด (ASA/AHA, 2005; Adam, 2007) ดังนั้นในประเด็นนี้จึงควรนำไปทบทวนหาแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนต่อไป

2. ปัญหาในการส่งต่อที่ทำให้เกิดความล่าช้า ได้แก่

2.1 ไม่มีรถส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีการส่งต่อผู้ป่วยพร้อมกันหลายราย จึงเกิดความล่าช้าจากการรอรถส่งต่อ

2.2 ปัญหาในการการแจ้งญาติสายตรงให้ไปพร้อมกับผู้ป่วย เนื่องจากในการนำส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลพบว่าเป็นบุคคลใกล้ชิด หรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง ทำให้การแจ้งญาติสายตรงให้ไปพร้อมกับผู้ป่วยทำได้ยาก

### อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งการอภิปรายเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1. การพัฒนาแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือด

สมองระยะเฉียบพลัน โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อให้ครอบคลุมในเรื่องกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ซึ่งได้แก่ด้านผู้ป่วย ด้านการปฏิบัติการพยาบาล และด้านระบบการดูแลผู้ป่วย โดยกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาพิจารณาจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทำให้ได้เนื้อหาของแนวทางที่มีความเหมาะสมครอบคลุมในกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน และการให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาและได้แสดงความคิดเห็นจะทำให้มีความรู้สึกว่าเป็นเจ้าของและต้องการคงไว้ซึ่งสิ่งที่ได้ร่วมสร้างหรือพัฒนา

แนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาคั้งนี้ ได้พัฒนาจากแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากสถาบันต่างๆ รวมถึงแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มาประยุกต์และปรับให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งถือว่าเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพและมีความน่าเชื่อถือ สามารถนำไปปฏิบัติได้ แนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้จัดทำในรูปแบบคู่มือประกอบการใช้เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง และสามารถใช้นำแนวทางจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการ



ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้ง่ายขึ้น

## 2. ผลการนำแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้

2.1 ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ผลการพัฒนา พบว่าภาพรวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ จนกระทั่งส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลแพร่ จากเดิมใช้เวลาเฉลี่ย 34.91 นาที ลดลงเหลือ 29.38 นาที และไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงหรือเสียชีวิต จากผลการศึกษาแสดงถึงการมีแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่ปรับปรุงขึ้นเพื่อให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วยและบริบทของในระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลชุมชน) ซึ่งการมีแนวทางที่ชัดเจนขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Considine & McGillivry (2010) ศึกษาประสิทธิภาพการใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของออสเตรเลีย ผลการศึกษาจากการใช้แนวปฏิบัติมีผลทำให้ช่วยการตัดสินใจในการคัดแยกผู้ป่วย เพิ่มความถี่ในการประเมินอาการผู้ป่วย เพิ่มการควบคุมดูแลเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลง เพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการความเสี่ยง และการศึกษาของจำเนียรคูห์สุวรรณ, วนิดา หาญคุณากุล และ ศศิธร ศิริกุล (2552) ทำการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โดยใช้แนวคิดเชิงระบบร่วมกับการใช้รูปแบบการ

จัดการการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ปฏิบัติตามระดับชั้น ผลการศึกษาหลังการนำไปใช้ พบว่าด้านการดูแลผู้ป่วยทำให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นระบบมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้เร็วขึ้น ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจ รวมทั้งญาติผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการเปรียบเทียบระดับความพึงพอใจก่อนและหลังใช้ พบว่าระดับความพึงพอใจดีขึ้น ด้านระบบการพยาบาลทำให้เกิดความชัดเจนในการนำรูปแบบการจัดการทางการพยาบาล ที่เน้นการมองผลลัพธ์ด้านผู้ป่วยและระบบสุขภาพ ทำให้เห็นแนวทางในการวัดผลลัพธ์ในทางการปฏิบัติ เพื่อการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

จากผลลัพธ์ที่ได้จะเห็นได้ว่าการประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยถึงแม้ระยะเวลาเฉลี่ยทั้งหมดจะได้ตามมาตรฐานแต่ยังไม่เห็นชัดเจนว่าสามารถลดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากการนำไปใช้ เป็นเพียงการนำไปใช้ในระยะสั้น ส่วนผู้ปฏิบัติเริ่มใช้แนวปฏิบัติอาจทำให้สับสนในการใช้ทำให้การประเมินผลได้ไม่ถูกต้อง แต่จากผลลัพธ์ที่ได้พบว่าความรวดเร็วในแต่ละกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ หากสามารถลดระยะเวลาในแต่ละกิจกรรมได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสมและปลอดภัย ดังนั้นการมีแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจะสามารถช่วยในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว และปลอดภัย เนื่องจากเป็นสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจในการให้การพยาบาล





และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ส่วนระยะเวลาในการให้การดูแลอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการควบคุม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤต หรือ อาการทรุดลง จึงต้องใช้เวลาในการดูแลนานขึ้น ปัจจัยจากการส่งต่อได้แก่ ปัญหาการใช้รถส่งต่อผู้ป่วย ประเด็นเหล่านี้จะได้นำเข้าสู่แนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกันในโรงพยาบาลต่อไป

## 2.2 การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวทางการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้

ด้านแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง มีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงในระดับมากร้อยละ 93.90 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีการกำหนดกิจกรรมชัดเจนตามกรอบระยะเวลา มีความเข้าใจง่าย มีการตัดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นออก ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริง

ด้านแนวปฏิบัติ การพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาล มีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 90.24 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีการกำหนดกิจกรรมเหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ของโรงพยาบาล ดังนั้นพยาบาลผู้ปฏิบัติจึงมีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลมีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในการใช้งาน มีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความสะดวกในระดับมากร้อยละ 93.90 อภิปรายได้ว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทำเป็นแผนผังและมีการติดตั้งอยู่ในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถมองเห็นได้ชัดเจนเข้าถึงง่าย สะดวกในการใช้งาน

ด้านแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีความคิดเห็นว่าการนำแนวปฏิบัติมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 93.90 อภิปรายได้ว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลได้รับความร่วมมือและให้ความสำคัญจากทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้แนวปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้จริง

ด้านความพึงพอใจในภาพรวมในการใช้แนวปฏิบัติ มีความความพึงพอใจในภาพรวมต่อแนวปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 93.90 อภิปรายได้ว่า เนื่องจากแนวปฏิบัติเป็นเครื่องมือช่วยให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลันเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ได้เร็วขึ้น ทำให้การปฏิบัติงานมีความง่าย สะดวก มีขั้นตอนชัดเจน เกิดความมั่นใจในการทำงานจึงทำให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

## สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษากิจการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้และสามารถปฏิบัติตามได้จริงและจากผลสัมฤทธิ์การนำไปใช้พบว่าสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานเวลาในการดูแลผู้ป่วย มาตรฐานการส่งต่อ



ของ AHA (2005) และสถาบันประสาทวิทยา (2550) กำหนดเวลา 30 นาที

ผลลัพธ์จากการจัดการคุณภาพทางการพยาบาล

1. ผลลัพธ์ด้านพยาบาล โดยประเมินความคิดเห็นของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ พบว่าแนวปฏิบัติสั้นกระชับและครอบคลุมกับการปฏิบัติจริงมาก ร้อยละ 93.90 มีความเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลในระดับมาก ร้อยละ 90.24 มีความสะดวกในการใช้งานในระดับมาก ร้อยละ 93.90 ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 93.90 ความพึงพอใจในภาพรวมแนวปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 93.90

2. ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย หลังจากการนำการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันไปใช้ พบว่าโดยภาพรวมที่ แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดแพร่ ตั้งแต่แรกรับจนส่งต่อออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 29.38 นาที เวลาเร็วสุด 25.35 นาที และเวลานานสุด 33.45 นาที ซึ่งพบว่าแนวปฏิบัติมีแนวโน้มในการลดระยะเวลาในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA)

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งส่งต่อไปรับการรักษาโดยเฉลี่ยได้ตามมาตรฐานการดูแล แต่ในกระบวนการดูแลยังมีประเด็นที่ทำให้เกิดความล่าช้าเช่น ประเด็นการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจอื่นๆ เพื่อการวินิจฉัยแยกโรค ดังนั้น

จึงควรนำไปพิจารณาเพื่อปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทำให้เกิดความล่าช้าดังกล่าว

2. ในการนำแนวปฏิบัติในการจัดการคุณภาพทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดแพร่ ไปใช้ต้องมีการวิเคราะห์หน่วยงาน และมีการประเมินถึงความเหมาะสมกับบริบทของแต่ละโรงพยาบาลแม้ว่าจะเป็นโรงพยาบาลในระดับเดียวกันก็ตาม

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. การพัฒนาศักยภาพของพยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งในด้านองค์ความรู้ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เกี่ยวกับการซักประวัติที่ถูกต้อง แม่นยำ การประเมินอาการ อาการแสดงของโรคที่ถูกต้อง และการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ ไปรับการรักษาอย่างรวดเร็ว

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะแรกที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้ระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร่วมกับการบริการเชิงรุกที่เน้นให้ความรู้ประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับ อาการ การแสดงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลเบื้องต้น และความสำคัญของการมาพบแพทย์อย่างรีบด่วนตั้งแต่เริ่มมีอาการ

#### เอกสารอ้างอิง

จำเนียร คุณ์สุวรรณ, วณิดา หาญคุณากุล, และ ศศิธร ศิริกุล. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในโรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี. เอกสารประกอบการ



ประชุมวิชาการระดับชาติ เรื่อง กาลัง  
คนด้านสุขภาพกับการบริการ ด้วย  
หัวใจความเป็นมนุษย์, 2- 4 มิถุนายน  
2553. [ม.ป.ท.: ม.ป.พ.].

นิจศรี ชาญณรงค์ สุวรรณเวลา. *การดูแลรักษา  
ภาวะสมองขาดเลือดในระยะ  
เฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร:  
โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
2550.

พัคตร์พิมล หาญรินทร์. (2551). *การพัฒนาการ  
ดำเนินงานประกันคุณภาพการ  
พยาบาลระดับหน่วยงาน กลุ่มการ  
พยาบาล โรงพยาบาลศรีสงคราม  
จังหวัดนครพนม* (รายงานการศึกษา  
อิสระปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย).  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ยงชัย นิละนนท์. “*National Institute of Health  
Stroke Scale (NIHSS), Thai  
version*”. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
แพทยศาสตรมหาบัณฑิต, สาขา  
วิทยาศาสตร์การแพทย์ คณะ  
วิทยาศาสตร์การแพทย์  
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550.

สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวง  
สาธารณสุข. (2550). *แนวทางการ  
พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำหรับพยาบาลทั่วไป ฉบับปรับปรุง  
ครั้งที่ 1*. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท  
วิทยา.

สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวง  
สาธารณสุข. (2554). *แนวทางการ*

*พยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  
สำหรับพยาบาลทั่วไป*. กรุงเทพฯ:  
สถาบันประสาทวิทยา.

Adams, H. P., Adams, R. J., Brott, T., del Zopp, G.  
J., Furlan, A., Goldstein, L. B., et al.  
(2003). *Guidelines for the early  
management of patients with  
acute ischemic stroke: A scientific  
statement from the Stroke Council  
of the American Stroke Association*.  
*Stroke*, 34, 1056-83.

American Heart Association [AHA]. (2005).  
*Guidelines for Cardiopulmonary  
Resuscitation and Emergency  
Cardiovascular Care*. *Circulation*,  
112(4), 1- 203. American Heart  
Association [AHA]. (2005). *Guidelines  
for Cardiopulmonary Resuscitation  
and Emergency Cardiovascular Care*.  
*Circulation*, 112(4), 1-203.

American Heart Association Statistics  
Committee and Stroke Statistics  
Subcommittee. “*Heart Disease and  
Stroke 2010 Update: A Report From the  
American Heart Association*.” *Circulation*.  
(121)(2010): e46 e215.

Considine J. & McGillivry B. (2010). *An evidence-  
based practice approach to improve  
nursing care of acute stroke in an  
Australian Emergency Department*.  
*Journal of Clinical Nursing*, 19, 138-  
144.





World Health Organization. *“The atlas of  
heart disease and stroke 2012.”*

[On line] Available at:

<http://www.worldstrokecampaign.org>, 29 June 2013.

# Effectiveness of a pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Wang Chin Hospital<sup>1</sup>

Panisa Kaooian<sup>2</sup>

Received: July 2022

Accepted: March 2023

## Abstract

The purpose of this research was to study the effectiveness of a pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Using the concept of self-efficacy theory Study of 60 patients with chronic obstructive pulmonary disease, divided into a group receiving normal nursing care and a group using the program, 30 patients per group. Evaluating the effectiveness of the pulmonary rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Data collection tools include the COPD Impact Assessment on Patients (CAT) The fatigue assessment form for activities of daily living (mMRC) recorded FEV1, 6-MWD test results with a CVI content validity index value of 0.98 and a confidence value by Cronbark coefficient of 0.90 for analysis. General information By means of frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and Fisher's exact test, comparing differences in lung function values. Within the group, use the program. and the group that received normal nursing care before and after using the program in the 8th week with paired t-test and independent t-test statistics.

The results of the study found that lung function in patients with chronic obstructive pulmonary disease in the group using the pulmonary rehabilitation program, the impact of COPD on patients (CAT) in the group using the program was less affected than in the group receiving normal nursing care at a score of 11.60. ( $p < 0.00$ ) Feeling tired during activities of daily living (mMRC), using the program was less tired than the score of 1.40 ( $p < 0.00$ ) and the results of the 6-MWD measurement in using the program were better than the control group with a score of 303.83 ( $p = 0.03$ ). As for the FEV1 test results in the program and the group receiving normal nursing care, there was no difference ( $p = 0.10$ ).

**Keywords:** pulmonary rehabilitation program, chronic obstructive pulmonary disease

---

<sup>1</sup> Academic Article

<sup>2</sup> Professional Nurse at Wangchin Hospital, Phrae Province, E-mail: ja-1503@hotmail.com

# ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังชัน<sup>1</sup>

ปณิศา เก้าเอียน<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง ศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มใช้โปรแกรมฯ กลุ่มละ 30 ราย ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินผลกระทบของ COPD ต่อผู้ป่วย แบบประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันแบบบันทึกผลการตรวจ FEV1, 6-MWD โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.98 และค่าความเชื่อมั่นโดยสัมประสิทธิ์ ครอนบาร์ค 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Fisher's exact test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอด ภายในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษาพบว่าสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลุ่มใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผลกระทบของ COPD ต่อผู้ป่วย ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ กระทบน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่คะแนน 11.60 ( $p < 0.00$ ) ความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน กลุ่มใช้โปรแกรมฯ เหนื่อยน้อยกว่าที่คะแนน 1.40 ( $p < 0.00$ ) และผลการวัด 6-MWD ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มควบคุมที่คะแนน 303.83 ( $p = 0.03$ ) ส่วนผลการตรวจ FEV1 ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ( $p = 0.10$ )

**คำสำคัญ:** โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาล วังชัน จังหวัดแพร่, อีเมล ja-1503@hotmail.com





## บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 5 ในทั่วโลก องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของโลกภายในปี 2573 เกือบร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (World Health Organization, 2023) จึงถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆ ทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกปี พ.ศ.2561 พบว่ามีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคนคิด เป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัยผู้ใหญ่และคาดว่าจะกลายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 อัตราการเสียชีวิตของคนไทยจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น 1.30 เท่าในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมาโดยมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 40 คนต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ.2561 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย 12 เขตบริการสุขภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป มีจำนวน 169,009 คนซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 159,398 คน และ ปี 2559 จำนวน 152,319 คน โดยในเขตสุขภาพบริการที่ 1 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมากที่สุด (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นหนึ่งในโครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปี พ.ศ.2560 โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเกิดหอบกำเริบเฉียบพลันรวมถึงจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (พิชญาภา

รุจิวิษัญญ์, ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลาง และฐิติศรีเจริญชัย, 2559) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) คือโรคที่มีลักษณะเป็น persistent, progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลมาจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด ทำให้เกิด abnormal inflammatory response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆ ของร่างกาย (systemic inflammation) เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ (พิชญาภา รุจิวิษัญญ์ และคณะ, 2559) การจำกัดการไหลเวียนอากาศที่เกิดขึ้นอย่างถาวร (persistent airflow limitation) ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองต่อการอักเสบเรื้อรังที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในทางเดินหายใจและปอดจากการได้รับก๊าซหรือสารพิษจากพยาธิสภาพของโรคเมื่อหลอดลมเกิดการตีบแคบมีการทำลายเนื้อปอดและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงปอดซึ่งมีผลต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซทำให้เกิดการคั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงและก๊าซออกซิเจนในเลือดต่ำส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, 2552) ปัจจุบันเน้นการรักษาในระยะสั้นและการรักษาในระยะยาวของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายในการรักษา คือลดอาการในปัจจุบันและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดอาการกำเริบของโรคในอนาคต อย่างที่สองคือ การประเมินความรุนแรงของโรค จะประเมินจากอาการเหนื่อยของผู้ป่วย ประวัติอาการของโรค ค่า FEV<sub>1</sub> จากการตรวจสไปโรเมตรี (spirometry) และโรคร่วม (comorbidities) ของผู้ป่วย (พิชญาภา รุจิวิษัญญ์, ณรงค์กร ช้ายโพธิ์กลาง และฐิติศรีเจริญชัย, 2559) อย่างไรก็ตาม นอกจากภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจยังมีปัจจัยอื่นที่สะท้อนถึงต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต เช่น อัตราการกำเริบเฉียบพลัน การต้องเข้ารับการรักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในตลอดจนถึงอัตราตายเป็นต้น อาการหอบกำเริบ



เฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแต่ละครั้ง มักทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และผลกระทบจากอาการที่กำเริบนั้น ทำให้กิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลงเป็นเวลานาน และความสามารถในการออกกำลังกาย ถดถอยลงอย่างถาวร

