



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่
Phrae Provincial Public Health Office



วารสาร

สาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา

Journal of Phrae Public Health for Development

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566



ISSN 2774-096X (Online)

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 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2566

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุข ให้มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการเสริมสร้างคุณภาพงานวิจัย และองค์กรด้านสุขภาพ

คณะที่ปรึกษา

นพ.สุวรรณ เพ็ชรรุ่ง	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นพ.รุ่งกิจ ปินใจ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.ประเสริฐ กิตติประภัสร์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
ภก.เด่น ปัญญานันท์	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่
นายศราวุธ นันทวรรณ	รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่

บรรณาธิการ

ดร.นิพิฐพนธ์ แสงดวง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

รองบรรณาธิการ

ดร.ภก.หทัยพร อินทยศ

โรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่

พว.กรรณิการ์ ชัยนันท์

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กองบรรณาธิการ

ภญ.ศุภรชต์ แห่งพิช

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นายอเนก จินดาชาติ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นายเมธี กองลี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

พว.จินนารสเข้ม

โรงพยาบาลร้องกวาง จังหวัดแพร่

นายชนะศักดิ์ ศิริวิจิตรนอม

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นายปิยวัฒน์ หนองโกลม

โรงพยาบาลสอง จังหวัดแพร่

นายทวิศักดิ์ โทะทองชีว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นายนิธิ แนวนเล็ก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นางสาวชรินทร์รัตน์ รัตนอุปพันธ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ดร.นณธภัทร ธีระวรรณะสิริ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

นพ.จิรายุทธ์ พุทธรักษา

โรงพยาบาลสอง

ดร.ชาตรี แมตส์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.ปิยะ บุษบา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ผศ.ดร.พิชชาดา ประสทธิโชค

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ดร.กัลยาณี โนนินทร์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

พว.พรธิดา ชื่นบาน

โรงพยาบาลแพร่

ดร.เสาวภา เต็ดขาด

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ผศ.ดร.พัทธา แก้วสาร
ผศ.ดร.เกษรณัฐ นุชประเสริฐ
ดร.ปิ่นนเรศ กาศอุดม
ดร.รสสุคนธ์ แก้วป๋องปก
ดร.สรารุณี ตรีศรี
ดร.ปิยาพัทธ์ อารีญาติ
ดร.วราภรณ์ แสงอรุณ
ดร.ฐิญาณา สุภัทรชยาภุมิ
ดร.จารุภา จิโรโสภณ
รศ.ดร.จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช
ดร.ศิริเนตร สุขดี

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยแม่โจ้
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ

✿ บรรณาธิการแถลง ✿

วารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนา ปี พ.ศ. 2566 (ปีที่ 3) ฉบับที่ 2 (เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม) ฉบับนี้ยังคงเป็นพื้นที่แห่งการเรียนรู้ในการเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการด้านการแพทย์ สาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค รวมทั้งผลงานนวัตกรรมด้านการสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดองค์ความรู้อันเป็นประโยชน์แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในรูปแบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) มีบทความวิจัยทั้งหมด 8 เรื่อง ได้แก่ (1) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย (2) ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษาของประชากรเขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง (3) การประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ (4) ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลแพร่ (5) รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ (6) การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (7) ประสิทธิภาพของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ (8) ผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย

กองบรรณาธิการขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่านที่ให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในการประเมินบทความทั้งภายในและภายนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผลงาน เพื่อการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ทางวิชาการยิ่งขึ้น รวมทั้งขอเชิญชวนทุกท่านอ่านบทความทางวารสารออนไลน์ www.thaidj.org/index.php/jpphd และสามารถส่งบทความเพื่อเข้ารับการพิจารณาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ดังกล่าวด้วย ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะมุ่งมั่นพัฒนาวารสารสาธารณสุขแพรเพื่อการพัฒนาให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ และได้รับการรับรองคุณภาพที่สูงขึ้น ต่อไป

ดร.นิพัทธ์พงษ์ แสงสว่าง

บรรณาธิการ

ธันวาคม 2566



สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ดอนคำ แก้วบุญเสริฐ นิภาภรณ์ เชื้อยุนาน และ พัชรินทร์ คำนวล	1
ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด กรณีศึกษาของประชากรเขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง สมมาศ ยศเกษม และ นางพะงา บุดหาล้า	17
การประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพร ของรัฐ ในจังหวัดแพร่ วิมลลักษณ์ นพศิริ	45
ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรธาสลัสซีเมีย โรงพยาบาลแพร่ ชินจิตต์ สมจิตต์ กนกรัตน์ อรรชชัยพานิช และ อัญญารัตน์ สุมา	63
รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ณัฐกฤตา แก้วแสนสาย	77
การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ภาณุมาศ มะลิ กรรณิการ์ ชัยนันท์ และ นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง	93
ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ประกายวรรณ ใจชอบ พัชรินทร์ โปธาตุ และ ศิริกัญญา คำมูล	109
ผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย บุษบา อินทราวุธ และ ยุวเรศ บุญญานันท์	126
หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา	145



Contents

	Page
Research Articles	
The Development of care model for Patients with Chronic Kidney Disease at Phayao hospital and Network. <i>Donkum Kaewboonsert, Nipaporn Chuayunan and Patcharin Khamnuan</i>	1
The Result of Improving Health Literacy for Reducing Risk of Cardiovascular Disease. A case Study of People living in Amphoe Soem Ngam, Lampang <i>Sommart Yotkasem and Nongphakha Poodla</i>	17
Evaluation of Phrae Model for Herbal Distribution from the Government Manufactories, Phrae Province <i>Wimaluk Nopsiri</i>	45
The Effect of the Educational Program on Knowledge and Care Behaviors of Children with Thalassemia in Phrae hospital <i>Chunjit Somjit, Kanokrat Attachaipanich and Anyarat Suma</i>	63
Home Visit Model for Schizophrenic Patients At-Risk Groups in the Community by Family Care Team. Wang Chin District, Phrae Province <i>Nutgrita Kaewsansai</i>	77
The Development of Assessment Guidelines for Patients with Acute Coronary Syndrome. <i>Panumart Mali, Kannika Chainan and Niphitpon</i>	93
Effectiveness of the screening model for patients with chronic obstructive pulmonary disease, Den Chai District, Phrae Province <i>Prakaiwan Chaichob, Patchareephon Pothard and Sirinya Khonwong</i>	109
Effects of Eldery and caregivers Preparation Program on prevention pressure sores Inpatient department Denchai Crown Prince Hospital. <i>Busaba In-tharawut and Yuwares Boonyanun</i>	126
Criteria for writing manuscripts for publication in the Journal of Phrae Public Health for Development	145

The Development of care model for Patients with Chronic Kidney Disease at Phayao hospital and Network¹

Donkum Kaewboonsert²
Nipaporn Chuayunan²
Patcharin khamnuan³

Received: 1 November 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

This research and development aim to develop of care model for patients with chronic kidney disease and study the effects of using the model of care for patients with chronic kidney disease, Phayao Hospital and network. The sample includes nurses and health teams working in chronic kidney clinics at Phayao Hospital and a network, of 16 people, and patients with chronic kidney disease receive services at the chronic kidney clinic from July to September 2023, 57 people. The tools used to conduct the research include models of care for patients with chronic kidney disease at Phayao Hospital and network using the LINE OA application account named “Yu-kab-hmo-tai” (Staying with kidney doctor). Data collection tools include patients with chronic kidney disease questionnaires and questionnaires for nurses and health teams. Data were analyzed data using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, standard deviation, and inferential statistics, including the Paired t-test with a statistical significance level of 0.05.

The research findings indicate that the model of care for patients with chronic kidney disease Phayao Hospital and network using the LINE OA application “Yu-kab-hmo-tai” operates as the model of education and consultation through the LINE application account that includes infographics and online videos about chronic kidney disease, medication guidelines, dietary considerations, exercise regimens, mood management strategies for CKD patients, factors contributing to kidney degeneration, and measures for preventing and slowing down the progression of kidney degeneration, etc. The results of the model application showed a statistically significant increase in knowledge and behavior in self-care after the use of the model ($p < 0.05$). The estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR) has increased statistically significantly. ($p < 0.05$). The highest level of satisfaction with the model (Mean 4.21). Nurses and health teams were also most satisfied with the model. (Mean 4.24)

Keywords: The Development of Care Model, Chronic Kidney Disease, LINE Application

¹ Research Article

² Nursing Service Department, Phayao Hospital, Phayao Province

³ Thammasat University, Lampang Center

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย¹

ตอนคำ แก้วบุญเสริฐ²

นิภาภรณ์ เชื้อยูนาน²

พัชรินทร์ คำนวน³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง และศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย จำนวน 16 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการ คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ในระหว่างช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2566 จำนวน 57 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อ “อยู่กับหมอไต” เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยไตเรื้อรัง แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อ “อยู่กับหมอไต” เป็นรูปแบบการให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชันแอดเคานท์ๆ ประกอบด้วย แผ่นอินโฟกราฟิกส์ และวิดีโอออนไลน์เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์และความเครียดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต เป็นต้น ผลของการนำรูปแบบมาใช้พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อัตราการคัดกรองของเสียภายในไตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน ชื่อ “อยู่กับหมอไต” อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21) รวมถึงพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24)

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ โรคไตเรื้อรัง ไลน์แอปพลิเคชัน

¹ บทความวิจัย

² กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา

³ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์ลำปาง





บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกเพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562 ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 11.00-13.00 (Nicola & Zoccali, 2019) เมื่อพิจารณาในระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระยะ จากการศึกษาาระบาดวิทยา โรคไตเรื้อรังในประเทศไทย พบความชุกของโรคไตจากระยะที่ 1-5 เท่ากับร้อยละ 3.30, 5.60, 7.50, 0.80 และ 0.30 ตามลำดับ มีประชากรเพียงร้อยละ 1.90 เท่านั้นที่ทราบว่าตนกำลังเป็นโรคไต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ซึ่งเป็นระยะที่สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ดีนั้น มีผู้ที่รู้ตัวว่าเริ่มมีโรคไตเพียงร้อยละ 0.79, 2.06 และ 5.63 ตามลำดับ (ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย และคณะ, 2560) และเนื่องจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 1-3 ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ จึงทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่วางความตระหนักในการดูแลตนเอง จนกลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 และเข้าสู่ระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease: ESRD) ซึ่งเป็นภาวะที่ไตสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ในการขจัดของเสีย ควบคุมสมดุลน้ำ เกลือแร่ และกรดต่างของร่างกายไปอย่างถาวร ไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ (ศักดิ์ชัย โอภาสมานะกิจ และขจรศักดิ์ นพคุณ, 2561)

จากรายงานข้อมูลการบำบัดทดแทนไตโดยคณะอนุกรรมการลงทะเบียนการรักษาทดแทนไต (TRT) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2563 ได้รายงานสถานการณ์ของการบำบัดทดแทนไต โดยพบจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตสะสมในปี 2562 รวม 170,774 ราย แบ่งเป็นการบำบัดทดแทนไต

ด้วยวิธีฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมจำนวน 129,724 ราย คิดเป็นร้อยละ 76.00 วิธีการล้างไตทางช่องท้อง 34,467 ราย ร้อยละ 20.20 และ ร้อยละ 3.80 เป็นการปลูกถ่ายไต จำนวน 6,583 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563) ไม่ว่าจะเป็นการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีใดก็ตาม เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง จึงมีผลกระทบทำให้เป็นภาระแก่ครอบครัว ชุมชนซึ่งโอกาสในการประกอบอาชีพ ครอบครัว และชุมชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทางอ้อม ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลแก่ประชาชนและประเทศชาติ นอกจากนี้โรคไตเรื้อรังยังเป็นโรคคุกคามต่อคุณภาพชีวิตทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (จำรัส สารชะวิน และคณะ, 2560) และยังพบการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบอัตราการตายต่อแสนประชากร ในปี 2559 เท่ากับ 14.24 และเพิ่มขึ้น ในปี 2563 เป็น 16.49 ซึ่งประมาณการว่าจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังปีละประมาณ 10,000 คน (กรมควบคุมโรค, 2563)

อย่างไรก็ตามโรคไตเรื้อรังหากได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มแรก จะสามารถชะลอไตเสื่อมให้ช้าลงได้ (สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 2558) ลดปัญหาความรุนแรงของโรคไตและปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนี้การชะลอไตเสื่อมยังเป็นการช่วยประคับประคองการทำหน้าที่ของไตที่เหลืออยู่ให้คงความสามารถในการทำหน้าที่ให้ยาวนานที่สุด เป็นการยืดระยะเวลาและช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องบำบัดทดแทนไตส่งผลกระทบต่อประหยัดงบประมาณของประเทศชาติเช่นกัน และสุดท้ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยอีกด้วย มีการศึกษาที่ผ่านมามีพบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น





ให้มีการจัดการตนเอง (self management) มีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยมีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข แนะนำสนับสนุนและติดตามอย่างต่อเนื่องจะสามารถชะลอไตเสื่อมได้ โดยพบว่าอัตราการกรองของไตดีขึ้นเปลี่ยนจากไตเรื้อรังจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 2 ได้ ในขณะที่เดียวกันสามารถชะลอความเสื่อมของไตจากระยะที่ 3-4 ไม่ให้เข้าสู่ระยะที่ 5 ได้ประมาณ 6-7 ปี (อนันต์ เรืองบุญ และคณะ, 2562)

ตลอดจนการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จะมีส่วนช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาต่างๆ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ผู้ป่วยได้ (Ramezani et al., 2019) วิธีการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสมที่มีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายและเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ได้แก่ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นการพัฒนาความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จะนำไปสู่การสื่อสารกับผู้อื่นเพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ สามารถนำไปจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง เมื่อเจอสถานการณ์แวดล้อมด้านสุขภาพและสื่อบุคคล สามารถวิเคราะห์ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเองได้ (Nutbeam, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยหลายกลุ่มโรค และมีผลทำให้พฤติกรรม การดูแลตนเอง และเกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกดีขึ้น (ศิริณาวรรณประเสริฐ, 2562; กฤตภณ เทพอินทร์,

สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิณู จันทขัมมา; 2562) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่เหนี่ยวนำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือมีการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมสอดคล้องกับโรค และแผนการรักษา (Ramezani et al., 2019) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาว ลดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Jain & Green, 2019)

โรงพยาบาลพะเยา เป็นโรงพยาบาลขนาด 400 เตียง ในปีงบประมาณ 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำนวน 2,787, 2,831 และ 2,749 ราย โดยเป็นผู้ป่วยไตระยะที่ 3 จำนวน 935, 1,026 และ 942 ราย ตามลำดับ สำหรับในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งให้บริการผู้ป่วยไตเรื้อรัง ตั้งแต่ระยะที่ 3-5 พบในปี 2565 มีผู้ป่วยไตเรื้อรัง 1,176 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยระยะที่ 3-4 จำนวน 858 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.95 (คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา, 2565) หากไม่มีการชะลอการเสื่อมของไต ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะก้าวไปเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 5 หรือระยะสุดท้าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติที่ต้องสูญเสียเงินจำนวนมากในการดูแลรักษา จากการทบทวนแนวทางดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาพบปัญหาคือ ผู้ป่วยมีประวัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร่วม เช่น โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมาก่อน และสุดท้ายก็เป็นโรคไตเรื้อรังตามมา จึงเป็นสาเหตุทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ด้านบุคลากรทีมสุขภาพ





มีอัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัจจุบันใช้ระบบหมุนเวียนพยาบาลไตเทียมมาปฏิบัติ เดือนละ 1 คน มีผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ใช้ร่วมกับงานล้างไตทางช่องท้อง จากการขาดอัตรากำลัง ทำให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 3-5 ที่มารับบริการ ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเพียงเบื้องต้น เช่น การไปรับยา ตรวจสอบสิทธิให้ใบนัดและมาตรวจตามนัดเท่านั้น ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินไปของโรค การปฏิบัติตัวและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่เหมาะสม ด้านอุปกรณ์/สื่อต่างๆ ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติมีความไม่ครอบคลุมไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันที่ระบบสารสนเทศเข้ามามีบทบาทอย่างมากทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในขณะที่เดียวกันรูปแบบการให้บริการยังขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการกับการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) (เบาหวาน ความดัน) การเข้าถึงยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการดูแล และส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไตล่าช้าจนเข้าสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายหรือมีค่า eGFR ลดลงต่ำ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการเตรียมตัวในเรื่องการบำบัดทดแทนไต มีอัตราการได้รับการบำบัดทดแทนไตแบบไม่ได้วางแผน (unplan dialysis) เกิดขึ้น ซึ่งตามแนวปฏิบัติของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 3 ต้องพบอายุรแพทย์โรคไต (nephrologist) ปีละครั้ง ส่วนผู้ป่วยไตเรื้อรังในคลินิกต่างๆ ในโรงพยาบาล เช่น คลินิกพิเศษ (ความดัน เบาหวาน) คลินิกระบบทางเดินปัสสาวะ คลินิกนิรนาม เข้าถึงด้านบริการยังไม่ครอบคลุมเช่นกัน

จากสภาพปัญหาข้างต้น จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยนำระบบเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในรูปของแอปพลิเคชันไลน์ (Line OA) บูรณาการร่วมกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าถึง เข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้ สามารถพูด คอยปรึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว ในขณะเดียวกันแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์สามารถประเมินผู้ป่วยได้โดยผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาล เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลพะเยา และระบบติดตามส่งต่อกับเครือข่ายมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ผู้ป่วยไตเรื้อรังมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เหมาะสมมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพื่อผลลัพธ์ในการชะลอไตเสื่อมไม่ให้เข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้ายเร็วขึ้น และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น

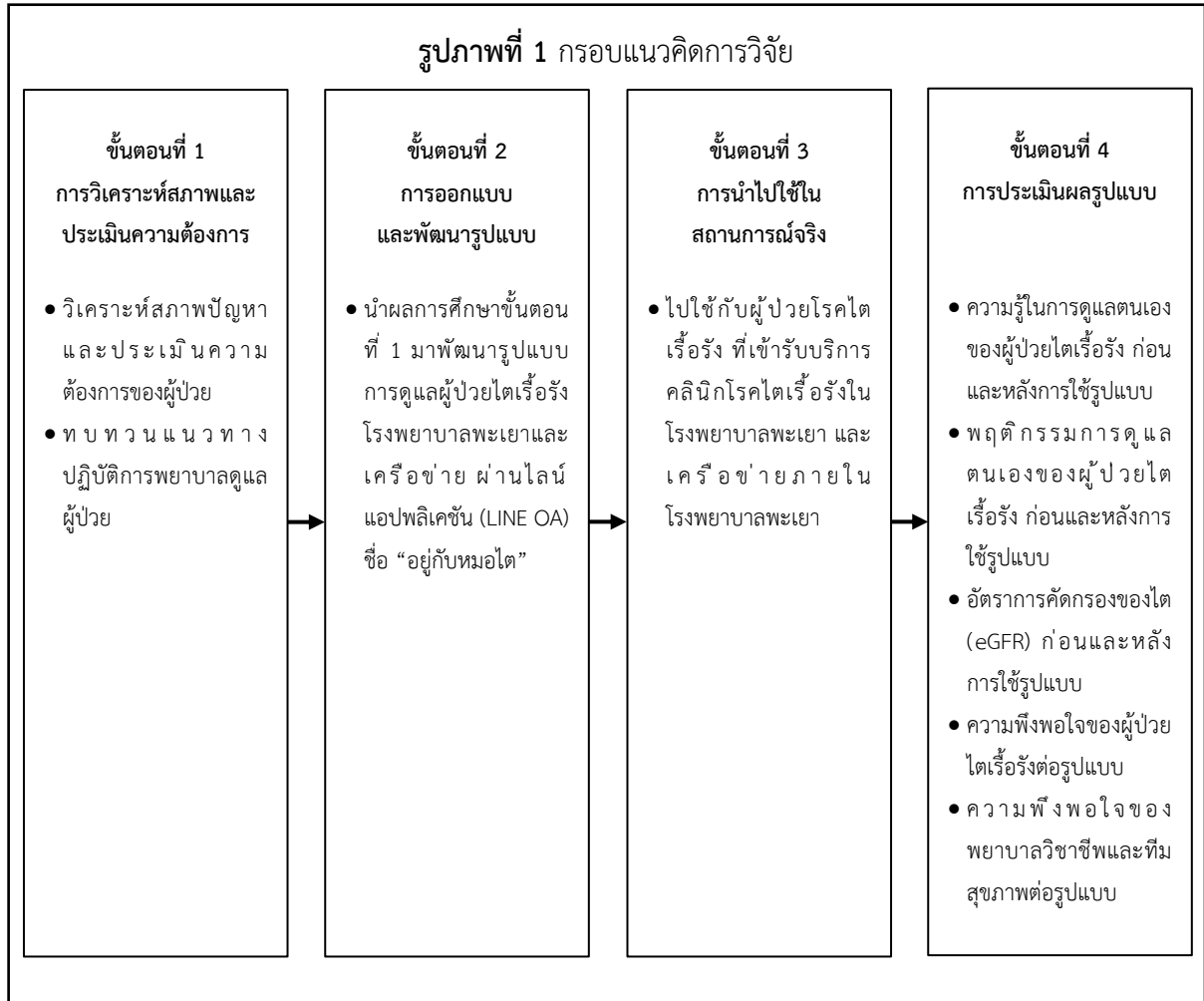
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย
2. เพื่อศึกษาผลของใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะดังรูปภาพที่ 1





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย และศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม 2566 ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย

ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพะเยา และ

เครือข่ายภายในโรงพยาบาลพะเยา และ 2) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการ ในโรงพยาบาลพะเยา

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กับพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพะเยา และเครือข่ายภายในโรงพยาบาลพะเยา ที่มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเข้ารับบริการ ได้แก่ คลินิกพิเศษโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน ความดัน) คลินิกนิรนาม คลินิกทางเดินปัสสาวะ คลินิกศัลยกรรมกระดูก (ออร์โธปิดิกส์) และคลินิกอายุรกรรมจำนวนทั้งสิ้น 16 คน และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการ คลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพะเยา และเครือข่ายภายในโรงพยาบาลพะเยา





ในระหว่างช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน 2566 โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่

1. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 โดยที่มีอัตราการกรองของไต (eGFR) อยู่ระหว่าง 30-59 ml/min/1.73m² ของพื้นที่ผิวกาย
2. ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่สามารถใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE Application)
3. สามารถรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจด้วยภาษาไทย
4. มีการมองเห็น การได้ยินปกติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถให้ข้อมูลได้
5. มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ในระหว่างดำเนินการวิจัยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หรือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากโรคไตเรื้อรัง หรือโรคประจำตัวร่วมที่อยู่ในระยะไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” ที่มุ่งเน้นกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) โดยมีการให้ความรู้ให้คำปรึกษา แนะนำ การเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้แสดงความคิดเห็น ความต้องการในการดูแลสุขภาพ การติดตามเยี่ยมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยและทีมพัฒนาได้ใช้สื่อที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แผ่นอินโฟกราฟิกส์

(Infographics) และวิดีโอออนไลน์ให้ความรู้แบบออนไลน์ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่/ถูกต้อง และไม่ใช่/ไม่ถูกต้อง จำนวน 35 ข้อ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน กำหนดช่วงระดับความรู้ ออกเป็น 3 ระดับ คือ 0-12 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับต่ำ/น้อย คะแนนระหว่าง 13-24 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง และ 25-35 คะแนน หมายถึงมีความรู้ในระดับสูง/มาก 3) แบบประเมินพฤติกรรม ลักษณะคำถามเป็นแบบแบ่งระดับ 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ, ปฏิบัติบ่อยครั้ง, ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบ ลักษณะคำถามเป็นแบบ แบ่งระดับ 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามสำหรับพยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และ 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ ลักษณะคำถามเป็นแบบ แบ่งระดับ 5 ระดับ ได้แก่ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย และพึงพอใจน้อยที่สุด





การดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา กับผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของภาษา โดยผลการประเมินค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index; CVI) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย มีค่าเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีค่าเท่ากับ 0.90 และแบบประเมินสำหรับพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.96 และนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้กับกลุ่มทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณจากสูตรของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินสำหรับผู้ป่วยได้ค่าความน่าเชื่อถือในภาพรวมเท่ากับ 0.85 และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ได้ค่าความน่าเชื่อถือเท่ากับ 0.85

กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้กำหนดระยะเวลาดำเนินการวิจัยไว้ 6 เดือน ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงตุลาคม 2566 มีกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพและประเมินความต้องการ โดยประชุมปรึกษาหารือ และสนทนากลุ่มร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ และทีมสุขภาพประกอบด้วย ผู้วิจัย อายุรแพทย์โรคไต พยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคไตเรื้อรัง คลินิกพิเศษ (เบาหวาน ความดัน) คลินิกนิรนาม คลินิกทางเดินปัสสาวะ คลินิกศัลยกรรมกระดูก (ออร์โธปิดิกส์) และคลินิกอายุรกรรม เพื่อทบทวนวิธีการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปัจจุบันจากมุมมองของ

ผู้ปฏิบัติงาน และสำรวจปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาแต่ละด้านในแต่ละมิติ และสรุปปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา

ระยะที่ 2 ออกแบบและพัฒนารูปแบบนำข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการกำหนดการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ "อยู่กับหมอไต" และนำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสมของของรูปแบบ

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้วิจัยนำรูปแบบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่ายผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ "อยู่กับหมอไต" ที่พัฒนา จากขั้นตอนที่ 3 ไปใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่เข้ารับบริการ คลินิกโรคไตเรื้อรังในโรงพยาบาลพะเยา และเครือข่ายภายในโรงพยาบาลพะเยา เป็นระยะเวลา 2 เดือน ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2566 โดยแบ่งระยะดำเนินการ 2 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนเข้าร่วมโครงการ เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมใช้รูปแบบอธิบายวิธีการใช้งาน หลังจากนั้นส่งแบบประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองผ่านช่องไลน์แอปพลิเคชันก่อนใช้รูปแบบ และ 2) ระยะเข้าร่วมโครงการ

ส่งข้อความให้ความรู้ รูปภาพ สื่อวิดีโอต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชันในผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลเป็นกรณีเฉพาะ

ระยะที่ 4 การประเมินผลหลังใช้รูปแบบเมื่อดำเนินการใช้รูปแบบเสร็จสิ้น มีการดำเนินการ





ประเมินความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบ บ้านที่ก้อัตรา การคัดกรองของไต (eGFR) และประเมิน ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการบรรยายข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาล วิชาชีพและทีมสุขภาพ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความพึงพอใจของผู้ป่วย ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่า Paired t-test ในการเปรียบเทียบความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์โรงพยาบาลพะเยา เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2566 เลขที่ COA No.198 และผู้วิจัยได้ทำการ พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบ ด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ ที่จะหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย ได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้จะไม่ผลใดๆ ต่อกลุ่ม

ตัวอย่างทั้งสิ้น และนำเสนอผลการวิจัยเป็น ภาพรวม

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.90 มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 42.10 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 56.10 สถานภาพคู่/สมรส ร้อยละ 56.10 ประกอบ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.90 รายได้เฉลี่ยต่อ เดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 50.90 ใช้สิทธิในการรักษาเป็นบัตรประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า ร้อยละ 28.10 มีประวัติโรคร่วม ร้อยละ 82.50 ผู้ดูแลหลักคือภรรยา/สามี ร้อยละ 28.10 และส่วนใหญ่มีประสบการณ์ได้รับความรู้เรื่องการใช้ยา ด้านโภชนาการ เรื่องปัจจัยส่งเสริมการเสื่อม ของไต ร้อยละ 56.10, 52.60 และ 50.90 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ค่า t = -8.64 และค่า p-value = 0.00 แสดงว่า คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

คะแนนความรู้ในการดูแลตนเอง	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ (n = 57)	26.56	5.54	-8.64	0.00*
หลังการใช้รูปแบบ (n = 57)	33.59	2.12		

* P < 0.05



3. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา และเครือข่าย ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่าในภาพรวม ค่า $t = -18.99$ และค่า $p\text{-value} = 0.00$ แสดงว่า ระดับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน

คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร ($t = -21.93, p\text{-value} = 0.00$) ด้านยา ($t = -19.67, p\text{-value} = 0.00$) ด้านการออกกำลังกาย ($t = -13.85, p\text{-value} = 0.00$) และอารมณ์ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ($t = -15.84, p\text{-value} = 0.00$) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลตนเอง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