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคปอด หมายถึง การให้การรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีปัญหาของโรคปอดหรือการหายใจโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ซึ่งประกอบไปด้วยการให้การฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรักษาด้วยยา ประคับประคองสภาพจิตใจ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดหรือชะลออาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปสู่ภาวะสูงสุดทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ อาชีพการงาน และสถานภาพทางสังคม (ดุจใจ ชัยวานิชศิริ และวสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, 2552) การศึกษาที่ผ่านมามีเป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สมบูรณ์นอกเหนือจากการลดอาการหายใจลำบากควรประกอบด้วย การเพิ่มความทนทานในการออกกำลังกายและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อเพิ่มสุขภาวะทางกายอีกด้วย จึงจะให้ผลดีในการป้องกันภาวะหอบกำเริบและลดอัตราการตาย (อังคณา วงศ์แสนสี, ธีระวุธ ธรรมกุล และสมโภช รติโอฬาร, 2560) ผลการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ร่วมกับการใช้ยา ยืดโดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบาก จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากได้มากขึ้น สมรรถภาพปอดมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (บุญชรีกา ชาตรีวัฒนกุล และคณะ, 2560)

อีกทั้งการศึกษาของผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โภชนาการ ประเมิน สุขภาพจิต และมีการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบว่า ผู้ป่วย COPD ที่ผ่านโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในห้องฉุกเฉินลดลง (ลินนภัสร์ ธนะวงศ์, พิกุล นันทชัยพันธ์ และประทุม สร้อย, 2559)

โรงพยาบาลวังซิ่น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันโรค COPD เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรค มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการด้วยโรค COPD ปี 2562-2564 จำนวน 474 ,477 และ 423 ราย และผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรค COPD ปี 2562-2564 จำนวน 140, 149 และ 92 ราย ตามลำดับ และพบว่าผู้ป่วยที่ Re-admit ภายใน 28 วันปี 2562 จำนวน 22 ราย ปี 2563 จำนวน 9 ราย ปี 2564 จำนวน 21 ราย ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาต่อคนเฉลี่ย 12,398-16,171 บาท อีกทั้งปัจจุบันโรงพยาบาลวังซิ่นยังไม่มีแนวทางการให้บริการผู้ป่วย COPD อย่างชัดเจน

ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของปัญหา จึงพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดและมีความสามารถในการออกกำลังกายที่ดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น ลดการเกิดกลุ่มอาการและผลที่ตามมาของการเกิดกลุ่มอาการของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

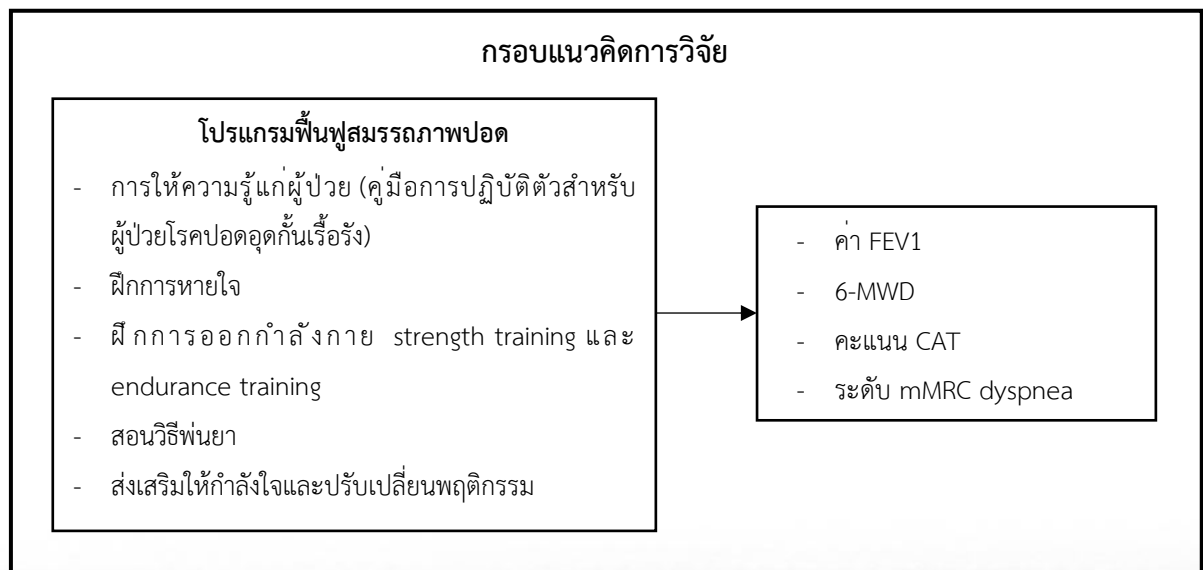
### นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดคือโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย, วิธีฝึกการหายใจ, ฝึกการออกกำลังกาย strength training endurance training, วิธีพ่นยา, ส่งเสริมให้กำลังใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. สมรรถภาพปอด คือ ค่า FEV1 คะแนน CAT (COPD Assessment Test) ระดับ mMRC dyspnea scale (Modified Medical Research Council Dyspnea Score) การตรวจสมรรถนะในการออกกำลังกาย (6-minute walk test, 6MWD)

### กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (Bandura, 1997) ที่ศึกษาความเชื่อ

ของบุคคลถึงความสามารถในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยความสามารถตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติตนเฉพาะอย่างได้พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมา เสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึง เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่าง โดยมี พันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ความสามารถ เฉพาะตัวของบุคคล ผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่า พฤติกรรมนั้นๆ เกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด ดังเช่นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดที่ เสริมสร้างให้กลุ่มทดลองเชื่อในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติตามโปรแกรม เกิดกระบวนการเรียนรู้ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นต่อตนเอง







### วิธีดำเนินการวิจัย

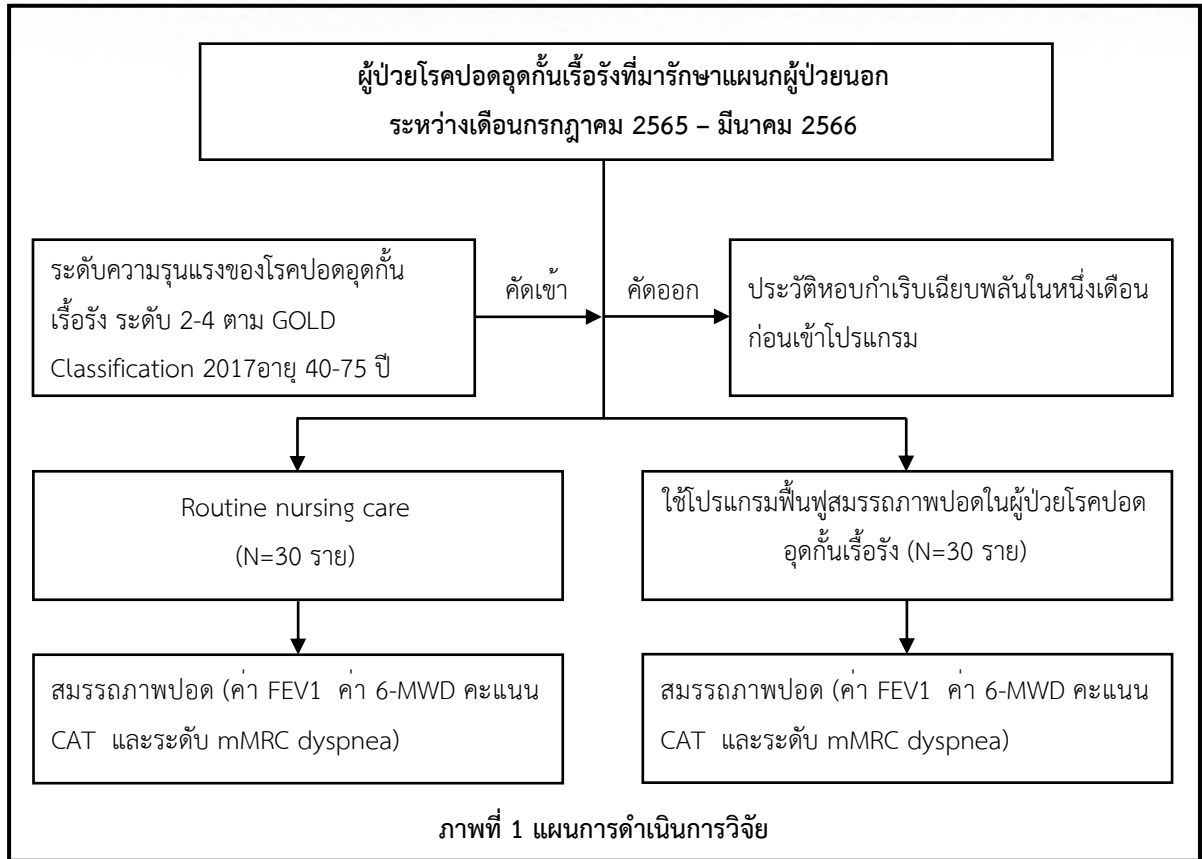
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง (Pre-Posttest Design) ในผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังซัน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง spirometer (CHEST รุ่น CHESTGRAPH HI 105) ที่มารักษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 - มีนาคม 2566

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลวังซัน และได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจากการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง spirometer จำนวน 60 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลวังซัน และได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีระดับความรุนแรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระดับ 2-4 ตาม GOLD Classification 2017 (พิชญาภา รุจิวิชัย, ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง และฐิติ ศรีเจริญชัย, 2559) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลัก

ทฤษฎีแนวโน้มนำเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theorem) กล่าวคือเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป การประมาณการแจกแจงของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจะมีการแจกแจงใกล้เคียงกับแบบปกติซึ่งสามารถอ้างอิงถึงประชากรได้ (Menro, 2001) งานวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 60 คน ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก โดยเก็บข้อมูลแบ่งตามช่วงเวลา กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม - พฤศจิกายน 2565 และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2565 - มีนาคม 2566

**เกณฑ์คัดเข้า** คือ ผู้ป่วยอายุ 40-75 ปี, รู้สึกตัวดี เข้าใจภาษาไทย และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย **เกณฑ์คัดออก** คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติหอบกำเริบเฉียบพลันในหนึ่งเดือนก่อนเข้าโปรแกรม **เกณฑ์ให้ยุติการวิจัย** กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามที่กำหนดได้, ผู้ป่วยที่มีประวัติหอบกำเริบเฉียบพลันขณะเข้าโปรแกรม



### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับการทดลอง และเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการทดลอง คือ โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย วิธีฝึกการหายใจ ฝึกการออกกำลังกาย strength training และ endurance training, วิดีทัศน์ ส่งเสริมให้กำลังใจ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังชิ้น โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมิน (assess) ผู้วิจัย ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประเมินเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (CAT), ความรู้สึกเหนื่อยในการ

ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC), ประเมินผล FEV1, วัด Six-Minute Walk distance (6MWD) ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 2 การแนะนำให้คำปรึกษา (advise) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ โดยให้คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้าน ขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3 การยอมรับ (agree) ผู้วิจัย และผู้ป่วยร่วมกันกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดความมั่นใจ แสดงให้เห็น



ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอดุดกัน พร้อมทั้งนัดครั้งต่อไป ให้เบอร์โทรศัพท์และทำข้อตกลงร่วมกันหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการกำเริบเฉียบพลันจนต้องรักษาในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยแจ้งทันที ชั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

สัปดาห์ที่ 2-8 แบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 4 การช่วยเหลือสนับสนุน (assist) และการติดตามประเมินผล (arrange) ในแต่ละสัปดาห์มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย ทบทวนความรู้ที่ได้จากผู้วิจัยในสัปดาห์ที่ 1 เพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดและไม่ถูกต้อง (advise) เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย (advise) เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย (advise) เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย (advise) วัดประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (CAT) และ ประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC) เปิดโอกาสให้

ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย (advise) เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดพูดคุยครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย (arrange) สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย (advise) เปิดโอกาสให้ซักถาม กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม ออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน เน้นย้ำการนัดครั้งต่อไป ที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอก

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอกประมาณ 30 นาที โดยผู้วิจัย ประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (CAT), ประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC), ประเมินผล FEV1, วัด Six-Minute Walk distance (6MWD) ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรมให้ผู้ป่วยทราบ ให้กำลังใจผู้ป่วยให้ปฏิบัติต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ เขตที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอดุดกัน เรื้อรัง โรคประจำตัวอื่น ประวัติการสูบบุหรี่

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอดุดกันเรื้อรัง แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอดุดกันเรื้อรัง 2554 (สมาคม





อุรเวชช์แห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรค  
หืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพ  
แห่งชาติ, 2553)

- แบบประเมิน ผลเกี่ยวกับโรคถุงลม  
โป่งพอง ใช้แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของ  
ผู้ป่วย COPD (COPD Assessment Test; CAT) ซึ่งเป็น  
แบบประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบ  
กิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจ  
ของตนเอง ทั้งหมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนน  
ตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก  
(5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้น  
คะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40

- แบบประเมิน ความรู้สึกเหนื่อยในการ  
ประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย  
(Modified Medical Research Council  
Dyspnea Score; mMRC) แปลผล 0 คะแนน  
ไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกาย  
อย่างหนัก, 1 คะแนน รู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้อง  
เดินเร็วๆหรือเดินขึ้นทางชัน, 2 คะแนน เดินได้ช้า  
กว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือ  
ต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจ, 3 คะแนน ต้องพัก  
หายใจหลังเดินได้ระยะทาง 100 เมตรหรือ  
หลังเดินทางราบได้เพียง 2-3 นาที, 4 คะแนน  
เหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้หรือเหนื่อย  
เมื่อต้องทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ใส่อุปกรณ์

- แบบบันทึกผลการตรวจ สมรรถภาพ  
ปอดด้วยเครื่องสไปโรเมตรี (spirometry) ซึ่งเป็น  
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญที่สุดในการ  
วินิจฉัย COPD และยังมีประโยชน์ในการแบ่ง  
ระดับความรุนแรงของโรค โดยถ้า FEV<sub>1</sub> น้อยโรค  
จะรุนแรงมาก

- 6-MWD การประเมินระยะทางในการ  
เดินของผู้ป่วยภายในเวลา 6 นาที (6-minute

walk distance, 6MWD) โดยพบว่าถ้าระยะทาง  
ในการเดินของผู้ป่วยภายในเวลา 6 นาทีน้อยกว่า  
350 เมตรจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต  
ในผู้ป่วย COPD

ส่วนที่ 3 คู่มือการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วย  
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติ  
ขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในโรค  
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภาวะโภชนาการ การฟื้นฟู  
สมรรถภาพปอด การออกกำลังกาย การใช้ยา  
การบริหารการหายใจ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการ  
ตรวจสอบดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content  
validity index : CVI) นำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ  
เชี่ยวชาญด้านอายุกรรมโรคระบบทางเดินหายใจ  
ตรวจสอบจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตาม  
เนื้อหาเท่ากับร้อยละ 0.98 หลังจากนั้นผู้วิจัย  
นำเครื่องมือปรับปรุงให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะ  
ของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองเก็บข้อมูล  
ผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ห้องตรวจผู้ป่วย  
นอก แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขภาษา ความชัดเจน  
ก่อนนำมาใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง โดยตรวจสอบ  
ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยวิธีหาค่า  
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach  
Alpha's coefficient) ได้ค่าคะแนนเท่ากับ 0.80

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อ  
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดแพร่เพื่อขออนุมัติก่อนเก็บ  
รวบรวมข้อมูล



2. เสนอแนวทางการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังซัน แก่เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังซัน และขออนุญาตทำการวิจัย โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

3. ดำเนินการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังซัน สัปดาห์ที่ 1 พบผู้ป่วยที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวังซัน โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ผู้วิจัยประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประเมินเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (CAT), ความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC), ประเมินผล FEV1, วัด Six-Minute Walk distance (6MWD) ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติขณะอยู่ที่บ้านพร้อมทั้งนัดครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 2-7 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย เพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดและไม่ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการออกกำลังกาย การใช้ยา การบริหารการหายใจ ตามแผนที่ตกลงกัน และนัดครั้งต่อไปสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยพบผู้ป่วยที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (CAT), ประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC), ประเมินผล FEV1, วัด Six-Minute Walk distance (6MWD) ผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรมให้ผู้ป่วยทราบ

4. ประเมินและบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

5. รวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

6. นำข้อมูลจากแบบบันทึกผลการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอขออนุญาตผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ PPH No 020/2565 ก่อนนำไปศึกษาวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดย ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการของผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมไปเพิ่มเติมแก่กลุ่มควบคุมเพื่อความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างวิจัย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square test

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอด ภายในกลุ่มใช้โปรแกรมมาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองและหลังใช้โปรแกรมมา ในสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test โดยทดสอบดูการกระจายมีการกระจายข้อมูลปกติและเป็นอิสระต่อกัน มีการแจกแจงแบบปกติเข้าเกณฑ์การใช้สถิติ Paired t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอด ระหว่างใช้โปรแกรมมาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test โดยทดสอบดูการกระจาย



มีการกระจายข้อมูลปกติและเป็นอิสระต่อกัน  
มีการแจกแจงแบบปกติเข้าเกณฑ์การใช้สถิติ  
Independent t-test

**ผลการวิจัยและการอภิปรายผล**

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย กลุ่มก่อนและหลังใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเพศชาย และมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลทั้งหมด ด้านการศึกษา ทั้งสองกลุ่มได้

เรียนหนังสือ ร้อยละ 83.33 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.00 ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 6.33 ปี ( $\pm 0.82$ ) ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ 7.33 ปี ( $\pm 1.50$ ) ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20.13 ปี กลุ่มใช้โปรแกรมฯ 22.60 ปี และระยะเวลาเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 10.10 ปี กลุ่มใช้โปรแกรมฯ 7.30 ปี (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