พฤติกรรมดูแลตนเอง	ก่อนการใช้รูปแบบ (n = 57)		หลังการใช้รูปแบบ (n = 57)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมด้านอาหาร	0.95	0.45	1.77	0.36	-21.93	0.00*
พฤติกรรมด้านยา	0.96	0.54	1.79	0.38	-19.67	0.00*
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย	0.95	0.54	1.74	0.42	-13.85	0.00*
พฤติกรรมด้านอารมณ์	1.07	0.65	1.87	0.41	-15.84	0.00*
ภาพรวม	0.98	0.51	1.79	0.35	-18.99	0.00*

* P < 0.05

4. อัตราการคัดกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test พบว่า ค่า

$t = -8.78$ และค่า $p\text{-value} = 0.00$ แสดงว่า อัตราการคัดกรองของไต (eGFR) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอัตราการคัดกรองของเสียภายในไต (eGFR) ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

อัตราการคัดกรองของไต (eGFR)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนการใช้รูปแบบ (n = 57)	40.29	9.92	-8.78	0.00*
หลังการใช้รูปแบบ (n = 57)	49.39	10.22		

* P < 0.05





5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.21 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อขั้นตอนการลงทะเบียน แสกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน รองลงมาคือ รูปภาพ/วิดีโอ อ่านศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่ายการให้คำปรึกษา คำแนะนำจากจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย รูปภาพ/วิดีโอ

มีความชัดเจน ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้ การติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” และการเข้าร่วมกลุ่ม “อยู่กับหมอไต” ช่วยให้ท่านมีความรู้ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.38, 4.29, 4.29, 4.28, 4.21, 4.21 และ 4.21 ตามลำดับ) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อความรวดเร็วในการตอบคำถาม หรือข้อสงสัยจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ และการเข้าร่วมกลุ่ม “อยู่กับหมอไต” ช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 และ 3.89) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย (n = 16)	Mean	SD	แปลผล
1. ขั้นตอนการลงทะเบียน แสกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน	4.38	0.52	มากที่สุด
2. รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน	4.21	0.67	มากที่สุด
3. รูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย	4.29	0.70	มากที่สุด
4. ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้ เรื่องโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	4.21	0.67	มากที่สุด
5. การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	4.28	0.70	มากที่สุด
6. ความรวดเร็วในการตอบคำถามหรือข้อสงสัยจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ	4.08	0.60	มาก
7. การให้คำปรึกษา คำแนะนำจากจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ	4.29	0.70	มากที่สุด
8. การติดตามเยี่ยมผ่านทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต”	4.21	0.72	มากที่สุด
9. การเข้าร่วมกลุ่ม “อยู่กับหมอไต” ช่วยให้ท่านมีความรู้การใช้ยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง	4.21	0.67	มากที่สุด
10. การเข้าร่วมกลุ่ม “อยู่กับหมอไต” ช่วยให้ท่านสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม	3.89	0.72	มาก
ค่าเฉลี่ยรวม	4.21	0.50	มากที่สุด



6. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย พบว่าพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 56.20 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 87.50 และมีประสบการณ์ในการพยาบาลดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 75.00 และหลังจากได้ร่วมใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” พบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยรวม 4.24 เมื่อพิจารณาแต่ละประเด็นพบว่า พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดคือ รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน รองลงมาคือ เป็นช่องทางที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถสอบถาม หรือให้ข้อเสนอแนะในการให้บริการทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อ และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ขั้นตอนการ

ลงทะเบียน แสกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน เป็นช่องทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รวดเร็วและทั่วถึง พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ไปต่อยอดและขยายผลในการสร้างนวัตกรรมใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานได้ ตามลำดับ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43, 4.31, 4.31, 4.25, 4.25 และ 4.25 ตามลำดับ) นอกจากนี้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดต่อรูปภาพ/วิดีโอ อ่านศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ และสามารถการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต และช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการให้บริการทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.18, 4.18, 4.12 และ 4.12 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย

ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย (n = 16)	Mean	SD	แปลผล
1. ขั้นตอนการลงทะเบียน แสกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน	4.25	0.57	มากที่สุด
2. รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน	4.43	0.62	มากที่สุด
3. รูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย	4.18	0.54	มาก
4. ช่วงเวลาในการส่งข้อความให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรัง การใช้จ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัจจัยส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	4.12	0.50	มาก
5. เป็นช่องทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รวดเร็วและทั่วถึง	4.25	0.44	มากที่สุด
6. ช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรู้ และสามารถการปฏิบัติดูแลตนเอง เพื่อป้องกันและชะลอความเสื่อมของไต	4.18	0.40	มาก





ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย (n = 16)	Mean	SD	แปลผล
7. เป็นช่องทางที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถสอบถาม หรือให้ข้อเสนอแนะในการ ให้บริการทางการแพทย์พยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและ เครือข่าย	4.31	0.70	มากที่สุด
8. ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพมีส่วนร่วมในการให้บริการทางการแพทย์ พยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.12	0.61	มาก
9. ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ติดต่อ และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.31	0.47	มากที่สุด
10. พยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไต เรื้อรัง โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน ไปต่อยอดและขยายผลในการสร้างนวัตกรรม ใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานได้	4.25	0.44	มากที่สุด
ค่าเฉลี่ยรวม	4.24	0.33	มากที่สุด

อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์
แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต”
มุ่งเน้นกระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไต
เรื้อรัง ตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ
ของ Nutbeam (2008) โดยมี การให้ความรู้
การให้คำปรึกษา แนะนำ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย
ได้แสดงความคิดเห็น ความต้องการในการดูแล
สุขภาพ การติดตามเยี่ยมเพื่อให้เกิดการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตที่เหมาะสม
มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยและ
ทีมพัฒนา ได้ใช้สื่อที่ทันสมัยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
คือแผ่นอินโฟกราฟิกส์ (Infographics) หรือ
แผ่นภาพ และวิดีโอออนไลน์ให้ความรู้แบบออนไลน์
ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง การใช้ยา
การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย
การจัดการอารมณ์ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ปัจจัย
ส่งเสริมการเสื่อมของไต การป้องกันและชะลอ
ความเสื่อมของไต ซึ่งเมื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไต

เรื้อรัง และคลินิกในเครือข่าย โรงพยาบาลพะเยา
ค้นพบว่าหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย
มีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้นอย่างมี
นัยสำคัญ (p<0.05) ในด้านพฤติกรรมดูแลตนเอง
พบว่าหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีระดับ
พฤติกรรมดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้น ทั้งในภาพรวมและ
รายด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอาหาร
ด้านยา ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05) ตลอดจนเกิด
ผลลัพธ์ที่ดีทางคลินิก โดยหลังการใช้รูปแบบอัตรา
การกรองไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ บ่งชี้ได้ว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง
โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์
แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต”
ที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และช่วยชะลอ
ความเสื่อมของไตได้ สอดคล้องกับโปรแกรมการให้
คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันของหน่วยไตเทียม
โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี พบว่าหลังการใช้ไป
แกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องที่เข้าร่วม
โปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน





ความเครียดลดลงและความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (สุนนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย, 2563) และสอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันอีกต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย ของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพภายหลังการใช้แอปพลิเคชันของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนการใช้แอปพลิเคชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ปราณี แสตก และคณะ, 2563)

ในด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังโรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” พบว่า ในส่วนของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ที่ได้รับการดูแลผ่านช่องทางไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” โดยรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่าขั้นตอนการลงทะเบียน แสแกน QR code เพื่อเข้าร่วมกลุ่มและใช้งาน รูปภาพ/วิดีโอ อ่าน ศึกษาและทำความเข้าใจได้ง่าย รวมถึงการให้คำปรึกษา คำแนะนำจากจากพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการใช้แอปพลิเคชันอีกต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย ของศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่าหลังจากได้เข้าร่วมกลุ่มแอปพลิเคชันอีกต่อ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก โดยเห็นว่า แอปพลิเคชันอีกต่อมีความง่ายต่อการใช้งาน รูปแบบสวยงาม มีความ

น่าสนใจ น่าใช้ เป็นต้น (ปราณี แสตก และคณะ, 2563)

นอกจากนี้ในด้านความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ที่ร่วมใช้รูปแบบพบว่าในภาพรวมมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด โดยประเมินว่า รูปภาพ/วิดีโอ มีความชัดเจน รองลงมาคือ เป็นช่องทางที่ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถสอบถาม หรือให้ข้อเสนอแนะในการให้บริการทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย ช่วยเพิ่มช่องทางการให้ข้อมูล ติดต่อ และติดตามดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ในระดับมากที่สุด จะเห็นได้ว่าจากการพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับหมอไต” เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่ช่วยเพิ่มความรอบรู้ในการดูแลตนเอง และเพิ่มทักษะในการปฏิบัติตน หรือมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค รวมถึงพยาบาลวิชาชีพและทีมสุขภาพ ในโรงพยาบาลพะเยา และเครือข่าย ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบ อันทำให้เกิดการพัฒนา ทักษะ องค์ความรู้ใหม่ๆ ในการประยุกต์ใช้นวัตกรรม เพื่อการให้บริการทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้อย่างเหมาะสม อันถือเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้ป่วยยกระดับมาตรฐานการให้บริการที่เข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรเพิ่มกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นบุคคลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ชื่อ “อยู่กับ





หมอไต” ด้วย เนื่องจากมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องอาหาร ยา การออกกำลังกาย และอารมณ์ อันจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ในวงกว้างมากยิ่งขึ้น

2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (LINE OA) ไปพัฒนาวิธีให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การดูแล ติดตามในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ใน โรงพยาบาลพะเยาและเครือข่าย เพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพการให้บริการบริการรวมถึงเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลตนเองในการชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วย รวมถึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังในรูปแบบนวัตกรรม หรือสื่อต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ คู่มือ เป็นต้น เพื่อเพิ่มช่องทางในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

กฤตภณ เทพอินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์ และนภาพิญ จันทขัมมา. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์, 11(1): 197-212.

กรมควบคุมโรค. (2563). ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

คลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา. (2565). สถิติผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลพะเยา 2563-2565. พะเยา: โรงพยาบาลพะเยา.

จำรัส สารชะขวัญ, สุนทรี สิทธิสงคราม, มาลินี บุญเกิด, มาลี มีแป้น, และสุกัญญา กระเปียด. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า, 28(2), 153-164.

ปราณี แสดคง, รัชณี พงนา, วิทยา วาโย และรัตนดาวรรณ คลังกลาง. (2563). ผลของการใช้แอปพลิเคชันอีกไตต่อความรอบรู้ทางด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูงที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 ร่วมด้วย: กรณีศึกษาศูนย์แพทย์ชุมชนวัดหนองแวง พระอารามหลวง อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลการสาธารณสุขภาคใต้, 7(3), 195-206.

ศิริณา วรรณประเสริฐ. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ, 20(2), 92-104.

ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, พรรณธิพา ต้นสวรรค์ และเอกสิทธิ์ ลักขณาภิขิตกุล. (2560). พรหมแดนถัดไปในการดูแลไต: ก้าวสู่ความเป็นเลิศ. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.

ศักดิ์ชัย โอภาสมานะกิจ และขจรศักดิ์ นพคุณ. (2561). การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย, 24(1), 4-9.

สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. (2558). รายงานการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย.



สุนนกาญจน์ ลากภิตติเจริญชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์. 45(3), 42-50.

อนันท์ เรืองบุญ, พีรวิชญ์ พาดิ, จารุวรรณ ประดิษฐ์พงษ์, เยาวลักษณ์ เรียงอิศราง และอำภา คนชื้อ. (2562). รูปแบบการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพอัตรการกรองของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28(2), 122- 129.

Jain, D. & Green, J.A. (2019). Health literacy in kidney disease: Review of the literature and implications for clinical practice. *World J Nephrol*, 5(2), 147-51.

Nicola, L., & Zoccali, C. (2019). Chronic kidney disease prevalence in the general population: heterogeneity and concerns. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 31(3), 331-335.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-2078.

Ramezani, A., Massy, Z. A., Meijers, B. Evenepoel, P. Vanholder, R. Dominic S. R. (2019). Role of the Gut Microbiome in Uremia: A Potential Therapeutic Target. *Am J Kidney Dis*, 67(3), 483-498.



The Result of Improving Health Literacy for Reducing Risk of Cardiovascular Disease. A case Study of People living in Amphoe Soem Ngam, Lampang Province¹

Sommart Yotkasem²
Nongphakha Poodla³

Received: 21 October 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

The quasi-experimental research aims to study a result of improving health literacy for reduce cardiovascular risk. Research design was two groups pretest-posttest design. Purposive sampling was used to recruit 80 participants who had low, moderate, and high levels of CVD risk and poor and low health literacy levels. Forty of the experimental group received an improving health literacy promotion programme in order to reduce risk of cardiovascular disease. The control group received a regular health literacy promotion programme. Research tools were health literacy and self-care behaviour questionnaires, Thai CV risk score and personal health data. The content validity of all instruments were showed by IOC= 0.67-1.00. Quantitative data was analysed using descriptive statistics and Independent T-test and Dependent T test. The results showed that at post-experiment the experimental group had significant higher mean scores of health literacy and health behaviour ($p<0.05$), and CVD risk score had significant lower mean scores than at pre-experimental ($P<0.05$). CVD risk score of experimental group were significant decreased more than control group at post-test ($P<0.05$). Research suggests that should be used Improving Health Literacy program for Reducing Cardiovascular Risk of all severity of risk and evaluate long term health outcomes.

Keywords: Health Literacy, Cardiovascular risk

¹ Research Article

² Professional Public Health Academician, Sermngam Provincial Public Health Office, Lampang Province

³ Professional Nurse, Sermngam Provincial Public Health Office, Lampang Province

ผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษาของประชากรเขตอำเภอเสริมงาม
จังหวัดลำปาง¹

สมมาศ ยศเกษม²

นงพะงา ปืดหล้า³

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 80 คน ได้มาอย่างเจาะจง แบ่งเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 40 คน ได้เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 4 ครั้ง และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คนได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยวิธีปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และแบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินทั้งหมดได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Independent T-test และ Dependent T-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรที่มีความเสี่ยงในทุกๆระดับ การติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

¹ บทความวิจัย

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเสริมงาม อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง





บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease) และโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) (จุรีพร คงประเสริฐ สุขุมณี วัชรสินธุ์ และณัฐฉิวรรณ พันธมุง, 2558) จากสถิติของ องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ. 2563 พบว่า กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตาย อันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ 17.90 ล้านคน แนวโน้มสถานการณ์การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น (World Health Organization, 2021) และ ประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาดังกล่าว เช่นเดียวกัน สถิติของกระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 10 มกราคม 2565 พบว่าคนไทยมีอัตราการตายจากโรคหัวใจขาดเลือด ต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559–2563 เท่ากับ 31.90, 31.82, 31.78, 31.36 และ 32.57 และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากร เท่ากับ 48.13, 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ตามลำดับ แนวโน้มการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน (Strategy and Planning Division, 2022) แสดงให้เห็นว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจำนวนผู้เสียชีวิตดังที่ปรากฏเป็นเพียงภูเขาน้ำแข็งเท่านั้น ผลกระทบทำให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เกิดภาวะทุพพลภาพของประชากรเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจะเพิ่มขึ้นจากการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา องค์การสหประชาชาติ ได้ตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อที่ 3.4 ที่มีจุดมุ่งหมายจะลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลงให้ได้หนึ่งในสามภายในปี 2573 (World Health Organization, 2021)

จากการศึกษาของ รัญจนา ธนานุวัฒน์ศักดิ์, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ธนบูรณ์ วรกิจธำรงชัย (2562) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ อายุ เพศชาย ระดับการศึกษา อาชีพ พื้นที่อยู่อาศัย ขนาดรอบเอว การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะคอเลสเตอรอลสูง และความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะอ้วนลงพุงมีความสัมพันธ์กับโรคหลอดเลือดสมอง เช่นเดียวกัน และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สำคัญ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดลงได้ และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการได้รับยาตามความเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง จะช่วยสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นส่งผลให้มีการจัดการตนเองเพื่อลดความเสี่ยง และควบคุมผลลัพธ์การรักษาได้ตามเป้าหมาย และจากการศึกษาของ แพรพรรณณ ภูริบัญชา, บุญทนากร พรหมภักดี และสุปรียา



จรรยา (2560) พบว่าการประเมินความต้องการจำเป็น สำหรับการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วย การสื่อสารนโยบายการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ให้บุคลากรทุกระดับมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายในรูปแบบที่ง่ายและสะดวก การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินโอกาสเสี่ยงฯ ทุกระดับและครอบคลุมถึงทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง และรูปแบบการบริหารจัดการกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงด้านการจัดการฐานข้อมูล การประมวลผลข้อมูลและการคืนข้อมูล

ซินดา เตชะวิจิตรจารย์ (2561) ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองและผลลัพธ์ทางสุขภาพ บุคคลที่มีระดับความรู้ทางสุขภาพที่สูงกว่าย่อมมีการดูแลตนเองที่ดีกว่า พยาบาลควรปฏิบัติบทบาทด้านการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของผู้รับบริการ ด้วยการประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพอย่างถูกต้อง เลือกใช้เครื่องมือประเมินอย่างเหมาะสม พัฒนาทักษะการสื่อสารทางสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาสื่อทางสุขภาพอย่างสร้างสรรค์และง่ายต่อความเข้าใจของผู้รับบริการ มีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรู้ทางสุขภาพว่าเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ

บุคคลจะสามารถจัดการและดูแลสุขภาพของตนเองได้นั้น ต้องมีความรู้ในการดูแลตนเอง

โดยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จึงจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่า บทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ แต่ผู้ให้บริการสุขภาพเองสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น การสื่อสารที่ดีสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรู้ของประชาชนทั่วไปผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ผลจากการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ (uncontrolled hypertension)





มีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นและมีระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ลดลง (Halladay et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Ghisi, Chaves, Britto & Oh, 2018; Nutbeam, 2000, 2008) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาวิธีการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยผู้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยการนำเสนอข้อมูลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง ความรู้เกี่ยวกับโรค และสื่อสารแนวทางให้ประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเกิดความเข้าใจ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ด้วยกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิต ตระหนักถึงความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ (วิชราพร เขยสุวรรณ, 2560) และการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในคนไทย (Thai CV risk score)

โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน และโรคเส้นเลือดสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้านำมาใช้ในประชากรทั่วไปที่มีอายุ 35-70 ปีที่ยังไม่ป่วยเป็นโรคหัวใจเป้าหมายของการใช้เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมองรายใหม่ (ระดับปฐมภูมิ) ให้มีการจัดบริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับโอกาสเสี่ยงรายบุคคล เพื่อให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสามารถจัดการตนเองลดปัจจัยเสี่ยงและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องส่งผลให้น้ำหนักตัว ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติตลอดจนได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้ (สมชัย อัครสุดสาคร และคณะ, 2562)

นัทบีม (Nutbeam, 2000) ได้แบ่งระดับของความรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐาน ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ และระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจลญาณ โดยในแต่ละระดับ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ แนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ความรู้ด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ ที่เกิดจากการ





ดำเนินงานสุขศึกษา และกิจกรรมการสื่อสาร โดยมีหลากหลายวิธีการที่จะสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้น การสอนสุขศึกษาเป็นกระบวนการหนึ่งที่มีความสำคัญและเป็นวิธีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้สร้างความเข้าใจ และทำให้เกิดการปฏิบัติจริง ทั้งระดับของความรอบรู้ ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการกำหนดเนื้อหาความรู้ในกระบวนการสอนสุขศึกษาด้วย (ขวัญเมือง แก้วดาเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล, 2558)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจในชีวิตประจำวันเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในตลอดช่วงอายุ ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา มักเน้นไปที่ความสามารถของผู้รับบริการมากกว่าบทบาทบุคลากรด้านสุขภาพ ประชาชนทั่วไปสามารถมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้ โดยการใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหา ทำความเข้าใจ ประเมิน สื่อสาร และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันผู้ให้บริการสุขภาพสามารถส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพได้โดยการนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น ซึ่งการสื่อสารที่ดียังสามารถเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยด้วย (Patient safety)

บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้และระยะเวลาที่เป็นโรคความรอบรู้สุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ไม่เพียงพอส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ โดยครอบครัวยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลและจัดการตนเองของผู้สูงอายุด้วย การศึกษาโปรแกรมการจัดการตนเองต่อความสามารถลดระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมซึ่งรายละเอียดของโปรแกรมประกอบไปด้วยการคอยกำกับติดตาม และการมีคู่มือการจัดการตนเองและ วิดีทัศน์เรื่องการกิน อาหารและการออกกำลังกายมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้ทบทวนความรู้และทำให้มีทักษะการจัดการตนเองได้ถูกต้องตลอดเวลา

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตในเขตอำเภอเสริมงามจากการสำรวจในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบว่า โรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (HbA1C) ต่ำกว่า





7 mg% ในปี พ.ศ. 2562, 2563, 2564 และ 2565 เป็นร้อยละ 7.87, 13.96, 11.59 และ 9.94 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปี พ.ศ. 2560, 2561, 2562 และ 2563 เป็นร้อยละ 64.09, 62.75, 51.84 และ 46.99 ซึ่งมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สัดส่วนผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต่อโรงพยาบาล ร้อยละ 60.62 : 39.38 ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญที่สุดในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่อย่างไรก็ตามปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงพบในประชากรกลุ่มเสี่ยง พบปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาปีงบประมาณ 2566 ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุทำให้การดำเนินกิจกรรมค่อนข้างยาก รูปแบบการดำเนินงานยังไม่ชัดเจนการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพ (Care plan) ยังไม่ครอบคลุมทุกราย ส่วนการดำเนินการกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นกระบวนการที่ทำให้ประชากรเกิดความรู้ด้านสุขภาพ โดยผลการดำเนินการดังกล่าวนั้นยังไม่บรรลุค่าเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ จึงต้องดำเนินการปรับกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากหน่วยงานภาครัฐ สถานบริการสาธารณสุข ภาคประชาชนเพื่อให้

ประชาชนเกิดความรู้ทางสุขภาพ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เพื่อเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ค่าเฉลี่ยระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข

1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำสุขภาพ โดยชี้แจงเกี่ยวกับสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

วิธีการดำเนินการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของประชากร เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ตามที่ออกแบบการทดลอง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ

1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน โดยกำหนดหน้าที่ดังนี้ ดำเนินการอบรมให้ความรู้แก่ประชากรเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เฝ้าระวังและติดตามสถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเก็บรวบรวมข้อมูล สํารวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ทางสุขภาพ การตรวจสุขภาพ และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ

ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประกอบด้วยขั้นตอน ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 2

ตารางที่ 3 กลุ่มทดลอง			
ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยง สำคัญ การดูแลรักษา เพื่อจัดการความเสี่ยง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 1. การค้นหาความเสี่ยง การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และให้ความรู้ โดย 1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง 1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากร	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)





ขั้นตอน	กิจกรรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
	2. การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยงและการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง 2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย 2.2 ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง		
ครั้งที่ 2 การติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยงการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง	ครบ 1 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.)
ครั้งที่ 3 การติดตามและประเมินผล การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่ายเพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเอง และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงของผลการปฏิบัติกิจกรรม	ครบ 2 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย	กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และการบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเอง และชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น	ครบ 3 เดือน	<ul style="list-style-type: none"> บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อ.ส.ค.)



ตารางที่ 2 กลุ่มควบคุม			
ขั้นตอน	กิจกรรมการสอน	ช่วงเวลา	ผู้ดำเนินกิจกรรม
ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ	1. การเตรียมบุคลากรสาธารณสุข 1.1 ประชุมชี้แจงบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง 1.2 แต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข
ขั้นที่ 2 ดำเนินการทดลอง			
ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลรักษาเพื่อ ขจัดความเสี่ยง	กิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ และกลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินการเหมือนกับกลุ่มทดลอง	สัปดาห์ที่ 1	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 2 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 1 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 3 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 2 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)
ครั้งที่ 4 การติดตามและ ประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการ ลดเสี่ยง	1. กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง 2. กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริม สุขภาพด้วยตนเอง	ครบ 3 เดือน	• บุคลากรสาธารณสุข • อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อ.ส.ม.) • อาสาสมัครประจำ ครอบครัว (อ.ส.ค.)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชน จำนวน 483 คน ที่อาศัยอยู่ในเขต บ้านนาเอียง ตำบลเสริมกลาง เขตอำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง โดยใช้เครื่องมือ Thai CV risk

score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล (Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, 2562) เฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือดโดย ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30% และอ้างอิงเกณฑ์





การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด ในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตามการศึกษาของ สมชัย อัครสูตสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ สาวิตรี วิษณุโยธิน (2562) และมีระดับความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับ ไม่ดีและระดับพอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมิน ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข(2561)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแบบกึ่ง ทดลองมาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 2 กลุ่มแตกต่างกัน การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.2 โดยกำหนดค่า ของ input parameters ดังนี้ ค่า Effect size d เท่ากับ 0.80 ค่า α error probability เท่ากับ 0.05 ค่า Power (1- β error probability) เท่ากับ 0.95 และค่า Allocation ratio N2/N1 เท่ากับ 1 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองเป็น จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 80 คน

1. **กลุ่มทดลอง** เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านนาเอี้ยง ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คน เป็นการคัดเลือกแบบ เฉพาะเจาะจง

กลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นคนไทย ที่มีอายุ 35-70 ปี ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด และสมัครใจเข้าร่วมในกิจกรรมการจัดการส่งเสริม สุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ครบตามกำหนด สามารถ สื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยมี คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า โดยใช้ Thai CV risk score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และสูง โดยระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการ เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30% และอ้างอิงเกณฑ์ การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน ระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตามการศึกษาของ สมชัย อัครสูตสาครและคณะ, 2019

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับไม่ดีและระดับ พอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561 ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนนรวมความรอบ



รู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน และคะแนนรวมพฤติกรรมการสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน อยู่ในระดับไม่ดี และระดับพอใช้ ดังนี้

2.1 คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1 - 6)

2.1.1 ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-40.79 คะแนนหรือ <60% ของคะแนนเต็ม

2.1.2 ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้มีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตามตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 40.80-47.59 คะแนน หรือ ≥ 60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม

2.2 คะแนนรวมพฤติกรรมการสุขภาพตาม 3อ.2ส.

2.2.1 ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม

2.2.2 ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย มีระดับคะแนนตั้งแต่ 18.00-20.99 คะแนน หรือ ≥ 60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ยินยอม สมัครใจในครั้งแรกและมาขอยกเลิกภายหลัง

2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามระยะเวลาที่กำหนด และ

3. ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือไม่สามารถ ให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

2. กลุ่มควบคุม เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตบ้านแม่เลี้ยง ตำบลเสริมกลาง อำเภอเสริมงาม จังหวัดลำปาง ช่วงระหว่างวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 40 คนเป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

กลุ่มควบคุมที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปี ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด และสมัครใจเข้าร่วมในกิจกรรมการจัดการส่งเสริมสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ ครบตามกำหนด สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน มาจากการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงและได้รับการส่งเสริมสุขภาพตามนโยบายของรัฐบาล โดยกลุ่มควบคุมเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. การคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี ข้างหน้า โดยใช้ Thai CV risk score application ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยเครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช่ผลการตรวจเลือด ที่มีระดับความเสี่ยงต่ำปานกลาง และสูง โดยระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10 % ระดับ





ความเสี่ยงปานกลาง มีค่าคะแนน 10% ถึง <20%
ระดับความเสี่ยงสูง มีค่าคะแนน 20% ถึง <30%
และอ้างอิงเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงโรคหัวใจ
และหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ตาม
การศึกษาของ สมชัย อัครสุตสาครและคณะ,
2019

2. ระดับความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ มีคะแนนระดับไม่ดีและระดับ
พอใช้ โดยใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส.
ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี
2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
กระทรวงสาธารณสุข โดยมีคะแนนรวมความรู้
ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม
68 คะแนน และคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพ
ตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน อยู่ใน
ระดับไม่ดี และระดับพอใช้ ดังนี้

2.1 คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ
ตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1-6)

2.1.1 ระดับไม่ดี หมายถึง เป็นผู้มีความ
รู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติ
ตนตาม 3อ.2ส. มีระดับคะแนน ตั้งแต่ 0-40.79
คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม โดยใช้เกณฑ์
ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มี
อายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกอง
สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง
สาธารณสุข

2.1.2 ระดับพอใช้ หมายถึง เป็นผู้ที่มี
ระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและ
อาจจะมีการปฏิบัติตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องบ้าง
มีระดับคะแนนตั้งแต่ 40.80-47.59 คะแนน หรือ
≥60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม โดยใช้เกณฑ์ให้
คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มี
อายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกอง
สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง
สาธารณสุข

2.2. คะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม
3อ.2ส.

2.2.1 ระดับไม่ดี หมายถึง มีพฤติกรรม
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม
3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง มีระดับคะแนนตั้งแต่
0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม
โดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้าน
สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของ
ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง
ปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ
กระทรวงสาธารณสุข

2.2.2 ระดับพอใช้ หมายถึง มีพฤติกรรม
การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม
3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย มีระดับคะแนน
ตั้งแต่ 18.00-20.99 คะแนน หรือ ≥60 ถึง <70%
ของคะแนนเต็มโดยใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตาม
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
ตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป



ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา
กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ยินยอม สมัครใจในครั้งแรกและมา
ขอยกเลิกภายหลัง
2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตาม
ระยะเวลาที่กำหนด
3. ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม หรือ
ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่
โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ
การลดความเสี่ยงการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
ประกอบด้วย การดำเนินการทดลอง โดยกลุ่ม
ตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมความรู้
ด้านสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
และหลอดเลือด พัฒนามาจากแนวคิดการจัดการ
ตนเองเพื่อลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด
จากคู่มือการประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อ
โรคหัวใจและหลอดเลือด ของสำนักโรคไม่ติดต่อ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2557)
บุคลากรสาธารณสุขร่วมประชุมเพื่อกำหนด
วัตถุประสงค์ของการดำเนินกิจกรรม เนื้อหา
สาระสำคัญของความรู้ที่จำเป็นสำหรับการอบรม
ทางวิชาการให้กับกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมการออก
กำลังกาย การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและ
พฤติกรรมสุขภาพ การบันทึกข้อมูลผลการตรวจ
สุขภาพ การดำเนินการ 4 ครั้ง ประกอบด้วย

ครั้งที่ 1 การจัดการความเสี่ยงสำคัญ
การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง กิจกรรมในครั้งนี้
เป็นกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทาง
สุขภาพและการเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ
ประกอบด้วยกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง
การกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง และ
การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด
การลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การส่งเสริม
สุขภาพและการจัดการด้วยตนเอง เพื่อการสร้าง
การรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึง
แหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การตัดสินใจใน
การเลือกวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของตนเองและ
กำหนดเป้าหมายสุขภาพของตนเอง โดยมี
รายละเอียดกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความเสี่ยง การกำหนด
เป้าหมายและลดความเสี่ยง และให้ความรู้

1.1 ประชุมชี้แจงประชากรกลุ่มทดลอง
ตำบลบ้านนาเอี้ยง ตำบลเสริมขวา อำเภอเสริมงาม
จังหวัดลำปาง จำนวน 40 คน เกี่ยวกับ
สถานการณ์และแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชากร
นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน
โรคหัวใจและหลอดเลือด วิธีการดำเนินการจัดการ
ส่งเสริมสุขภาพของประชากร เพื่อการลด
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
ตามที่ออกแบบการทดลอง และ การนัดตรวจ
ติดตามสุขภาพหลังการดำเนินการครบ 1 เดือน 2
เดือน และ 3 เดือน

1.2 ตรวจสุขภาพครั้งที่ 1 การซักประวัติ
ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน
ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่
พฤติกรรมการออกกำลังกาย การตรวจวัดรอบเอว
ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับ





คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

1.3 ดำเนินการอบรมให้ความรู้ประชากรกลุ่มทดลอง เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ก่อนดำเนินกิจกรรมจำนวน 1 ครั้ง ประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง วิธีการออกกำลังกายด้วยวิธีบาสโลป รำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และการกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยงด้วยตนเองและลงบันทึกข้อมูลของตนเอง

2. การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยง และการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง

2.1 ดำเนินการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย ดังนี้

2.1.1 จัดบริเวณลานสำหรับการออกกำลังกายหมู่บ้านละ 1 แห่ง

2.1.2 ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนและจัดหาอุปกรณ์ เครื่องเสียง สำหรับใช้ในการออกกำลังกาย

2.1.3 จัดตั้งแกนนำออกกำลังกายหมู่บ้านละ 2 คน เป็นผู้นำและสอนประชากรออกกำลังกายในแต่ละประเภท ได้แก่ การเดินบาสโลป รำไม้พอง และการเดินแอโรบิก

2.1.4 มอบหมายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามวิธีการทดลอง

2.1.5 แบ่งกลุ่มเสี่ยงให้ดำเนินการออกกำลังกายด้วยวิธีดั่งนี้กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในวัยทำงาน ออกกำลังกายโดยการเดินบาสโลบสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มเสี่ยงมากและปานกลางในกลุ่มผู้สูงอายุ ออกกำลังกายโดยรำไม้พอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาที ติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน และกลุ่มปกติหมายถึงกลุ่มที่ไม่มีโรคเบาหวาน หรือความดันโลหิตสูง ออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาทีติดต่อกันเป็นเวลา 3 เดือน

2.2 ดำเนินการตามกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

2.2.1 การคัดแยกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยคัดแยกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยมีการคัดเลือกจากผลการตรวจสุขภาพและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ร่วมกับการคัดกรองด้วยแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

2.2.2 Buddy (จับคู่เพื่อน) และตั้งเป้าหมายร่วมกัน โดยมอบหมายให้ อาสาสมัครสาธารณสุขอาสาสมัครประจำครอบครัวเป็น Buddy และตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อติดตามให้ความรู้ และให้คำปรึกษาสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างใกล้ชิด

2.2.3 จัดตั้งช่องทางการสื่อสารผ่านไลน์กลุ่มสำหรับเป็นช่องทางการสื่อสารในกลุ่มเป้าหมาย และ Buddy ทุกคน พร้อมทั้งนโยบายกลุ่ม





เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้กิจกรรม และกระตุ้นการ
ตื่นตัวในกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 จัดทำแผนที่หลังคาเรือนกลุ่มเสี่ยง
เพื่อประเมินลักษณะการกระจายตัวของพฤติกรรม
สุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

ครั้งที่ 2 การติดตามและประเมินผล และ
การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยงกิจกรรม
ในครั้งที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรมการติดตามและ
ประเมินผล และ การบันทึกความก้าวหน้า
การลดเสี่ยง เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ
และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ
การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง
สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจ
ในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของ
ตนเอง โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากร
สาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการ
ดำเนินงานเมื่อครบ 1 เดือน โดยดำเนินการตรวจ
สุขภาพครั้งที่ 2 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย
ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนน
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากร
กลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล การติดตามและ
ประเมินผล พฤติกรรมดื่มสุราและสูบบุหรี่
ออกกำลังกาย และให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง ด้วย
การสาธิตวิธีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่านทาง
แอปพลิเคชัน Thai CV risk score สอนวิธีอ่านผล
การประเมิน และคำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัว
ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง
กับผลการประเมิน เพื่อลดระดับความเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ควบคุมกำกับ
ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตาม

วิธีการทดลองอย่างต่อเนื่องและบันทึกข้อมูลและ
เปรียบเทียบกับเป้าหมายผลลัพธ์ทางสุขภาพและ
ปัจจัยเสี่ยงของตนเองที่กำหนดไว้

ครั้งที่ 3 การติดตามและประเมินผล
การบันทึกความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และ
การสร้างเครือข่ายกิจกรรมในครั้งที่ 3 ประกอบด้วย
กิจกรรมการติดตามและประเมินผล และ การบันทึก
ความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย
เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และ
การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ
การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง
สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม และตัดสินใจ
ในการเลือกหรือปรับปรุงวิธีการลดปัจจัยเสี่ยงของ
ตนเอง และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ประสบการณ์ ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง
ปรับปรุงของผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยมี
รายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากรสาธารณสุข
ดำเนินการติดตามวัดผลการดำเนินงานเมื่อครบ
2 เดือน โดยดำเนินการตรวจสุขภาพครั้งที่ 3 ได้แก่
รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต
ประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิด
โรคหัวใจและหลอดเลือด และแจ้งผลข้อมูลสุขภาพ
ย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล
ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วย
ตนเอง (self-assessment) โดยกลุ่มตัวอย่างสาธิต
ย้อนกลับผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการ
เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองผ่านทาง
แอปพลิเคชัน Thai CV risk score และกลุ่ม
ตัวอย่างอธิบายผลการประเมิน และคำแนะนำ
สำหรับการปฏิบัติตัวด้านพฤติกรรมสุขภาพ
ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผลการประเมิน
ในการลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ
หลอดเลือด เสนอผลการวิเคราะห์ระดับความเสี่ยง





วิเคราะห์ จุดเด่น และ จุดด้อย ของตนเอง ในกระบวนการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของตนเอง และผลลัพธ์ให้กับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครประจำครอบครัว เป็นรายบุคคล จัดทำกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จด้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพในการ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด กับกลุ่มตัวอย่างคนอื่นๆ และ buddy ดำเนินการ ค้นหาบุคคลต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น ผู้ควบคุมกำกับ ให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินกิจกรรม ให้เป็นไปตามวิธีการทดลองอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 การติดตามและประเมินผล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการสร้างเครือข่าย กิจกรรมในครั้งที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรมการ ติดตามและประเมินผล และ การบันทึก ความก้าวหน้าการลดเสี่ยง และการสร้างเครือข่าย เพื่อการสร้างการรับรู้ ความรู้ความเข้าใจ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางสุขภาพที่สำคัญ การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทาง สุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรม ถอดบทเรียน ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของ ตนเองและชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ บุคลากร สาธารณสุขดำเนินการติดตามวัดผลการ ดำเนินงานเมื่อครบ 3 เดือน โดยดำเนินการตรวจ สุขภาพครั้งที่ 4 ได้แก่ รอบเอว ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ประเมินระดับคะแนนความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดและ ประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพ และแจ้งผล ข้อมูลสุขภาพย้อนกลับให้ประชากรกลุ่มทดลอง

เป็นรายบุคคลจัดทำกิจกรรมเวที แลกเปลี่ยน เรียนรู้และประกวดบุคคลต้นแบบที่มีความสำเร็จ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีในการลดความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และ กลุ่มตัวอย่างร่วมถอดบทเรียนการจัดการส่งเสริม สุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดของชุมชน เพื่อเผยแพร่และจูงใจ บุคคลอื่นให้ร่วมมือให้การลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรค โดยมีบุคลากรสาธารณสุขอำนวยการและ ร่วมสรุปผลการถอดบทเรียนให้เป็นองค์ความรู้ ของชุมชน

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบประเมินความรอบรู้

ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ กระทรวง สาธารณสุข, 2561) ลักษณะของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพ

ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทาง สุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน เต็ม 6 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 การเข้าถึงข้อมูล และบริการสุขภาพ ประกอบด้วย แบบสอบถามจำนวน 2 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 3 การสื่อสาร สุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 การจัดการตนเอง จำนวน 3 ข้อๆละ 5 คะแนน เต็ม 15 คะแนน องค์ประกอบที่ 5 การรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศ ประกอบด้วยแบบสอบถาม จำนวน 2 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 10 คะแนน องค์ประกอบที่ 6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติ



ที่ถูกต้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ข้อๆ ละ 4 คะแนน เต็ม 12 คะแนน

การแปลผลคะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพตาม 3อ.2ส. (องค์ประกอบที่ 1-6) คะแนนรวมเต็ม 68 คะแนน ใช้เกณฑ์ให้คะแนนจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองส่งเสริมสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข มีดังนี้

1. ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0-40.79 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.

2. ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนน 40.80-47.59 คะแนน หรือ ≥ 60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอและอาจจะมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส.ได้ถูกต้องบ้าง

3. ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 47.60-54.39 คะแนน หรือ ≥ 70 ถึง <80% ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีความฉลาดทางสุขภาพดีพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้อง

4. ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 54.40-68.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลเป็นผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่มากเพียงพอและมีการปฏิบัติตนตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

การแปลผลคะแนนรวมพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. คะแนนรวมเต็ม 30 คะแนน

1. ระดับไม่ดี หมายถึง ช่วงคะแนน 0-17.99 คะแนน หรือ <60% ของคะแนนเต็ม

การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ไม่ถูกต้อง

2. ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนน 18.00-20.99 คะแนน หรือ ≥ 60 ถึง <70% ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนน้อย

3. ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนน 21.00-23.99 คะแนน หรือ ≥ 70 ถึง <80% ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่

4. ระดับดีมาก หมายถึง ช่วงคะแนน 24.00-30.00 คะแนน หรือ $\geq 80\%$ ของคะแนนเต็ม การแปลผลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองตาม 3อ.2ส. ได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ

เครื่องมือชุดที่ 2แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) ของมหาวิทยาลัยมหิดล (จურიพร คงประเสริฐ, สุมณี วัชรสินธุ์ และ ณัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง, 2558) การศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือเฉพาะกรณีไม่ใช้ผลการตรวจเลือด โดยใช้ตัวแปรในการคำนวณความเสี่ยงโอกาสเกิด CVD ใน 10 ปีข้างหน้า ได้แก่ อายุ เพศ การสูบบุหรี่ การเป็นโรคเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน การวัดรอบเอว และส่วนสูง การแปลผลมีดังนี้ ระดับความเสี่ยงต่ำหมายถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี มีค่าคะแนน <10% ระดับความเสี่ยงปานกลางมีค่าคะแนน 10% ถึง <20% ระดับความเสี่ยงสูงมีค่าคะแนน 20% ถึง <30% ระดับความเสี่ยง





สูงมาก มีค่าคะแนน 30% ถึง <40% และระดับความเสี่ยงสูงอันตราย มีค่าคะแนน >40%

เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ ประวัติโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย ได้แก่ ประเภทของการออกกำลังกาย และ ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับความดันโลหิต และคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เครื่องมือชุดที่ 3 คณะผู้วิจัยสร้างเองเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดที่ 2 แบบประเมินระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV risk score) เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งชุด (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และการตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำ เครื่องมือชุดที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่พัฒนาแล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน

3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากนั้นทำการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ของแบบประเมินทั้งชุด (The Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การศึกษานี้จะดำเนินการขอพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เลขที่ E 2566-078 ระหว่างวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ถึง 27 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (การวิจัยเชิงปริมาณ) ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลในการบันทึกเสียงการสนทนาและการบันทึกภาพ (การวิจัยเชิงคุณภาพ) และในการเผยแพร่ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยแสดงถึงข้อมูล จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) Independent T-test และ Dependent T-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง เพศหญิง จำนวน 36 คน (ร้อยละ 90.00) และเพศชาย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.00) อายุเฉลี่ย 51.56± 9.71 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.00) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน



วิ่ง เดินบาสโลป และเดินแอโรบิก (ร้อยละ 72.50, 12.50, 15.00 และ 2.50 ตามลำดับ) และข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม เพศหญิงจำนวน 39 คน (ร้อยละ 97.50) และเพศชายจำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) อายุเฉลี่ย 52.60 ± 10.10 ปี ประวัติเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 คน (ร้อยละ

10.00) ประวัติการสูบบุหรี่ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 2.50) วิธีการออกกำลังกาย เป็นการเดิน วิ่ง เดินบาสโลป และเดินแอโรบิก (ร้อยละ 72.50, 2.50, 2.50 และ 30.00 ตามลำดับ) กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมออกกำลังกายได้มากกว่า 1 วิธี

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ CV Risk Score ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Dependent t-test (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
1. ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม						
กลุ่มทดลอง	33.83	10.96	61.20	7.91	-19.29	0.00*
กลุ่มควบคุม	46.73	10.59	50.00	9.72	-4.67	0.00*
1.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	3.53	1.04	5.83	0.45	-16.47	0.00*
กลุ่มควบคุม	3.08	0.76	3.88	0.61	-12.49	0.00*
1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	5.50	4.05	9.63	1.33	-5.97	0.00*
กลุ่มควบคุม	8.00	3.54	8.75	2.19	-2.62	0.01*
1.3 การสื่อสารสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	4.13	4.37	12.13	4.37	-10.04	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.00	4.50	11.88	4.19	0.44	0.66
1.4 การจัดการตนเอง						
กลุ่มทดลอง	6.00	5.08	13.63	2.62	-9.77	0.00*
กลุ่มควบคุม	12.75	3.19	12.50	3.58	1.00	0.32
1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ						
กลุ่มทดลอง	8.38	3.65	9.00	2.58	-2.36	0.02*
กลุ่มควบคุม	5.50	4.05	7.50	2.77	-4.64	0.00*
1.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง						
กลุ่มทดลอง	6.30	2.85	11.00	1.75	-11.01	0.00*
กลุ่มควบคุม	5.40	3.08	5.50	2.51	-0.37	0.71





ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P - value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง	11.13	5.83	25.63	5.21	-14.84	0.00*
กลุ่มควบคุม	13.00	5.97	15.50	4.91	-5.70	0.00*
3. CV risk score						
กลุ่มทดลอง	6.75	6.50	4.18	3.07	3.90	0.00*
กลุ่มควบคุม	6.35	5.65	7.23	5.17	-3.62	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และ CV Risk Score ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test (n=40)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{d}	S _d	t	P-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD				
1. ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม								
กลุ่มทดลอง	33.83	10.96	61.20	7.91	11.20	1.98	5.65	0.00*
กลุ่มควบคุม	46.73	10.59	50.00	9.72				
1.1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	3.53	1.04	5.83	0.45	1.95	0.12	16.37	0.00*
กลุ่มควบคุม	3.08	0.76	3.88	0.61				
1.2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	5.50	4.05	9.63	1.33	0.88	0.41	2.16	0.03*
กลุ่มควบคุม	8.00	3.54	8.75	2.19				
1.3 การสื่อสารสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	4.13	4.37	12.13	4.37	0.25	0.96	0.26	0.80
กลุ่มควบคุม	12.00	4.50	11.88	4.19				
1.4 การจัดการตนเอง								
กลุ่มทดลอง	6.00	5.08	13.63	2.62	1.13	0.67	1.68	0.98
กลุ่มควบคุม	12.75	3.19	12.50	3.58				
1.5 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ								
กลุ่มทดลอง	8.38	3.65	9.00	2.58	1.50	0.59	2.50	0.01*
กลุ่มควบคุม	5.50	4.05	7.50	2.77				



ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		\bar{d}	S_d	t	P-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD				
1.6 การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง								
กลุ่มทดลอง	6.30	2.85	11.00	1.75	25.50	0.48	11.36	0.00*
กลุ่มควบคุม	5.40	3.08	5.50	2.51				
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ								
กลุ่มทดลอง	11.13	5.83	25.63	5.21	10.12	0.75	8.94	0.00*
กลุ่มควบคุม	13.00	5.97	15.50	4.91				
3. CV risk score								
กลุ่มทดลอง	6.75	6.50	4.18	3.07	-3.03	0.95	-3.91	0.00*
กลุ่มควบคุม	6.35	5.65	7.23	5.17				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยงจำแนกตามระดับคะแนน CV Risk score

ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด	กลุ่มทดลอง จำนวน(ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม จำนวน(ร้อยละ)	
	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ	ก่อนเข้าโครงการ	หลังเข้าโครงการ
ระดับความเสี่ยงต่ำ	25 (62.50)	34 (85.00)	30 (75.00)	35 (87.50)
ระดับความเสี่ยงปานกลาง	11 (27.50)	6 (15.00)	5 (12.50)	2 (5.00)
ระดับความเสี่ยงสูง	4 (10.00)	0 (0.00)	5 (2.50)	3 (7.50)
ระดับความเสี่ยงสูงมาก	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับความเสี่ยงสูงอันตราย	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 33.38 (ระดับไม่ดี) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 61.20 (ระดับดีมาก) โดยค่าเฉลี่ยของ

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 46.73 (ระดับพอใช้) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ





50.00 (ระดับดี) โดยค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้น และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 11.13 (ระดับไม่ดี) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 25.63 (ระดับดีมาก) โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 13.00 (ระดับไม่ดี) และค่าเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 15.50 (ระดับไม่ดี) โดยค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเพิ่มขึ้นและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3 และ 4)

3. ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดลดลงจากระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ลดลงดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

(ดังตารางที่ 3 และ 4) และจากตารางที่ 5 แสดงหลักฐานว่าโปรแกรมสามารถลดระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยก่อนเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองที่มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับต่ำ 25 ราย ระดับปานกลาง 11 ราย และระดับสูง 4 ราย หลังจากเข้าโปรแกรมแล้วติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงได้ระดับต่ำ 34 ราย ระดับปานกลาง 6 ราย และระดับสูงไม่พบ สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงได้ว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระดับคะแนนเสี่ยงสูงลดลงมาในระดับเสี่ยงต่ำกว่า

การอภิปรายผลการวิจัย

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพครบทั้ง 4 ครั้ง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ โดยการจัดการความเสี่ยงสำคัญ การดูแลสุขภาพเพื่อขจัดความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยงโดยการประเมินภาวะสุขภาพและระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเอง การฝึกใช้เครื่องมือการประเมินที่มีความเหมาะสม ใช้งานง่ายและเข้าถึงง่าย โดยบุคลากรสาธารณสุข มีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนให้กลุ่มทดลองได้ประเมินภาวะสุขภาพ ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและตัดสินใจ



เลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้ด้วยตนเองการกำหนดเป้าหมายและลดความเสี่ยง การให้ความรู้การดูแลรักษาเพื่อขจัดความเสี่ยงและการปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยง มีระบบการติดตามและประเมินความก้าวหน้าการลดเสี่ยง การสร้างเครือข่ายการวิเคราะห์เปรียบเทียบเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพจากการปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง สำหรับการเฝ้าระวังทางสุขภาพและปรับเปลี่ยนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อให้บรรลุค่าเป้าหมายของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่กำหนดการถอดบทเรียนปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน และรวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ ความสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมถึงการสนับสนุนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยหลากหลายวิธีเช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารการจัดการด้านอารมณ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการมีสุขภาพดี การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการถอดบทเรียน การสร้างบรรยากาศที่สนับสนุนและเอื้อต่อการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจนสามารถเกิดการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ ส่งผลให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ ตระหนักในการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับดี จนสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่สำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ ซินดา เตชะวิจิตรจาร์ (2561) กล่าวว่าความรอบรู้

ทางสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญของประชาชนทุกช่วงวัยทั้งในภาวะสุขภาพปกติและผิดปกติ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ หากประชาชนได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น การพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่จำเป็นที่บุคลากรสุขภาพต้องให้ความสนใจ โดยการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ใช้บริการ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพ กระตุ้นให้ทีมสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของความรอบรู้ทางสุขภาพ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร เขยสุวรรณ (2560) บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญและส่งเสริมความรอบรู้ของประชาชนทั่วไปโดยผ่านกระบวนการด้านการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการสนใจในผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตของผู้รับบริการ และให้ความสนใจตระหนักถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้รับบริการเสมอ เพื่อให้ทราบแนวทางการหาข้อมูลสุขภาพที่ผู้รับบริการสามารถเข้าใจและนำไปใช้ได้ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) กล่าวถึงความสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลนั้น บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ จะมีความสามารถในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงตามช่วงวัยต่างๆ และสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้และสามารถช่วยสร้างครอบครัวให้มีสุขภาพดีได้ด้วย และจากการศึกษาของ ภมร ตรุณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ศึกษาเรื่องปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ





ภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามน้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ตัวแปรปัจจัยทั้ง 6 องค์ประกอบสามารถร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 27.30 ($R^2=0.27$) ดังนั้น ควรเน้นการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองก่อนเป็นลำดับแรกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

ความรู้ด้านสุขภาพในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสุขภาพ พบว่าระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับสูงลดลงมาในระดับความเสี่ยงต่ำกว่าอธิบายได้ว่าเมื่อก่อนกลุ่มทดลองมีความรู้ด้านสุขภาพดีที่จะเกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ มีความรู้ความเข้าใจ สามารถประเมินภาวะสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเองโดยใช้สื่อจากแหล่งค้นคว้าที่เชื่อถือได้ ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการกำจัดปัจจัยเสี่ยง จนเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่มีความเหมาะสมและมีความ

สอดคล้องกับความต้องการและสภาพร่างกายของตนเอง มองเห็นผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของตนเอง จนกระทั่งสามารถเป็นบุคคลต้นแบบและถ่ายทอดองค์ความรู้ไปยังบุคคลอื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมชัย อัครสุดสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และสาวิตรี วิชญ์โยธิน (2562) ศึกษาเรื่องการบูรณาการระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองและลดกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จังหวัดนครราชสีมา 2560-2561 เป็นการวิจัยเพื่อดำเนินการ CVD Risk Management โดยใช้กลยุทธ์ Triple T; Team building โดยการสร้างทีมและทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ การสร้างโปรแกรมที่มุ่งเน้นการควบคุมตนเอง (self-regulation) และ Targeting การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ส่งผลให้การเพิ่มร้อยละของผู้ป่วยที่มีความรู้ปานกลางถึงสูงและร้อยละของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการบริโภคหวาน มัน เค็ม ส่งผลให้ระดับคอเลสเตอรอลในเลือดลดลง ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด $\geq 30\%$ มีความเสี่ยงลดลงร้อยละ 43.10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ เนตรนภา สาสังข์ และนพวรรณ ธีระพันธ์เจริญ (2565) เรื่อง ความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา ที่ศึกษาความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรม ระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ และเปรียบเทียบความรู้ ความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพกับการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดก่อนและหลังกิจกรรม



ระยะที่ 1 และ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้การดูแลสุขภาพ ในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการอบรมต่างจากภายหลัง การอบรมระยะที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการอบรมเป็นจัดกิจกรรม พัฒนาความรู้กลุ่มตัวอย่างโดยบูรณาการ ให้เหมาะสมกับวัยโดยมีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพทั้งการให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การพัฒนาทักษะ การออกกำลังกาย การแข่งขันตอบคำถาม และ มีการใช้สื่อที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่างหลังการอบรม ระยะที่ 1 ต่างจากหลังการอบรมระยะที่ 2 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการ อบรมได้จัดให้สอดคล้องกับความต้องการ สภาพ ร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งมีการจัดกิจกรรม หลากหลายโดยเน้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม การใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถทำให้ผู้มีความเสี่ยง เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้จริง โดยกิจกรรมการ ดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น การบูรณาการระหว่างประชาชนร่วมกับบุคลากร ด้านสาธารณสุขมีบทบาทต่อการจัดการ สุขภาพและผู้สนับสนุนโปรแกรมการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ การค้นหาปัจจัยเสี่ยง การกำจัด ปัจจัยเสี่ยง ส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงสามารถ

ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นควรจัดทำนโยบายเพื่อ ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม เพื่อการลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดให้ครอบคลุมทุกพื้นที่และติดตาม ผลลัพธ์ทางสุขภาพไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ

ข้อเสนอแนะ

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับ ดำเนินการในทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ในทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชน สนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ และ ทำการติดตามประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมไปใช้เพื่อลดความ เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับ ดำเนินการในทุกกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงใน ทุกระดับ ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งในระดับชุมชน สนับสนุนให้เกิดหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ และทำการติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลองโดยการนำ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อ การลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดใน กลุ่มประชากรที่มีระดับความเสี่ยงครอบคลุม ทุกระดับและวัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว





2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคลและภายนอก

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการ. (2561). สืบค้นวันที่ 1 พฤษภาคม 2566. จาก [http://www.hed.go.th/linkHed/333file:///C:/Users/HP/Downloads/261220170424321090_linkhed%20\(1\).pdf](http://www.hed.go.th/linkHed/333file:///C:/Users/HP/Downloads/261220170424321090_linkhed%20(1).pdf).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

จรีพร คงประเสริฐ สุมนี วัชรสินธุ์ และ ญัฐฉิรวรรณ พันธุ์มุง. (2558). การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

แพรวพรรณ ภูริปัญญา, บุญทนต์ พรหมภักดี และ สุปรียา จรทะผา. (2017). การประเมินความต้องการจำเป็น เพื่อพัฒนาบริการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง. *Disease Control Journal*, 43(3), 244-254.