ตัวแปร	กลุ่มใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n=30)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)		P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>เพศ</b>					0.14
ชาย	25	83.30	19	63.30	
หญิง	5	16.70	11	36.70	
<b>การศึกษา</b>					0.30
ไม่ได้เรียนหนังสือ	7	23.30	3	10.00	
เรียนหนังสือ	23	76.70	27	90.00	
<b>โรคประจำตัว</b>					0.35
ไม่มี	11	36.67	15	50.00	
มี	19	63.33	15	50.00	
	Mean	SD	Mean	SD	P-value
ระยะเวลาที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ปี)	6.33	0.82	7.33	0.50	0.14
ระยะเวลาสูบบุหรี่ (ปี)	20.13	5.23	22.60	12.10	0.49
ระยะเวลาเลิกสูบบุหรี่ (ปี)	10.10	9.33	7.30	7.08	0.20





2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอด ในกลุ่มใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในสัปดาห์ที่ 0 (ก่อนการทดลอง) และ สัปดาห์ที่ 8 พบว่า ค่า CAT ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.00$ ) และค่า mMRC ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.00$ ) แต่กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 8 ค่า CAT เลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.00$ ) และ

ค่า mMRC เลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P = 0.18$ ) ค่า 6-MWD สัปดาห์ที่ 8 ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดีขึ้น อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่า FEV1 ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอดภายในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มใช้โปรแกรมฯ (n=60)

ตัวแปร	กลุ่ม	สัปดาห์ที่ 0		สัปดาห์ที่ 8		diff	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
CAT	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	16.73	4.61	19.13	4.68	-2.40	-3.96-0.84	0.00
	ใช้โปรแกรมฯ	21.23	3.58	11.60	5.64	9.60	7.02-12.24	<0.00
mMrc	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	2.07	0.87	2.27	0.58	-0.20	-0.50-0.10	0.18
	ใช้โปรแกรมฯ	2.07	0.52	1.40	0.67	0.67	0.38-0.95	<0.00
6-MWD	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	261.00	43.81	269.83	62.06	-8.83	-19.70-2.03	0.11
	ใช้โปรแกรมฯ	303.83	65.31	306.00	55.09	2.16	-18.30-22.63	0.83
FEV1	ได้รับการพยาบาลตามปกติ	66.96	8.09	67.06	6.04	-0.10	-2.09-1.89	0.19
	ใช้โปรแกรมฯ	70.63	8.88	72.60	10.34	-1.96	-5.37-1.44	0.25

3. ความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอดคะแนนประเมินผลกระทบของ COPD ต่อผู้ป่วย (CAT) ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯคะแนนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.00$ ) คะแนนประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (mMRC) ของกลุ่มใช้โปรแกรมฯ ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ  $< 0.00$  การประเมินระยะทางในการเดินของผู้ป่วยภายในเวลา 6 นาที (6-MWD) พบว่าในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ ค่า 6-MWD ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.03$ ) ส่วนค่า FEV1 ของทั้งสองกลุ่มพบว่ามีค่าไม่ต่างกัน (ตารางที่ 3)



**ตารางที่ 3** ความแตกต่างของค่าสมรรถภาพปอด ในกลุ่มตัวอย่าง (n=60)

สมรรถภาพปอด	กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=30)		กลุ่มใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (n=30)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
CAT (Mean±SD)	19.13	±4.68	11.60	±5.642	5.62	<0.00
mMRC (Mean±SD)	2.27	±0.58	1.40	±0.674	5.32	<0.00
6-MWD (Mean±SD)	269.83	±62.06	306.00	±55.09	-2.24	0.03
FEV 1 (Mean±SD)	67.06	±8.10	72.60	±8.880	1.67	0.10

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยค่าการประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง COPD Assessment Test (CAT) ลดลง อธิบายได้ว่าค่าคะแนน CAT ที่น้อยลงแสดงถึงความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองดีขึ้น คะแนนประเมินความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน Modified Medical Research Council Dyspnea Score (mMRC) ลดลง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสามารถประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น มีความรู้สึกเหนื่อยลดลง และการประเมินระยะทางในการเดินของผู้ป่วยภายในเวลา 6 นาที (6-MWD) ในกลุ่มใช้โปรแกรมฯ 6-MWD ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อธิบายได้ว่า ภายในเวลา 6 นาที กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมฯ สามารถเดินได้ระยะทางไกลกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย วิธีฝึกการหายใจ ฝึกการออกกำลังกาย strength training endurance training วิธีพ่นยาส่งเสริมให้กำลังใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสามารถลดค่า CAT mMRC และ เพิ่มค่า 6-MWD สอดคล้อง

กับการศึกษาของบุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล และคณะ (2560) ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการใช้ยาชนิดโดยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากจะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากได้มากขึ้น สมรรถภาพปอดมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

จากการวิเคราะห์ค่า FEV1 (% predicted) ของผู้ป่วย COPD พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่าปัจจัยการเพิ่มปริมาตรอากาศของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เนื่องจากประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยดูจากระยะเวลาที่สูบบุหรี่ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 20.13 ปี กลุ่มใช้โปรแกรมฯ 22.60 ปี และระยะเวลาเลิกสูบบุหรี่ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 10.10 ปี กลุ่มใช้โปรแกรมฯ 7.30 ปี ซึ่งปัจจัยทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มปริมาตรของปอดสอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการวัดปริมาตรปอดในผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของค่า FEV1 มากที่สุด ผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่มีอัตราการลดลงโดยเฉลี่ยต่อปีของค่า FEV1 มากกว่าผู้ที่เลิกบุหรี่



แล้วถึง 120 มิลลิลิตร (เร็กซ์คัตต์ สิงห์กาญจนโรจน์, 2564) นอกจากนี้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดใช้เทคนิคการออกกำลังกาย strength training และ endurance training ในที่นี้มีนวัตกรรมอย่างยืดมาช่วยในการออกกำลังกายโดยพยาบาลเป็นผู้สอนที่เน้นการจัดการเพื่อลดอาการเพิ่มความสามารถในการทำงานของร่างกายให้ได้ระดับสูงสุดเท่าที่จะทำได้ โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบทางเดินหายใจ โดยพยาบาล สามารถออกแบบ หรือปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมกับแต่ละบุคคล โปรแกรมการฝึกมี 5 วันต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งน้อยกว่าระยะเวลาตามมาตรฐานจึงอาจมีผลทำให้ผลการเพิ่มปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่ (FVC) ของผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาการฝึกกล้ามเนื้อหายใจที่มีต่อสมรรถภาพปอดซึ่งใช้ระยะเวลาการฝึกกล้ามเนื้อหายใจ 6 สัปดาห์ ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าปริมาตรสูงสุดของอากาศที่หายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่ (FVC) เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ปิยาภรณ์ สุนทองหัว และวรรณพร ทองตะโก, 2562) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุกัลยา กฤษณกรเกียรติ, จินตนา ดันหยง, สุวัฒน์ จิตรดำรงค์, รุจิรวรรณ บุปผาพรหม และวิภาพร ตันธุ์สุระ (2556) ที่ใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 5 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ดังนั้นควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการฝึก

การที่ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประการแรก

เนื่องมาจากการให้โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูปอดในการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ผู้ป่วยนำกลับไปปฏิบัติเองที่บ้าน (home-based) ผู้วิจัยใช้การติดตามทางโทรศัพท์ แต่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งมักให้หมายเลขโทรศัพท์ของลูกหลานซึ่งทำให้การติดตามผู้ป่วยทำได้ยาก การประเมินผู้เข้าร่วมวิจัยหลังการฝึกตามโปรแกรม 8 สัปดาห์ ได้มีการสอบถามถึงความสม่ำเสมอของการฝึก และความยากง่ายของท่าการออกกำลังกายได้ข้อมูลว่า ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ การที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนหนึ่งฝึกออกกำลังกายไม่ครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนดให้ จึงส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงของค่าตัวแปรในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยยังพบว่าท่าการออกกำลังกายบางท่าทำได้ยาก เช่น ท่าที่ 5 ในระดับที่ 3 ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ทำท่านี้ไม่ได้ ตั้งแต่ตอนให้โปรแกรม เนื่องจากการทรงตัวลำบาก และผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยน โดยให้เป็นการทำท่าที่ 5 ของ ระดับที่ 2 หรือระดับที่ 1 แทนตามแต่ความสามารถของผู้เข้าร่วมการวิจัย แต่เมื่อสอบถามผู้เข้าร่วมการวิจัยหลังการฝึก 8 สัปดาห์พบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนหนึ่งก็ยังทำท่านี้ได้ยากกว่าท่าอื่นๆ ดังนั้นการวิจัยในครั้งต่อไปผู้วิจัยมีความเห็นว่า ควรมีการปรับเปลี่ยนท่าออกกำลังกายให้ทำได้ง่ายขึ้น และมีข้อเสนอแนะว่าถ้าเป็นไปได้การจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดแก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควรมีการจัดที่โรงพยาบาล (hospital-based) ร่วมด้วยเพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยให้ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งน่าจะให้เห็นผลการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้ชัดเจนกว่านี้





### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ลดความรู้สึเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้จริง ควรจะนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวังชิ้นต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ธนสมิทธิ์ เรืองจันทร์, พญ.ขวัญชนก แสนเตชะ, คุณขวัญดาว คำคง หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลวังชิ้น ขอขอบคุณ นพ.อมรพันธุ์ สมร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังชิ้น คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ แพทย์ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่ดูแลช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่างๆ ให้งานวิจัยครั้งนี้ประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์

### เอกสารอ้างอิง

คณะทำงานพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. (2553). *แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง* 2554. สมาคมอูรเวชแห่งประเทศไทย สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ฉัตรชัย เอกปัญญาสกุล. (2563). *หลักอาชีวเวชศาสตร์เพื่อการป้องกันและสาธารณสุข*. การพิมพ์จริยสุนิหวงศ์.

ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. (2552). *ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู*. ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญทริกา ชาตรีวัฒนกุล, อีรณุช ห่านิรัตศัย, และวรรณิ ศักดิ์สวัสดิ์. (2560). ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดร่วมกับการใช้ยาชนิดต่อการรับรู้สมรรถนะตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากและสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32*(1), 157-172.

พิชญาภา รุจิวิษณุ, ณรงค์กร ชัยโพธิ์กลาง, และฐิติ ศรีเจริญชัย. (2559). *โรคระบบการหายใจพื้นฐาน (Fundamental respiratory diseases)* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

เริงศักดิ์ สิงห์กาญจนโรจน์. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงของปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออก ในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็วและแรงเต็มที่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลราชบุรี. *วารสารแพทย์ เขต 4-5, 40*(4), 549-557.

ลินนภัสร์ ธนะวงศ์, พิกุล นันทชัยพันธ์, และประทุม สร้อย. (2559). ผลของการส่งเสริมการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและการใช้บริการสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. *พยาบาลสาร, 43*(2), 45-56.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. *ตัวชี้วัดบริการสุขภาพ สปสช.* (2563). แผนปฏิบัติการราชการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1 ระยะ 5 ปี พ.ศ. 2561 – 2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2564-2565). <https://www.nhso.go.th/>



storage/files/841/ITA/20210511/assessment\_management6407.pdf.

อังคณา วงศ์แสนสี, ชีระวุธ ธรรมกุล, และ สมโภชรติโอพาร. (2560). รูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยาลัยพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(3), 48-61.

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.

World Health Organization. (2023/03/16). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <https://www.emro.who.int/health-topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease->

Munro, B.H. (2001). *Statistical Methods for health care research* 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia; PA: Lippincott.

# Effectiveness of Self-Care Promotion Program in Elderly People Undergoing Cataract Surgery, Fang Hospital<sup>1</sup>

Kodchaphorn Musikathum<sup>2</sup>

Received: November 2022

Accepted: March 2023

## Abstract

This study aimed to investigate the effects of a self-care promotion program on elderly individuals who underwent cataract surgery. The experimental group, which received the self-care promotion program, was compared to a control group that received standard care. The sample consisted of individuals aged 60-80 years undergoing cataract surgery for the first time, without surgery-related cataracts. The study comprised two groups, each consisting of 35 patients. The experimental group underwent the self-care promotion program, while the control group received routine care. Data collection tools included a self-care knowledge test, a self-care ability assessment form, and an infection assessment form specific to elderly individuals undergoing cataract surgery. Content validity index (CVI) ranged from 0.98 to 1.0, and confidence values were between 0.85 and 0.90. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-square test, and Independent t-test.

The results revealed that, firstly, infections one week and 28 days after cataract surgery, encompassing symptoms such as eye pain, tearing, and eye discharge, did not significantly differ between the experimental and control groups at the 0.05 significance level. Secondly, post-research comparisons of self-care knowledge and the ability to care for oneself indicated significant differences between the experimental and control groups at the 0.05 significance level, with t-statistic values of 10.55 and 8.14, respectively.

**Keywords:** Self-Care Promotion Program, Cataract Surgery, Intraocular Infection

---

<sup>1</sup> Academic Article

<sup>2</sup> Professional Nurse at Fang Hospital, Chiang Mai Province, E-mail: kukae14@gmail.com



# ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก โรงพยาบาลฝาง<sup>1</sup>

กชพร มุสิกธรรม<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูกอายุ 60-80 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดต่อกระดูก และต่อกระดูกที่ไม่ได้เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบวัดความรู้เรื่องการดูแลตนเอง แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินการติดเชื้อในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระดูก โดยมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา CVI อยู่ระหว่าง 0.98-1.00 มีค่าความเชื่อมั่น อยู่ระหว่าง 0.85-0.90 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติไคสแควร์ และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่า 1) ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก 1 สัปดาห์ และภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระดูก 28 วัน ได้แก่ การมีอาการปวดตา น้ำตาไหล และการมีขี้ตา ภายหลังการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ภายหลังการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสถิติที เท่ากับ 10.55 และ 8.14 ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง การผ่าตัดต่อกระดูก การติดเชื้อในลูกตา

<sup>1</sup> บทความวิชาการ

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่, อีเมล kukae14@gmail.com



## บทนำ

“เลนส์ตา” เป็นส่วนประกอบอย่างหนึ่งที่สำคัญมากของดวงตา เพราะมีบทบาทสำคัญที่ทำให้คนเราสามารถมองเห็นได้ตามปกติ ต่อกระจกเป็นโรคที่พบได้บ่อยและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เป็นสาเหตุทำให้ประชากรโลกตาบอดมากที่สุด (ดีเรก ผาติกุลศิลา, 2561) สำหรับประเทศไทยมีความชุกของตาบอด ร้อยละ 0.59 ปัจจุบันเทคโนโลยีเจริญก้าวหน้า การผ่าตัดต่อกระจกทำได้ง่ายรวดเร็ว และแผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก แต่การรักษาจะมีประสิทธิภาพมากที่สุดต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ดี และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระจกได้อย่างถูกต้อง ซึ่งหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดได้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยหลังผ่าตัด ต่อกระจกคือการติดเชื้อในลูกตา (endophthalmitis) (พรชัย สิมะโรจน์ และ อนุชิต ปุญญพลังค์, 2561) ผลกระทบของการติดเชื้อในลูกตาที่สำคัญ ได้แก่ การมองเห็นลดลง ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อรุนแรงอาจต้องสูญเสียการมองเห็น และต้องควักลูกตาออก นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีการอักเสบติดเชื้อบริเวณรอบดวงตาจะส่งผลให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในลูกตาได้เช่นเดียวกัน ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในลูกตาได้ (พรชัย สิมะโรจน์ และ อนุชิต ปุญญพลังค์, 2561) ข้อมูลสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 2564 ประเทศไทยมีการผ่าตัดต่อกระจกในผู้สูงอายุปี 2561 จำนวน 105,005 คน ปี 2562 จำนวน 112,642 คน และปี 2563 จำนวน 100,307 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

โรงพยาบาลผาง เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 210 เตียง สังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันโรคต่อกระจก เป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของโรค มีจำนวนผู้ป่วยที่ผ่าตัดต่อกระจก ปี 2563-2565 จำนวน 447, 446 และ 499 ราย ตามลำดับ จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่เกิดภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกตา ภายใน 28 วัน ปี 2563 จำนวน 2 ราย ปี 2564 จำนวน 2 ราย ปี 2565 จำนวน 4 ราย ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันโรงพยาบาลผางมีวิธีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดต่อกระจกโดยการให้สุขศึกษา แต่ยังไม่มีความเห็นว่าการเตรียมผู้ป่วยในการผ่าตัดต่อกระจกอย่างชัดเจน ทำให้เกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกตา ผู้ป่วยต้องกลับมาอนรักษานในโรงพยาบาลซ้ำ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น การมองเห็นของผู้ป่วยลดลง ทำกิจวัตรได้น้อยลง และส่งผลให้คุณภาพชีวิตที่ลดลง

ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัย บทความทางวิชาการ พบว่าผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตา และน้ำวุ้นตามีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย และมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ศิริพร ลวณะสกล, 2564) การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม พบว่ามีปัญหาที่ต้องนำมาวางแผนการพยาบาลคือขาดความรู้เกี่ยวกับการเกิดการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การเตรียมตัวของผู้สูงอายุในการปฏิบัติก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดต่อกระจกที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเกิดการ



ติดเชื้ขึ้นซึ่งทำให้ผู้สูงอายุต้องกลับเข้มารับการ  
รักษาต่ออาจมีปัญหารุนแรงทำให้สูญเสียการ  
มองเห็นหรือสูญเสียดวงตา นอกจากนี้ยังเสียเวลา  
และมีผลต่อเศรษฐกิจ ภาระครอบครัว คุณภาพ  
ชีวิตของผู้สูงอายุ (มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว, 2559)  
และพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองกับ  
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการนำ  
ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองมา  
ประยุกต์ใช้ในการจัดการสุขภาพ การส่งเสริม  
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแนวทาง  
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐาน  
การสร้างควมมั่นใจในตนเองและการรับรู้  
ความสามารถของตนเองของแบนดูรา 4 ประการ  
จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะเลือกหรือ  
กำหนดพฤติกรรมใดๆ ที่เหมาะสมกับตนเองได้โดย  
มีความคาดหวังต่อสิ่งที่ จะเกิดขึ้น ตลอดจน  
สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่องและ  
ยั่งยืน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์  
ทางสุขภาพที่ดีขึ้น (ภาสิต ศิริเทศ และ ฌพิวิทย์  
ธรรมสีหา, 2561) อีกทั้งมีการนำโปรแกรมส่งเสริม  
สุขภาพครอบครัวใช้ปรับพฤติกรรมสุขภาพของ  
ผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว พบว่า  
ค่าคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย  
หลังผ่าตัดต้อกระจกของกลุ่มทดลองหลังการได้รับ  
โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรม  
สุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกและครอบครัว  
ดีขึ้น (มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว, 2559)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริม  
การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก  
โรงพยาบาลฝาง โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้  
สมรรถนะตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับโปรแกรม  
ส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัด  
ต้อกระจก โรงพยาบาลฝาง เพื่อให้ผู้สูงอายุและ

ผู้ดูแลที่เข้รับการผ่าตัดต้อกระจก มีความรู้เรื่อง  
การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด, วิธีการหยอดยาตา และ  
การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ดีขึ้น มีการรับรู้สมรรถนะ  
ของตนเองเพิ่มขึ้น ลดการเกิดการติดเชื้หลัง  
ผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริม  
การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก  
ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริม  
การดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก และ  
กลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

### นิยามศัพท์

1. การผ่าตัดต้อกระจก หมายถึง โรคที่  
แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคต้อกระจกที่ผ่าตัด  
PE with IOL (Phacoemulsification with an  
intraocular lens) เป็นการสลายเลนส์ที่ขุ่นมัว  
จากสาเหตุของต้อกระจกด้วยคลื่นอัลตราซาวด์  
และใส่เลนส์แก้วตาเทียมหรือเรียกชื่อย่อว่า IOL  
เข้าไปแทนที่เพื่อปรับค่าสายตา
2. การติดเชื้ในลูกตา หมายถึง อาการ  
ตาแดง ปวดตา น้ำตาไหล มีขี้ตาสีเหลืองหรือ  
สีเขียว และตามัวลงหลังผ่าตัดต้อกระจกภายใน  
28 วัน
3. ภาวะเลนส์เคลื่อน หมายถึง อาการตามัว  
อาจมีลักษณะมัวเป็นพักๆ ตามการขยับเขยื้อน  
ของเลนส์เวลาเรากลอกตาไปมา หลังผ่าตัดต้อ  
กระจก ภายใน 7 วัน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

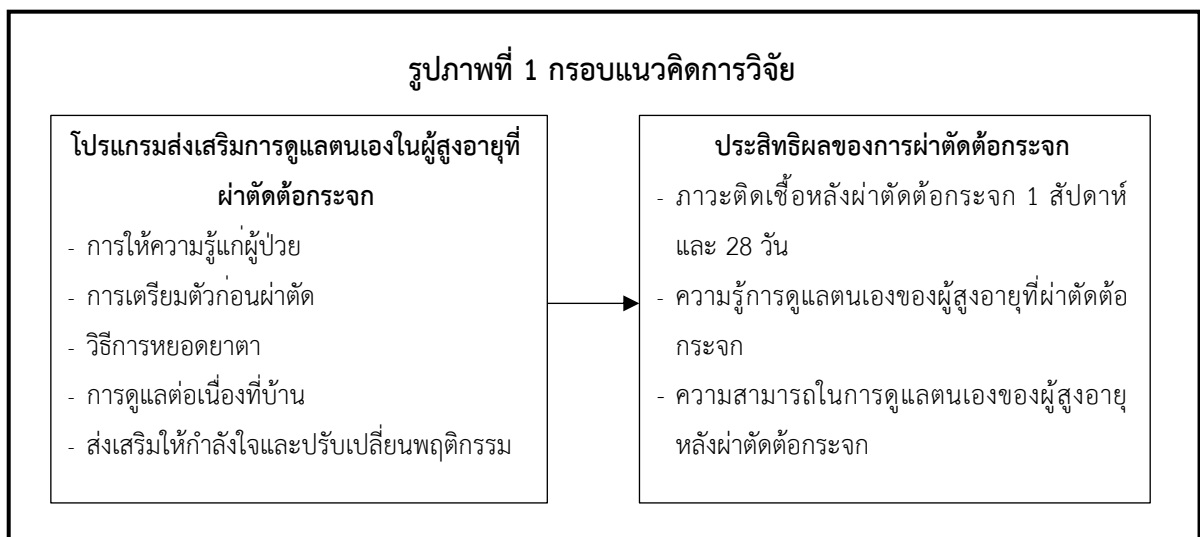
การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้  
ความสามารถตนเอง พัฒนามาจาก ทฤษฎีการ  
เรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social learning Theory:





SCT) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเทคนิค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเบนดูรา (Bandura, 1997) พื้นฐานแนวคิดที่เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เชื่อว่าในการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่จะมาเสริมแรงให้เงื่อนไขนั้นคงอยู่ พฤติกรรมการเรียนรู้ของมนุษย์จึงเกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ประกอบหลายอย่างโดยมีพันธุกรรม สภาพแวดล้อม สังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของบุคคลผสมผสานกันซึ่งยากแก่การตัดสินว่า พฤติกรรมนั้นๆเกิดจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ ซึ่งถ้าหากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (outcome expectations) เขาจะแสดงซึ่งพฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด (Bandura,1997) ทั้งนี้

การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง เบนดูราได้เสนอวิธีการสร้างให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนเอง ไว้ 4 วิธี ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery experience) 2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) 3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และ 4) การกระตุ้นอารมณ์ (Emotional arousal) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้นำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจากมาเป็นสิ่งเร้าที่เสริมแรงให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเอง ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการหยอดยาตา และการดูแลต่อเนืองที่บ้านที่ดีขึ้น ลดการเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แสดงดังรูปภาพที่ 1





## สมมติฐานของการวิจัย

1. ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก มีคะแนนด้านความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และคะแนนความสามารถในการดูแลดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิด Two group pre-posttest design ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม 2565-มีนาคม 2566 โดยกลุ่มควบคุม (ได้รับการดูแลตามปกติ) จำนวน 35 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2565-มกราคม 2566 และกลุ่มทดลอง (ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก) จำนวน 35 ราย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม 2566

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้าได้รับการผ่าตัดต้อกระจก ในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โภชรั (Otolaryngology-Ophthalmology - Maxillofacial) โรงพยาบาลผาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก PE with IOL

(Phacoemulsification with an intraocular lens) จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ทำการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป stata version 12 โดยการสำรวจอุบัติการณ์การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดตาในปี 2565 พบร้อยละ 0.80 และคาดว่าหลังใช้แนวปฏิบัติเกิดอุบัติการณ์การติดเชื้อลดลงร้อยละ 50.00 กำหนดให้การศึกษาเป็นการทดสอบแบบทางเดียว ค่าอำนาจการทดสอบ 90% ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% เกณฑ์คัดเข้า คือผู้ป่วยอายุ 60-80 ปี รู้สึกตัวดี เข้าใจภาษาไทย และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย, ผู้ป่วยที่ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจกที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ (Traumatic Cataract) เกณฑ์ให้ยุติการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามที่กำหนดได้ อาสาสมัครดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงหรือมีผลต่อความไม่เที่ยงตรงของผลการศึกษารายละเอียดแสดงตามรูปภาพที่ 2

## เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือสำหรับการทดลอง และเครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเรื่อง การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการหยอดยาตา, การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และ



การส่งเสริมให้กำลังใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  
รายละเอียดดังนี้

**ครั้งที่ 1** ผู้วิจัยพบผู้สูงอายุต่อกระຈก  
ที่หอผู้ป่วย โสต คอ นาสสิก จักษุ โภชณู ผู้วิจัย  
ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลรวมทั้งประเมินความรู้  
และความสามารถผู้สูงอายุเรื่อง การเตรียมตัวก่อน  
ผ่าตัด วิธีการหยอดยาตา, การดูแลต่อเนืองที่บ้าน  
ผู้วิจัยให้ความรู้และคำแนะนำเพิ่มเติมแก่ผู้สูงอายุ  
ที่ผ่านการประเมินในขั้นตอนที่ 1 เพื่อให้มีความรู้  
ความเข้าใจในเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการ  
หยอดยาตา การดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อให้  
ผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติ ผู้วิจัยและผู้ป่วยร่วมกัน  
กำหนดเป้าหมายร่วมกัน สร้างแรงจูงใจให้เกิด  
ความมั่นใจ แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการ  
ปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองใน  
ผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈก ประเมินความรู้และ  
ความสามารถผู้สูงอายุซ้ำเรื่อง การเตรียมตัวก่อน  
ผ่าตัด,วิธีการหยอดยาตา และการดูแลต่อเนือง  
ที่บ้าน พร้อมนัดครั้งต่อไป

**ครั้งที่ 2** ก่อนจำหน่ายกลับบ้านผู้วิจัย  
ทบทวนวิธีการหยอดยาตา การดูแลต่อเนืองที่บ้าน  
สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม  
และเน้นย้ำการปฏิบัติตัวต่อเนืองที่บ้านและการ  
นัดครั้งต่อไปที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยใน หอผู้ป่วย  
โสต คอ นาสสิก จักษุ โภชณู

**ครั้งที่ 3** สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยพบผู้ป่วย  
ที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอก ติดตามอาการผู้ป่วย  
สอบถามถึงอาการของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถาม  
ประเมินอาการติดเชื้อ และเน้นย้ำการนัด  
ครั้งต่อไปที่ แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอก  
โรงพยาบาลฝาง

**ครั้งที่ 4** สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยพบผู้ป่วย  
ที่แผนกห้องตรวจผู้ป่วยนอก ประเมินอาการติด  
เชื้อ และผู้วิจัยสรุปผลลัพธ์ของโปรแกรมให้ผู้ป่วย  
ทราบ

2. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย  
ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา โรค  
ประจำตัว

2.2 แบบบันทึกการติดเชื้อและเลนส์ตา  
เคลื่อนหลังผ่าตัดต่อกระຈก

2.3 แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเอง  
ของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระຈก 3 ด้าน ได้แก่  
ด้านที่ 1 การดูแลตนเองก่อนผ่าตัด จำนวน 7 ข้อ  
ด้านที่ 2 การดูแลตนเองหลังผ่าตัด จำนวน 16 ข้อ  
และด้านที่ 3 อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์  
จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 13 ข้อโดยข้อคำถาม  
แต่ละข้อตอบว่า “ใช่” และ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้  
คะแนนตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน  
แปลผลคะแนนใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนน  
อิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom  
(Bloom, 1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น  
3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่  
ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 22-27 คะแนน)  
ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ  
60.00-79.99 (ช่วงคะแนน 16-21 คะแนน)  
ความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00  
(ช่วงคะแนน 0-15 คะแนน)

2.4 แบบประเมินความสามารถในการ  
ดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระຈก 3 ด้าน ได้แก่ ด้าน  
ที่ 1 ขั้นตอนการเช็ดตา จำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 2  
ขั้นตอนการหยอดยาตา จำนวน 6 ข้อ และด้านที่





3 ขั้นตอนการใช้ฝาคอบตา จำนวน 3 ข้อ รวมทั้งหมด 13 ข้อ โดยประเมินแต่ละข้อ “ปฏิบัติถูกต้อง” และ “ปฏิบัติไม่ถูกต้อง” เกณฑ์การให้คะแนน ปฏิบัติถูกต้องได้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องได้ 0 คะแนน ทักษะการปฏิบัติระดับดีได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (ช่วงคะแนน 11-13 คะแนน) ทักษะการปฏิบัติระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00–79.99 (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน) ทักษะการปฏิบัติระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.00 (ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมในการจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญทางด้านโรคต่อกระจกทั้งหมด 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ 1 ท่าน พยาบาลเฉพาะทางด้านจักษุ 2 ท่าน เพื่อให้แบบสอบถาม มีความชัดเจนยิ่งขึ้น แล้วนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้ค่าคะแนน CVI ของ แบบประเมินภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน เท่ากับ 1 แบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เท่ากับ 1 และแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.98 ดังนั้น เครื่องมือวิจัยมีความตรงเชิงเนื้อหา และสามารถนำไปใช้ในการเก็บข้อมูลได้ หลังจากนั้นนำข้อคิดเห็นมาปรับปรุง

แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยใช้วิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder & Richardson 1937) โดยผู้วิจัยได้นำโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจก ไปทดสอบความเที่ยง (Interrater agreement) ในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจกหออผู้ป่วยพิเศษ ได้ค่าคะแนนเท่ากับ ความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้เรื่องการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.90 และความเที่ยงของแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.85

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุมัติก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เสนอแนวทางการใช้ประโยชน์จากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต่อกระจก แก่เจ้าหน้าที่หออผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โภชรัฎฐ์ โรงพยาบาลฝาง และขออนุญาตทำการวิจัย

3. ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย และดำเนินการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุม คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองคือผู้สูงอายุผ่าตัดต่อกระจกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง



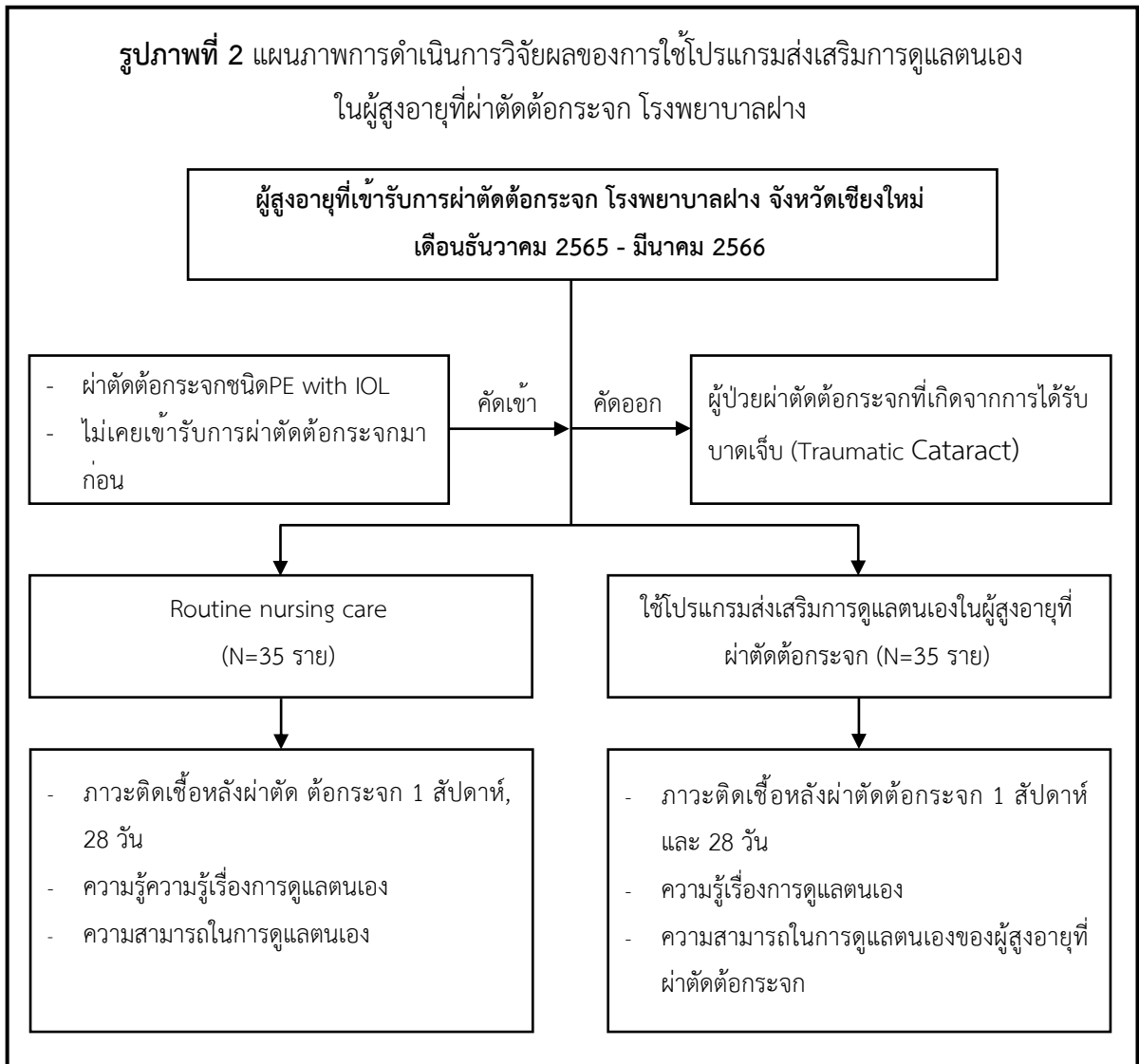
ในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกครอบคลุมในเรื่องความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการหยอดยาตา การดูแลต่อเนืองที่บ้าน ลดการเกิดการติดเชื้อและเลนส์เคลื่อนหลังผ่าตัดต้อกระจก

4. ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไปและผลลัพธ์ของผู้ป่วยกลุ่มทดลอง จำนวน 35 ราย ก่อนสิ้นสุดโครงการวิจัย

5. นำข้อมูลจากแบบบันทึกผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจก ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เสนอขออนุญาตผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง COA No. 14/2565 ก่อนนำไปศึกษาวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการของผู้ป่วยและข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม





### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติวิเคราะห์ Chi-square test