เนตรนภา สาสังข์ และนพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. (2565). ความรู้ ความรอบรู้ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เลือดของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. *Journal of Safety and Health*, 15(1), 10-26.

ซินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2564). ความรอบรู้ทางสุขภาพ: ภูมูแจสำคัญสู่พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่ดี. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19, 1-11.

ภมร ตรุณ. (2019). Health literacy factors influencing on health behavior of population in Bueng Kan Province. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71-82.

สมชัย อัครสุดสาคร, สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ และ สาวิตรี วิษณุโยธิน. (2562). *วารสารกรมการแพทย์*. 44(5), 150-157.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2562). สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562. กระทรวงสาธารณสุข ISSN 0857-3093. ค้นวันที่10 พฤษภาคม2565. จาก URL; <https://ghdx.healthdata.org/record/thailand-public-health-statistics-2019>

วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197.

de Melo Ghisi, G. L., da Silva Chaves, G. S., Britto, R. R., & Oh, P. (2018). Health literacy and coronary artery disease: a systematic review. *Patient education and counseling*, 101(2), 177-184.



Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital.

Thai CV risk score: Mahidol University. Available from: URL; https://www.rama.mahidol.ac.th/cardio_vascular_risk/thai_cv_risk_score/ (retrieve 5th June 2021.).

Halladay, J. R., Donahue, K. E., Cené, C. W., Li, Q., Cummings, D. M., Hinderliter, A. L., ... & DeWalt, D. (2017). The association of health literacy and blood pressure reduction in a cohort of patients with hypertension: the heart healthy lenoir trial. *Patient education and counseling*, 100(3), 542-549.

Division of Non Communicable Diseases. (2014). Handbook of Cardiovascular risk identification and risk management. Ministry of Public Health.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*. 67 : 2072-2078.

World Health Organization.(2021). World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs,sustainable

development goals.Geneva:

Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



Evaluation of Phrae Model for Herbal Distribution from the Government Manufactories, Phrae Province¹

Wimaluk Nopsiri²

Received: 9 November 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

There are two herbal medicines government manufactories of WHO-GMP in Phrae province (Song and Den Chai Crown Prince Hospital). Phrae's chief financial officer support the budget for herbal manufacture and distribution to government hospitals in Phrae since 2014, namely Phrae model. Past operations, there are strengths, weaknesses, problems and barriers indicate to systematic management mechanism. Evaluation is an important mechanism to get information for improve and develop work efficiently in the future. So the researcher interested to study evaluation of Phrae model for herbal distribution from government manufactories to collect and analyze the data. The results of this research will be used as guideline for develop the operations of herbal distribution in Phrae, including herbal medicines management to effective, achieve the goal and leading to sustainability of Thai traditional and alternative medicine operations. This research is mixed methods research between qualitative and quantitative. Data were collected to two parts. Primary data, we select information providers by purposive sampling from role and participation, questionnaires were used as qualitative informations, and analyzed by using content analysis to explain characteristics and opinions of the sample groups. Secondary data were descriptive retrospective, study and collect informations from related documents, were analyzed by using descriptive statistics including: frequency, percentage, mean and standard deviation. The results of this study showed, Phrae model for herbal distribution from government manufactories were evaluated by the CIPP model that are high levels ($\bar{X} = 81.30$, $SD = 348.20$). Four parts of the evaluation overall, the average are at a high levels. Performance results for the past 5 years (2018–2022), all Phrae outpatients who receive the services with the science of Thai traditional medicine were higher percentage rate level than Health Region 1 and Thai National level. Also percentage for Phrae's herbal medicine prescription value was increased too.

Keywords: Evaluation, Herbal Distribution, Government Manufactory

¹ Academic Article

² Expert Pharmacist at Phrae Provincial Public Health Office, E-mail: wimasiri@gmail.com

การประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่¹

วิมลลักษณ์ นพศิริ²

บทคัดย่อ

จังหวัดแพร่ มีแหล่งผลิตยาสมุนไพรของรัฐที่ได้รับการพัฒนาสู่มาตรฐาน WHO-GMP จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ซึ่งคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังสุขภาพระดับจังหวัด สนับสนุนงบประมาณในการผลิตยาและกระจายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลแหล่งผลิต ให้กับโรงพยาบาลรัฐในจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยใช้ชื่อการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรรูปแบบนี้ว่า Phrae Model จากการดำเนินงานที่ผ่านมา มีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ กลไกที่สำคัญ คือการประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุง และพัฒนางานอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจทำการศึกษาเรื่องการประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัด รวมถึงการบริหารจัดการยาสมุนไพรจังหวัดแพร่ ให้มีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายการวิจัยนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิจัยเชิงปริมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลปฐมภูมิ เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ เลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งพิจารณาจากบทบาทและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา เพื่ออธิบายลักษณะและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทุติยภูมิ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาจากการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณย้อนหลัง ศึกษาข้อมูลโดยการค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย พบว่า การประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ ตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model มีการดำเนินการในระดับมาก ($\bar{X} = 81.30$, $SD = 348.20$) ส่วนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 5 ปี (2561-2565) จังหวัดแพร่มีอัตราการร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สูงกว่าภาพรวมเขต และภาพรวมประเทศ และจังหวัดแพร่ ยังมีอัตราการร้อยละของมูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรจากมูลค่าการสั่งใช้ยาทั้งหมดเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การประเมิน การกระจายยาสมุนไพร โรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ

¹ บทความวิจัย

² เกสัชกรชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ อีเมล: wimasiri@gmail.com





บทนำ

ปัจจุบันความต้องการใช้สมุนไพรในประเทศไทยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากความสนใจในการดูแลสุขภาพด้วยผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติสมุนไพรสามารถเปลี่ยนเป็นผลิตภัณฑ์ได้หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภค โดยอุตสาหกรรมสมุนไพรได้ รับการคาดการณ์ว่าเป็นอุตสาหกรรมที่มีศักยภาพ และสามารถสร้างความยั่งยืนในฐานะส่วนหนึ่งของ อุตสาหกรรมเป้าหมาย ทั้งอุตสาหกรรมที่มี ศักยภาพและกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจเพื่อ อนาคต นอกจากนี้ยังเกิดจากการเปลี่ยนแปลง บริบทที่คาดการณ์ว่าจะส่งผลต่อความยั่งยืนของ ระบบเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต ทั้งในส่วนของ ลักษณะการเจ็บป่วยและการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของประเทศไทย ในอนาคตอันใกล้ส่งผลให้มี แนวคิดในการใช้สมุนไพรเพื่อเป็นทางเลือกในการรักษาโรคและเสริมสร้างสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความ มั่นคงทางด้านสุขภาพ และการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอีกทางหนึ่งด้วย (โสภณ เมฆธน และคณะ, 2559)

จากสถานการณ์ข้างต้น ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องพัฒนาระบบสุขภาพให้ก้าวทันและสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม ซึ่งสังคมไทยในปัจจุบันพบว่า มีประชาชนส่วนใหญหันมาอาศัยการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นที่พึ่งในการดูแลสุขภาพยามเจ็บไข้ได้ป่วยผนวกกับกระแสสาธารณสุขของไทย ได้มุ่งเน้นงานสาธารณสุขมูลฐาน ส่งผลให้มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาการแพทย์แผนไทยในแผนพัฒนายุทธศาสตร์ชาติ การพัฒนา

ภูมิปัญญาไทย สุขภาพดีวิถีไทย ทำให้การแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนาเป็นลำดับ สนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร โดยการสนับสนุนการบริการด้านการแพทย์แผนไทย การเพิ่มปริมาณการใช้ยาสมุนไพร การใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน และการเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ จนได้รับการผสมผสานเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน สภาพปัญหาสุขภาพของประเทศและในพื้นที่แต่ละจังหวัด พบว่า ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันได้อย่างเป็นธรรม และมีค่าใช้จ่ายสูง การดูแลสุขภาพโรคเรื้อรังยังไม่ครอบคลุม อัตราการตายของมารดาและทารกสูง แพทย์แผนปัจจุบันเน้นการศึกษาต่อเมืองซึ่งทำให้ขาดแคลนแพทย์ในระดับปฐมภูมิ การนำเข้ายาจากต่างประเทศมีมูลค่าสูง ประชาชนพึ่งพาระบบบริการสาธารณสุขโดยเน้นการกินยาและอาหารที่ทำให้สุขภาพเสื่อมโทรม รวมถึงประชาชนในชุมชนมีรายได้น้อย และไม่มั่นคงในการปลูกพืชเศรษฐกิจ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, 2558)

จังหวัดแพร่ เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ได้นำนโยบายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและชัดเจนเป็นรูปธรรม ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 ภายใต้โครงการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ





การแพทย์ทางเลือกจังหวัดแพร่ และโครงการพัฒนาคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดแพร่ ที่มุ่งเน้นและให้ความสำคัญในการจัดการองค์ความรู้ และสร้างความเชื่อมั่นประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย พัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมการวิจัย คุ้มครอง อนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และสร้างมาตรฐานด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยใช้ยาสมุนไพร อีกทั้งสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีแหล่งผลิตยาสมุนไพรของรัฐที่ได้รับการพัฒนาสู่มาตรฐาน World Health Organization-Good Manufacturing Practice (WHO-GMP) จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เพื่อการขับเคลื่อนการพัฒนาแพทย์แผนไทย และสมุนไพรสู่ความมั่นคงทางสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน โดยใช้ทรัพยากรในจังหวัดเพื่อดูแลรักษาสุขภาพของคนในชุมชน และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังสุขภาพระดับจังหวัด (Chief Financial Officer - CFO) ได้สนับสนุนงบประมาณในการผลิตยาและกระจายยาสมุนไพรจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิต ให้กับโรงพยาบาลอื่นในจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 โดยใช้ชื่อการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรแบบนี้ว่า Phrae Model ส่งผลให้มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร และจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ

แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในจังหวัดเพิ่มขึ้นเรื่อยมา

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหา อุปสรรค แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องอาศัยกลไกการบริหารจัดการการดำเนินงานดังกล่าวอย่างเป็นระบบ กลไกที่สำคัญ คือระบบการประเมินผล เพื่อให้ได้ข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะศึกษาการประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2561 - 2565 เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะนำผลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการตัดสินใจในการตัดสินใจแก่ผู้บริหารว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างไร จะต้องมีการปรับปรุงอะไรบ้าง เพื่อพัฒนางานแพทย์แผนไทยของจังหวัดแพร่ ให้มีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายและนำไปสู่ความยั่งยืนของงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของจังหวัดแพร่ สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทย ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐในจังหวัดแพร่
2. เพื่อประเมินปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะของรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่





วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ 011/2566 ก่อนดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลในเดือน เมษายน-กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ร่วมกับการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative information) และข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) เป็นการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative information)

ประชากร

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ แบ่งออกเป็น ผู้บริหารโรงงานผลิตยาสมุนไพร ผู้รับผิดชอบการผลิตยาสมุนไพร ผู้รับผิดชอบการสั่งซื้อหรือจัดหายาสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐ ผู้รับยาสมุนไพร ผู้สั่งใช้หรือส่งจ่าย

ยาสมุนไพร และคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังสุขภาพ ระดับจังหวัด

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ที่ผู้วิจัยได้กำหนดโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามความเหมาะสม จากตัวแทนของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ จำนวน 63 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงงานผลิตยาสมุนไพร จำนวน 2 คน ผู้รับผิดชอบการผลิตยาสมุนไพร จำนวน 4 คน ผู้รับผิดชอบการสั่งซื้อหรือจัดหายาสมุนไพรในโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 8 คน ผู้รับยาสมุนไพร จำนวน 8 คน ตัวแทนผู้ใช้หรือส่งจ่ายยาสมุนไพร จำนวน 32 คน และตัวแทนคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังสุขภาพ ระดับจังหวัด จำนวน 9 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ รูปแบบการประเมิน 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านสภาวะแวดล้อม (Context) ด้านปัจจัย (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ซึ่งเป็นแบบสอบถาม





มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับทัศนคติและความคิดเห็น ต่อกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ที่สามารถตอบปัญหาการวิจัยได้ครอบคลุมในทุกประเด็น โดยประเด็นคำถามมีลักษณะเป็นประเด็นกว้างๆ ที่กำหนดขึ้นตามกรอบของการประเมินรูปแบบดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ คือ แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตและประเด็นในการศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) เพื่ออธิบายลักษณะและความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

ค่าเฉลี่ย (Mean : \bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation : SD) และสรุปผลโดยภาพรวม

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย จากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative information) พบว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 69.86% ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.10 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 82.54 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.62 ปฏิบัติงานในตำแหน่งแพทย์แผนไทย คิดเป็นร้อยละ 34.92 และปฏิบัติงานในหน่วยงานต้นสังกัดที่ รพร.เด่นชัย คิดเป็นร้อยละ 23.81 ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ (Percentage)
เพศ		
ชาย	19	30.16
หญิง	44	69.84
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	13	20.63
30-40 ปี	15	23.81
41-50 ปี	24	38.10
51 ปีขึ้นไป	11	17.46
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	3.17





ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ (Percentage)
ปริญญาตรี	52	82.54
ปริญญาโท	9	14.29
ระยะเวลาในการทำงาน		
ต่ำกว่า 5 ปี	5	7.94
5-10 ปี	13	20.63
10-15 ปี	15	23.81
มากกว่า 15 ปี	30	47.62
ตำแหน่งปัจจุบัน		
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	6	9.52
นักวิชาการสาธารณสุข	6	9.52
พยาบาลวิชาชีพ	4	6.35
แพทย์แผนไทย	22	34.92
เภสัชกร	18	28.58
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	6	9.52
นักวิชาการการเงินและบัญชี	1	1.59
หน่วยงานต้นสังกัด		
รพ.วังชิ้น	5	7.94
สสจ.แพร่	5	7.94
รพ.สูงเม่น	2	3.17
สสอ.หนองม่วงไข่	2	3.17
รพ.หนองม่วงไข่	5	7.94
รพ.ร้องกวาง	7	11.11
รพ.ลอง	11	17.46
รพ.ร.เด่นชัย	15	23.81
รพ.แพร่	2	3.17
รพ.สอง	9	14.29

ผลการวิจัย พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความสำคัญของรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ มีการดำเนินการในระดับมาก ($\bar{X} = 81.30, SD = 348.20$) และมีคะแนนเฉลี่ย ทั้ง 4 ด้าน ทั้งด้านการประเมินบริบท (Context

Evaluation) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่าภาพรวมมีการดำเนินการในระดับมาก ซึ่งการประเมินบริบท มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 25.89, SD = 53.30$) รองลงมา คือ การประเมินผลผลิต ($\bar{X} = 24.16, SD = 49.74$)





ส่วนตัวแปรที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ การประเมิน
ปัจจัยนำเข้า ($\bar{X} = 11.40$, $SD = 13.34$) ดังข้อมูล
ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ
ในจังหวัดแพร่

รายการประเมิน	\bar{X}	SD	แปลผล
1. การประเมินบริบท (Context Evaluation)			
1.1 นโยบายการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายประเทศ	4.57	0.67	มีการดำเนินงานระดับมากที่สุด
1.2 นโยบายการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายจังหวัด	4.73	0.45	มีการดำเนินงานระดับมากที่สุด
1.3 การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน	4.03	0.67	มีการดำเนินงานระดับมาก
1.4 ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน	4.25	0.57	มีการดำเนินงานระดับมาก
1.5 ความชัดเจนของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก	4.21	0.77	มีการดำเนินงานระดับมาก
1.6 ความพร้อมของหน่วยงานที่ดำเนินงาน	4.1	0.56	มีการดำเนินงานระดับมาก
ภาพรวมการประเมินบริบท	25.89	53.30	มีการดำเนินงานระดับมาก
2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation)			
2.1 บุคลากรมีความเพียงพอในการดำเนินงาน	3.92	0.83	มีการดำเนินงานระดับมาก
2.2 บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน	4	0.65	มีการดำเนินงานระดับมาก
2.3 ความเพียงพอของงบประมาณดำเนินงาน	3.48	0.82	มีการดำเนินงานระดับปานกลาง
ภาพรวมการประเมินปัจจัยนำเข้า	11.4	13.34	มีการดำเนินงานระดับมาก
3. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation)			
3.1 การวางแผนการดำเนินงานในแต่ละปี	4.13	0.58	มีการดำเนินงานระดับมาก
3.2 ระบบการติดต่อประสานงานในการดำเนินงาน	3.97	0.57	มีการดำเนินงานระดับมาก
3.3 การกำกับ และติดตามการดำเนินงาน	4	0.60	มีการดำเนินงานระดับมาก
3.4 การตรวจสอบ และการรายงานผลการดำเนินงาน	3.97	0.67	มีการดำเนินงานระดับมาก
3.5 ระบบการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำรายงาน หรือคืนข้อมูลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3.79	0.68	มีการดำเนินงานระดับมาก
ภาพรวมการประเมินกระบวนการ	19.86	35.83	มีการดำเนินงานระดับมาก
4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation)			
4.1 การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ	4.22	0.61	มีการดำเนินงานระดับมาก
4.2 การพัฒนาการดำเนินงาน	4.02	0.58	มีการดำเนินงานระดับมาก
4.3 ระบบข้อมูลในการดำเนินงานเป็นประโยชน์กับพื้นที่	3.9	0.76	มีการดำเนินงานระดับมาก
4.4 การบูรณาการดำเนินงานในระดับพื้นที่/อำเภอ	3.76	0.64	มีการดำเนินงานระดับมาก





รายการประเมิน	\bar{x}	SD	แปลผล
4.5 ผลการดำเนินงานเกิดประโยชน์กับพื้นที่/หน่วยงานระดับอำเภอ	4.06	0.69	มีการดำเนินงานระดับมาก
4.6 ผลการดำเนินงานเกิดประโยชน์กับประชาชน	4.19	0.62	มีการดำเนินงานระดับมาก
ภาพรวมการประเมินผลผลิต	24.16	49.74	มีการดำเนินงานระดับมาก
ภาพรวมรายการประเมิน	81.3	348.20	มีการดำเนินงานระดับมาก

ส่วนการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ ส่วนใหญ่เห็นว่าวิธีการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ มีความเหมาะสม เห็นควรดำเนินการต่อ เนื่องจากการสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการใช้และสั่งจ่ายยาสมุนไพร สนับสนุนเศรษฐกิจภายในจังหวัด สนับสนุนการแพทย์แผนไทยที่ระบบตลาดยังไม่แข็งแรงพอ กระจายรายได้ให้เกษตรกร สนับสนุนแหล่งวัตถุดิบให้กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรมีรายได้ กระจายการผลิตยาสมุนไพร ให้เพียงพอ เหมาะสม ไม่ทับซ้อนกัน เป็นการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่ ตอบสนองแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และช่วยส่งเสริมให้วิชาชีพแพทย์แผนไทยและเภสัชปฎิบัติ พัฒนาการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้วยการใช้ยาสมุนไพร ในด้านงบประมาณในการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสม มีส่วนน้อยที่ยังเห็นว่างบประมาณในการดำเนินงาน ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากเห็นว่างบประมาณที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ไม่สอดคล้องกันทำให้เป็นภาระของรง.และหน่วยบริการ เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณเป็นการจัดสรรตามปริมาณประชากร

ในพื้นที่บริการ แต่ไม่ได้จัดสรรตามความต้องการใช้ยาสมุนไพรที่แท้จริงของหน่วยบริการ

พบปัญหา อุปสรรค ต่อรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ที่ค้นพบ คือ ปัญหายาสมุนไพรไม่เพียงพอต่อการเบิก กำลังบุคลากรการผลิต ไม่เพียงพอต่อความต้องการ การเบิกยาสมุนไพรไม่ตรงตามแผน และในกรณีที่ยาบางรายการยาสมุนไพรมีความต้องการใช้สูงในช่วง หรือบางสถานการณ์ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรค การขาดแคลนวัตถุดิบสมุนไพรบางช่วง ส่งผลกระทบต่อไลน์การผลิต ส่งผลให้จัดส่งยาได้ช้า ในบางรอบ ทำให้หน่วยเบิกได้รับยาไม่ครบตามจำนวนที่ต้องการในบางครั้ง แต่สามารถจัดส่งให้ครบตามความต้องการในภายหลัง และยังพบว่ามีการใช้ยาสมุนไพรเกินแผน ราคาขายที่แพงกว่าเอกชน วัตถุดิบสมุนไพรขึ้นราคา เพิ่มต้นทุนในการผลิต ผลิตภัณฑ์มีอายุสั้น การขนส่งยา ยังไม่ได้มาตรฐาน เช่น รถที่ขนส่งไม่มีหลังคากันแดด กันฝน ทำให้ยาอาจเสื่อมสภาพระหว่างขนส่ง การสั่งใช้ยาของแพทย์แผนปัจจุบันยังมีไม่มากพอ เนื่องจากไม่ค่อยคุ้นเคยและยังขาดความเชื่อมั่นในการใช้ยาสมุนไพรในการรักษา ความรอบรู้เรื่องสุขภาพและเรื่องยาสมุนไพรของประชาชนยังไม่ครอบคลุม และมีข้อเสนอแนะต่อแนวทางการ





ดำเนินงาน เพื่อแก้ปัญหา คือ ควรมีการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการในปีถัดไป ปริมาณการผลิต โรงงานผลิตหรือแหล่งผลิตควรหาตลาดใหม่ เพื่อขยายผลิตภัณฑ์ไปสู่หน่วยบริการอื่นๆ ปรับปรุงระบบขนส่ง ปรับราคายาให้ใกล้เคียงกับเอกชน โรงงานผลิตยาสมุนไพรควรพยายามลดต้นทุนของการผลิตลง ลดการผลิตสมุนไพรที่มีอัตราหรือปริมาณการใช้ต่ำ เพื่อให้สามารถลดราคายาสมุนไพรที่จำหน่ายลงได้ อาจมีการตกลงราคายาที่พอใจระหว่างผู้ผลิตและผู้เบิก เสนอรูปแบบแผนธุรกิจต่อผู้บริหารระดับเขต กระทรวง โดยมีผลงานผลการดำเนินงานหรือผลงานวิจัยเป็นที่ประจักษ์ว่ายาสมุนไพรสามารถทดแทนยาแผนปัจจุบันได้ และนำผลไปขยายต่อยอดในเชิงนโยบาย เพื่อกระตุ้นการใช้ยาสมุนไพรในหน่วยบริการอื่นๆ กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัดแพร่ ระบบบริหารจัดการต้องสามารถซื้อยาจากโรงพยาบาลรัฐได้สะดวก โดยเปลี่ยนระเบียบหรือข้อกำหนดให้โรงพยาบาลที่เป็นแหล่งผลิต กำหนดให้มีการผลิตที่สามารถผลิตยาเพื่อจำหน่ายได้ แก้ปัญหาระเบียบการเงินระหว่างภาครัฐกับภาครัฐให้ชัดเจน มีการวางแผนเรื่องการตลาด มีการใช้และการกระตุ้นให้มีการเข้าถึงยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นทั้งในบุคลากรผู้สั่งจ่าย และประชาชน งบประมาณที่จัดซื้อเห็นควรให้แต่ละอำเภอรับผิดชอบเอง และควรพัฒนาให้มีระบบการส่งใบเบิกยาแบบออนไลน์ เพื่อความคล่องตัวในการกระจายยา

ระบบการดำเนินงานเรื่องนี้ ควรมีการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์ต่อหน่วยบริการ

สาธารณสุขในจังหวัดแพร่มากที่สุด ในเรื่องการตลาดของโรงงานผู้ผลิต และปรับระบบการขนส่งยาสมุนไพร ปรับระเบียบการจัดซื้อยาสมุนไพร และระเบียบการเบิกจ่ายและการขายยาสมุนไพรให้หน่วยงานภายนอกมีขั้นตอนซับซ้อน บางความเห็น คิดว่าไม่ควรมีการกักขังงบประมาณ และควรมีการจัดซื้อจากแหล่งผลิตโดยตรง การให้องค์ความรู้เรื่องสมุนไพรแก่แพทย์และผู้สั่งใช้ และสนใจในการสั่งจ่ายยาสมุนไพร เช่น งานวิจัย ควรมีแผนการทดแทนหรือสำรองจ่ายยาสมุนไพรในระบบกรณีที่ยาสมุนไพรขาดแคลนหรือมีความต้องการใช้จำนวนมาก โดยวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงาน คือ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าพัฒนาศักยภาพการผลิตให้มีปริมาณเพียงพอต่อการสนับสนุนในจังหวัด ปรับลดราคายาลง มีความเห็นส่วนน้อยที่ไม่ต้องการให้มีการหักเงินกองกลางของแต่ละอำเภอไว้ เนื่องจาก รพ.สต. บางแห่งถูกถ่ายโอนไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดแล้ว และในปีงบประมาณ 2567 ทุก รพ.สต. ในจังหวัดจะถูกโอนย้ายไป อบจ. ทั้งหมด จึงควรให้แต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยเบิก ดำเนินการจัดซื้อยาจากโรงงานผู้ผลิตเอง และโรงงานผู้ผลิตควรวางแผนการบริหารจัดการการตลาดให้เหมาะสม เพื่อจูงใจให้หน่วยบริการผู้สั่งจ่ายจัดซื้อยาสมุนไพรจากโรงงานผลิตโดยตรง ให้โรงงานอยู่ได้ด้วยตนเอง และมีข้อเสนอแนะอื่นๆ เพิ่มเติม คือ ควรมีการประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้ทราบถึงประโยชน์ของยาสมุนไพร เพิ่มช่องทางการเข้าถึงยาของลูกค้าต่างจังหวัด





ให้ประชาชนหรือหน่วยงานเอกชนสามารถซื้อยา
จากโรงงานได้โดยไม่ผ่านใบสั่งยาของแพทย์

ส่วนข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data)
โดยการศึกษาข้อมูลโดยการค้นคว้าและรวบรวม
ข้อมูลจาก เอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นข้อมูล
เชิงปริมาณ (Quantitative information) พบว่า
ผลการดำเนินงาน 5 ปี (ปีงบประมาณ 2561 ถึง
2565) จังหวัดแพร่ มีอัตราผู้ป่วยนอกทั้งหมด
ที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก ร้อยละ 30.92, 24.15, 26.07, 23.65
และ 24.08 ตามลำดับ เทียบกับผลการดำเนินงาน
ระดับเขต ดำเนินงานได้ ร้อยละ 27.07, 21.87,

21.89, 19.67 และ 18.10 ตามลำดับ และเทียบกับ
กับผลการดำเนินงานระดับประเทศ ซึ่งดำเนินงาน
ได้ ร้อยละ 24.43, 21.36, 21.46, 18.23 และ
18.12 ตามลำดับ และจังหวัดแพร่ มีอัตรามูลค่า
การส่งใช้ยาสมุนไพรจากมูลค่าการส่งใช้ยาทั้งหมด
ร้อยละ 1.49, 1.59, 1.59, 1.59 และ 2.20
ตามลำดับ เทียบกับผลการดำเนินงานระดับเขต
ดำเนินงานได้ ร้อยละ 0.03, 0.04, 0.05, 0.04
และ 0.11 ตามลำดับ และเทียบกับผลการ
ดำเนินงานระดับประเทศ ซึ่งดำเนินงานได้ ร้อยละ
0.01, 2.95, 0.05, 2.95 และ 0.0026 ตามลำดับ
ดังตารางที่ 3 ละ 4

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

อำเภอ	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65
เมืองแพร่	23.22	20.76	22.70	22.18	22.67
ร้องกวาง	28.67	23.83	30.63	24.46	23.81
ลอง	38.66	32.34	25.56	20.13	30.09
สูงเม่น	51.96	26.37	33.79	27.99	20.73
เด่นชัย	30.25	24.21	25.93	28.94	31.32
สอง	26.74	25.50	25.57	24.42	27.62
วังชิ้น	22.92	27.25	28.29	21.73	23.56
หนองม่วงไข่	30.93	17.10	17.90	19.50	15.85
ภาพรวมรวมจังหวัด	30.92	24.15	26.07	23.65	24.08
ภาพรวมเขต	27.07	21.87	21.89	19.67	18.10
ภาพรวมประเทศ	24.43	21.36	21.46	18.23	18.12