2. เปรียบเทียบภาวะติดเชื้อมาก่อนผ่าตัดต่อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ เรื่องการดูแลตนเอง และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังผ่าตัดต่อกระจก ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ด้วยสถิติทดสอบ Independent t-test ทั้งนี้ก่อนดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบ

ตามเกณฑ์เงื่อนไขเบื้องต้นของการใช้สถิติหรือไม่ ซึ่งพบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขสามารถใช้สถิติดังกล่าววิเคราะห์ข้อมูลได้

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 70 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง จำนวน 35 ราย ได้แก่ เพศ การศึกษา ไรคร่วม และอายุ ก่อนดำเนินการวิจัย พบว่า ข้อมูลเพศ การศึกษา ไรคร่วม และอายุ ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ 0.05 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					0.03	0.87
ชาย	16	45.71	20	57.14		
หญิง	19	54.29	15	42.86		
<b>การศึกษา</b>					4.24	1.00
ไม่ได้เรียน	12	34.29	11	31.43		
ประถม	22	62.86	22	62.86		
มัธยมศึกษา	1	2.86	1	2.86		
ปริญญาตรี	0	0.00	1	2.86		
<b>ไรคร่วม</b>					2.61	0.16
ไม่มีไรคร่วม	15	42.86	11	31.43		
เบาหวาน	1	2.86	2	5.71		
ความดันโลหิตสูง	7	20.00	8	22.86		
อื่นๆ	12	34.28	14	40.00		





ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ	Mean	SD	Mean	SD	t	P-value
	71.02	7.27	70.22	6.24	-0.49	0.63

2. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน ตัวแปรความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ หลังดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ทดสอบความแตกต่างของตัวแปรดังกล่าว ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีความแตกต่างของค่าตัวแปรดังกล่าวระหว่างกลุ่ม จึงได้ดำเนินการวิจัยและทำการทดสอบความแตกต่างของค่าตัวแปรระหว่างกลุ่มภายหลังการวิจัยเสร็จสิ้น โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

2.1 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ พบว่า ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อ

กระจก 1 สัปดาห์ ได้แก่ การมีอาการปวดตา น้ำตาไหล และการมีขี้ตา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Chi-square = 6.72, 16.90 และ 22.43 ตามลำดับ) และมีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก 28 วัน ได้แก่ การมีอาการปวดตา น้ำตาไหล และการมีขี้ตา ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่า Chi-square Chi-square = 19.60, 32.11 และ 32.11 ตามลำดับ) รายละเอียดตามตารางที่ 2

2.2 ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ ภายหลังจากการวิจัย พบว่าความรู้เรื่องการดูแลตนเองระหว่างกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 10.55) และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 8.14) รายละเอียดตามตารางที่ 2



ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		Chi-square	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
<b>อาการตาแดง หลังผ่าตัดต้อกระจก 1 สัปดาห์</b>					9.52	0.08
ตาแดง	4	11.43	11	31.43		
ตาไม่แดง	31	88.57	24	68.57		
<b>อาการปวดตา</b>					6.72	0.05
ปวดตา	5	14.29	13	37.14		
ไม่ปวดตา	30	65.71	22	62.86		
<b>น้ำตาไหล</b>					16.90	0.15
น้ำตาไหล	2	5.71	7	20.00		
น้ำตาไม่ไหล	33	94.29	28	80.00		
<b>ขี้ตา</b>						
มีขี้ตา	0	0.00	2	5.71		
ไม่มีขี้ตา	35	100.00	33	94.29		
<b>อาการตาแดง หลังผ่าตัดต้อกระจก 28 วัน</b>					32.11	1.00
ตาแดง	0	0.00	1	2.86		
ตาไม่แดง	35	100.00	34	97.14		
<b>อาการปวดตา</b>					19.60	0.11
ปวดตา	1	2.86	6	17.14		
ไม่ปวดตา	34	97.14	29	82.86		
<b>น้ำตาไหล</b>					32.11	1.00
น้ำตาไหล	0	0.00	1	2.86		
น้ำตาไม่ไหล	35	100.00	34	97.14		
<b>ขี้ตา</b>					32.11	1.00
มีขี้ตา	0	0.00	1	2.86		
ไม่มีขี้ตา	35	100.00	34	97.14		



**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=35)		กลุ่มควบคุม (n=35)		Mean Differences	t	P-value
	mean	SD	mean	SD			
ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง	26.48	0.74	19.77	3.51	6.71	10.55	<0.00
ความสามารถในการดูแลตนเอง	11.94	1.26	8.37	2.07	3.57	8.14	<0.00

**อภิปรายผล**

การเปรียบเทียบภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก 1 สัปดาห์ และ 28 วัน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าผู้ป่วยมีอาการตาแดง, ปวดตา, น้ำตาไหล และมีขี้ตา ไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง และความสามารถในการดูแลตนเอง ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จากคะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองเองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.00 เนื่องมาจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัดต่อกระจก ได้รับคำแนะนำความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด วิธีการหยอดยาตา การดูแลต่อเนืองที่บ้าน วิธีลดการเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต่อกระจก ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ

โรคต่อกระจกเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของกนกพร อริยภูวงศ์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่าผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง โดยใช้เวลาพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกกลุ่มทดลอง ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง มีความรู้ความเข้าใจ จนเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องการดูแลตนเอง เกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมตามคำแนะนำ ส่งผลให้ประสิทธิผลของการดูแลตนเองเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ทำให้สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดดีขึ้น ดังการศึกษาครั้งนี้ที่คะแนนความสามารถในการดูแลตัวเองเองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.00 อธิบายได้ว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล





ตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรวดี ศรีสุข (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจก พบว่า ผู้สูงอายุ ภายหลังการผ่าตัดต้อกระจกมีความรู้ภายหลังการ ผ่าตัดต้อกระจกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองภายหลังผ่าตัด ต้อกระจกโดยรวมอยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการ ศึกษาของสุรพิทย์ มาสมบุญ (2553) ที่ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับการผ่าตัดต้อกระจก ใส่เลนส์แก้วตาเทียมในโรงพยาบาลพระมงกุฎ เกล้า พบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรร มการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต้อกระจกที่มารับ การผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมอย่างมี นัยสำคัญ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง ในผู้สูงอายุที่ผ่าตัดต้อกระจกมีประโยชน์ต่อ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ช่วยเพิ่ม ความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด, วิธีการหยอด ยาตา, การดูแลต่อเองที่บ้านที่ดีขึ้น สามารถลด การเกิดการติดเชื้อหลังผ่าตัดต้อกระจกได้อย่างมี ประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้มีแนวทางการเตรียม ผู้ป่วยในการผ่าตัดต้อกระจกอย่างชัดเจน ควรจะ นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ผ่าตัดต้อกระจก ต่อไป

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การส่งเสริมการดูแลสุขภาพและ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว เป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการติดตามผลระยะยาว และ

เชิงรุกในผู้สูงอายุที่มีอาการติดเชื้อ เพื่อแก้ไข ปัญหาการติดเชื้อรายกรณี ต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.วิษณุ สิริโรจน์พร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง แพทย์หญิงอริสา แก้ววิเชียร จักษุแพทย์ คุณแสงอาทิตย์ วิชัยยา หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลฝาง ขอขอบคุณ คณะกรรมการส่งเสริมการวิจัยโรงพยาบาลฝาง แพทย์ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โสต ศอ นาสิก จักษุ โภชนา ที่ดูแลช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกต่างๆ ให้งานวิจัยครั้งนี้ ประสบความสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์

#### เอกสารอ้างอิง

- กนกพร อริยวงค์, ศุภพร ไพรดุคม, และ ทานตะวัน สลึงค์. ผลของการพยาบาล ระบบสนับสนุน และให้ ความรู้ ต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยผ่าตัด ต้อกระจก โรงพยาบาลสุโขทัย, วารสาร วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัด เพชรบุรี, 2(3).
- งามจิตต์ เกษตรสุวรรณ. (2561). โรคของแก้วตา (Disease of the Lens). ใน วิศน์ ดันติเสว (บ.ก.), ตำราจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.
- ดิเรก ผาติกุลศิลา. (2561). ต้อกระจก (Cataract) โรคตาที่พบบ่อย ในเวชปฏิบัติ. (พิมพ์ ครั้งที่ 3). บริษัท วิทอินดิไซด์ จำกัด.
- พรชัย สิมะโรจน์, อนุชิต ปุญญทลึงค์. (2561). Cataract จักษุวิทยา รามาธิบดี. บริษัท ธรรมสาร จำกัด.



- ภาสิต ศิริเทศ, ณพวิทย์ ธรรมสีหา. (2561). ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ, *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(2).
- มนัสนันท์ วงษ์หาแก้ว. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตาติดเชื้อ หลังผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์ตาเทียม กรณีศึกษา : 3 ราย, *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 13(3)
- ศิริพร ลวณะสกล. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดจอประสาทตาและน้ำวุ้นตา หอผู้ป่วย ตา หู จมูก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, *วารสารมหาจุฬานาครทรรคนัน*, 8(11).
- สุพรรณณี อุปชัย, พัทธราภรณ์ เจนใจวิทย์. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพครอบครัวต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยผ่าตัดต่อกระจกและครอบครัว. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(2)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). ชุดข้อมูลอัตราการทำผ่าตัดต่อกระจกในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (Senile cataract) สถิติ UC ของโรงพยาบาลที่ให้บริการ ปี 2560 – 2563. [https://www.data.go.th/dataset/dataset-ip\\_21\\_02](https://www.data.go.th/dataset/dataset-ip_21_02).
- อมราภรณ์ ลากชูรักษ์. ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดต่อความรู้และการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่เข้ารับการทำผ่าตัดต่อกระจก
- โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 32(3).
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. W.H. Freeman and Company.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. Mc Graw-Hill Book Company.
- Kuder, G.F. & Richardson, M.W. (1937). The theory of the estimation of test reliability, *Psychometrika*, 2, 151-160.

# Application of Orem's Self-Care Deficit theory and Nursing Support and giving education among patients with high blood pressure: Case study of Phrae Provincial Prison<sup>1</sup>

Kanittha Puntuwet<sup>2</sup>

Received: 3 April 2023

Accepted: 21 June 2023

## Abstract

**Case study** : Thai male patient, age 66 years, inmate in Phrae Province Prison; admitted to be taken into care as a case study on January 3, 2023. The patient had a headache in the occipital area for about 1 month, was worried and had insomnia symptoms. The patient has a chronic disease of high blood pressure.

**Results** : The researchers therefore used a supportive educative system in patient care. The role of nurses is to educate and support patients in developing their ability to continuously care for themselves. The patient's role includes: Determine all self-care needs. Self-care actions. The researcher followed up and evaluated the results of patient care. It was found that the patients to adjust their self-care appropriately to their environment in Phrae Province Prison. and there were no complications that occurred to the patient and this leads to maintain the well-being of life.

**Keywords:** Application of Orem's Self-Care Deficit theory, Nursing Support and giving education, Patients with high blood pressure

---

<sup>1</sup> Original Article

<sup>2</sup> Quality Development Department and Service Department, Phrae Provincial Public Health Office



# การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม และการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาเรือนจำจังหวัดแพร่<sup>1</sup>

ชนิษฐา พันธเวช<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**กรณีศึกษา :** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดแพร่ รับไว้ใน การดูแล เพื่อเป็นกรณีศึกษาเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยปวดศีรษะบริเวณท้ายทอยประมาณ 1 เดือน มีความกังวล มีอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันโลหิตสูง

**ผลลัพธ์ :** ผู้ศึกษาจึงได้ใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย โดยบทบาทของพยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้ป่วยได้แก่ กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งผู้ศึกษาได้ติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมและให้เข้ากับบริบทในเรือนจำจังหวัดแพร่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย คงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิต

**คำสำคัญ:** ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

<sup>1</sup> บทความวิจัย

<sup>2</sup> กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชากรทั่วโลกตายก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้นทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงจะไม่มีสัญญาณเตือนหรืออาการแสดงให้เห็นจึงมักจะถูกเรียกว่าเป็น "ฆาตกรเงียบ" (Silent killer) ผู้ป่วยจำนวนมากเป็นโรคนี้อย่างที่ไม่รู้ตัวมาก่อนว่ามีภาวะความดันโลหิตสูง หากไม่ได้รับการดูแลรักษาจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของกล้ามเนื้อหัวใจตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าและความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็นสี่เท่าจากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายทั่วโลกสูงถึง 7.50 ล้านคนหรือร้อยละ 12.80 ของสาเหตุการตายทั้งหมด ทั้งยังมีผลสูญเสียปีสุขภาวะ 57 ล้านปีหรือคิดเป็นร้อยละ 3.70 ของจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลก พบว่ามีจำนวนเกือบถึงพันล้านคนซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาและมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึงเป็น 1.56 พันล้านคนในปีพ.ศ. 2568 โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อยการบริโภคอาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือ ไขมันสูง การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ซึ่งนำมาสู่ภาวะโรคที่เพิ่มขึ้นโรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 6,846,930 คน

สถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ.2563-2565 จังหวัดแพร่ พบว่ามีผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 90,414 95,226 และ 99,569 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2566) เรือนจำจังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ.2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 103 97 และ89 ราย ตามลำดับ เรือนจำจังหวัดแพร่ มีสถานพยาบาลในเรือนจำให้การดูแลผู้ป่วย ด้านโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น โดยให้การดูแลรักษาการพยาบาลที่สอดคล้องกับข้อจำกัดทางกฎหมายของผู้ต้องขังและความจำเป็นตามบริบทของเรือนจำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างเต็มศักยภาพลดภาวะแทรกซ้อนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย ผู้ศึกษาในฐานะผู้รับผิดชอบงานระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จึงประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในการให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และเป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลต่อไป

## ทฤษฎีการพยาบาล

ผู้ศึกษาประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) ประกอบไปด้วย 3 ทฤษฎีย่อยที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self Care) 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing Systems) และ 1 มโนทัศน์ย่อย คือ ปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (basic conditioning factors)



1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self Care) โดยมีมีโนทัศน์ที่สำคัญ 2 มีโนทัศน์ การดูแลตนเอง (self-care: SC) และความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency: SCA)

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) โดยมีมีโนทัศน์ที่สำคัญ 2 มีโนทัศน์ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) และความพร้อมในการดูแลตนเอง (self-care deficit)

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing Systems) ) โดยมีมีโนทัศน์ที่สำคัญ 2 มีโนทัศน์ ความสามารถทางการพยาบาล (nursing agency) และระบบการพยาบาล (nursing system) ซึ่งระบบการพยาบาลเป็นการออกแบบและการจัดกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดซึ่งระบบการพยาบาลแบ่งออกเป็น 3 ระบบ (Hanucharornkul, 2001) ดังนี้ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) เป็นบทบาทของพยาบาลที่กระทำทดแทนความสามารถของผู้ป่วยทั้งหมดชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและช่วยปรับประคับประคองและปกป้องจากอันตราย 2) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยให้สนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยร่วมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย กับพยาบาล 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (education supportive) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการดูแลตนเอง

แนวทางการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล 1) ประเมิน (assessment) เป็นขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลรวบรวมข้อมูล ดังนี้ คือ ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factor) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) 2) วินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) ในขั้นตอนนี้ พยาบาลประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) โดยคำนวณ (calculate) จากความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) หากความสามารถในการดูแลตนเอง (Self Care Agency: SCA) น้อยกว่า ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ถือว่าพร้อมความสามารถในการดูแลตนเองจึงต้องกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3) วางแผนการพยาบาล (planning) โดยระบุระบบพยาบาลที่เลือกใช้ ได้แก่ ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory) และระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative) โดยให้ระบุเพียงระบบเดียวให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลวัตถุประสงค์การพยาบาล กลไกการเกิดปัญหาและเกณฑ์การประเมินผล 4) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) มีการระบุกิจกรรมของพยาบาล (nurse action) และกิจกรรมของผู้ป่วย (patient action) และมีวิธีการช่วยเหลือของพยาบาลตามระบบพยาบาลที่ออกแบบ 5) ประเมินผล (evaluation) เป็นการประเมินผลจากการให้กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งพยาบาล





รวบรวมข้อมูลและเหตุการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการปฏิบัติหากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นต้องย้อนกลับมาทบทวนข้อมูลและเหตุการณ์ใหม่โดยมีการเริ่มต้นรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลใหม่ที่ตอบสนองกับสภาพปัญหาที่ค้นพบใหม่

### ขั้นตอนการดำเนินงาน

ดำเนินงานโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวงล้อเดมมิง 4 ขั้นตอน PDCA (Plan, Do, Check, and Act) ดังนี้

#### 1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเรือนจำจังหวัดแพร่

1.2 ศึกษาเอกสาร ตำรา และทฤษฎี ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ

1.3 เลือกกรณีศึกษาโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะพร้อมการดูแลตนเอง

1.4 ประสานงานกับเรือนจำจังหวัดแพร่ ประชุมที่ มบ. คลากรทางการพยาบาล สถานพยาบาลในเรือนจำ

#### 2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.1 สัมภาษณ์ผู้ป่วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติ การเจ็บป่วยของผู้ป่วย และครอบครัว ในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต การรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วย

2.2 รวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม

2.4 วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลตามแนวทางการใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในการปฏิบัติการพยาบาล

#### 3. ขั้นตอนการตรวจสอบและประเมินผล (Check)

ติดตามประเมินผลจากการให้กิจกรรมการพยาบาลซึ่งพยาบาลรวบรวมข้อมูลและเหตุการณ์เกี่ยวกับผู้ป่วยและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทุกขั้นตอน

#### 4. ขั้นตอนปรับปรุงการดำเนินงาน (Act)

ประเมินปัญหาและอุปสรรคและผลการดำเนินงาน นำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการปฏิบัติหากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ต้องนำกลับมาทบทวนข้อมูลใหม่โดยมีการเริ่มต้นรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลใหม่ที่ตอบสนองกับสภาพปัญหาที่ค้นพบใหม่

### เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาและประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี ผู้ต้องขังในเรือนจำจังหวัดแพร่ รั่วไว้ในเรือนจำจังหวัดแพร่ เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565 รั่วไว้ในการดูแล



เพื่อเป็นกรณีศึกษาเมื่อวันที่ 3 มกราคม 2566 อาการแรกจับไว้ ในความดูแล ผู้ป่วยปวดศีรษะ บริเวณท้ายทอยเป็นๆ หายๆ ประมาณ 1 เดือน แสดงสีหน้าท่าทางด้วยความกังวล มีอาการนอนไม่หลับ ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันโลหิตสูง ประเมินสัญญาณชีพแรกจับ อุณหภูมิของร่างกาย 36.80 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/95 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง/นาที ส่วนสูง 165 เมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ยาที่รับประทานเป็นประจำ คือ Enalapril 5 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า-เย็น Metformin 500 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด

วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า-เย็น Glipizide 5 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา ก่อนอาหารเช้า-เย็น Mixtard (70-30) 12 unit ฉีดใต้ผิวหนัง เวลา 15.00 น. warfarin 2 mg. รับประทานครั้งละ 2 เม็ด ก่อนนอน (เฉพาะวันเสาร์และอาทิตย์) warfarin 3 mg. รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน (เฉพาะวันจันทร์-ศุกร์) และ Simvastatin 40 mg. รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน

**ตารางที่ 1** การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา : ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care agency)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตัวเอง (Self-care Agency: SCA)	<p>1. การคาดการณ์ (estimative): known case โรคความดันโลหิตสูง และมีโรคร่วมคือโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมัน ประมาณ 10 ปี คิดว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเป็นผลจากการทำงานหนัก และอายุที่เพิ่มมากขึ้น</p> <p>2. การปรับเปลี่ยน: ไม่รับประทานอาหารเช้า รสจัด อาหารหมักดอง หลังจากที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ รับประทานขนมหวาน ขนมปัง และกาแฟ</p> <p>3. การลงมือปฏิบัติ: การมาตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ แต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ</p>
พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Power components)	1.ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง: ผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะเจ็บป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดีแต่ไม่สามารถปรับพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร



ตารางที่ 1 การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา : ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care agency)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Power components)	<p>2. ความสามารถในการควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย: ในขณะที่เจ็บป่วยทำงานได้ไม่เหมือนเดิมไม่มีอาการอ่อนเพลีย</p> <p>3. ความสามารถควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น: สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง</p> <p>4. ความสามารถใช้เหตุผลในการดูแลตนเอง: คิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นผลจากการทำงานหนัก อายุที่เพิ่มขึ้น ไม่รับประทานอาหารเค็ม และได้รับการรักษาแผนปัจจุบันที่ได้รับแต่ยังพร้อมความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติที่จะเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและความรู้ในการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย</p> <p>5. แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง: ผู้ป่วยมีศาสนาเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวในชีวิต และมีภรรยาที่คอยดูแลมาเยี่ยมที่เรือนจำเดือนละ 1 ครั้ง มีความคิดถึง และเป็นห่วงภรรยา</p> <p>6. ทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง: ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล</p> <p>7. ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง: ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวจากแพทย์ และพยาบาล</p> <p>8. ทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญาและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น: ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับภรรยาและลูก ไม่มีปัญหาในการอยู่รวมกันกับผู้ต้องขัง</p> <p>9. ความสามารถจัดระบบในการดูแลตนเอง: ไม่ได้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของร่างกาย รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การขับถ่ายปกติ</p>





**ตารางที่ 1** การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา : ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care agency)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
พลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ (Power components)	<b>10. ความสามารถดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่อง:</b> ผู้ป่วยมีการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องมารับการตรวจสม่ำเสมอตามนัด แต่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)	<b>1. ความสามารถพื้นฐานที่เลือกสรร</b> กลุ่มที่ 1 การรับรู้ความรู้สึก (sensation): การได้ยิน มองเห็น กลิ่น รับรส สัมผัสปกติ ไม่มีเจ็บปวดบริเวณร่างกายแขนขา รูปร่างสมมาตรกันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของข้อต่างๆปกติ กลุ่ม 2 การตั้งใจ การรับรู้ ความจำ การควบคุม กระบวนการทางอารมณ์ที่สร้างแรงบันดาลใจ : ผู้ป่วยมีสติปัญญา ความจำ สมาธิ การแก้ปัญหา ปกติ สีสหน้าปกติ ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส พูดคุยได้ดี <b>2. ความสามารถในการรู้และกระทำ (knowing and doing capabilities)</b> ผู้ป่วยเรียนจบประถมศึกษาฟังพูดอ่านเขียนได้ ทราบเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นและเข้ารับการรักษาย่างสม่ำเสมอ <b>3. คุณสมบัติที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย (dispositions affecting goals sought)</b> คิดว่าสาเหตุความเจ็บป่วยเป็นผลจากการทำงานหนัก อายุที่มากขึ้น สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง คิดว่าความเจ็บป่วยมีผลต่อการทำงานขณะสนทนาพูดคุยตามปกติ มีการอาการเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของโรค มีเป้าหมายคืออาการทุเลาลง การรับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน



**ตารางที่ 1** การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา : ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (ต่อ)

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Self-care agency)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition)	4. ความสามารถในการรับรู้กาลเวลาสถานที่ และคุณสมบัติที่สำคัญ (significant orientative capabilities and dispositions) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง Glasgow Coma Scale เท่ากับ E4V5M6 การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ บุคคล ปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ สุขภาพ

**ตารางที่ 2** การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา: ประเมินความต้องการการดูแลตนเอง

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ: ดื่มน้ำวันละ 8-9 แก้ว/วัน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์</li> <li>2. คงไว้ซึ่งการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ : ถ่ายอุจจาระปกติ 1 ครั้ง/วัน ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะ</li> <li>3. รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน: ผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน หรือกิจกรรมฝีกอาชีพ ไม่ได้ออกกำลังกาย แต่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ ช่วยเหลือตัวเองได้ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง นอนไม่หลับบ้างเป็นบางวัน</li> <li>4. รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์: ไม่มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้ต้องขังอื่น มีกิจกรรมในเรือนจำตามแผนกิจกรรมของเรือนจำ เวลาไม่สบายใจไม่รู้จะพูดคุยกับใคร</li> </ol>



**ตารางที่ 2** การประยุกต์ทฤษฎีมาใช้กับกรณีศึกษา: ประเมินความต้องการการดูแลตนเอง (ต่อ)

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand)	ข้อมูลแสดงผู้ป่วย
การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites)	<p>1. การดูแลตนเองจากพัฒนาการชีวิต: ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตสมวัย มีโรคประจำที่เข้ารับการติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่อง</p> <p>2. การดูแลตนเองจากอุปสรรคต่อพัฒนาการ: การเจ็บป่วยครั้งนี้ทำให้รู้สึกถึงผลกระทบหลายอย่าง แต่ยังคงมีความเชื่อว่าการรักษาของแพทย์จะทำให้อาการป่วยดีขึ้น</p>
การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)	เมื่อมีอาการกำเริบของโรคสามารถเข้ารับการรักษาได้ และมีความเชื่อในการรักษาแผนปัจจุบัน ปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์เสมอ เข้าใจถึงผลกระทบด้านงานต่อความเจ็บป่วย

**ตารางที่ 3** ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
<p><b>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1</b></p> <p>มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค</p> <p>Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ได้รับประทานยาทุกวัน ผู้ป่วยไม่ทราบว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคมี</p>	<p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</p> <p>1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินผล</b></p> <p>1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันตราย ดังนี้ ภาวะหลอดเลือดในสมอง</p>	<p>วางแผนการพยาบาล (planning)</p> <p>ระบบพยาบาลที่เลือกใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative)</p> <p><b>ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)</b></p> <p><b>บทบาทพยาบาล</b></p> <p>1. การชี้แนะ (Guiding and directing another) ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>2. การสอน (Teaching) ในเรื่องพยาธิสภาพของโรค และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือด</p>	<p><b>ประเมินผล (evaluation)</b></p> <p>1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออันตรายจากภาวะหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกับผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ และสามารถบอกอาการผิดปกติของตนเองได้</p>





ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
<p>อะไรบ้าง และเกิดจากอะไร” ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย”</p> <p>Objective data: BP 158/95 mmHg และผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไขมันในเลือดสูง มา มากกว่า 10 ปี</p> <p><b>ประเมิน (assessment)</b></p> <p>จากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) มีน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค</p>	<p>ตีบหรือแตก ไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ</p> <p>ขาดเลือดเฉียบพลัน</p> <p>2. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้</p>	<p>หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาการสำคัญของโรค เช่นเจ็บแน่นหน้าอก เจ็บหน้าอกรุนแรงเฉียบพลัน หรือ เจ็บหน้าอกขณะพักนานกว่า 20 นาทีหรืออาการเจ็บหน้าอกซึ่งเกิดขึ้นใหม่ หรือรุนแรงขึ้นกว่าเดิม</p> <p>3. การสอน (Teaching) ให้ความรู้ การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตก เช่น ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้อาเจียนขาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและหรือ บริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก</p> <p>4. แนะนำสังเกตอาการ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติให้แจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ผู้คุมหรือพยาบาลในเรือนจำทันที</p> <p>5. ประสานกับพยาบาลในเรือนจำให้ มีอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในการวัดความดันให้ผู้ป่วยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</p> <p>6. โดยปกติผู้ป่วยต้องมารับประทานยาที่สถานพยาบาลในเรือนจำ หากผู้ป่วยไม่มารับประทานยา ให้ อสรจ. ตามผู้ป่วยมารับประทานยา</p> <p>6 .สังเกตผู้ป่วยสีหน้า ท่าทาง ชักถาม ในการรับฟังคำแนะนำ และ สอบถามความรู้หลังให้คำแนะนำ</p>	



ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความรู้พร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
		<b>บทบาทผู้ป่วย</b> 1. ปฏิบัติตามคำแนะนำ ในการรับประทานยาทุกครั้ง 2. ผู้ป่วยวัดความดันที่สถานพยาบาลในเรือนจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการรับรู้ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง 3. ผู้ป่วยรับรู้และสามารถบอกอาการเจ็บป่วยของตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม	
<b>ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2</b> ระบบการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อนเสียสมดุล เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “อยู่ในเรือนจำไม่รู้จักทำอะไร เพราะอยู่ในพื้นที่ที่ถูกจำกัด ไม่ได้ทำงานไม่มีพื้นที่พักผ่อนส่วนตัว ไม่รู้จักออกกำลังกายอย่างไร ช่วงแรกว่าที่มาอยู่ในเรือนจำนอนไม่หลับ”	<b>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</b> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรักษาสมาดุลในการทำกิจกรรม ด้านออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อนให้เหมาะสมกับโรค ตาม <b>เกณฑ์การประเมินผล</b> 1. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำ 2. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ 3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ	<b>วางแผนการพยาบาล (planning)</b> ระบบพยาบาลที่เลือกใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative) <b>บทบาทพยาบาล</b> 1. การชี้แนะ (Guiding and directing another) การประเมินผู้ป่วย และหาแนวทางร่วมกันกับผู้ป่วย ในการจัดสรรพื้นที่สำหรับออกกำลังกายและรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมในแดนผู้ต้องขัง 2. การสอน (Teaching) การสอนการออกกำลังกาย โดยการเดินใช้เวลาประมาณวันละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์ และให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการออกกำลังกายการให้ความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค อาหารที่ควรงดอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	<b>ประเมินผล (assessment)</b> 1. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำโดยการเดินออกกำลังในแดนผู้ต้องขังผู้สูงอายุในช่วงบ่ายๆ ครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน 2. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ ผู้ป่วยสามารถเลิกกินกาแฟ 3 in 1 ได้ แต่ยังไม่รับประทานขนมปังที่หวานน้อย



ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
<p>ผู้ป่วยบอกว่า “ตั้งแต่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ ก็ซื้อกาแฟ in ๑ มาดื่มบ้าง และซื้อพวกขนมปังมากิน เพราะไปไหนไม่ได้ และไม่รู้ว่าทำอะไร ซึ่งก่อนหน้านี้ไม่ดื่มกาแฟ และไม่กินขนม”</p> <p>Objective data: จากการสำรวจสภาพแวดล้อมภายในเรือนจำ พื้นที่ค่อนข้างคับแคบ ผู้ป่วยอยู่ในแดนผู้สูงอายุซึ่งไม่มีกิจกรรมในการฝึกประกอบอาชีพ ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกาย</p> <p><b>ประเมิน (assessment)</b></p> <p>จากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) มีน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง</p>		<p>3. ประสานกับพยาบาลในเรือนจำ และให้มี อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในการอำนวยความสะดวก ให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย</p> <p>4. สอบถามพูดคุยในเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ ให้กำลังใจผู้ป่วย พร้อมทั้งแนะนำผู้ป่วย ให้ปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาลในเรือนจำ หากมีอาการเครียดหรือนอนไม่หลับมากขึ้น</p> <p>5. สังเกตผู้ป่วยสีหน้า ท่าทาง ซักถามในการรับฟัง คำแนะนำในการออกกำลังกาย</p> <p><b>บทบาทผู้ป่วย</b></p> <p>1. กำหนดพื้นที่ และเวลาที่จะสามารถเดินออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง</p> <p>ผู้ป่วยเดินไปเดินมาในบริเวณรอบๆ ที่สามารถเดินได้ประมาณ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์</p> <p>2. กระตุ้นให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายมีความทนต่อการทำกิจกรรม</p> <p>3. แจ้งความต้องการแก่พยาบาลเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือร่วมกันหากไม่สามารถทำกิจกรรมได้</p>	<p>3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยเริ่มนอนหลับได้ดีขึ้นวันละ 6-8 ชั่วโมง</p>





ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
แต่ ด้วยถูกจำกัดตามบริบทพื้นที่ในเรือนจำทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ ในการทำกิจกรรมต่างๆที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกาย และยังมีการรับประทาน กาแฟ 3 in 1 ขนมนึ่ง ที่มีทั้งไขมัน และ น้ำตาลซึ่งไม่ดีต่อโรคที่ผู้ป่วยเป็นทำให้เกิดปัญหาในระบบการรักษาสมดุลของการทำกิจกรรมและการพักผ่อน			
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ความพร้อมในการดูแลตนเองด้านจิตสังคมลดลงจากข้อจำกัดหลายด้าน Subjective data: ผู้ป่วยบอกว่า “มีช่วงแรกรๆ ที่มาอยู่ในเรือนจำนอนไม่หลับ เป็นห่วงและคิดถึงภรรยา เวลาไม่สบายใจไม่รู้จะพูดคุยกับใคร”	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ และมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล  เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ 2. ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล	วางแผนการพยาบาล (planning) ระบบพยาบาลที่เลือกใช้ ได้แก่ ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative) <b>บทบาทพยาบาล</b> 1. การชี้แนะ (Guiding and directing another) ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง 2. ประสานกับพยาบาลในเรือนจำ และให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ในการให้คำปรึกษาและดูแลผู้ป่วย 3. แนะนำสังเกตอาการ และเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มี	ประเมินผล (evaluation) 1. ผู้ป่วยบอกวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ และสามารถบอกอาการผิดปกติของตนเองได้ เพื่อให้การรักษาที่ทันถ่วงที่ได้ 2. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายใจขึ้น และขอบคุณทีมพยาบาลที่คอยให้คำแนะนำ และเป็นທີ່ปรึกษาด้านภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ



ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนของการพยาบาล ตามทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ประเมิน (assessment)	วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล/เกณฑ์การประเมินผล	วางแผนการพยาบาล (planning)/ ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)	ประเมินผล (assessment)
<p>ผู้ป่วยบอกว่า “มีความวิตกกังวลในภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรังไม่หายและยังต้องมาอยู่ในเรือนจำซึ่งไม่รู้ว่าภาวะสุขภาพจะเป็นอย่างไร”</p> <p>Objective data: จากการสังเกตสีหน้าท่าทางผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และไม่ค่อยพูดคุยในช่วงพบปะพยาบาลในช่วงแรกๆ</p> <p><b>ประเมิน (assessment)</b></p> <p>จากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency: SCA) มีน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand: TSCD) ดังจะเห็นได้จากผู้ป่วย มีความวิตกกังวล และความเครียดในหลายๆเรื่อง และยังมีอาการนอนไม่หลับส่งผลให้ผู้ป่วย มีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านจิตสังคม</p>		<p>อาการผิดปกติ หากผู้ป่วยมีอาการผิดปกติให้แจ้ง อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ผู้คุมหรือพยาบาลในเรือนจำทันที</p> <p>4. พุดคุยให้กำลังใจเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้</p> <p>5. สังเกตสีหน้าท่าทางและสอบถามความรู้หลังให้คำแนะนำ</p> <p><b>บทบาทผู้ป่วย</b></p> <p>1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล</p> <p>2. เมื่อผู้ป่วยมีเรื่องไม่สบายใจสามารถ ปรึกษาพยาบาลได้</p>	



## สรุป

การดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายนี้โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม คือระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (supportive educative nursing system) โดยบทบาทของพยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง บทบาทของผู้ป่วยได้แก่กำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การกระทำการดูแลตนเอง ประเมินผล และปรับเปลี่ยนการดูแลตนเองให้เหมาะสมและให้เข้ากับบริบทในเรือนจำจังหวัดแพร่ ซึ่งผู้ศึกษาได้ติดตาม ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และโรคหลอดเลือดในสมองตีบหรือแตกสามารถรักษาสมดุลในการทำกิจกรรมด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการพักผ่อน ที่เหมาะสมกับโรค ตามสภาพบริบทในเรือนจำ มีความรู้ ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความวิตกกังวลลดลง คงไว้ซึ่งความผาสุกของชีวิต