ตารางที่ 4 ร้อยละมูลค่าการส่งใช้ยาสมุนไพรจากมูลค่าการส่งใช้ยาทั้งหมด

อำเภอ	ปีงบ 61	ปีงบ 62	ปีงบ 63	ปีงบ 64	ปีงบ 65
เมืองแพร่	0.43	0.38	0.51	0.38	0.43
ร้องกวาง	2.87	2.22	2.71	2.22	4.20
ลอง	2.33	2.31	2.57	2.31	3.46
สูงเม่น	3.13	4.14	3.55	4.14	5.39
เด่นชัย	4.69	5.78	5.31	5.78	7.80
สอง	6.98	11.24	7.87	11.24	11.62
วังชิ้น	2.45	2.53	2.89	2.53	4.61
หนองม่วงไข่	2.23	2.82	1.23	2.82	3.42
ภาพรวมรวมจังหวัด	1.49	1.59	1.58	1.59	2.20
ภาพรวมเขต	0.03	0.04	0.05	0.04	0.11
ภาพรวมประเทศ	0.01	2.95	0.50	2.95	0.00

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) ในการประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐในจังหวัดแพร่ ตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยประเมินในด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ทั้งการงานและการประเมินผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานทุกระดับ สรุปได้ว่า ผลการประเมินการดำเนินงานโดยภาพรวม มีการดำเนินการในระดับมาก ($\bar{X} = 81.30$, $SD = 348.20$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาพรวมทั้ง 4 ด้าน มีการดำเนินการในระดับมาก

การประเมินบริบท (Context Evaluation) เป็นการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ 2 ฉบับ และแผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 ถึง

2564 เพื่อขับเคลื่อนให้การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก และโอกาสขยายช่องทางธุรกิจสมุนไพรไปยังประเทศสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสมุนไพรสู่ความมั่นคงทางสุขภาพและเศรษฐกิจอย่างยั่งยืน

การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงาน จากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) จังหวัดแพร่ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรค ในการเบิกจ่ายยาสมุนไพรที่บางครั้งยังดำเนินการล่าช้า เนื่องจากบุคลากรของแหล่งผลิตมีไม่เพียงพอ

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) มีการดำเนินงานรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ที่มีแผนการ





ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม และการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เสนอให้เพิ่มช่องทางติดต่อสื่อสารทางระบบออนไลน์

การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน (Product Evaluation) ก่อให้เกิดโรงงานผลิตสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน WHO GMP เกิดเครือข่ายกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรระดับจังหวัด ตลอดจนสร้างรายได้แก่กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพร และมีสถานบริการด้านการแพทย์แผนไทยภาครัฐที่ได้มาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก

ผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) พบว่า ผลการดำเนินงาน 5 ปี จังหวัดแพร่ มีอัตราการย่อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกสูงกว่าระดับเขต และ ระดับประเทศ และจังหวัดแพร่ มีอัตราการย่อยละของมูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรจากมูลค่าการสั่งใช้ยาทั้งหมด เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561–2565

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลปฐมภูมิ (primary data) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ ตามรูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยประเมินในด้านบริบท (Context) ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ด้านกระบวนการ (Process) และด้านผลผลิต (Product) ทั้งการ

ดำเนินการของโครงการและการประเมินผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการทุกระดับ มีดังนี้

ด้านการประเมินบริบท (Context Evaluation) พบว่า ภาพรวมมีการดำเนินงานในระดับมาก โดยนโยบายการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายจังหวัด มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินบริบททั้ง 6 ด้าน อันได้แก่นโยบายการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายประเทศ นโยบายการดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายจังหวัด การดำเนินงานมีความสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชน ความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน ความชัดเจนของหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลัก และความพร้อมของหน่วยงานที่ดำเนินงาน เนื่องจากการดำเนินงานที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ 2 ฉบับ แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560–2564 เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนางานการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก สอดคล้องกับ ผลการประเมินมีความเชื่อมั่นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด คือ การดำเนินงานมีการวิเคราะห์สภาพปัญหาการดำเนินงาน การศึกษาความต้องการของบุคลากรที่ร่วมดำเนินโครงการ โดยประสานกับนโยบายของหน่วยงานต้นสังกัด วางแผนและพัฒนาการดำเนินงานให้ตรงตามสภาพที่แท้จริงมากที่สุด ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามขั้นตอนที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดในการวางแผนของ อุทัย บุญประเสริฐ (2532)





ด้านการประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) พบว่า ภาพรวมมีการดำเนินงานในระดับมาก โดยบุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินปัจจัยนำเข้าทั้ง 3 ด้าน อันได้แก่ บุคลากรมีความเพียงพอในการดำเนินงาน บุคลากรมีความพร้อมในการดำเนินงาน และความเพียงพอของงบประมาณดำเนินงาน เนื่องจาก เป็นการดำเนินงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินงานทุกปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 จากงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวระบบประกันสุขภาพ (UC) ซึ่งสอดคล้องกับ มยุรี บุญริ้ว (2547) ที่ได้ศึกษาเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรธุรกิจชุมชนตามโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษา กลุ่มหัตถกรรม เครื่องปั้นดินเผา ตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่า การมีแหล่งทุนของตนเองเป็นส่วนที่ทำให้ปัจจัยนำเข้าของการดำเนินงานมีผลการประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี

ด้านการประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) พบว่า ภาพรวมมีการดำเนินงานในระดับมาก โดยการวางแผนการดำเนินงานในแต่ละปี มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินกระบวนการทั้ง 5 ด้าน อันได้แก่ การวางแผนการดำเนินงานในแต่ละปี ระบบการติดต่อประสานงานในการดำเนินงาน การกำกับ และติดตามการดำเนินงาน การตรวจสอบ และการรายงานผลการดำเนินงาน และระบบการจัดเก็บข้อมูล การจัดทำรายงาน หรือคืนข้อมูล

ให้ผู้ใช้มีส่วนได้ส่วนเสีย เนื่องจาก มีการดำเนินงานรูปแบบคณะกรรมการระดับจังหวัด ที่มีแผนการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับ ศรีสุตา วงศ์วิเศษกุล และเนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ (2556) ที่ได้การประเมินผลโครงการการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุในชุมชน ปัญหาอุปสรรคของโครงการ คือ ขาดการบูรณาการโครงการกับแผนการเรียน ข้อมูลในเว็บไซต์ศูนย์การเรียนรู้ยังไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลกระทบต่อโครงการ

ด้านการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) พบว่า ภาพรวมมีการดำเนินการในระดับมาก โดยการขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินบริบททั้ง 6 ด้าน อันได้แก่ การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานสู่การปฏิบัติ การพัฒนาการดำเนินงาน ระบบข้อมูลในการดำเนินงานเป็นประโยชน์กับพื้นที่ การบูรณาการดำเนินงานในระดับพื้นที่/อำเภอ ผลการดำเนินงานเกิดประโยชน์กับพื้นที่/หน่วยงานระดับอำเภอ และผลการดำเนินงานเกิดประโยชน์กับประชาชน เนื่องจาก การดำเนินงานส่งผลให้เกิดการพัฒนาโรงงานผลิตสมุนไพรตามมาตรฐาน WHO GMP และสถานบริการภาครัฐที่ได้มาตรฐานของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ซึ่งบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุญณ์ และ ณิชภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558) ได้ศึกษาวิจัยการประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาว





สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ
อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี พบว่า ด้านผลผลิต
ของโครงการมีความเหมาะสมในระดับมาก
เนื่องจากการสนับสนุนการดำเนินงานให้ได้รับ
ผลผลิตตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ เป็นตาม
ความคาดหวังของผู้บริหารและคณะทำงานโครงการ

ผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลทุติยภูมิ
(secondary data) พบว่า ผลการดำเนินงาน 5 ปี
จังหวัดแพร่ มีอัตราการย่อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมด
ที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือกสูงกว่าภาพรวมระดับเขต และภาพรวม
ระดับประเทศ และจังหวัดแพร่ มีอัตราการย่อยละของ
มูลค่าการสั่งใช้ยาสมุนไพรจากมูลค่าการสั่งใช้ยา
ทั้งหมด เพิ่มขึ้น ในแต่ละปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ
2561–2565 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา
ของ ณัฐวดี ธรเสนา และสรณีย์ ชัยเฉลิมพงษ์
(2562) พบว่าการจัดซื้อยาร่วมระดับเขตสุขภาพ
มีการจัดซื้อยาที่เพิ่มขึ้น และปัจจัยที่ส่งผลต่อ
ความสำเร็จของการจัดซื้อยาร่วม ได้แก่
การมีผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงานที่มี
ประสบการณ์ การยอมรับจากเครือข่าย
การดำเนินงานแต่ละระดับ และระบบสารสนเทศ
และจากผลการศึกษาของ โศภิชฐ์ ชุตติเวทคู
(2558) ที่พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีมูลค่า
การใช้ยาจากสมุนไพรลดลง และสัดส่วนการใช้ยา
จากสมุนไพรของโรงพยาบาลชุมชนลดลง
ตามงบประมาณที่ปรับเปลี่ยน เช่นเดียวกัน
หากมีการจัดสรรงบเพิ่มเติม ย่อมมีการเบิกใช้ยา
จากสมุนไพรมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัย ทำให้ทราบผลการ
ดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
ต่อรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร
จากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่
ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง
นำผลการศึกษามาใช้ประโยชน์ ปรับปรุง ศึกษา
เพิ่มเติม แก้ไขข้อบกพร่อง และนำไปใช้ในการ
พัฒนาการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร และ
การบริหารจัดการยาสมุนไพร ให้มีประสิทธิภาพ
มากขึ้น ดังนี้

1. สามารถนำข้อมูลที่ได้นำมาพัฒนาระบบ
หรือรูปแบบการดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร
ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัด

2. นำเสนอข้อมูลให้ผู้บริหาร เป็นแนวทาง
ในการวางแผน และกำหนดนโยบายการ
ดำเนินงานกระจายยาสมุนไพรในสถานบริการ
สาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัด ในการดำเนินงาน
ต่อไป

3. เป็นแนวทางการบริหารจัดการยา
สมุนไพรในจังหวัดแพร่ ให้เหมาะสม และ
มีประสิทธิภาพ

4. นำผลการศึกษาอ้างอิง เพื่อเป็นต้นแบบ
หรือเป็นแนวทาง ในการดำเนินงานกระจายยา
สมุนไพรจากโรงงานผลิตยาสมุนไพรของรัฐ
ให้กับจังหวัดอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรจะศึกษาเพิ่มเติม
ในประเด็นการประเมินความคุ้มค่า และความคุ้มค่า
ของการดำเนินงาน เพื่อและการต่อยอดการพัฒนา





การดำเนินงานกระจายยาสมุนไพร จากโรงงาน
ผลิตยาสมุนไพรของรัฐ ในจังหวัดแพร่ และ
ในระดับเขต ต่อไป รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติม
ในด้านการประเมินผลการใช้ยาสมุนไพร
ในสถานพยาบาลรัฐ จังหวัดแพร่ เพื่อศึกษาวิจัย
ต่อเนื่องการพัฒนาการใช้สมุนไพรในหน่วยบริการ
รองรับการบริการด้านยาสมุนไพรและการแพทย์
แผนไทยอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการ
อาหารและยา. (2562). *พระราชบัญญัติ
ผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562*. สำนักงาน
กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. กรมพัฒนา
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก. (2558). *นโยบายและทิศ
ทางการขับเคลื่อนกรมแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ทางเลือก ปี 2558-2559*.

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์, อัจฉรา เชียงทอง, ณิชกุล สุ
วัชรังกูร, สุกัญญา ฉายาชวลิต, ภาณิศา
รักความสุข, สุกัญญา เกิดไธ, แสงเพชร
ภูมา และ อุบลรัตน์ มโนศิลป์. (บก).
(2560). *คู่มือสำหรับผู้บริหารงานด้าน
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ผสมผสาน*. สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก. โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน
สุขภาพแห่งชาติ (บก). (2560).
ยุทธศาสตร์ การพัฒนาภูมิปัญญาไท

*สุขภาพวิถีไท ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560-
2564)*. อุษาการพิมพ์.

จารุรัตน์ เพ็ชรสงฆ์. (2544). *ปัจจัยที่มีผลต่อการ
จ่ายยาจากสมุนไพรของแพทย์ใน
โรงพยาบาลชุมชน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชศาสตร์ (เภสัช
กรรม โรงพยาบาล), มหาวิทยาลัยมหิดล].
<http://thesis.stks.or.th/>

ณัฐวดี ธรเสนา และสรรณี ชัยเฉลิมพงษ์ (2562).
การจัดซื้อยาพร้อมระดับเขต : กรณีศึกษาเขต
บริการสุขภาพแห่งหนึ่ง. [Symposium].
การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัย
ระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธีรยา นิยมศิลป์, ณิชกุล คำพล. (2553). การ
ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยใน
โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
ไทยเฝ้าชนนิพนธ์, 5(1), 178 – 186.

บรรเทิง มาแสง (บก). (2532). *การติดตามและ
ประเมินผลโครงการ*. กองประเมินผล
สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวง
เกษตรและสหกรณ์.

บัณฑิต วรรณประพันธ์ และคณะ. (2555). รายงาน
การประเมินผลเชิงคุณภาพการนำ
นโยบายสู่การปฏิบัติเรื่องอำเภอควบคุม
โรคเข้มแข็งแบบยั่งยืนในพื้นที่สาธารณสุข
เขต 14 ปี 2554. *วารสารวิชาการ สคร.
5 นครราชสีมา*.

ประชุม รอดประเสริฐ. (บก). (2529). *การบริหาร
โครงการ*. เนติกุลการพิมพ์.

ประพจน์ เกตุราภาค, จิราพร ลิ้มปานานนท์, รัชนี
จันทร์เกษ และ คณะ. (บก). (2551).
การบูรณาการการแพทย์แผนไทย:





- สถานการณ์การให้บริการการแพทย์แผนไทย. พิมพ์ครั้งที่ 3. อุษาการพิมพ์. พุทธชาติ ลี้มละมัย. (2552). ประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล : Routine to Research กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกองการพยาบาล, 36(3), กันยายน-ธันวาคม.
- มยุรี บุญริ้ว (2547). การประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรธุรกิจชุมชน ตามโครงการหนึ่งตำบล หนึ่งผลิตภัณฑ์ : กรณีศึกษากลุ่มหัตถกรรมเครื่องปั้นดินเผาตำบลเกาะเกร็ด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร].
- เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (บก). (2546). การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ และณภัทรกฤต จันทวงศ์ (2558). การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 24(5).
- วรรณภา ทองแดง. (2551). การประเมินผลโครงการอยู่ดีมีสุข ในปีงบประมาณ 2550 : ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จ กับพื้นที่ที่ไม่ประสบความสำเร็จ อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร].
- วิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. (บก). (2545). ระบบยาของประเทศไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.
- วิทเชษฐ์ พิชัยศักดิ์. (บก). (2555). การบริหารงานโรงพยาบาลร่วมสอนของภาคศึกษาศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล และเนตรรรชนี ตั้งภาคภูมิ (2556). การประเมินผลโครงการ การพัฒนาศูนย์การเรียนรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย และผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 19(2), 31-45.
- ไศภิชฎ์ ชุตินเวทคุ (2558). ผลของการปรับเปลี่ยนระบบงบประมาณยาสมุนไพรของโรงพยาบาล ชุมชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร]. สาขาวิชาการจัดการทางเภสัชกรรม, มหาวิทยาลัยศิลปากร]. <http://ithesis-ir.su.ac.th/dspace/handle/123456789/423.pdf>.
- สมบูรณ์ สุวี. (2550). การประเมินโครงการชมรมคุ้มครองผู้บริโภค (อย.น้อย) ของโรงเรียนสันป่าตองวิทยาคม จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศาสตร, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่].
- สุนีรัตน์ จันทรรัก. (2554). แบบจำลอง CIPP Model [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2566]. เข้าถึงจาก:



<https://www.gotoknow.org/posts/453748>

สุวิมล ตีรกานันท์. (บก). (2543). *การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสภณ เมฆธน, ชูติมา บุญยประภัศร, ประพนธ์ คำเที่ยง และ คณะ. (บก). (2559). *แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560-2564*. บจก.ทีเอส อินเทอร์เน็ต.

อรุณพร อิฐรัตน์, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ภัควิภา คุโรปกรณ์พงษ์, ณรงค์ศักดิ์ สิงห์ไพบูลย์พร, ปราณี รัตนสุวรรณ, โสภา คำมี. (2559). ความรู้ ทัศนคติ ความพร้อม และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของบุคลากรการแพทย์ของโรงพยาบาลในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 93 - 103.



The Effect of the Educational Program on Knowledge and Care Behaviors of Children with Thalassemia in Phrae hospital¹

Chunjit Somjit M.S.N.²

Kanokrat Attachaipanich B.S.N.³

Anyarat Suma B.S.N.⁴

Received: 2 August 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

This quasi- experimental research aimed to compare average knowledge and self care behaviors score of school age children with Thalassemia before and after attend the educational program. Design the study by two group pretest-posttest exam in 7-12 years old transfusion dependent Thalassemia children that attended Phrae hospital during August–November, 2021. Experimental group was 19 transfusion dependent Thalassemia children that attended hospital on Tuesday receiving the educational program on knowledge and self care behaviors through animation and comic. Control group was 19 blood dependent Thalassemia children that attended hospital on Monday receiving routine care. Basic data were collected using exact probability test and t-test. Average knowledge and care behaviors score were compared by t-test and paired t-test.

The result showed that two groups had no different in knowledge and self-care behaviors before and after attending the program (18.21 ± 0.85 VS 18.05 ± 1.39 , $p = 0.07$, 60.42 ± 8.11 VS 60.21 ± 8.07 , $p = 0.94$). The control group had also no different in knowledge and self-care behaviors before and after attending the program (18.05 ± 1.39 VS 18.26 ± 0.65 , $p = 0.47$, 60.21 ± 8.07 VS 60.42 ± 7.90 , $p = 0.92$). Experimental group had a significantly higher score in knowledge and care behaviors after attending the program than control group (18.21 ± 0.85 VS 19.26 ± 0.45 , $p = 0.00$, 60.42 ± 8.11 VS 66.32 ± 9.55 , $p = 0.04$) Experimental group had a significantly higher score in knowledge and care behaviors after attending the program than control group (66.32 ± 9.55 VS 60.42 ± 7.90 , $p = 0.05$)

Keywords: School age children, Thalassemia, The educational program

¹ Research Article

² Registered nurse, Pediatric department Phrae hospital,
Corresponding author E-mail : boomch2002@gmail.com

³ Registered nurse, Pediatric department Phrae hospital

⁴ Registered nurse, Pediatric department Phrae hospital

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลแพร่¹

ชื่นจิตต์ สมจิตต์ พย.ม.²

กนกรัตน์ อรรถชัยพานิช พย.บ.³

อัญญารัตน์ สุมา พย.บ.⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังการทดลอง ศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียชนิดพื้งพาเลือด อายุ 7-12 ปี ที่เข้ารับการเติมเลือดใน โรงพยาบาลแพร่ กลุ่มทดลอง เป็นเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการเติมเลือดในวันอังคาร จำนวน 19 คน ได้รับความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน กลุ่มควบคุม เป็นเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ที่เข้ารับการเติมเลือดในวันจันทร์ จำนวน 19 คน ได้รับความรู้แบบเดิม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ exact probability test และ t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองใช้สถิติ t-test และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน (18.21 ± 0.85 VS 18.05 ± 1.39 , $p = 0.68$, 60.42 ± 8.11 VS 60.21 ± 8.07 , $p = 0.94$) กลุ่มที่ได้รับกลุ่มดูแลตามปกติมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อน และหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (18.05 ± 1.39 VS 18.26 ± 0.65 , $p = 0.47$, 60.21 ± 8.07 VS 60.42 ± 7.90 , $p = 0.92$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (18.21 ± 0.85 VS 19.26 ± 0.45 , $p = 0.00$, 60.42 ± 8.11 VS 66.32 ± 9.55 , $p=0.04$) กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม มีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (66.32 ± 9.55 VS 60.42 ± 7.90 , $p = 0.05$)

คำสำคัญ: เด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย โปรแกรมการให้ความรู้

¹ บทความวิจัย

² พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

Corresponding author E-mail : boomch2002@gmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่

⁴ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่



บทนำ

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคทางพันธุกรรมที่พบบ่อยมากที่สุดในโลก และประเทศไทยเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม โรคทางพันธุกรรมที่มีการถ่ายทอดแบบ autosomal recessive โดยมีความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบินทำให้เม็ดเลือดแดงผิดปกติและแตกง่าย (hemolytic anemia) ผู้ป่วยมีอาการซีดเรื้อรัง ตาเหลืองตัวเหลือง ตับ ม้ามโต (กิตติ ต่อจรัส, 2560; บุญชู พงศ์ธนากุล, มปป.) ปัจจุบันได้แบ่งผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามความรุนแรงเพื่อการรักษา ได้แก่ Non transfusion dependent thalassemia (NTDT) กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องรับเลือดประจำก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ แต่จะมีบางช่วงเวลาและบางสถานการณ์ที่จำเป็นต้องได้รับเลือดและกลุ่ม Transfusion dependent thalassemia (TDT) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการรับเลือดเป็นประจำเพื่อการมีชีวิต หากไม่ได้เลือดจะมีอาการเหนื่อย ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการตั้งแต่อายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการซีดมาก ฮีโมโกลบินต่ำกว่า 7ก./ดล. ตัวเล็ก ตับม้ามโต มีหน้าตาเปลี่ยนแปลง (อรุณี เจตศรีสุภาพ และอรุโณทัย มีแก้วกฤษกร, 2560) โรคธาลัสซีเมียเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเองในหลายด้าน ด้านร่างกายพบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียจะมีความผิดปกติทั้งรูปร่างและหน้าตา มีอาการซีดเรื้อรัง ตับม้ามโต มีภาวะการเจริญเติบโตไม่สมวัย น้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือภาวะเหล็กเกิน ทำให้มีเหล็กสะสมที่ตับ หัวใจทำให้เกิดภาวะตับมีพังผืด และภาวะหัวใจวายได้ นอกจากนี้ยังอาจเกิดโรคเบาหวานเนื่องจากการทำงานของตับอ่อนบกพร่อง ภาวะติดเชื้อง่าย

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจากภาวะเหล็กเกิน และการตัดม้าม ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะกระดูกหัก ปัญหาแผลเรื้อรังที่ขา (สุทัศน์ พุเจริญ และคณะ, 2557; บุญชู พงศ์ธนากุล, มปป.) ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นหากมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นพัฒนาการที่ดำเนินต่อเนื่อง สำหรับเด็กเล็ก บิดามารดาจะเป็นผู้ดูแลหลักในด้านสุขภาพ แต่ในเด็กวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 7-12 ปีนั้นเป็นวัยที่เริ่มมีความสามารถเพียงพอที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเองได้เนื่องจากมีความสามารถในด้านการรับรู้และเข้าใจความเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อนและผลของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ แต่ก็มักพบปัญหาว่าเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งด้านการป้องกันการติดเชื้อ การรับประทานอาหาร การเล่นกีฬาโลดโผน การป้องกันอุบัติเหตุ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตามแผนการรักษา ไม่ว่าจะเป็น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งที่การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น (เกศมณี มูลปานันท์, 2556; ภูษณิศา มาพิลูน และคณะ, 2559) กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียอายุ 0 ถึง 17 ปี 11 เดือน ที่ต้องการรับเลือดเป็นประจำ (TDT) ทุก 3-4 สัปดาห์ โดยมีการให้บริการ ตรวจรักษาทุกวันจันทร์ และวันอังคาร ปี พ.ศ. 2562-2563 จำนวน 96 และ 98 ราย ตามลำดับ (ข้อมูลสถิติ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์ ปี 2563) ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัยเรียน อายุ 7-12 ปี





จำนวน 40 รายเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคหัวใจ จำนวน 1 ราย มีภาวะกระดูกหักจากอุบัติเหตุ 1 ราย มีภาวะเหล็กเกิน จำนวน 38 รายนอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียบางรายมาก่อนวันนัด เนื่องจากการเจ็บป่วยอื่น เช่นมีไข้ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

การให้ความรู้ด้านสุขภาพ (health education) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลสามารถสอน และจัดระบบสนับสนุนให้ความรู้ โดยการสอน แนะนำ ให้กำลังใจ สร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้บุคคลที่มีความพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม (ภุชณิศมาพิบูล และคณะ, 2559) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีที่มีความสามารถทางสติปัญญาเพิ่มมากขึ้นในการรับรู้เรื่องโรค ความสำคัญและเหตุผลการดูแลสุขภาพตนเอง แต่ยังคงมีความสนใจกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งในระยะเวลาสั้นๆ เบื้องหน้าง่าย การสอนหรือให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนจึงจำต้องเลือกวิธีการ และสื่อที่เหมาะสมสามารถกระตุ้นความสนใจในการเรียนรู้ เพื่อให้เด็กมีความรู้ และสามารถปฏิบัติการดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ได้ทำการศึกษารูปแบบการให้ความรู้ เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และลดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ภุชณิศมาพิบูล และคณะ (2559) ใช้โปรแกรมพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และการดูแลเด็กของผู้ดูแลซึ่งประกอบไปด้วยการให้ข้อมูลด้วยสื่อวีซีดีการ์ตูน สื่อ power point คู่มือการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสำหรับผู้ดูแล แผ่นพลิกการ์ตูนสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และ

แผ่นกระดานเกมส์บันไดงู พบว่าโปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม นอลิสสา สุนสละ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย การให้คำแนะนำและการใช้คำพูด ชักจูง การใช้ตัวแบบ การจัดประสบการณ์ การประสบความสำเร็จในการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง และการประเมินสภาพทางร่างกาย และการกระตุ้นทางอารมณ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สุชาติดา ปราบมีชัย (2560) ศึกษา ผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียพบว่า คะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้ เรื่องโรคธาลัสซีเมียในเด็กวัยเรียน จะให้ความรู้ผ่านการสอนและการนำอุปกรณ์หรือสื่อต่างๆมาประกอบในการสอน การให้ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอที่จะให้เด็กวัยเรียนเกิดความร่วมมือได้ จำเป็นต้องใช้สื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับวัย เพื่อให้เด็กเกิดความร่วมมือได้

สื่อแอนิเมชันมีทั้งเสียงและภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว เป็นการเล่าเรื่องด้วยภาพมากกว่า





คำพูดของตัวละคร สามารถบรรยายเนื้อหาเรื่องราวด้วยตัวเองจากการแสดงสีหน้า ท่าทาง เสียงอารมณ์ของตัวการ์ตูน ประกอบกับฉากที่มีสีสันสดใสทำให้ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียน สื่อความหมายได้ดี และจดจำเรื่องราวได้ง่าย (สุชาดา ปรามมีชัย, 2560) สามารถสอนได้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เหมาะสำหรับการชักจูงใจ สร้างทัศนคติ หรือฝึกทักษะในการปฏิบัติต่างๆสามารถฉายซ้ำได้หลายครั้งเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่คงที่เหมือนเดิม (กิตานันท์ มลิทอง, 2543) คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจ จะใช้สื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูนในการให้ความรู้และการทบทวน แก่เด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมีย เพื่อให้เด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมีย มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมียกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมีย ที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน กับกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมียที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน กลุ่มเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมียกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ

มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมียกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