## การนำไปใช้ประโยชน์

1. สามารถใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเรือนจำจังหวัดแพร่รายต่อไปได้
2. สามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็มในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ในเรือนจำได้
3. สามารถทำเป็นแนวทางพัฒนาคู่มือการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความพร้อมในการดูแล

ตนเองของโอเร็มดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรคเรื้อรังอื่นๆในเรือนจำได้

4. สามารถใช้เป็นแนวทางการศึกษาค้นคว้าวิจัยต่อไปได้

## ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษามีข้อจำกัดในการดำเนินงานกิจกรรมการพยาบาล เนื่องจากบริบทสภาพแวดล้อมของเรือนจำ และกฎหมายของผู้ต้องขัง ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมการให้การพยาบาลบางอย่างถูกจำกัดละมีความยุ่งยากในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

## ข้อเสนอแนะ

1. ควร มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเรื้อรัง และกลุ่มโรคสำคัญในเรือนจำ
2. ควร มีระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคความโลหิตโรคเบาหวาน โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลแพร่)
3. ควร สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาลในเรือนจำได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
4. ควร สนับสนุนให้ มีอบรมพัฒนาศักยภาพความรู้ในการปฐมพยาบาลฉุกเฉินและการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสจร.) แก่นนำผู้ต้องขังในเรือนจำ และผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง





## เอกสารอ้างอิง

- ชนิษฐา รัตนกัลยา. (2565). *ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory)* (เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 562700:แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล) [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, และพารุณี วงษ์ศรี. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารพยาบาลตำราจ*, 10(1), 209-219.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2565). [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index\\_pk.php](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php)
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- Ghan, N., Suliman, M., & Fatima, A. (2019). *Application of Orem's Nursing Theory to a Stroke Patient: A Case Study*. *Journal of Saidu Medical College*, 9(2), 273-277.
- World Health Organization (WHO). *A global brief on hypertension silent killer, global public health crisis*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79059>

## หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา

**เวลาเผยแพร่** เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่เป็นประจำทุกปีๆละ 2 ฉบับ โดยตีพิมพ์ในเดือน มิถุนายนและธันวาคมของทุกปี เพื่อการเผยแพร่ฟรี ไม่มีการจำหน่าย

**สถานที่ติดต่อ** กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร. 0-54511-145 ต่อ 102 หรือ Email : hrphrae.ejournal@gmail.com

**เจ้าของวารสาร** เป็นวารสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

### มาตรฐานวารสาร

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา ทุกบทความต้องผ่านผู้อ่านหรือผู้ประเมินบทความ (Reviewer) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ทำงานวิจัยในสาขาอย่างน้อย 2 คน ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายในและภายนอก โดยผู้อ่านและผู้เขียนไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind review) และเป็นวารสารที่ออกตรงเวลาต่อเนื่อง

### บทความที่จะลงตีพิมพ์ในวารสาร

1. เป็นบทความในกลุ่มสาขาการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค ที่เน้นการวิจัยในเชิงสหวิทยาการและต้องเป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน มิฉะนั้นถือว่าผิดจรรยาบรรณ
2. รับบทความวิจัย (Research Articles) เป็นหลัก และรับบทความวิชาการ (Articles) บทความปริทรรศน์ (Review Articles) และรายงานผู้ป่วย (Cases Study) บ้าง
3. ต้นฉบับที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ประเมินและให้การยอมรับ อย่างน้อย 2 คน
4. ผู้เขียนต้องยินยอมปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กองบรรณาธิการวารสารกำหนด และผู้เขียนต้องยินยอมให้บรรณาธิการ แก้ไขความสมบูรณ์ของบทความได้ในขั้นตอนสุดท้ายก่อนเผยแพร่

### การเตรียมต้นฉบับ

1. ความยาวของบทความ ตั้งแต่ 3,000 – 8,000 คำ (นับรวมรูปภาพ ตาราง เอกสารอ้างอิง และภาคผนวก) โดยจัดพิมพ์ในหน้ากระดาษขนาด A4
2. ระยะขอบกระดาษ กำหนด ดังนี้  
Top 2.75 cm. | Bottom 2.30 cm. | Left or inside 2.50 cm. | Right or outside 2.00 cm
3. บทคัดย่อ (Abstract) ความยาวระหว่าง 200–300 คำ สำหรับภาษาอังกฤษ 300-500 คำ สำหรับภาษาไทย และคำสำคัญ (Keywords) 3-5 คำ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)

4. ชื่อเรื่องบทความภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 14 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
5. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาอังกฤษ) ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
6. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวา พิมพ์ 1 คอลัมน์
7. คำสำคัญภาษาอังกฤษ ใช้รูปแบบตัวอักษร Times New Roman ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ) คั่นด้วยเครื่องหมาย , ระหว่างคำ และวรรค 1 เคาะระหว่างคำ
8. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาอังกฤษ ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร Time New Roman ขนาดตัวอักษร 10 pt. (ตัวอักษรปกติ)
9. ชื่อเรื่องบทความภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 18 pt. (ตัวหนา) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ
10. ชื่อผู้เขียนทุกคน (ภาษาไทย) ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดขวาหน้ากระดาษ
11. เนื้อหาบทคัดย่อภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) จัดชิดซ้าย พิมพ์ 1 คอลัมน์
12. คำสำคัญภาษาไทย ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ) และวรรค 2 เคาะระหว่างคำ
13. ชื่อตำแหน่งและสังกัดหน่วยงานหรือมหาวิทยาลัยของผู้เขียนภาษาไทย ใช้ระบบ footnote รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ขนาดตัวอักษร 12 pt. (ตัวอักษรปกติ)

#### เนื้อหาบทความ

- เนื้อหาบทความ ใช้รูปแบบตัวอักษร TH Sarabun New ทั้งหมด
1. ชื่อหัวเรื่อง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย ไม่ใส่เลขลำดับที่
  2. เนื้อหาบทความ พิมพ์ 2 คอลัมน์ ให้ชิดขอบซ้ายขวา ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวอักษรปกติ)
  3. เนื้อหาบทความ ย่อหน้า 1 cm.
  4. ชื่อตาราง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้เหนือตารางจัดชิดซ้าย ได้ตารางให้บอกแหล่งที่มาหรือหมายเหตุ (ถ้ามี) จัดชิดซ้าย ส่วนรายละเอียดตัวอักษรในตาราง ผู้เขียนอาจปรับขนาดให้เหมาะสมกับหน้าบทความในกรณีของตารางผู้เขียนอาจจัดทำเป็นภาพ แต่ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ในข้อที่ 7
  5. ชื่อภาพประกอบ ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) ให้ระบุไว้ใต้ภาพประกอบ จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษได้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย
  6. ถ้ามีภาพประกอบ แผนภูมิ ตาราง หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีหมายเลขกำกับในบทความ อ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลให้ถูกต้อง ชัดเจน และไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น



7. การจัดทำภาพประกอบ หรือจัดทำตารางด้วยการใช้ภาพ ให้ใช้รูปภาพขาว-ดำ ที่มีความคมชัด โดยกำหนดให้ไฟล์ที่เป็นรูปภาพ แผนภูมิ หรือตาราง มีความละเอียดขั้นต่ำตั้งแต่ 300 DPI ขึ้นไป โดยอาจปรับให้รูปภาพ แผนภูมิ ตารางประกอบ มีขนาดพอดีและเหมาะสมกับหน้าบทความ

8. ชื่อเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. (ตัวหนา) จัดชิดซ้าย

9. เนื้อหาเอกสารอ้างอิง ขนาดตัวอักษร 16 pt. ฟิมพ์ 2 คอลัมน์ จัดชิดซ้าย

### ส่วนประกอบของบทความ

1. ชื่อเรื่อง (title) ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช่คำย่อ

2. ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (authors and co-authors) ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุตำแหน่ง และตำแหน่งทางวิชาการไว้ขีดขวาหน้ากระดาษต่อจาก ชื่อเรื่อง หาก ถ้ามีผู้นิพนธ์หลายคน ให้ใช้หมายเลข 1 หรือ 2 กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3. สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (affiliation) ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์ โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4. บทคัดย่อ (abstract) บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ จัดเป็น 1 คอลัมน์ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาอังกฤษขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาไทย

5. คำสำคัญ (keyword) ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6. เนื้อหาในบทความ (main texts)

6.1 บทความวิจัย (research articles) ประกอบด้วย

6.1.1 บทนำ (introduction) นำเสนอภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และเหตุผลของการทำวิจัย

6.1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (objectives) นำเสนอจุดมุ่งหมายที่ต้องการศึกษาค้นคว้าแสวงหาคำตอบในการวิจัย

6.1.3 สมมุติฐานการวิจัย (hypothesis) (ถ้ามี) เป็นการนำเสนอคำตอบที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผลต่อปัญหาที่ศึกษา ระบุความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

6.1.4 วิธีดำเนินการวิจัย (research methodology) นำเสนอแบบแผนการวิจัย เช่น การสำรวจ ศึกษาเอกสาร การทดลอง เป็นต้น

6.1.5 ประชากร (population) นำเสนอคุณลักษณะ และจำนวนให้ครอบคลุม  
ตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

6.1.6 กลุ่มตัวอย่าง (sample) นำเสนอหลักเกณฑ์การกำหนด จำนวนตัวอย่าง  
การสุ่มตัวอย่าง

6.1.7 เครื่องมือการวิจัย (research instrument) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล (data collection) นำเสนอวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล  
และระยะเวลาการรวบรวมข้อมูล

6.1.9 การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) นำเสนอวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้  
ในการวิเคราะห์ข้อมูล

6.1.10 ผลการวิจัย (results) นำเสนอรายงานผลการวิจัยจากการวิเคราะห์หรือ  
สังเคราะห์ในการวิจัยอย่างชัดเจนและตรงประเด็น โดยยึดแนวทางตามวัตถุประสงค์การวิจัย ควรอธิบาย  
ผลการวิจัยด้วยคำบรรยายเป็นหลัก ถ้ามีตัวแปรที่ศึกษาหรือตัวเลขมากให้นำเสนอเป็นรูปภาพตาราง แผนภูมิ  
และกราฟ แทรกในเนื้อหาพร้อมอธิบายผลการวิจัยให้ได้สาระครบถ้วนอย่างสั้นๆ กระชับ

6.1.11 สรุปผลการวิจัย (conclusion) เป็นการสรุปเฉพาะประเด็นสำคัญที่เกิดจากการทำวิจัย

6.1.12 การอภิปรายผลการวิจัย (discussion) เป็นการนำเสนอความเห็นว่าการวิจัย  
สอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมุติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร เป็นเพราะเหตุผลใด มีหลักฐาน  
ทางทฤษฎีหรือผลงานวิจัยอะไรที่มาสสนับสนุน

6.1.13 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ (suggestion) นำเสนอให้เห็นว่าสามารถ  
นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง ตลอดจนข้อเสนอแนะให้ผู้ที่จะทำวิจัยครั้งต่อไปในลักษณะเดียวกัน  
ทราบว่าควรจะศึกษาในประเด็นปัญหาหรือ ตัวแปรอะไร จึงจะทำให้ได้ผลการวิจัยหรือข้อสรุปที่สมบูรณ์

## 6.2 บทความวิชาการ (academic article) ประกอบด้วย

6.2.1 บทนำ (introduction) กล่าวถึงความน่าสนใจของเรื่องที่น่าเสนอ ก่อนเข้าสู่เนื้อเรื่อง

6.2.2 เนื้อเรื่อง (body) นำเสนอให้เห็นถึงปรากฏการณ์ หรือองค์ความรู้ใหม่  
ที่เกิดขึ้นในวงวิชาการ ที่เหมาะสมกับสภาพการณ์ปัจจุบัน แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงของเหตุที่นำไปสู่ผล  
(causal relationship) การอ้างอิงข้อมูลต่างๆ และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ทางวิชาการ ซึ่งได้จากการศึกษาค้นคว้า  
และจากประสบการณ์ของ ผู้นิพนธ์บทความ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

6.2.3 สรุป (conclusion) สรุปประเด็นสำคัญ จากเนื้อเรื่องให้สั้น กระชับได้เนื้อหา  
สาระครบถ้วนของบทความ บอกผลลัพธ์ว่าสิ่งที่กล่าวมามีความสำคัญอย่างไร สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้บ้าง  
หรือจะทำให้เกิดอะไรต่อไป

7. เอกสารอ้างอิง (reference) ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิง  
ในบทความอย่างครบถ้วน

## การอ้างอิงในเนื้อหา

เพื่อบอกแหล่งที่มาของข้อความนั้น ให้ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยระบุชื่อผู้เขียน ปีพิมพ์ไว้ข้างหน้าหรือข้างหลังข้อความที่ต้องการอ้างอิง เช่น สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2546) ... หรือ ... (Newman & Cullen, 2007) หรือ ... (ดวงเดือน พันธุนาวิน และคณะ, 2544)

## การเขียนเอกสารอ้างอิง

ให้รวบรวมเอกสารที่ใช้อ้างอิงไว้ท้ายบทความ เรียงตามลำดับตัวอักษร โดยใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงตามระบบ APA 7th Edition ดังนี้



## การอ้างอิงในเนื้อหา (In-Text Citation)

### 1. การอ้างอิงในเนื้อหาใช้ระบบนาม-ปี โดยมีรูปแบบการเขียน ดังนี้

#### 1.1 ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/(ปี) หรือ (สกุล,/ปี)

เครื่องหมาย / หมายถึง วนวรรณค 1 ระยะ

#### ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงดั่ง (2562) ได้ทำวิจัยเรื่อง...

...การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค ความรุนแรง ของโรค ประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่เกิดจากการแสดงพฤติกรรมทั้งหมดจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ (สุริย์ กาญจนวงศ์, 2555)

Fragmented, uncoordinated care is the third highest driver of U.S. healthcare costs (Scheppach, 2014).

#### 1.2 ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) หรือ (สกุล/&/สกุล,/ปี)

#### ตัวอย่าง

อมรรัตน์ ภิรมย์ชม และ อนงค์ หาญสกุล (2555) พบว่า...

...โดยใช้แนวคิดของ Katz and Kahn (1978) เนื่องจาก...

...การยอมรับกฎระเบียบ (ดู Patton & Wang, 2012, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

#### 1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป\*

ไทย	ชื่อ/สกุล/และคณะ/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุล/และคณะ,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/et al./(ปี) หรือ (สกุล/et al.,/ปี)

#### ตัวอย่าง

นิธิมา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ (2558) กล่าวถึง...

...ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (เช่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคม; Eker et al., 2000)

\*กรณีที่มีผู้เขียนตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป ให้ใส่เฉพาะสกุลของผู้แต่งคนแรก แล้วตามด้วย et al. ตั้งแต่ครั้งแรก

## 2. การอ้างอิงมากกว่าสองแหล่งข้อมูลให้เขียนเรียงตามลำดับอักษร ดังนี้

...สอดคล้องกับผลการศึกษามาของมานะ นาคำ (2549) และ สีลาภรณ์ บัวสาย (2548)...

...หรือถึงแก่ชีวิต (เพิ่มพูน แพนศรี, 2551; ศรีวรรณ มีคุณ, 2548

...การวัดที่มีตัวแปรแฝงหลายตัว (Embretson & Reise, 2000; Marvelde et al., 2006)

## 3. การอ้างอิงจากข้อมูลจากแหล่งข้อมูลระดับทุติยภูมิ

### 3.1 การอ้างอิงหน้าข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>/(ปี,/อ้างถึงใน/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ปี).....

อังกฤษ สกุล<sup>1</sup>/(ปี,/as cited in/สกุล<sup>2</sup>,/ปี).....

ตัวอย่าง

Arnett (2000, as cited in Claiborne & Drewery, 2010) suggeststhere is an emerging adult stage in the lifespan of humans, covering young people between the ages of 18 and 25 years.

### 3.2 การอ้างอิงท้ายข้อความ

งานของผู้เขียน (1) ถูกอ้างอิงในงานของผู้เขียน (2)

ไทย ...(ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล,<sup>1</sup>/(ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ปี)...

อังกฤษ ...(สกุล,<sup>1</sup>/ปี/as cited in/สกุล<sup>2</sup>,/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฌาน์ ศรีเยี่ยม, 2554)...

... (Snow, 2006 as cited in Goldstein et al., 2013) ...

## การเขียนรายการอ้างอิง (References)

### หนังสือในรูปแบบเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI

#### 1) ผู้แต่ง 1 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่).*/สำนักพิมพ์.*** /URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

สุภางค์ จันทวานิช. (2556). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 21). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Best, J. (1981) *Research in Education* (4th ed). Prentice-Hall International.

#### 2) ผู้แต่ง 2 คน

ไทย	ชื่อ/สกุล/และ/ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./&/สกุล,/ชื่อ./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.//////URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

ศศิลักษณ์ ขยันกิจ และ บุษบง ต้นติววงศ์. (2559). *การประเมินอย่างไร้ใคร่ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไปรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตน์พันธ์. (2560). *การคิดเชิงออกแบบ: เรียนรู้ด้วยการลงมือทำ*. ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ (TCDC). <http://resource.tcdc.or.th/ebook/Design.Thinking.Learning.by.Doing.pdf>

Svendsen, S., & Løber, L. (2020). *The big picture/Academic writing: The one-hour guide* (3rd digital ed.). Hans Reitzel Forlag. [https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-\(i-bog\)-i-bog-53615-9788741280615](https://hansreitzel.dk/soeg/the-big-picture-(i-bog)-i-bog-53615-9788741280615)

\* กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

\*\* กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์

\*\*\* กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ



3) ผู้แต่ง 3–20 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน

**ไทย** ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>,/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ชื่อ<sup>3</sup>/สกุล<sup>3</sup>,/ชื่อ<sup>4</sup>/สกุล<sup>4</sup>,/ชื่อ<sup>5</sup>/สกุล<sup>5</sup>,/ชื่อ<sup>6</sup>/สกุล<sup>6</sup>,/และ/ชื่อ<sup>7</sup>/  
 /////สกุล<sup>7</sup>./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

**อังกฤษ** สกุล<sup>1</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>1</sup>./สกุล<sup>2</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>2</sup>./สกุล<sup>3</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>3</sup>./สกุล<sup>4</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>4</sup>./สกุล<sup>5</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>5</sup>./สกุล<sup>6</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>6</sup>./&/สกุล<sup>7</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>7</sup>./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร, สุธาสินี สุโขวัฒน์กิจ, และ งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมชนุมนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, G. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2014). *Multivariate Data Analysis* (7th ed). Prentice-Hall.

4) ผู้แต่ง 21 คน ขึ้นไป ให้ใส่ชื่อและสกุลของผู้แต่งคนที่ 1–19 ตามด้วยเครื่องหมาย , . . . ก่อนชื่อคนสุดท้าย

**ไทย** ชื่อ<sup>1</sup>/สกุล<sup>1</sup>,/ชื่อ<sup>2</sup>/สกุล<sup>2</sup>,/ชื่อ<sup>3</sup>/สกุล<sup>3</sup>,/ชื่อ<sup>4</sup>/สกุล<sup>4</sup>,/ชื่อ<sup>5</sup>/สกุล<sup>5</sup>,/ชื่อ<sup>6</sup>/สกุล<sup>6</sup>,/ชื่อ<sup>7</sup>/สกุล<sup>7</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>8</sup>/สกุล<sup>8</sup>,/ชื่อ<sup>9</sup>/สกุล<sup>9</sup>,/ชื่อ<sup>10</sup>/สกุล<sup>10</sup>,/ชื่อ<sup>11</sup>/สกุล<sup>11</sup>,/ชื่อ<sup>12</sup>/สกุล<sup>12</sup>,/ชื่อ<sup>13</sup>/สกุล<sup>13</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>14</sup>/สกุล<sup>14</sup>,/ชื่อ<sup>15</sup>/สกุล<sup>15</sup>,/ชื่อ<sup>16</sup>/สกุล<sup>16</sup>,/ชื่อ<sup>17</sup>/สกุล<sup>17</sup>,/ชื่อ<sup>18</sup>/สกุล<sup>18</sup>,/  
 /////ชื่อ<sup>19</sup>/สกุล<sup>19</sup>./././ชื่อคนสุดท้าย/สกุลคนสุดท้าย./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/  
 /////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

**อังกฤษ** สกุล<sup>1</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>1</sup>./สกุล<sup>2</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>2</sup>./สกุล<sup>3</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>3</sup>./สกุล<sup>4</sup>,/  
 /////อักษรย่อชื่อ<sup>4</sup>./สกุล<sup>5</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>5</sup>./สกุล<sup>6</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>6</sup>./  
 /////สกุล<sup>7</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>7</sup>./สกุล<sup>8</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>8</sup>./สกุล<sup>9</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>9</sup>./  
 /////สกุล<sup>10</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>10</sup>./สกุล<sup>11</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>11</sup>./สกุล<sup>12</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>12</sup>./  
 /////สกุล<sup>13</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>13</sup>./สกุล<sup>14</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>14</sup>./สกุล<sup>15</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>15</sup>./  
 /////สกุล<sup>16</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>16</sup>./สกุล<sup>17</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>17</sup>./สกุล<sup>18</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>18</sup>./  
 /////สกุล<sup>19</sup>,/อักษรย่อชื่อ<sup>19</sup>././././สกุลคนสุดท้าย,/อักษรย่อชื่อคนสุดท้าย./ (ปีพิมพ์)/  
 /////ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

Gilbert, J. R., Smith, J. D., Johnson, R. S., Anderson, A., Plath, S., Martin, G., Sorenson, K., Jones, R., Adams, T., Rothbaum, Z., Esty, K., Gibbs, M., Taultson, B., Christner, G., Paulson, L., Tolo, K., Jacobson, W. L., Robinson, R. A., Maurer, O., . . . White, N. (2014). *Choosing a title* (2nd ed.). Unnamed Publishing.

#### หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI

ไทย ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./https://doi.org/เลข DOI

อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์./

/////////https://doi.org/เลข DOI

\* กรณีหนังสืออิเล็กทรอนิกส์มีการเผยแพร่ทั้งแบบรูปเล่มและแบบดิจิทัล ให้ระบุชื่อสำนักพิมพ์ตามแบบรูปเล่ม

ตัวอย่าง

Jackson, L. M. (2019). *The psychology of prejudice: From attitudes to social action* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000168-000>

#### บทในหนังสือ

ไทย ชื่อ/สกุล./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหนังสือ/ //////////(น./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

อังกฤษ สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีพิมพ์)./ชื่อบทหรือชื่อบทความ./In/ชื่อบรรณาธิการ/

////////(Ed. หรือ Eds.)/ชื่อหนังสือ/(pp./เลขหน้า)./สำนักพิมพ์.

ตัวอย่าง

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2540). การวิจัยอนาคตแบบ EDRF. ใน ทิศนา แชมมณี และ สร้อยสน สกลรักษ์ (บ.ก.), *แบบแผนและเครื่องมือการวิจัยทางการศึกษา* (น. 1-18). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., Suwalsky, J. T. D., & Haynes, O. M. (2003). Socioeconomic status, parenting, and child development: The Hollingshead four-factor index of social status and the socioeconomic index of occupations. In M. H. Bornstein & H. B. Robert (Eds.), *Monographs in parenting series. socioeconomic status, parenting, and child development* (pp. 29–82). Lawrence Erlbaum Associates.

**บทความในวารสารแบบรูปเล่ม/อิเล็กทรอนิกส์ที่ไม่มีเลข DOI**

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/เลขหน้า.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // //// เลขหน้า.

ตัวอย่าง

พรทิพย์ หนูพระอินทร์, ชญานิศ ลือวานิช และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. (2556). การรับรู้สุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับ บริการ ณ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏ ภูเก็ต*, 9(1), 63-87.

Jacobson, D.E. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Health Social Behavior*, 27(63), 250-264.

Sillick, T. J., & Schutte, N. S. (2006). Emotional intelligence and self-esteem mediate between perceived early parental love and adult happiness. *E-Journal of Applied Psychology*, 2(2), 38–48. <http://ojs.lib.swinedu.au/index.php/ejap>

**บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีเลข DOI**

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // //// เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ // //// เลขหน้า./https://doi.org/เลข DOI



ธัญญา ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์ไพฑูรย์, และ นิติพงษ์ ส่งศรีโรจน์ (2563). ความสามารถในการใช้ความรู้และนวัตกรรมกับประเด็นที่โดดเด่นขององค์กรใหม่ในธุรกิจภาคการเกษตร. *จุฬาลงกรณ์ธุรกิจปริทัศน์*, 42(2), 54–72. <https://doi.org/10.14456/cbsr.2020.3>

Herbst-Damm, K. L., & Kulik, J. A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times of terminally ill patients. *Health Psychology*, 24, 225–229. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.2.225>

\* กรณีที่เลข DOI แบบที่ใช้เดิมยาวและซับซ้อน ผู้เขียนสามารถเลือกใช้ DOI แบบสั้นหรือแบบยาวก็ได้

### บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่มีหมายเลขบทความหรือ eLocator

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////บทความ/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล/อักษรย่อชื่อ/(ปีพิมพ์)/ชื่อบทความ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/ /////Article/เลขที่บทความ./URL (ถ้ามี)

#### ตัวอย่าง

นวรรณ นิชโรจน์ และ ศศิลักษณ์ ขยันกิจ. (2563). บทบาทครูอนุบาลในการส่งเสริมกรอบ คติยึดติดเติบโตในโรงเรียนประไพพิศ (นามสมมติ). *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 15(2), บทความ OJED1502032. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/view/243480>

Burin, D., Kiltani, K., Rabuffetti, M., & Pia, L. (2019). Body ownership increases the interference between observed and executed movements. *PLOS ONE*, 14(1), Article e0209899. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209899>

วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโท

(Doctoral dissertation / Master's thesis)

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ไม่ได้ตีพิมพ์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์ /////หรือ วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ได้ตีพิมพ์]./ชื่อมหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Unpublished doctoral /////dissertation หรือ Unpublished master's thesis]./ชื่อมหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

รณชัย ศิลากร. (2547). ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาสโลว์  
[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Jung, M. S. (2014). A structural equation model on core competence of nursing  
students [Unpublished doctoral dissertation]. Choong-Ang University.

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทจากเว็บไซต์

(ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือ /////วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล./อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/[Doctoral dissertation หรือ /////Master's thesis, ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

ตัวอย่าง

ปิยะ บุษชา. (2561). การพัฒนารูปแบบเชิงสาเหตุ และประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริม  
คุณลักษณะทางจิตที่มีต่อพฤติกรรมการเรียนรู้ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ของนิสิตระดับ  
ปริญญาตรี. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์  
ประยุกต์, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ]. วิทยานิพนธ์สถาบันวิจัยพฤติกรรม  
ศาสตร์. <http://bsris.swu.ac.th/thesis/53199120066RB8992555f.pdf>

Ata, A. (2015). *Factoreffecting teacher-child communication skill & self-efficacy beliefs: An investigation on preschool teachers* [Master's thesis, Middle East Technical University]. Middle East Technical University Library.  
<http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/12619101/index.pdf>

### 3) วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ /////[วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ /////เลขลำดับอื่น ๆ)/[Doctoral dissertation หรือ Master's thesis, /////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล.

ตัวอย่าง

McNiel, D. S. (2006). *Meaning through narrative: A personal narrative discussing growing up with an alcoholic mother* (UMI No. 1434728) [Master's thesis, California State University–Long Beach]. ProQuest Dissertations and Theses database.

### รายงาน

#### 1) รายงานที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	ชื่อหน่วยงาน./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

ตัวอย่าง

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. 21 เซ็นจูรี.

[https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc\\_annual\\_report\\_2561.pdf](https://www.ocsc.go.th/sites/default/files/document/ocsc_annual_report_2561.pdf)



National Cancer Institute. (2019). *Taking time: Support for people with cancer* (NIH Publication No. 18-2059). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/takingtime.pdf>

## 2) รายงานที่จัดทำโดยผู้เขียนรายบุคคลสังกัดหน่วยงานรัฐหรือองค์กรอื่น

ไทย	ชื่อ/สกุล./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปีที่เผยแพร่)./ชื่อเรื่อง./สำนักพิมพ์./URL(ถ้ามี)

### ตัวอย่าง

สุมาลี ตังคณานุรักษ์, อรทัย วิมลโนธ, และ เกรียงไกร นะจร. (2559). *การวิจัยและพัฒนา รูปแบบเพื่อการพัฒนาความรับผิดชอบ การควบคุมและควมมีวินัยของนักเรียนชั้น ประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฝ่ายประถม. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

Lipsey, M. W., Farran, D. C., & Hofer, K. G. (2015). *A randomized control trial of a statewide voluntary prekindergarten program on children's skills and behaviors through third grade.* Vanderbilt University, Peabody Research Institute.

### เอกสารประกอบการประชุม/การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี proceeding (Symposium)

ไทย	ชื่อ/สกุล./(วันที่,/เดือน,/ปี)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./ใน/ชื่อ/(ประธาน),/ชื่อหัวข้อการประชุม/ [Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อเรื่องที่น่าสนใจ./In/อักษรชื่อย่อ./สกุล/(Chair), [Symposium]./ชื่อการประชุม,/สถานที่ประชุม.

ตัวอย่าง

De Boer, D., & LaFavor, T. (2018, April 26–29). The art and significance of successfully identifying resilient individuals: A person-focused approach. In A. M. Schmidt & A. Kryvanos (Chairs), *Perspectives on resilience: Conceptualization, measurement, and enhancement* [Symposium]. Western Psychological Association 98<sup>th</sup> Annual Convention, Portland, OR, United States.

**การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)**

**ไทย** ชื่อ/สกุล./ (ปี,/วัน/เดือน)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster  
/////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

**อังกฤษ** สกุล,/อักษรย่อชื่อ./ (ปี,/เดือน,/วันที่)./ชื่อ paper หรือ poster/[Paper หรือ Poster  
/////presentation]./ชื่อการประชุม,/สถานที่.

ตัวอย่าง

**การนำเสนองานวิจัย**

นิตา ไพรณาริ. (2554, มีนาคม). *การจัดการวิสาหกิจชุมชนในจังหวัดกาฬสินธุ์* [Paper presentation], การประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยกรุงเทพ, กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

Khayankij, S. (2016, July). *Mandalas as a tool to enhance self-awareness for early childhood student teachers* [Paper presentation]. Pacific Early Childhood Education Research Association, Bangkok, Thailand.

**การนำเสนอโปสเตอร์**

Haldrup, S., Lapolla, A., & Gundgaard, J. (2017, November 4–8). *Cost-effectiveness of switching to insulin degludec (ideg) in real-world clinical practice in Italy* [Poster presentation]. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) 20<sup>th</sup> Annual European Congress, Glasgow, Scotland.

## รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

### 1) ในรูปแบบรูปเล่มหนังสือ

**ไทย** ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.)/ชื่อหัวข้อการประชุม./  
/////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)./ฐานข้อมูล.

**อังกฤษ** สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง./In/ชื่อบรรณาธิการ/(Ed. หรือ Eds.)/  
/////ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(pp./เลขหน้า)./ฐานข้อมูล.

\* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

#### ตัวอย่าง

พัชรภา ตันติชูเวช. (2553). การศึกษาทั่วไปกับคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในประเทศ มาเลเซีย และสิงคโปร์ ศึกษาโดยเปรียบเทียบกับประเทศไทย. ใน ศิริชัย กาญจนวาสี (บ.ก.), การขับเคลื่อนคุณภาพการศึกษาไทย. การประชุมวิชาการและเผยแพร่ ผลงานวิจัยระดับชาติ (น. 97–102). คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Katz, I., Gabayan, K., & Aghajan, H. (2007). A multi-touch surface using multiple cameras. In J. Blanc-Talon, W. Philips, D. Popescu, & P. Scheunders (Eds.), *Lecture notes in computer science: Vol. 4678. Advanced concepts for intelligent vision systems* (pp. 97–108). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-540-74607-2_9)

### 2) ในรูปแบบวารสาร

**ไทย** ชื่อ/สกุล./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/  
/////เลขหน้า./URL

**อังกฤษ** สกุล,/อักษรย่อชื่อ./(ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/  
/////เลขหน้า./URL

\* กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

#### ตัวอย่าง

Chaudhuri, S., & Biswas, A. (2017). External terms-of-trade and labor market imperfections in developing countries: Theory and evidence. *Proceedings of the Academy of Economics and Economic Education*, 20(1), 11–16.



[https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?  
accountid=16285](https://search-proquest-com.elibrary.jcu.edu.au/docview/1928612180?accountid=16285)

### เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์ (เอกสารประกอบการเรียน)

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปี)/ชื่อเอกสาร/[เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]/คณะ,/มหาวิทยาลัย.
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อ/(ปี)/ชื่อเอกสาร/[Unpublished manuscript]/คณะ, /////มหาวิทยาลัย.

ตัวอย่าง

อัญญาณี บุญชื้อ. (2556). การส่งเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมสำหรับเด็กปฐมวัย [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. ภาควิชาหลักสูตรและการสอน คณะครุศาสตร์, จฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Blackwell, E., & Conrod, P. J. (2003). *A five-dimensional measure of drinking motives* [Unpublished manuscript]. Department of Psychology, University of British Columbia.

### เว็บไซต์

ไทย	ชื่อ/สกุลผู้เขียน/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/ชื่อเว็บไซต์./URL
อังกฤษ	สกุล,/อักษรย่อชื่อผู้เขียน/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ/ชื่อเว็บไซต์./URL

- \* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
- \* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
- \* กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

ตัวอย่าง

มูลนิธิวิจัยพัฒนาสาธารณสุขไทย. (2563, 1 มีนาคม). *เจาะลึกระบบสุขภาพไทยป่วยเบาหวาน*.

<http://www.hfocus.org/content/2019/11/18031>

International Diabetes Federation. (2021, December 9). *Diabetes fact and figure*. <http://www.idf.org/about-diabetes/facts-figures>

## สารสนเทศที่ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง

### 1) สารสนเทศที่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (บทในหนังสือ/บทความในวารสาร/สารานุกรม)

ไทย ชื่อเรื่อง/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

\* กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

\* กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

#### ตัวอย่าง

ก้าวต่อไปของสถาบันอุดมศึกษาไทยในตลาดอาเซียน. (2554). *อนุสารอุดมศึกษา*, 37(400), 9–12. [http://www.mua.go.th/prweb/pr\\_web/udom\\_mua/data/400.pdf](http://www.mua.go.th/prweb/pr_web/udom_mua/data/400.pdf)  
เกษตรกรรม. (2563, 4 มิถุนายน). ใน *วิกิพีเดีย*. <https://th.wikipedia.org/w/index.php?title=เกษตรกรรม&oldid=8891799>

### 2) สารสนเทศที่ไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานอื่น (หนังสือ/รายงาน/เว็บไซต์)

ไทย ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/วัน/เดือนที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

อังกฤษ ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/(ปี,/เดือน/วันที่เผยแพร่)/ชื่อแหล่งข้อมูล./URL

#### ตัวอย่าง

*Merriam-Webster's collegiate dictionary* (11th ed.). (2003). Merriam-Webster.  
ไขข้อข้องใจ การบ้านยังจำเป็นสำหรับเด็กยุคใหม่หรือไม่? (2562, 21 สิงหาคม). *ครูบ้านนอก*  
ดอทคอม. <https://www.kroobannok.com/87248>







สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office



วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

25 ถนนบ้านใหม่ ต.โนนเวียง อ.เมือง จ.แพร่ 54000  
โทร. 0 5451 1143, 0 5451 1145 Fax: 0 5452 3313  
<https://thaidj.org/index.php/jpphd>  
<http://www.pro.moph.go.th>