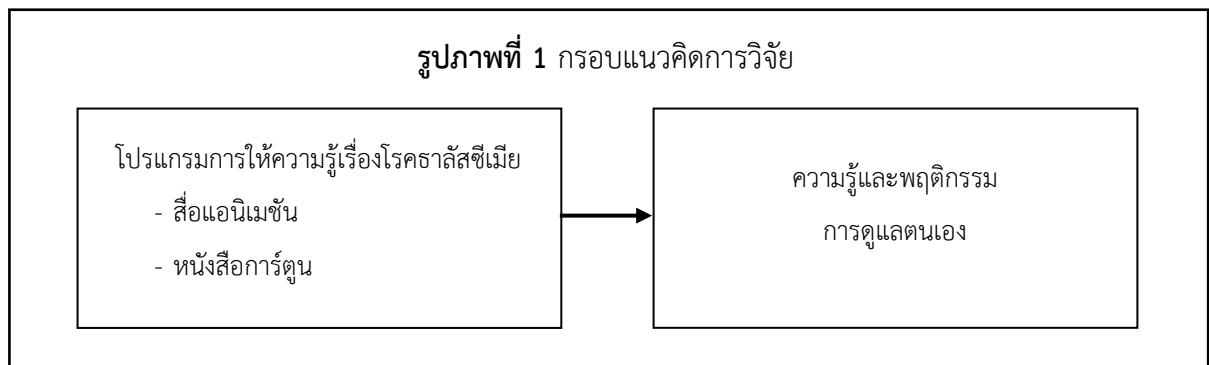
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ของ Gagne, Briggs และ Wager (1988) (อ้างอิงใน นิภาพรณ บุญช่วย และคณะ, 2559) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ซึ่งได้อธิบายกระบวนการการเรียนรู้ของบุคคลว่า เกิดจากบุคคลได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมผ่านอวัยวะรับสัมผัสเกิดเป็นการรับสัญญาณข้อมูลโดยประสาทสัมผัสและส่งข้อมูลไปยังระบบประสาทส่วนกลาง มีการเลือกรับรู้ข้อมูล และจัดเก็บข้อมูลไว้ในความจำระยะสั้น เมื่อความจำระยะสั้นได้รับการทบทวน ข้อมูลก็จะถูกจัดเก็บเป็นความจำระยะยาว ซึ่งอาจมีการเรียกความจำระยะยาวกลับคืนมาสู่ความจำระยะสั้นได้ ความจำระยะสั้นที่ถูกเรียกมานี้ เรียกว่า working memory ข้อมูลจาก working memory หรือ long-term memory กระตุ้นให้เกิดการตอบสนอง ทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการกระทำ กระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตัวเองแก่เด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมีย โดยผ่านสื่อแอนิเมชันเปรียบได้กับสิ่งเร้าที่กระตุ้นการรับรู้ของอวัยวะรับสัมผัสโดยการมองเห็น การได้ยิน เกิดเป็นการได้รับสัญญาณของข้อมูลโดยประสาทสัมผัส เลือกรับข้อมูล ไปจัดเก็บไว้ในความจำระยะสั้น หลังจากให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การทบทวน



ความรู้ และให้เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทำแบบ ทบทวนเกี่ยวกับความรู้และ พฤติกรรมการดูแล ตนเอง จะเป็นการทบทวนข้อมูลที่ได้รับจัดเก็บ เป็นความจำระยะยาว ข้อมูลที่ได้ถูกจัดเก็บ ในความจำระยะยาวจะถูกกระตุ้นออกมา เมื่อมีสถานการณ์ที่เหมาะสมจากการควบคุม สิ่งการ ความคาดหวัง และเมื่อมีการทบทวน

ข้อมูลนั้นๆ ด้วยสิ่งกระตุ้น คือหนังสือการ์ตูน ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย กระตุ้นเตือน ก็จะทำให้ เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย เรียกข้อมูลหรือ ความจำในอดีตมาใช้ทำให้เกิดการเรียนรู้และ มีการกระทำ คือเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนหลังการทดลอง (two group pretest – posttest design) ศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ชนิดพึ่งพาเลือด (Transfusion Dependent Thalassemia : TDT) ได้รับการรักษาด้วยการ ให้เลือดทุก 3-4 สัปดาห์ อายุ 7-12 ปี ที่เข้ารับ การรักษาใน โรงพยาบาลแพร์ ในช่วง เดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 เนื่องจาก เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลแพร์ มีทั้งหมด 38 คน จึงได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีการจับสลากวันนัด รับบริการ พบว่า กลุ่มทดลองคือ เด็กวัยเรียนที่เข้ารับ การเติมเลือดในวันอังคาร และกลุ่มควบคุมคือ เด็กวัยเรียนที่เข้ารับการเติมเลือดในวันจันทร์ ดังนี้

กลุ่มทดลอง หมายถึง เด็กวัยเรียน

โรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ได้รับการรักษา ด้วยการให้เลือดทุก 3-4 สัปดาห์ อายุ 7-12 ปี ที่เข้ารับการเติมเลือดในวันอังคารจำนวน 19 คน ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ผ่านสื่อการ์ตูนแอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูน

กลุ่มควบคุม หมายถึง เด็กวัยเรียน

โรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือด ได้รับการรักษา ด้วยการให้เลือดทุก 3-4 สัปดาห์ อายุ 7-12 ปี ที่เข้ารับการเติมเลือดในวันจันทร์ จำนวน 19 คน ได้รับความรู้ตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือก

- 1) เด็กวัยเรียนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคธาลัสซีเมียชนิดพึ่งพาเลือดได้รับการรักษาด้วยการให้เลือดทุก 3-4 สัปดาห์





2) ไม่เป็นโรคทางพัฒนาการที่มีผลต่อระดับสติปัญญา

3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนครบตลอดโปรแกรมที่กำหนดไว้

4) ผู้ปกครองยินยอมให้เด็กเข้าร่วมการวิจัยได้

เกณฑ์คัดออก คือ

1) เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ไม่ได้รับเลือดเป็นประจำ ทุก 3-4 สัปดาห์

2) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่มีปัญหาทางด้านสายตา การได้ยิน สติปัญญา

3) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบตามกำหนด

4) ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1.1 สื่อแอนิเมชันของ สุชาดา ปรามมีชัย⁽⁷⁾ เป็นการเล่าเรื่องด้วยการ์ตูน เกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษา และการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีความยาว 12 นาที ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.80

1.2 หนังสือการ์ตูนคู่มือให้ความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมีย ประกอบด้วย อาการ ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย สำหรับแจกให้ผู้ป่วยนำกลับบ้านไปด้วย สร้างขึ้นโดย นำภาพและเนื้อหาจากการ์ตูนแอนิเมชันมาทำเป็นหนังสือการ์ตูน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.80

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย ระยะเวลาที่ต้องมารับการให้เลือด การได้รับความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย

2.2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเป็นข้อคำถาม “ถูก” หรือ “ผิด” จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 ท่าน ได้ความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.83 นำไปทดสอบใน เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียที่ไม่ได้รับเลือดเป็นประจำ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน KR-20 (Kuder & Richardson, 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74

2.3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียของ สุชาดา ปรามมีชัย (2560) ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ

ไม่เคยปฏิบัติ	คือ	1 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	คือ	2 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	คือ	3 คะแนน



ปฏิบัติทุกครั้ง คือ 4 คะแนน
มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 30 คะแนน
คะแนนสูงสุด เท่ากับ 120 คะแนน ผ่านการ
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ
0.93 นำไปทดสอบในเด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมีย
ที่ไม่ได้รับเลือดเป็นประจำ จำนวน 30 คน
วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบราค (Cronbach's coefficient
alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยทำหนังสืออนุมัติผ่านคณะกรรมการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่
2. วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครอง
เพื่อขออนุญาตผู้ปกครอง ชี้แจงวัตถุประสงค์และ
รายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ทราบ
ถึงสิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม
การวิจัยด้วยความสมัครใจข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บ
เป็นความลับโดยจะนำไปใช้ประโยชน์ ในการ
วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น
ไม่มีการระบุชื่อ ที่อยู่และเมื่อต้องการออกจาก
การเข้าร่วมการวิจัยจะสามารถทำได้ทันทีรวมทั้ง
จะทำลายข้อมูลหลังสิ้นสุดการวิจัย
3. ภายหลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์และ
รายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัยและ
ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่ม
ควบคุม ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมียที่เข้ารับ
การเติมเลือดในวันจันทร์ ตอบแบบสัมภาษณ์เรื่อง
ความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัย
เรียนโรครธาลัสซีเมียก่อนได้รับโปรแกรม
(Pre-test) โดยสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และกลุ่ม
ควบคุม จะได้รับการสอนตามปกติ ได้แก่

การให้ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว
ให้คำแนะนำตามที่ผู้ป่วยสงสัย

6-8 สัปดาห์ของการทดลอง ผู้วิจัยให้
กลุ่มควบคุมตอบแบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน
โรครธาลัสซีเมียหลังได้รับโปรแกรม (Post-test)
ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัว
ให้คำแนะนำตามที่ผู้ป่วยสงสัย

4. ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน
โรครธาลัสซีเมียที่เข้ารับการเติมเลือดในวันอังคาร
ภายหลังจากชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียด
ของการเข้าร่วมโครงการวิจัยและลงนามยินยอม
เข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้ตอบแบบ
สัมภาษณ์เรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของเด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมียก่อนได้รับ
โปรแกรม (Pre-test) โดยทำการสัมภาษณ์
เป็นรายบุคคลเช่นเดียวกัน

5. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรครธาลัสซีเมียและ
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองสำหรับ
เด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมียแก่กลุ่มทดลองด้วยสื่อ
การ์ตูนแอนิเมชันจากนั้นผู้วิจัยจะสรุปเนื้อหา
เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และผู้วิจัยให้นำสื่อ
แอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูนคู่มือให้ความรู้
เกี่ยวกับเกี่ยวกับโรครธาลัสซีเมีย กลับไปศึกษา
ต่อที่บ้าน

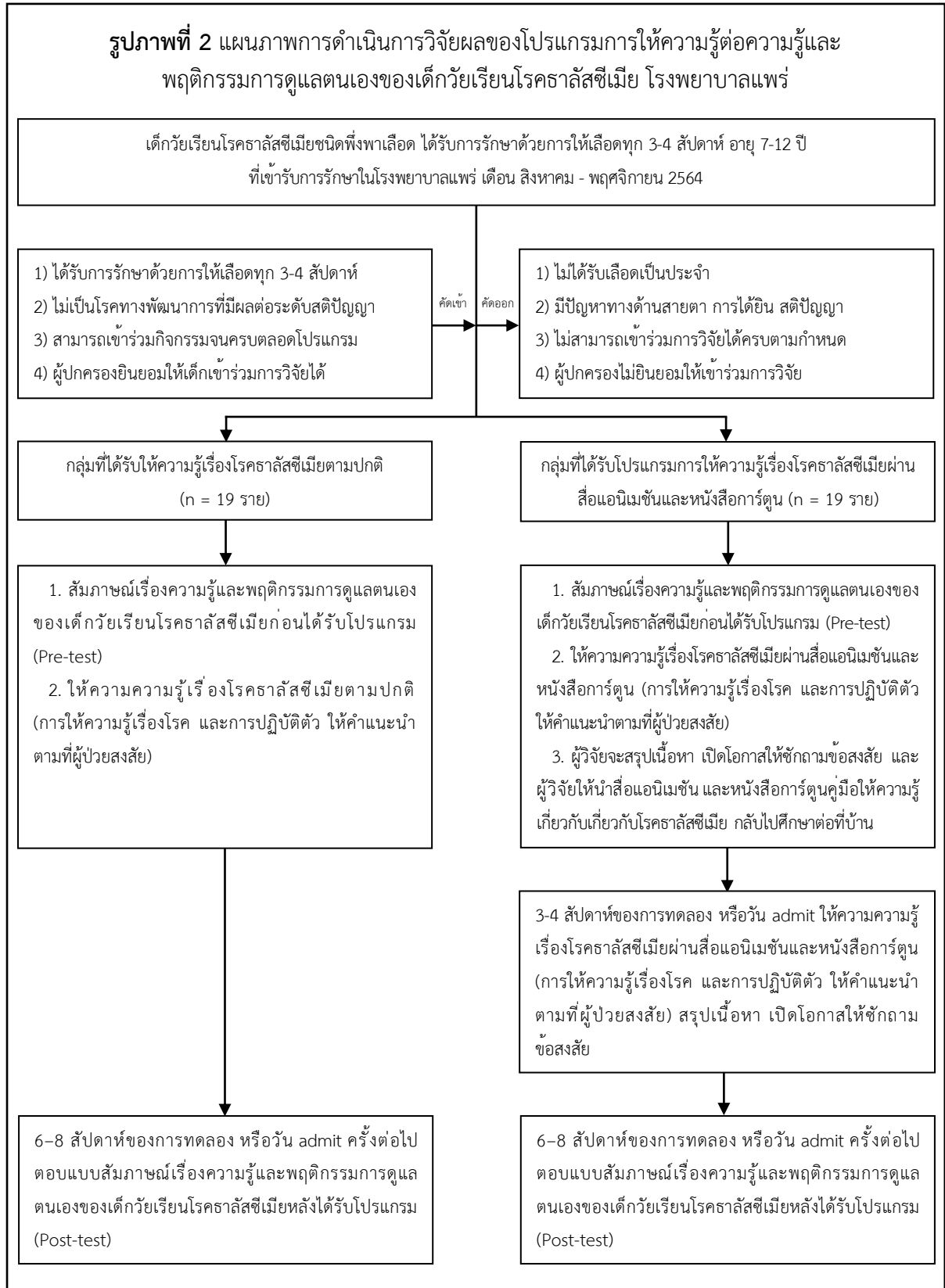
3-4 สัปดาห์ของการทดลอง หรือวัน admit
ครั้งต่อไป ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรครธาลัสซีเมียและ
การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการดูแลตนเองสำหรับ
เด็กวัยเรียนโรครธาลัสซีเมียแก่กลุ่มทดลองด้วยสื่อ
การ์ตูนแอนิเมชันอีกครั้ง จากนั้นผู้วิจัยจะสรุป
เนื้อหา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

6-8 สัปดาห์ของการทดลอง หรือวัน admit
ครั้งต่อไปผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสัมภาษณ์





เรื่องความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก
วัยเรียนโรคราลัสซีเมียหลังได้รับโปรแกรม
(Post-test)





การวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่สถิติ ได้ทำการทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้ สถิติ Fisher skewness coefficient & Fisher kurtosis coefficient พบว่า ข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการทดลอง ได้ค่า Fisher skewness coefficient เท่ากับ -0.09 และ Fisher kurtosis coefficient เท่ากับ 0.37 ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง ± 1.96 จึงแสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และพฤติกรรมก่อนและหลังการทดลอง ได้ค่า Shapiro-Wilk เท่ากับ 0.73 ซึ่งมีค่ามากกว่าค่านัยสำคัญที่กำหนด (0.05) (Clinch & Keselman, 1982)

แสดงถึงข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ exact probability test และ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อน หลังการได้รับโปรแกรม ใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่ม ใช้สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 40 /2564 ก่อนนำไปศึกษาวิจัย ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการศึกษาวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการของผู้ป่วยและข้อมูลที่ได้ ผู้วิจัยจะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียทั้งหมดจำนวน 38 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 19 ราย ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วย ผู้ดูแลหลัก ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 กลุ่มเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคธาลัสซีเมียจากเจ้าหน้าที่มาแล้ว รายละเอียดดังตารางที่ 1





ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมีย

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=19)		กลุ่มควบคุม (n=19)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.33
ชาย	13	68.42	9	47.40	
หญิง	6	31.58	10	52.60	
อายุ					0.20
เฉลี่ย (\pm SD)	9.68	(9.06)	9.05	(8.24)	
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)					0.37
เฉลี่ย (\pm SD)	6.84	(2.01)	6.16	(2.61)	
ผู้ดูแลหลัก					0.75
พ่อแม่	9	47.40	11	57.90	
ปู่ย่า ตายาย	10	52.60	8	42.10	
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล					0.20
ประถมศึกษา	11	57.90	6	31.60	
มัธยมศึกษา	6	31.60	7	36.80	
ปวช./ปวส.	1	5.30	5	26.30	
ปริญญาตรี	1	5.30	1	5.30	
การได้รับความรู้เรื่องโรคราลัสซีเมีย					1.00
เคย	19	100.00	19	100.00	

ผลการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคราลัสซีเมียกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (60.42 ± 8.11 VS 60.21 ± 8.07 , $p = 0.94$)

กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการได้รับโปรแกรม มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (66.32 ± 9.55 VS 60.42 ± 7.90 , $p = 0.05$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับความรู้

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ก่อนการได้รับความรู้	60.42	8.11	60.21	8.07	-0.08	0.94
หลังการได้รับความรู้	66.32	9.55	60.42	7.90	-2.07	0.05



ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (26.05 ± 3.41 VS 23.16 ± 4.27, p = 0.025) รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง รายด้าน ก่อน และหลังการได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลอง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ		หลังการได้รับโปรแกรมฯ		t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
การดูแลตนเองทั่วไป	24.68	4.16	26.89	5.30	-1.48	0.16
การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ	12.58	1.71	13.37	2.59	-1.33	0.20
การดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ	23.16	4.27	26.05	3.41	-2.44	0.03

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัย อาจสรุปได้ว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้สื่อแอนิเมชัน และหนังสือการ์ตูน สามารถทำให้ผู้ป่วยวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย อาจสรุปได้ว่า การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียโดยใช้สื่อแอนิเมชันและหนังสือการ์ตูน สามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะมีการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องจากสื่อแอนิเมชัน เป็นการ์ตูนเคลื่อนไหวมีทั้งภาพและเสียง และเล่าเรื่องด้วยภาพที่น่าสนใจและน่าติดตาม ทำให้ดึงดูดความสนใจของเด็กวัยเรียน จึงทำให้

สามารถตั้งใจและสร้างทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติตาม รวมถึงสามารถฉายซ้ำได้หลายครั้งเมื่อยังไม่เข้าใจ หรือเมื่ออยากทบทวนซ้ำ ซึ่งจะยังคงได้รับเนื้อหาเหมือนเดิม ทฤษฎีการเรียนรู้ (learning theory) ของ Gagne, Briggs และ Wagger (1998) (อ้างอิงใน นิภาพรรณ บุญช่วย และคณะ, 2016) กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้ของบุคคลเกิดจากการได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ผ่านการรับสัมผัสและส่งผ่านข้อมูลไประบบประสาทส่วนกลาง มีการเลือกรับรู้ข้อมูลและจัดเก็บข้อมูลไว้เป็นความระยะสั้น เมื่อได้รับการทบทวนข้อมูลจะถูกจัดเก็บเป็นความจำระยะยาว อาจมีการเรียกความจำจากสองระยะนี้มาใช้งาน เรียกว่า working memory หรือ long-term memory ซึ่งข้อมูลนี้จะกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และการปฏิบัติตามมา ดังนั้น การใช้สื่อแอนิเมชันให้ความรู้ที่มีรูปการ์ตูนสีวันสวยงามน่าสนใจแก่เด็กวัยเรียน จะช่วยให้เด็กเกิดการจดจำข้อมูลระยะสั้น และ





เมื่อดูซ้ำๆ หรือมีการทบทวนข้อมูลจากหนังสือ
การ์ตูน รวมถึงการทบทวนความรู้และพฤติกรรม
การดูแลตนเองโดยผู้วิจัย ซ้ำอีก 2 ครั้ง จึงทำให้
มีการกระตุ้นข้อมูลความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติ
ตัวซ้ำ ๆ เกิดเป็นข้อมูลความจำระยะยาว ทำให้
ผู้ป่วยเด็กสามารถดูแลตนเองที่เหมาะสมตามมา
สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูษณิศมา มาพิณ และ
คณะ (2559) ใช้โปรแกรมพัฒนาความสามารถ
ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย
และการดูแลเด็กของผู้ดูแลซึ่งประกอบไปด้วยการ
ให้ข้อมูลด้วยสื่อวีซีดีการ์ตูน สื่อ power point
คู่มือการดูแลเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียสำหรับ
ผู้ดูแล แผ่นพลิกการ์ตูนสร้างแรงจูงใจในการดูแล
ตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และแผ่น
กระดานบันไดงู พบว่าโปรแกรมดังกล่าว
มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ค่าเฉลี่ย
คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังได้รับ
โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ และ สุขาดา ปราบมีชัย (2560)
ศึกษา ผลของสื่อแอนิเมชันต่อความรู้และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน
โรคธาลัสซีเมียพบว่า คะแนนความรู้และ
พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ไป
ใช้ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเด็ก
วัยก่อนเรียน หรือกลุ่มเด็กวัยรุ่นตอนต้นที่มีวัย
ใกล้เคียงกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

2. สามารถนำรูปแบบของโปรแกรม
การให้ความรู้มาเป็นแนวทางการให้ความรู้แก่
ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคเรื้อรังโรคอื่นๆ เพื่อส่งเสริม
พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแนวทางการให้ข้อมูล
ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยเด็กในแต่ละช่วงวัย
ตามระดับพัฒนาการและความสนใจ เพื่อให้ผู้ป่วย
เด็กมีความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการดูแล
ตนเองที่ถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

กิดานันท์ มลิทอง. (2543). *เทคโนโลยีการศึกษา
และนวัตกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
กิตติ ต่อจรัส. (2560). การวินิจฉัยและการตรวจ
คัดกรองพาหะ ใน จิตสุดา บัวขาว (บ.ก.),
*แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
ในเวชปฏิบัติทั่วไป* (น.17- 24).
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรม
ราชูปถัมภ์.
เกศมณี มูลปานันท์. (2556). บทบาทของ
พยาบาลในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพ
ตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.
วารสารการพยาบาลและการศึกษา, 6(1),
2-11.
นอลีสา สุนสละ, และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. (2559).
ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้
สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย.
*วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย*, 28(1), 103 -112.



- นิภาพรรณ บุญช่วย, วนิดา เสนาะสุทธิพันธุ์, นาง
ลักษณะ จินตนาติลก, และ กลีบสไบ
สรรพกิจ. (2559). ผลของโปรแกรมการ
สอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย.
วารสารพยาบาลศาสตร์, 34(3), 41-53.
- บุญชู พงศ์ธนากุล. (2560). *โรคโลหิตจางธาลัสซี
เมียในเด็ก*. สมาคมโลหิตวิทยาแห่ง
ประเทศไทย .
[http://www.tsh.or.th/knowledge_d
etail.php?id=45](http://www.tsh.or.th/knowledge_detail.php?id=45)
- ภูษณิศมา มาพิลูน, ปรียกมล รัชชกุล, และ วาริยา
หมื่นสา. (2559). ผลของโปรแกรมการ
พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง
ของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และ
ความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล
ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็ก.
วารสารสภาการพยาบาล, 31(2), 52-68.
- สุชาดา ปราบมีชัย, และสมสมร เรืองวรบูรณ์.
(2560). ผลของสื่อแอนิเมชั่นต่อความรู้
และพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัย
เรียนโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 96-109.
- สุทัศน์ ฟูเจริญ, วรวรรณ ต้นไพจิตร, กิตติ ต่อ
จรัส, วิพร วิประกษิต และ อรุโณทัย
มีแก้วกัญชร. (2557). แนวทางการ
วินิจฉัยและการรักษาโรคโลหิตจางธาลัสซี
เมีย. พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- อรุณี เจตศรีสุภาพ และ อรุโณทัย มีแก้วกัญชร.
(2560). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
ธาลัสซีเมีย ใน จิตสุดา บัวขาว (บ.ก.),
*แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมีย
ในเวชปฏิบัติทั่วไป* (น.25 -39). สำนักงาน
- กิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- Clinch, J. J. & Keselman, H. J. (1982).
Parametric alternatives to the
analysis of variance. *Journal of
educational statistics*, 7(3), 207-214.
- Kuder, G. F. & Richardson, M. W. (1937). The
theory of the estimation of test
reliability. *Psychmetrika*, 2, 151-160.



Home Visit Model for Schizophrenic Patients At-Risk Groups in the Community by Family Care Team. Wang Chin District, Phrae Province¹

Nutgrita Kaewsansai B.S.N.²

Received: 2 August 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

This research and development study aimed to investigate conditions of care, model development and efficiency of follow-up home visit of Schizophrenic patients of at-risk groups by family care team in Wang Chin District of Phrae Province. which applied the semi-experimental research method in one group. Pre-test and post-test were implemented in this stage. The samples include 10 of Schizophrenic Patients of at-risk groups who received care service at Wang Chin Hospital in Wang Chin District of Phrae Province. The data was analyzed with descriptive statistics and Pair t-test statistics.

The results showed that; applied survey research to examine the condition care given to Schizophrenic patients of at-risk had problems in lack of continuity of care and medicine when they returned home or to the community. They did not accept illness and used alcohol or drugs causing exacerbation and aggressive behaviors. Schizophrenic patients at Wang Chin Hospital in Wang Chin Hospital of Phrae Province consisted of before home visit model for Schizophrenic patients, Team development, declaring of objectives of home visit. The home visit process. It consists of preparing a visit recording form. Division of team roles Recording home visit information and after the home visit It is a summary of the results from home visits, analysis of individual patient problems. and planning the next visit. Including data analysis and synthesis. After implementing the home visit model. the scores of self-care by the patients in the experimental group after the experiment was higher than that of before the experiment with statistical significance at 0.50. As a result, patients and caregivers practice correct self-management. To prevent relapse and receive continuous consultation from the family doctor team Therefore, Home Visit Model for Schizophrenic Patients At-Risk Groups in the Community by Family Care Team. Wang Chin District, Phrae Province that is appropriate to the local context, helping to increase efficiency in caring for at-risk schizophrenia patients.

Keywords: home visit, Schizophrenic Patients of At-Risk Groups, family care team

¹ Research Article

² Registered nurse, Primary and Holistic care Department. Wangchin hospital, E-mail : jibpeebea@gmail.com

รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่¹

ณัฐภฤตา แก้วแสนสาย พย.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์ดูแล พัฒนารูปแบบ และ ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ วิธีวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา เกี่ยวกับสภาพการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง เมื่อกลับไปอยู่กับ ครอบครัวพบปัญหาการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย มีพฤติกรรม การดื่มสุรา/ยาเสพติด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว และรูปแบบการดูแล ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้านยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน จากการนำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย จิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน การพัฒนาทีมงาน การระบุมิตรอาสาสมัครการเยี่ยมรวมถึงการเตรียมก่อนการเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย การเตรียมแบบบันทึกการเยี่ยม การแบ่งบทบาทหน้าที่ ทีมงาน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน และขั้นหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นการสรุปผลที่ได้จากการ เยี่ยมบ้านฯ การวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยรายบุคคล และการวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป รวมถึงการ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล และหลังจากการนำแบบรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว พบว่าหลังการทดลองคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเภทมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($P\text{-value} > 0.05$) ส่งผลให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติถูกต้องในการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ และ ได้รับคำปรึกษาจากทีมหมอครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับ บริบทในพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: การติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ทีมหมอครอบครัว

¹ บทความวิจัย

² พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลวังชิ้น อีเมล : jibpeebea@gmail.com





บทนำ

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาระโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณร้อยละ 1.10 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ ร้อยละ 2.81 อัตราความชุกประมาณ ร้อยละ 1.00-1.50 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : 1,000 คนต่อปี ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.80 : 1,000 และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 45.00-50.00 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (อติญา โพธิ์ศรี, 2562) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม อาการแสดงที่สำคัญของโรค จิตเภท แบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน เป็นต้น 2) กลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2563) ในประเทศไทย พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (neurotransmitters) ในสมองบกพร่อง และเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ และปัจจัยด้านชีวเคมี (biochemical factors) เช่น ความผิดปกติของสารสื่อประสาท และความผิดปกติของสมอง เช่น โพรงสมอง

Ventricles มีขนาดใหญ่ เป็นต้น 2) ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วย จิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ และการได้รับการยอมรับทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น (มุกข์ดา ผดุงยาม, 2561) อาการทางลบจะมีลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมากจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่น้อยมาก เช่น พุดน้อย ไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น และการดูแลตนเอง จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อารมณ์ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2562) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก



ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแล พบว่า ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (นวนันท์ปิยะวัฒน์กุล, 2562) การสูญเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาเป็นหน่วยในการดูแลซึ่งจะมีผลในการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับประธานยาต่อเนื่องเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงของโรคได้ดีที่สุดนอกจากการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทแล้ว การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การจัดการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้อาศัยอยู่กับครอบครัวและชุมชน การรักษาทางจิตสังคมแบบต่างๆ สามารถลดอาการทางจิต เพิ่มการรับรู้ความเจ็บป่วย (insight) ของผู้ป่วย ทำให้มารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ และการดูแลรักษาที่ดีคือการมุ่งเน้นให้ครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งทีมสุขภาพ และเครือข่ายภาคชุมชน (ไพจิตร พุทธิรอด, 2561)

ตามมาตรา 55 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขทุกระดับ สำหรับระดับบริการปฐมภูมิจัดให้มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) ทั่วประเทศ ซึ่งจังหวัดแพร่ได้เข้าร่วมดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวในปี พ.ศ. 2560 โดยให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ต้องมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการจัดการ และมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพ

ที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆ และชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนและสังคมให้เอื้อให้ประชาชนมีสุขภาพดี (เกษมธิดา หะชะณี และอิศรา ลพสมัย, 2562) การดำเนินตามนโยบายดังกล่าว คาดว่าส่งผลให้บุคลากรและทีมคลินิกหมอครอบครัวสามารถดูแลประชาชนทุกกลุ่ม ตั้งแต่กลุ่มที่มีสุขภาพดีผ่านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้คงสถานะสุขภาพที่แข็งแรง และการคัดกรองโรคเรื้อรัง เพื่อสามารถดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือเข้าสู่ระบบการรักษา ตั้งแต่ต้นซึ่งสามารถควบคุมสถานะทางคลินิกของโรคได้ (ธนสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์, 2564) จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความสามารถในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ถึงรายครัวเรือนเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนในการพัฒนาสร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อจะทำให้ทุกคนทุกครอบครัวเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความครอบคลุม สามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม โดยมีการจัดสรรและใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งจะทำให้เกิดระบบสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ภายใต้นโยบาย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อให้ไปดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (พนิดา เทียงสันเทียะ, 2560)

จากข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพจิตงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลวังจั่น มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคจิตเวช ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโรงพยาบาลวังจั่น จำนวนทั้งสิ้น 408 ราย (905.74 อัตรา/แสนประชากร) และมีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง จำนวน





34 ราย (75.47 อัตรา/แสนประชากร) (โรงพยาบาลวังชัน, 2566) เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดความรุนแรงได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ เพื่อลดอาการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องศึกษารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างปกติสุข ซึ่งถ้าหากไม่มีการพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัวในครั้งนี้ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงขาดความต่อเนื่องเชื่อมโยงในการดูแลมีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น และมีสุขภาพไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการดูแลที่ถูกต้องและอยู่ในสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสมขาดการเอาใจใส่ของครอบครัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการศึกษาค้นหารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การดูแลให้ได้รับยาต่อเนื่อง การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบ ส่งเสริมปัจจัยที่ทำให้ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดำเนินงานภายใต้บริบทและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพพร้อมกับเครือข่ายชุมชนในการดูแล เพื่อช่วยลดจำนวนอัตราอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ญาติและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชัน จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ประกอบด้วย ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถาม ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ระยะที่ 3 ประเมินผล แล้วจึงนำมากำหนดเป็นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย 1) ก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน 2) เยี่ยมบ้าน การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว 3) หลังเยี่ยมบ้าน

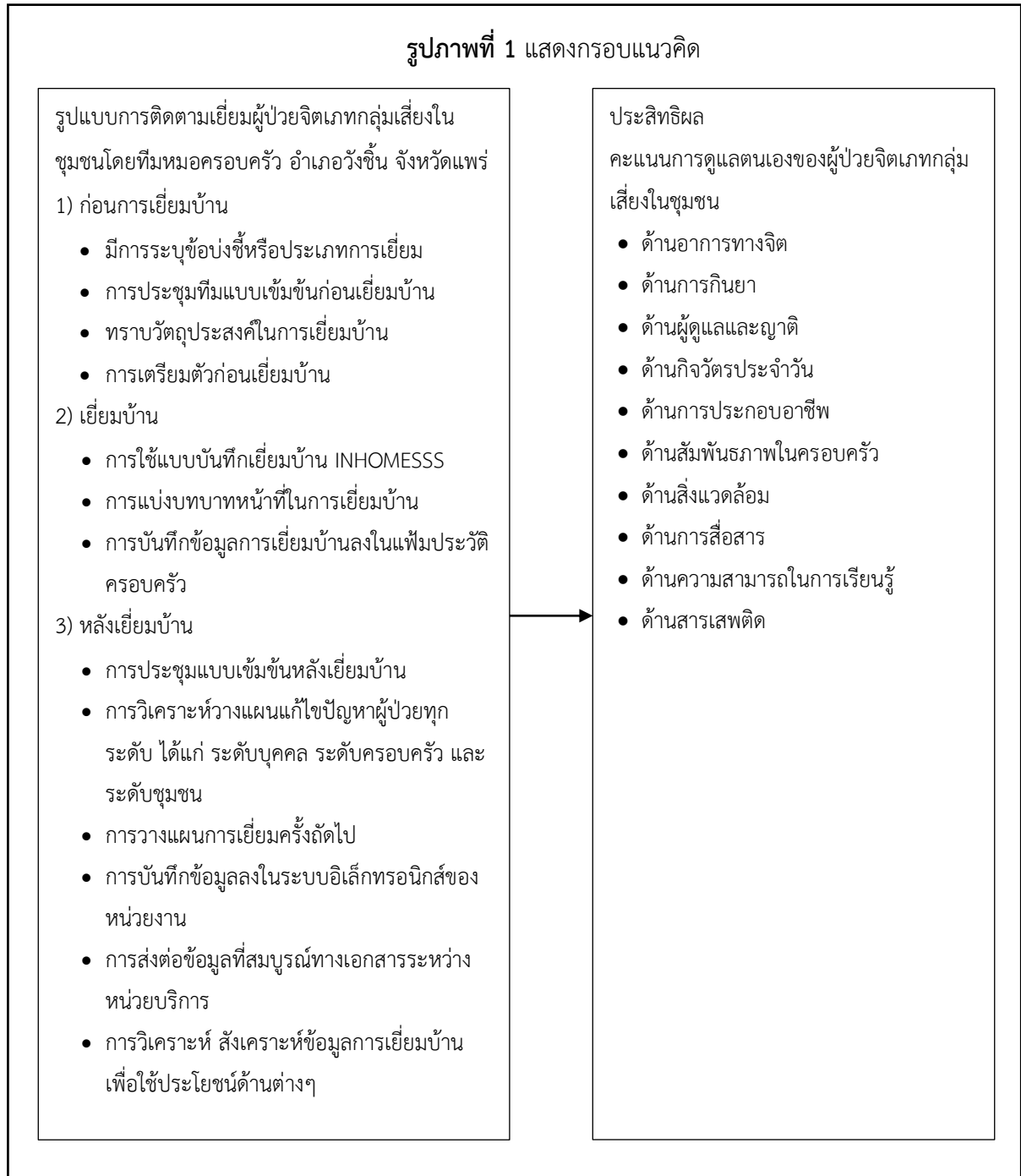




การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน
การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย
การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การวิเคราะห์

สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์
ด้านต่างๆ ได้ตั้งภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด





ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กระบวนการวิจัยประกอบด้วย

1. การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการของพื้นที่ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. การศึกษา หลักการแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อกำหนดเป็นแนวทางการแก้ปัญหา
3. การกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหาและรูปแบบการดำเนินงาน
4. การจัดทำรูปแบบ ทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทตามกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา
5. การประเมินและสรุปรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

ประชากร

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ในปี 2565-2566 จำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย 1) ก่อนการเยี่ยมบ้าน มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัว

ก่อนเยี่ยมบ้าน 2) เยี่ยมบ้าน การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว 3) หลังเยี่ยมบ้าน การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ สิทธิบัตร ประวัติการเจ็บป่วย ผู้ดูแลหลัก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน จำนวน 28 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำแนกพฤติกรรม การดูแลตนเองออกเป็น 10 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ มีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การปฏิบัติที่ถูกต้อง

- ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง = 4 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นประจำ (มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์) = 3 คะแนน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์) = 2 คะแนน
- ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (1 ครั้ง/สัปดาห์) = 1 คะแนน



ไม่เคยปฏิบัติเลย = 0 คะแนน
(0 ครั้ง/สัปดาห์)

การปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง = 0 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ = 1 คะแนน
(มากกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์)

ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2 คะแนน
(2-3 ครั้ง สัปดาห์)

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง = 3 คะแนน
(1 ครั้ง/สัปดาห์)

ไม่เคยปฏิบัติเลย = 4 คะแนน
(0 ครั้ง/สัปดาห์)

กำหนดการแปลผลระดับพฤติกรรมกราด
ดูแลตนเองมีคะแนน 0.00-112.00 คะแนนเป็น
4 ระดับ ดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดีอย่างยิ่ง
หมายถึง มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 22.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองไม่ดี
หมายถึง มีคะแนน 22.10-45.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองพอใช้
หมายถึง มีคะแนน 45.10-68.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดี
หมายถึง มีคะแนน 68.10-91.00 คะแนน

พฤติกรรมดูแลตนเองดีมาก
หมายถึง มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 91.10 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
(Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้
เสนอต่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ
ด้านวิจัย 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญ
ด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความ
เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน

เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตาม เนื้อหา
(Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อ
คำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.60-1.00

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสาร
จากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎี
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง
ในชุมชน และรูปแบบการดูแลโดยทีมหมอ
ครอบครัว

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group)
จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดสนทนาเป็นกลุ่มย่อย
ผู้วิจัยนำผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งละ 3-5 คน และ
ขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาประมาณ
30 นาที เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญ
แล้วให้ ผู้ให้ ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง
หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ ผู้ให้ข้อมูล
เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องที่ร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง
ในชุมชน ประกอบด้วย

1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย
จากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน
12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากการทบทวนแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม
(Orem, 2001) ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา
ด้านผู้ดูแลและญาติ ด้านกิจวัตรประจำวัน
ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพ
ในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร
ด้านความสามารถในการเรียนรู้ ด้านสารเสพติด
นอกจากนี้ยังมีประเด็นคำถามซึ่งเป็นคำถาม
ปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ
ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนตำรา เอกสาร
ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง
ในชุมชน





2) ผู้ดูแลหลักที่ร่วมดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน ประเด็นคำถามเป็นข้อมูลปลายเปิด เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสนับสนุนทางสังคม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน

3) ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร และ กายภาพบำบัด

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากการเก็บรวบรวมข้อมูล และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ในขั้นตอนการดำเนินงาน มาสรุป วิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

4. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล 1 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ 1 คน มีข้อเสนอแนะในประเด็น ขั้นตอนก่อนการเยี่ยมบ้าน ต้องมีการประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน เพื่อทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน และการเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนเยี่ยมบ้าน ควรใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน เช่น ผู้จัดบันทึก ผู้ประเมินสภาพแวดล้อม ผู้ถ่ายภาพ เป็นต้น ขั้นตอนหลังเยี่ยมบ้าน ต้องมีการประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน เพื่อวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับ

ชุมชน การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป และการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้าน เพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ

5. นำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ฉบับสมบูรณ์หาความเหมาะสมความเป็นไปได้และประโยชน์ต่อ ผู้รับบริการ ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบการติดตามเยี่ยมบ้านที่ยกร่างขึ้นมีความเหมาะสมความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ ร้อยละ 100.00

6. นำรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลอง

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะรูปแบบการดูแล วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

4. ผู้วิจัยนำรูปแบบมาดำเนินการกิจกรรม ดังนี้





ตารางที่ 1 การปฏิบัติตามขั้นตอนตามแนวทางรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่

ระยะติดตามเยี่ยม	รายละเอียดกิจกรรม
ก่อนการเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> มีการระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้นก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน
เยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติครอบครัว
หลังเยี่ยมบ้าน	<ul style="list-style-type: none"> การประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การบันทึกข้อมูลลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน การส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์ทางเอกสารระหว่างหน่วยบริการ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ

ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังซิ่น เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลวิจัย ชี้แจงขั้นตอนตามระเบียบวิธีวิจัย ตลอดจนการวางแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูล ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแก่ผู้ช่วยวิจัย แล้วจึงเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำแบบสอบถามแล้วจึงเก็บกลับมาแบบสอบถาม

ที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล พบว่าได้รับแบบสอบถามคืนมาจำนวน 30 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00 ก่อนนำไปบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test

วิธีการทางสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังซิ่น จังหวัดแพร่ ขั้นตอนนี้ เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi





Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำดวน จังหวัดแพร่ ในปี 2565-2566 จำนวน 34 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำดวน จังหวัดแพร่ ระหว่างเดือน สิงหาคม-ตุลาคม 2566 จำนวน 10 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ เบริน และ กรูฟ (Burns and Groove, 2005 quoted in Thato, 2018) ที่ ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยกำหนดอำนาจในการทดสอบ (power) 0.80 และขนาดอิทธิพลที่ ต้องการศึกษา (effect size) 0.70 ซึ่งการวิจัยแบบทดลองควรมีขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 10 ราย

กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ มีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่เกิน 5 ปี ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด และผู้ป่วยยินดียินยอมในการทำวิจัย เกณฑ์การคัดออก

คือ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ก่อความรุนแรงทั้งตัวเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน การสู่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า คัดออก

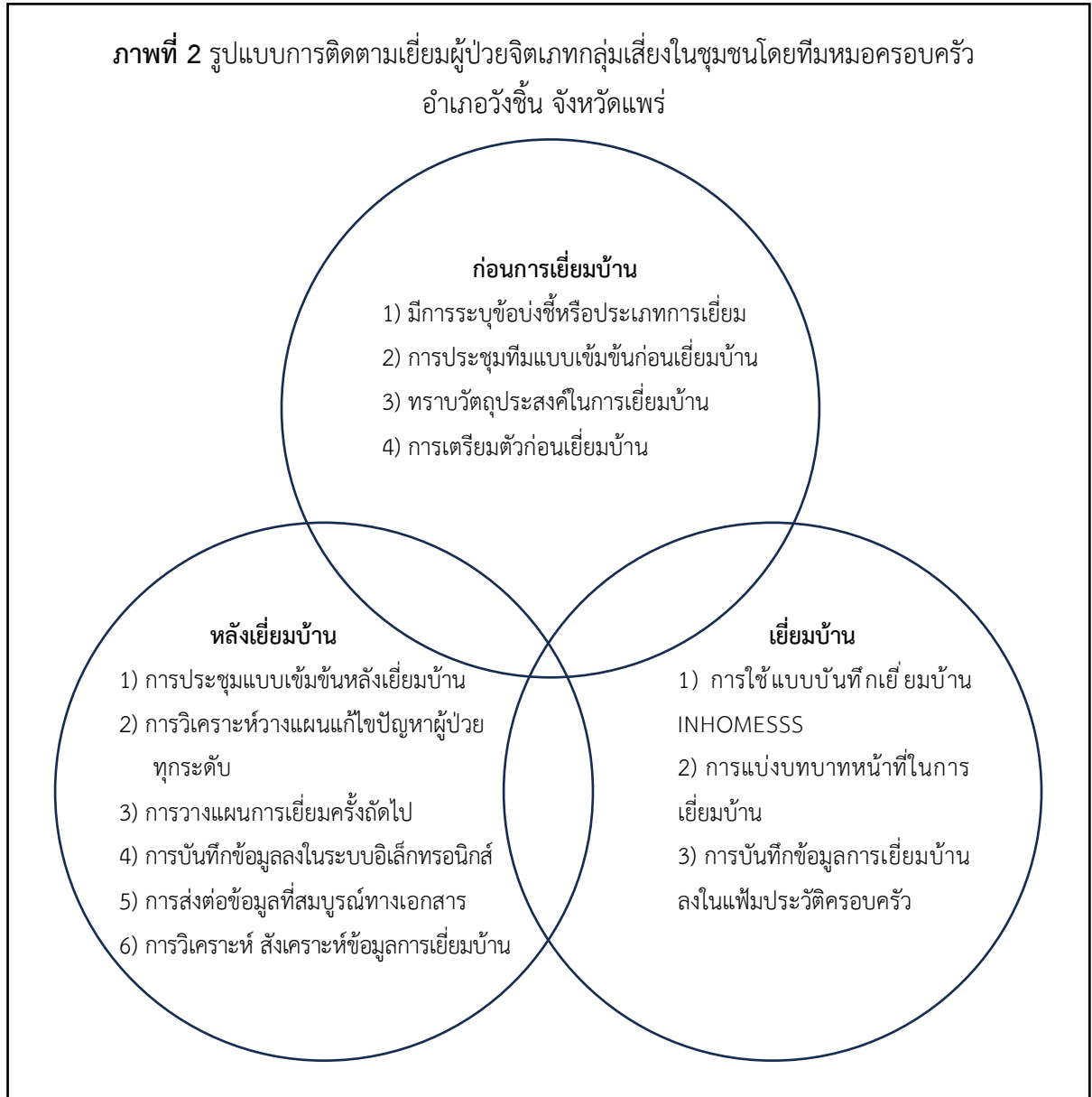
ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอลำดวน จังหวัดแพร่ เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน แล้วมีปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของโรงพยาบาลวังชิ้น ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายการนิตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง

2. รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว



ภาพที่ 2 รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว
อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่



3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการติดตาม
เยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอ
ครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

3.1 เปรียบเทียบข้อมูลการดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างก่อนและ

หลังใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม
เสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น
จังหวัดแพร่





ตารางที่ 2 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

การทดสอบ	Mean	S.D.	t	df	P-Value (2-tailed)
ก่อนการทดลอง	58.40	17.10	-4.87	9	0.00*
หลังการทดลอง	83.10	3.14			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง 58.40 และ 83.10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

การอภิปรายผล

1. สภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ในโรงพยาบาลวังชิ้น อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัวหรือชุมชนแล้วมีปัญหาการขาดการรักษาต่อเนื่อง ขาดยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ใช้สุรา/สารเสพติด จึงทำให้อาการกำเริบ มีพฤติกรรมก้าวร้าว รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนของโรงพยาบาลวังชิ้น ยังไม่มีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพให้ความรู้และคำแนะนำตามสาขาวิชาชีพของตนเอง ไม่ได้ดูแลรายกรณีตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ไม่ได้มีการประสานข้อมูลร่วมกัน ผู้ป่วยและญาติไม่ได้มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดการดูแลตนเอง สอดคล้อง

กับการศึกษาของ ขจีรัตน์ ปรักเอโก (2559) ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนที่ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคจิตเวชมักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง และกลับมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย เนื่องจาก ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ไม่ยอมรับประทานยา ผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญะ วัฒนการุณ (2559) ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงหลักการสำคัญ คือ การให้การรักษาและดูแลต่อเนื่องในชุมชน เพื่อไม่ให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ ผู้ป่วยได้มีโอกาสใช้ชีวิตได้เหมือนปกติเหมือนคนอื่นๆ

2. รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 ก่อนเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การระบุข้อบ่งชี้หรือประเภทการเยี่ยม การประชุมทีมแบบเข้มข้น ก่อนเยี่ยมบ้าน ทราบวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้าน การเตรียมตัวก่อนเยี่ยมบ้าน ระยะที่ 2 ขณะเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยกิจกรรม การใช้แบบบันทึกเยี่ยมบ้าน INHOMESSS การแบ่งบทบาทหน้าที่ในการเยี่ยมบ้าน การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้านลงในแฟ้มประวัติ



ครอบครัว และระยะที่ 3 หลังเยี่ยมบ้านประกอบด้วย กิจกรรมการประชุมแบบเข้มข้นหลังเยี่ยมบ้าน การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วยทุกระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับชุมชน การวางแผนการเยี่ยมครั้งถัดไป การบันทึกข้อมูลลงในระบบอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยงาน การส่งต่อข้อมูลที่สมบูรณ์ทางเอกสารระหว่างหน่วยบริการ การวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการเยี่ยมบ้านเพื่อใช้ประโยชน์ด้านต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปองพล ชูชนะโชติ (2561) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลจิตใจของนักจิตวิทยาคลินิกในทีมหมอครอบครัว ที่ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะของทีมหมอครอบครัวมีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ ดูแลรักษายามเจ็บป่วย ให้คำปรึกษาแนะนำ ส่งต่อผู้ป่วยในชุมชน รูปแบบการดูแลโดยทีมหมอครอบครัวที่ดีคือ การวิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญหาผู้ป่วย และการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ หนึ่งฤทัย ไชโยธราช และกฤษณี สระมุณี (2564) ได้ศึกษากระบวนการเยี่ยมบ้านของคลินิกหมอครอบครัว ที่ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการเยี่ยมบ้านควรเน้นให้มีการประชุมแบบเข้มข้น การบันทึกและการส่งต่อข้อมูลกันให้มากขึ้น เพื่อให้กระบวนการสอดคล้องกับแนวทางการเยี่ยมบ้านมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล บุญโสภิต (2561) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ที่ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จของรูปแบบการทำงานของทีมหมอครอบครัว คือ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและการทำความเข้าใจในธรรมชาติของผู้ป่วย

3. ประสิทธิภาพผลของรูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอ

ครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง 58.40 และ 83.10 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ามีค่าเฉลี่ยการดูแลตนเอง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ สามารถอภิปรายได้ว่า รูปแบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงในชุมชนโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เป็นการดำเนินงานภายใต้กรอบเป้าหมายกระบวนการ และผลลัพธ์ของนโยบาย ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team : FCT) โดยการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานทุกระดับ และจัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัวให้มีความเหมาะสมตามบริบทพื้นที่และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด มีการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมจากหน่วยงานภายนอกและพัฒนาทีมหมอครอบครัวให้มีคุณภาพครอบคลุมทุกพื้นที่ มีกระบวนการจัดการตามระบบการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ และตำบลจัดการสุขภาพ โดยการนำกระบวนการเรียนรู้ตามบริบทพื้นที่ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ ในการเสริมศักยภาพของทีมหมอครอบครัว มีการใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการและเสริมพลังสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลครอบคลุมทุกมิติ ทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิและที่บ้านอย่างใกล้ชิด ดุจญาติมิตร มีระบบการรับ-ส่งต่อประสานงานในทุกระดับอย่างใกล้ชิด และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลครอบคลุมครบถ้วน





ผลลัพธ์ที่ได้คือ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง ครอบครัว ชุมชน มีสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น มีความเป็นธรรม ในการเข้าถึงบริการ ครอบครัว ชุมชน มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการปกป้องด้านสังคม และการเงินจากความเสียหายทางด้านสุขภาพ มีระบบดูแลสุขภาพมีความสามารถในการตอบสนอง ปัญหาสุขภาพและกลุ่มเสี่ยงที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเสี่ยง หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิชญ์ วัฒนการุณ (2559) ได้ศึกษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน การติดตามดูแลต่อเนื่องรวมถึงการบำบัดรักษา การประสานเชื่อมโยงข้อมูล จะทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ลดอัตราการกำเริบ และลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุตินา ชมชื่น (2559) ได้ศึกษา การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ที่ผลการศึกษาพบว่า การใช้หลักการทีมหมอครอบครัว ดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ แบบผสมผสานและเป็นองค์รวม จะทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี ช่วยลดอาการกำเริบ การกลับเป็นซ้ำ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และสามารถดำเนินชีวิตได้ปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

เกษมธิดา หะชะนี และอิศรา ลพสมัย. (2562). การพัฒนารูปแบบคลินิกหมอครอบครัว ในเขตเมืองหนาแน่น จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 28(4) : 667-678.

จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์. (2562). *จิตเวช ม.อ.= Practical handbook of PSU psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

นฤมล บุญโสภิน. (2561). *การพัฒนารูปแบบทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านของตำบลวังสวาบ อำเภอภูพาน จังหวัดขอนแก่น*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.

นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล (บรรณาธิการ). (2562). *จิตเวชศาสตร์ = Psychiatry*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ปองพล ชุชนะโชติ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการดูแลจิตใจของนักจิตวิทยาคลินิกในทีมหมอครอบครัว*. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2563). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท : บทบาทและกระบวนการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่ : ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.

พนิดา เทียงสันเทียะ. (2560). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมหมอครอบครัวระดับชุมชน ตำบลโนนเมือง อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ไพจิตร พุทธรอด. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 27(3): 478-486.



- มุกข์ดา ผดุงยาม. (2561). การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชศาสตร์ = Mental health and psychiatric nursing. กรุงเทพฯ : นีโอดีจิตอล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาล ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลวังชิ้น. (2566). *เวชระเบียนผู้ป่วย ประจำปี 2566*. โรงพยาบาลวังชิ้น สำนัก ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุข.
- หนึ่งฤทัย ไชยโยราช และกฤษฎี สระมณี. (2564). กระบวนการเยี่ยมบ้านของคลินิกหมอ ครอบครัวยุคใหม่-ดอนหัน จังหวัด ขอนแก่น. *Thai Journal of Pharmacy Practice*. 14(2): 329-342.
- ชุติมา ชมชื่น. (2559). *การพัฒนาระบบการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน*. โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งเจริญ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสนามชัยเขต จังหวัดฉะเชิงเทรา.
- ฉนะสิทธิ์ รุ่งศิริรัฐพงษ์. (2564). *รูปแบบการ จัดการคุณภาพคลินิกหมอครอบครัวโดย กลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อเป็น คลินิกหมอครอบครัวต้นแบบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนน สว่าง ตำบลศรีสงคราม อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- อติญา โพธิ์ศรี. (2562). การมีส่วนร่วมของ ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิต เภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาที่ชุมชนบ้าน ท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวช สาร*. 34(1): 83-89.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice*. (6 thed.). St Louis: Mosby, Inc.
- Morrison - Valfre, Michelle. (2 0 1 7) . *Foundations of mental health care*. (6 th ed.). St.Louis, Mo: Elsevier.
- Videbeck, Sheila L. (2017). *Psychiatric - mental health nursing*. (7th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.



The Development of Assessment Guidelines for Patients with Acute Coronary Syndrome.¹

Panumart Mali²
Kannika Chainan³
Niphitpon Sangduang⁴

Received: 9 November 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

The objective of this research and development were 1) to develop guidelines for assessment patients with acute coronary syndrome, and 2) to study the effectiveness of guidelines for assessment patients with acute coronary syndrome. The sample group consists of patients exhibiting symptoms of acute coronary syndrome. The data collection tools include: guidelines for assessment patients with acute coronary syndrome, questionnaires for the comments regarding the assessment guidelines for patients, and satisfaction surveys. The quality of the tools is examined through content validity checks and reliability assessments. Data is analyzed using descriptive and paired t-test.

The results showed that: 1) the developed assessment guidelines for patients form includes evaluations of the patient's initial condition, key symptoms, associated symptoms, significant risk factors, time of arrival at the emergency room, time of electrocardiogram examination, interpretation of test results, and physician diagnosis, 2) the comments regarding the assessment guidelines for patients form had high levels ($\bar{x} = 4.38$, $SD = 0.76$), 3) the sample group that used the patient assessment form showed a high level of satisfaction with the assessment, ($\bar{x} = 4.28$, $SD = 0.73$). The average time for accessing electrocardiogram examinations significantly differs between the group of patients with acute coronary syndrome who use the patient assessment form and those who do not, with statistical significance at the 0.05 level ($t = 3.10$). The group used the assessment form has a shorter average access time to electrocardiogram examinations compared to the group not using the assessment form. This suggests that the developed guidelines for assessment patients to be screened, assessment, differential diagnosis and able to access essential treatment in a time. As a result, the death rate decreased.

Keywords: Acute Coronary Syndrome, Assessment guidelines

¹ Research Article

² Registered Nurse, Nongmuangkhai hospital, E-mail: city_7664@hotmail.com

³ Professional Registered Nurse, Nongmuangkhai hospital

⁴ Professional Public Health Technical Officer, Phrae Province Public Health Office

การพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน¹

ภานุมาศ มะลิ²
กรรณิการ์ ชัยนันท์³
นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 2) ศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่มีอาการในกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมิน และแบบสอบถามความพึงพอใจ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และค่าความเชื่อมั่น ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติที่

ผลการวิจัยพบว่า 1) แบบประเมินผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ อาการสำคัญ อาการรวมอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เวลาที่ส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปลผลการตรวจ และการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.38$, $SD = 0.76$) 3) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้แบบประเมินผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อแบบประเมินในระดับมาก ($\bar{X} = 4.28$, $SD = 0.73$) และ 4) ค่าเฉลี่ยเวลาการเข้าถึงการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอาการโรคหัวใจขาดเลือดที่ใช้และไม่ได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 3.10$) โดยกลุ่มที่ใช้แบบประเมินมีเวลาเฉลี่ยเข้าถึงการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แบบประเมิน แสดงให้เห็นว่าแนวทางการประเมินผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองประเมินอาการ แยกโรค และเข้าถึงการรักษาได้ทันต่อเวลา ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตลดลง

คำสำคัญ: กลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แนวทางการประเมินผู้ป่วย

¹ บทความวิจัย

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาล รพ.หนองม่วงไข่ อีเมล: city_7664@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานการพยาบาล รพ.หนองม่วงไข่

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่



บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรโลก ในปี 2565 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17.9 ล้านคนทั่วโลก คิดเป็นร้อยละ 31 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (WHO, 2015) ในประเทศตะวันตกอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีจำนวนลดลง เนื่องจากการเข้าถึงบริการ และการได้รับการรักษาตามมาตรฐาน แต่อัตราตายในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากยังมีข้อจำกัดในการวินิจฉัยและการรักษาในระยะเริ่มต้น สำหรับประเทศไทยอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2558 พบอัตราการตายเท่ากับ 28.92 ต่อแสนประชากร อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิดที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาห้องฉุกเฉิน คือ อาการเจ็บแน่นบริเวณกึ่งกลางหน้าอก อาจมีอาการเจ็บร้าวไปที่คอ หลัง หรือแขนข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ระยะเวลาการเจ็บหน้าอกอาจนานเจ็บตลอดและมักไม่หายจากการพัก แต่ในผู้ป่วยบางรายอาการอาจจะไม่ชัดเจนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อาจจะมีอาการเจ็บบริเวณใต้ลิ้นปี่ อาการเจ็บหน้าอกจะเป็นแบบไม่จำเพาะเจาะจง หรือไม่มีอาการแสดงก็ได้ ทำให้ไม่ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจในทันทีภายใน 10 นาทีนับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้การวินิจฉัยล่าช้าเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจ เต็มผิดปกติอย่างรุนแรง นำไปสู่การเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (อรอนงค์ ช่วยณรงค์, 2561) การวินิจฉัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันสามารถวินิจฉัยได้จากลักษณะการเจ็บ

หน้าอกของผู้ป่วยร่วมกับการตรวจพบคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ และ/หรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการตรวจ Cardiac enzyme ในกระแสเลือด เป้าหมายในการรักษากลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการทำให้เลือดกลับมาไหลผ่านหลอดเลือดที่อุดตันอย่างรวดเร็วที่สุดเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดฟื้นกลับมาทำงานได้มากที่สุด ความรวดเร็วของระยะเวลาที่ทำการรักษามีผลต่อการพยากรณ์โรค โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดให้เร็วที่สุด โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 30 นาทีหรือทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดขยายหลอดเลือด โดยใช้ระยะเวลาไม่เกิน 90 นาที (เกรียงไกร เสงรัมย์, 2555) ดังนั้นการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยอาการเจ็บหน้าอกจากกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่ถูกต้องและรวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที ปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ป้องกันการตายจากภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีความพร้อมในการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อนนำส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลแพร่ จากสถิติข้อมูล ปี 2563 – 2565 พบว่า มีผู้ป่วยกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 21, 22 และ 31 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด ST ยกสูง จำนวน 8, 5 และ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.09, 22.73 และ 38.09 ตามลำดับ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล มีจำนวน 2, 2 และ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.52, 9.09 และ 3.23 ตามลำดับ





ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ EKG เพื่อวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 87.51, 75.00 และ 75.00 (เกณฑ์ตัวชี้วัด ≥ 90) จะเห็นได้ว่าการประเมินผู้ป่วยแรกรับและได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างรวดเร็ว มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและ/หรือมีอาการรวมอื่นๆ ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการวินิจฉัยโรคอย่างถูกต้องรวดเร็ว

ผู้วิจัยในฐานะเป็นทีมนำในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เห็นความสำคัญในการจัดระบบบริการพยาบาลให้มีคุณภาพและได้มาตรฐาน จึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพได้มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยมีความปลอดภัยและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน งานอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โดยศึกษาขอบเขตตั้งแต่ผู้ป่วยถูกคัดกรองเบื้องต้นที่จุดคัดแยก/คัดกรองโดยพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก/คัดกรองใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและเข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead และออกจากห้องฉุกเฉิน โดยประเมินผลการปฏิบัติงานตามขั้นตอน/แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วย และระยะเวลา Door to EKG โดยระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ถึง 31 มิถุนายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอกที่ปฏิบัติงานจุดแยก/คัดกรองโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช แผนกผู้ป่วยนอก และปฏิบัติงาน ณ จุดคัดแยก/คัดกรอง 2) นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ 3) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ซึ่งปฏิบัติงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยอาการโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI, NSTEMI และ





unstable angina) รวมทั้งหมด 17 คน โดยทำการ
สุ่มตัวอย่าง โดยการจับฉลาก

เครื่องมือการวิจัย : เครื่องมือที่ใช้ในการ
วิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการ
ดำเนินการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ (1) เครื่องมือสำหรับบันทึกข้อมูลที่ได้จาก
เวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนก
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
(2) แบบบันทึกข้อมูลตามแนวทางการประเมิน
ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด (3) แบบสอบถาม
ความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการ
ฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน
ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ **ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป
ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับอายุ
เพศ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
ส่วนที่ 2-3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็น
เกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกแนวทางการประเมิน
ผู้ป่วย และแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจ
ของเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติต่อการใช้เครื่องมือ
แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจ
ขาดเลือดเฉียบพลัน ลักษณะแบบสอบถาม
เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่น้อย
ที่สุด (1 คะแนน) ถึง มากที่สุด (5 คะแนน) โดยมี
เกณฑ์การแปลผล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วง
ระดับคะแนน ใช้แนวคิดของ เบสท์ (1981)
โดยแบ่งระดับความคิดเห็น และความพึงพอใจ
ออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับมาก หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนเฉลี่ย
รวม ตั้งแต่ 3.34-5.00 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง บุคคลที่มีคะแนน
เฉลี่ยรวม ตั้งแต่ 1.68-3.33 คะแนน

ระดับต่ำ หมายถึง บุคคลที่มีคะแนนเฉลี่ย
รวม ตั้งแต่ 0.00-1.67 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา
(Content Validity) โดยนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้น
ไปเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบ
มีค่าความตรงของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง
0.60-1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถาม (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้
กับพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉิน
การแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน แผนกอุบัติเหตุ
และฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชน ที่มีลักษณะ
เช่นเดียวกันกับประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 คน
นำแบบสอบถามที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น
โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าความ
เชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติที (t- test
Independent) ซึ่งผ่านการทดสอบข้อตกลง
เบื้องต้นเกี่ยวกับการแจกแจงข้อมูลแล้วพบว่า
ข้อมูลมีการแจกแจงปกติ



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.36 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด ร้อยละ 52.94 อายุเฉลี่ย 41 ปี

(SD = 10.32) อายุต่ำสุด 25 ปี และอายุสูงสุด 54 ปี ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 52.95 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 94.12 ประสบการณ์ทำงานที่โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ อยู่ในช่วง 11-20 ปี มากสุด ร้อยละ 35.29 เฉลี่ย 15 ปี (SD = 12.31) ประสบการณ์ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 30 ปี รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 17)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	17.64
หญิง	14	82.36
อายุ (ปี) : Minimum 25 ปี Maximum 54 ปี (\bar{x} = 41.41, SD = 10.32)		
21-30 ปี	4	23.53
31-40 ปี	1	5.88
41-50 ปี	9	52.94
51-60 ปี	3	17.65
สถานภาพสมรส		
โสด	6	35.29
สมรส	9	52.95
หม้าย หย่า แยก	2	11.76
ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	1	5.88
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	16	94.12
ประสบการณ์การทำงานที่โรงพยาบาล : Minimum 1 ปี Maximum 30 ปี (\bar{x} = 15, SD = 12.31)		
1-10 ปี	7	41.18
11-20 ปี	6	35.29
21 ปีขึ้นไป	4	23.53

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานจุดคัดแยก/คัดกรอง พบว่า มีความคิดเห็น

ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.38 เมื่อพิจารณาจำแนกรายหัวข้อ พบว่าทุกหัวข้อมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยหัวข้อด้านความสามารถสื่อสารมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ





4.33 ด้านความสั้น กระชับ และครอบคลุมกับการปฏิบัติงานมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ด้านความสะดวกในการใช้งานมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 ด้านความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบบันทึกแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 17)

หัวข้อประเมิน	\bar{x}	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ความสามารถสื่อสารได้ง่าย ชัดเจน	4.33	0.77	มาก
2. สั้น กระชับ และครอบคลุมกับการปฏิบัติงานจริง	4.39	0.78	มาก
3. ความสะดวกในการใช้งาน	4.39	0.78	มาก
4. ความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล	4.33	0.77	มาก
5. ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	4.44	0.70	มาก
ภาพรวม	4.38	0.76	มาก

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของกลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จุดคัดแยก/

คัดกรอง ที่ใช้แบบประเมิน พบว่า มีความพึงพอใจโดยภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{x} = 4.28$ และเมื่อพิจารณารายประเด็น พบว่าทุกประเด็นมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.17-4.39 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความพึงพอใจในการใช้เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของพยาบาลวิชาชีพ (n= 17)

หัวข้อประเมิน	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยสามารถจัดลำดับการดูแลรักษาที่มีความเหมาะสมตามระดับความรุนแรงได้เป็นอย่างดี	4.22	0.73	มาก
2. การนำเครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยมาใช้มีผลประโยชน์ต่อพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความปลอดภัยจากการถูกฟ้องร้องหรือ ความผิดพลาดจากงานลดลง	4.39	0.78	มาก



หัวข้อประเมิน	\bar{x}	SD	ระดับความพึงพอใจ
3. เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยมีความสะดวกในการใช้คัดกรอง/คัดแยกผู้ป่วยต่อการตัดสินใจส่งไปยังแผนกที่ให้การดูแลรักษา มีความเหมาะสม	4.33	0.68	มาก
4. ท่านสามารถประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดได้เร็วขึ้นหลังจากนำเครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยมาใช้	4.33	0.68	มาก
5. เครื่องมือแบบประเมินผู้ป่วยเป็นเครื่องมือที่เข้าใจง่าย และไม่ซับซ้อน	4.33	0.68	มาก
6. แบบประเมินผู้ป่วยช่วยให้พยาบาลสามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น	4.33	0.68	มาก
7. แบบประเมินผู้ป่วยมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ทำงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	4.22	0.81	มาก
8. การนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยมาใช้ช่วยลดความขัดแย้งในการตีความที่แตกต่างกันของพยาบาลในหน่วยงาน	4.17	0.92	มาก
9. แบบประเมินผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพวิชาชีพพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐานได้	4.22	0.73	มาก
10. ความสำคัญที่พยาบาลวิชาชีพนำเครื่องมือประเมินผู้ป่วยมาใช้เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยโรคได้แม่นยำยิ่งขึ้น	4.33	0.68	มาก
ภาพรวม	4.28	0.73	มาก

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเวลาการเข้าถึงการได้รับของการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (นาทิจ) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยอาการโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI, NSTEMI และ unstable angina) ที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน-30 มิถุนายน 2565) และกลุ่มผู้ป่วยอาการโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI, NSTEMI และ unstable angina) ที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ใช้แบบ

ประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (เข้ารับการรักษาระหว่างวันที่ 1 เมษายน-30 มิถุนายน 2566) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้ป่วย ที่ไม่ได้ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้เวลาเข้าถึงการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Mean = 11.64 นาที) มากกว่า กลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Mean = 7.30 นาที) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = 3.10) รายละเอียดตามตารางที่ 4





ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเวลาที่ผู้ป่วยเข้าถึงการได้รับของการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (นาทีก) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้ และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ของพยาบาลวิชาชีพ

กลุ่ม	Mean	SD	df	t	p-value
ไม่ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 12)	11.64	4.46	11.71	3.10*	0.01
ใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (n = 10)	7.30	1.25			

* มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ ครั้งนี้ทำให้ได้แนวทางการประเมินที่มีสาระของแนวทางการประเมิน ประกอบด้วย การประเมินสภาพแรกรับอาการสำคัญ อาการร่วมอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ เวลาที่ส่งผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน เวลาที่ผู้ป่วยได้รับการทำ EKG การแปลผล EKG และการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ และผลจากวัดประสิทธิผลของแนวทางการประเมิน พบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้แบบประเมิน เข้าถึงการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แบบประเมินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แบบประเมินมีความพึงพอใจต่อแบบประเมินในระดับมาก

การอภิปราย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและ

นิติเวช โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และศึกษาประสิทธิผล ของการประเมินและการเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที โดยประเมินผลลัพธ์ได้แก่ ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ณ จุดคัดแยก/คัดกรอง จนกระทั่งได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผู้ศึกษาได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. ด้านการพัฒนาการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ภายหลังการพัฒนาการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และได้นำแบบประเมินไปใช้จริงกับผู้ป่วยอาการโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI, NSTEMI และ unstable angina) ที่เข้ารับการรักษาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ภายใน 10 นาที พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ มีการปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยก/คัดกรองและใช้แบบประเมินควบคู่กัน การใช้แบบบันทึกการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งช่วยในการประเมินผู้ป่วยและตัดสินใจจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรง



และส่งผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของ Partovi (2001) พบว่า ผู้ป่วยที่มีพยาบาลคัดกรองมีระยะเวลาในการอยู่ในห้องฉุกเฉินลดลง และผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ภายใน 10 นาที ได้รับการวินิจฉัยโรครวดเร็ว ถูกต้อง และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ช่วยณรงค์ และ ดาราวรรณ รongเมือง (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น

2. ด้านความคิดเห็นและความพึงพอใจเกี่ยวกับการใช้งานแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

ความคิดเห็นและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแบบบันทึกในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นและความพึงพอใจโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการที่พยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉินได้มีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการระดมสมองเพื่อค้นหาปัญหาการวางแผน และดำเนินการในการพัฒนาระบบการประชุมเพื่อให้ความรู้ด้านการคัดแยกและประเมินอาการผู้ป่วยที่เข้าได้กับกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกันจัดทำคู่มือการประเมินผู้ป่วย การจัดหาเครื่องมือ รวมทั้งการได้ร่วมประเมินผล

ร่วมออกความคิดเห็นในการปรับปรุงระบบ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ ในการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ นอกจากนั้นการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยมีความแม่นยำสูง จึงทำให้พยาบาลและผู้ใช้งานมีความมั่นใจในประเมินผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้มีความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบการประเมินโดยภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ช่วยณรงค์ และ ดาราวรรณ รongเมือง (2561) ได้ศึกษาการพัฒนาแบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่ หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่าแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินและวินิจฉัยผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาทีเพิ่มมากขึ้น ลดอันตรายในผู้ป่วยลงได้ มีความเหมาะสมในการนำไปใช้งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. ด้านประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

การประเมินการเข้าถึงและได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead ภายใน 10 นาทีของผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากแบบประเมินผู้ป่วย และแบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยมายังห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยแพทย์เวรหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการสำคัญ อาการร่วมอื่น ๆ ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ถูกประเมินโดยเจ้าหน้าที่ประจำจุดคัดแยก/ คัดกรอง เพื่อได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead ภายใน 10 นาที ร้อยละ 100.00 เนื่องจากการมีคู่มือปฏิบัติที่ชัดเจน มีเครื่องมือในการประเมิน





คัดกรองที่ใช้งานได้ง่าย สามารถแยกโรคและส่งผู้ป่วยไปยังแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรพร ทัศนธรรม และคณะ (2563) ได้ศึกษาการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นเอสทีไม่ยกสูง โดยปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในหมวดการคัดกรองที่ถูกต้อง ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ไม่พบอุบัติการณ์รุนแรง และพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุดต่อแนวปฏิบัติ

ปัจจัยที่ทำให้การศึกษาครั้งนี้เกิดประสิทธิผลดังกล่าวข้างต้น เกิดจากการนำอาการหรืออาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจขาดเลือดซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ร่วมกับอาการแสดงของผู้ป่วยที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ได้แก่ อาการหายใจเหนื่อยหรือหอบ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัดหรือกดทับ รู้สึกแน่นกลางหน้าอก อาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน มาประกอบการประเมินผู้ป่วย ส่งผลให้การวินิจฉัยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความแม่นยำ (นุชลี หล้ามะโฮง, 2561)

การนำแบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมาใช้เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร ความร่วมมือของผู้บริหารและพยาบาลผู้ปฏิบัติที่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของความรุนแรงของโรคหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งหากได้รับการประเมินและการให้การรักษาล่าช้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิต ซึ่งภายหลังจากที่ผู้ศึกษาได้ชี้แจงให้องค์กรพยาบาลเห็นถึงปัญหาของการเก็บบันทึกรายงานตัวชี้วัดกลุ่มโรค ACS หัวข้อการได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาทีที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 90.00) จึงเกิดการประชุมเพื่อหาแนวทางวิเคราะห์ปัญหาและทบทวนวิชาการร่วมกับทีมพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้รับการพัฒนาคุณภาพการบริการให้ดียิ่งๆ ขึ้นไปอีกประการหนึ่ง คือโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินและได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการบริการและบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ 2562 ต้องมีการพัฒนาคุณภาพการบริการอย่างต่อเนื่อง และจากนโยบายและวิสัยทัศน์ของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ตอบสนองต่อตัวชี้วัดด้านการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดระดับประเทศ จึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยกลุ่ม ACS ต้องได้รับการประเมินและเข้าถึงการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาทีตามเกณฑ์ และเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของผลดำเนินงานของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (Plan Do Study Act [PDSA]) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2544) ซึ่งมีขั้นตอน



ในการพัฒนาคุณภาพเป็นวงจร โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงการดำเนินงาน ซึ่งเป็นขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในระบบการประกันคุณภาพโรงพยาบาลและเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงานอย่างเป็นระบบครบวงจรอย่างต่อเนื่อง ทุกครั้งที่วงจรหมุนครบรอบก็จะเป็นแรงส่งให้หมุนในรอบต่อไป วิธีการใหม่ๆ ที่ทำให้เกิดการปรับปรุงก็จะถูกจัดทำเป็นมาตรฐานการทำงาน ซึ่งจะทำให้การทำงานมีการพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และคณะ, 2551) จึงส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการตามกรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนการวางแผนการดำเนินการเพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ผู้ศึกษาได้ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย จากการสอบถามพยาบาลผู้ทำการประเมินผู้ป่วยและนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของการประเมินที่ไม่ถูกต้องพบว่าเกิดจากการที่พยาบาลผู้ทำการประเมินขาดความรู้และประสบการณ์ เรื่องโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกแก้ปัญหาที่ตัวพยาบาล โดยเน้นไปที่การสร้างความรู้ความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการถูกต้องของการประเมินผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการสำคัญ อาการร่วมอื่นๆ ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ร่วมกับการประเมินสภาพ

แรกรับผู้ป่วย โดยศึกษาอ้างอิงจากเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และรวบรวมเพื่อประชุมชี้แจงระดมสมองหาแนวความคิดการพัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยให้รวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที

ในการดำเนินงานตามแผนดำเนินงานแต่ละรอบผู้ศึกษาต้องใช้สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยใช้สมรรถนะการให้ความรู้ (educating) ในการจัดการให้ความรู้ทั้งแบบรายกลุ่มและเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับสาระสำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโดยจัดอบรมให้ความรู้โดยแพทย์ และการใช้แบบบันทึกสำหรับประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ใช้สมรรถนะการฝึก (coaching) โดยการฝึกทักษะให้พยาบาลในหน่วยงานทุกคนสามารถใช้แบบประเมินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย และสามารถบันทึกผลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และใช้สมรรถนะการเป็นที่เลี้ยง (mentoring) โดยการนิเทศ กำกับ ติดตามการใช้แบบประเมินอย่างสม่ำเสมอ เปิดโอกาสซักถามทำความเข้าใจ เมื่อพบการประเมินไม่ถูกต้อง ผู้ศึกษาได้อธิบายและให้คำแนะนำเพื่อสร้างความเข้าใจทันที ทำให้พยาบาลผู้ทำการประเมินมีความมั่นใจ ซึ่งสมรรถนะเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนาประสิทธิผลของการใช้แบบประเมินผู้ป่วยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ฤทธิธรรม (2548) เกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินภาวะ





สุขภาพโดยการใช้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องพบว่า การติดตามนิเทศอย่างใกล้ชิด การสร้างความรู้ความเข้าใจ เป็นการสร้างความมั่นใจให้แก่บุคลากรพยาบาลในการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งยังมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ส่งผลให้การประเมินผู้ป่วย มีความถูกต้องมากขึ้นตามลำดับ

ขั้นตอนการติดตามตรวจสอบผลการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนั้น จัดให้มีการนิเทศ กำกับติดตามการใช้แบบประเมินสำหรับพยาบาลวิชาชีพ จุดคัดแยก/คัดกรองผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกวัน มีการติดตามเก็บข้อมูลผลลัพธ์และนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์เป็นกราฟเปรียบเทียบถึงความก้าวหน้าของผลการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลย้อนกลับแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เป็นการกระตุ้นให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น การติดตามเก็บข้อมูลผลลัพธ์ โดยการติดตามเวชระเบียนผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยงาน ตรวจสอบกับข้อมูลเลขที่โรงพยาบาล (hospital number) ที่ปรากฏในโปรแกรม HOSxP ของหน่วยงาน พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่หน่วยงานได้รับการประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ทุกราย จากวิธีการดังกล่าวทำให้ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์และผลของการประเมินความถูกต้องของการประเมิน มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ด้านผลการประเมินความคิดเห็น

ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติไม่พบปัญหาในระหว่างการใช้แบบประเมิน มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการใช้แบบประเมินผู้ป่วยให้ได้ผลดีขึ้น โดยจัดประชุมระหว่างผู้ศึกษา พยาบาลวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติในหน่วยงาน เพื่อทำการชี้แจงและรับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการประเมินผู้ป่วย สอบถามเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ผลลัพธ์ของการประเมินผู้ป่วยไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้เพื่อหาแนวทางในการแก้ไข โดยการทบทวนแผนดำเนินงานและปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานใหม่อีกครั้ง มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ไม่ได้มาด้วยอาการเจ็บแน่นอกที่ชัดเจน รวมไปถึงการนำตัวอย่างของการประเมินที่ไม่ถูกต้องมาให้คำแนะนำและนิเทศติดตามเป็นรายบุคคล โดยใช้วิธีการเข้าไปประเมินและคัดแยกผู้ป่วยร่วมกัน เปิดโอกาสให้ซักถามทำความเข้าใจ เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องทันที ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ช่วยส่งเสริมให้ประสิทธิผลของการประเมินผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการใช้แบบประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเพื่อ EKG 12 lead ภายใน 10 นาทีนี้ สามารถพัฒนาผลลัพธ์ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะมีการตรวจสอบผลการดำเนินงาน และประเมินผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้การพัฒนา



คุณภาพอย่างต่อเนื่องในการใช้แบบประเมินผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีต้องมีการติดตามและประเมินผล การพัฒนาคุณภาพต่อไป เพื่อให้การใช้แบบ ประเมินผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น และ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาผลลัพธ์ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดและนโยบายของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. ก่อนมีการนำแบบบันทึกแนวทางการ ประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน เพื่อ EKG 12 lead ภายใน 10 นาที ไปใช้ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้ มีความรู้ ความเข้าใจตรงกันเนื่องจากผู้ปฏิบัติงาน มีหลากหลายวิชาชีพ
2. ขั้นตอนในการใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ ในการใช้ประเมินผู้ป่วย ในขณะที่มีการใช้ แบบประเมินควรมีการให้ความรู้และประเมิน เจ้าหน้าที่ที่ผู้ปฏิบัติงานเป็นระยะเพื่อให้เกิดความ ชำนาญในการใช้แบบประเมินผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อื่นของประสิทธิผล ของการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการ โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เช่น การประเมิน และคัดกรองผิดพลาด ข้อร้องเรียน/ความพึงพอใจ ของผู้รับบริการและญาติ
2. ควรศึกษาเพื่อขยายผลการนำเครื่องมือ แนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหัวใจ ขาดเลือดเฉียบพลัน ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล และปรับให้เข้ากับบริบทของพื้นที่

ที่นำไปใช้ เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและ วินิจฉัยได้ถูกต้อง และส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษา ได้รวดเร็ว ทันเวลา

เอกสารอ้างอิง

- เกรียงไกร เสงร์ศรี และมีบุญจง แซ่จิ่ง. มาตรฐาน การรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2555.
- จากรุวรรณ ฤทธิธรรม. (2548). การพัฒนาแบบ ประเมินภาวะสุขภาพโดยการใช้การ พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง. มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.
- ฉัตรพร หัตถกรรม, วนิดา เคนทองดี และพรวิณัส โสภักดิ์. (2563). การพัฒนาแนว ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่น เอส ที ไม่ยกสูง โรงพยาบาลเลย. วารสารการ พยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 39(2), 87-96.
- ณรงค์กร ชัยวงศ์ และปณวัตร สันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการ ดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ. วารสารไทยเภสัช ศาสตร์ และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2566. From <http://www.aihd.mahidol.ac.th/sites/pdf>.
- นุชลี หล้ามะโฮง. (2561). การศึกษาปัจจัยเสี่ยง อาการ/อาการแสดงที่ใช้ทำนายโรคหัวใจ





ขาดเลือด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 5(4), 44-48.

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย คุณสมบัตินิติการวัดเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.

ประไพ บรรณทอง, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และนิภาพร อรุณวรากรณ์. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร. สืบค้นเมื่อ 20 มี.ค. 2566 From [https:// www.stou.ac.th/thai/grad_std/Masters.pdf](https://www.stou.ac.th/thai/grad_std/Masters.pdf).

วิจิตร ศรีสุวรรณ. (2552). การวิจัยทางการแพทย์โรงพยาบาลหลักการและแนวปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศศิธร ช่างสุวรรณ. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 8(3), 372-384.

ศรายุทธ ชัยวุฒิ. (2562). การออกแบบการวิจัยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา(R&D) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR). สำนักและคณะกรรมการ การวิจัยแห่งชาติ ร่วมกับมหาวิทยาลัยนเรศวร สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2566. From http://www.research.nu.ac.th/th/signup/signupAll/4_3RandD.pdf.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด; 2564.

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). แนวเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. สืบค้นเมื่อ 4 เม.ย. 2566. <http://www.thaiheart.org>.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์. (2547). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์.

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, ขานิ จิตตรีประเสริฐ, ทศนีย์ สุมาลย์, บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ, วัชรพล ภูนวล, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, และสุริยะ วิไลรัตน์. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2544.

อรรถวุฒิ พรมรัตน์, กรรณพร บัวลีวรรณ. (2562). การพัฒนาแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) โรงพยาบาล



- ยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม.
วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม. 5(10), 115-126.
- อรอนงค์ ช่วยณรงค์, ดาราวรรณ รองเมือง.
(2561). การพัฒนาแบบประเมินคัดกรอง
ผู้ป่วยเจ็บแน่นหน้าอกหรือใต้ลิ้นปี่
หน่วยงานอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน
โรงพยาบาลระนอง. วารสารการพยาบาล
และการดูแลสุขภาพ. 36(3), 187-196.
- Chairat C. (2021). Factors Associated with
Delay First Medical Contact to
Device Time in Patient with
Acute ST-Segment Elevation
Myocardial Infarction at Emergency
Department, Nopparat Rajathanee
Hospital. Journal of The
Department of Medical
Services, 45(4), 122-128.
Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JDMS/article/view/249789>.
- Partovi, S.N., Nelson, B.K., Bryan, E.D. &
Walsh, M.J. Faculty Triage Shortens
Emergency Department Length of
Stay. (2001). Academic Emergency
Medicine, 8(10), 990-995
- WHO. (2015). The Global Cardiovascular
Disease (CVD) Crisis (Internet).
Global Hearts Initiative p. 20-30.
- Available from
www.who.int/globalhearts
Department Length of Stay. (2001).
Academic Emergency Medicine,
8(10), 990-995
- WHO. (2015). The Global Cardiovascular
Disease (CVD) Crisis (Internet). Global
Hearts Initiative p. 20-30. Available
from [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))



Effectiveness of the screening model for patients with chronic obstructive pulmonary disease, Den Chai District, Phrae Province¹

Prakaiwan Chaichob²
Patchareephon Pothard³
Sirinya Khonwong⁴

Received: 9 November 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

The objective of this research and development is to develop screening for patients with chronic obstructive pulmonary disease in Den Chai District, Phrae Province, using research and development as a conceptual framework. The sample group consisted of 1) 38 people suspected of having chronic obstructive pulmonary disease. 2) 10 medical personnel working in the multidisciplinary chronic obstructive pulmonary disease team at Denchai Crownprince Hospital. The tools used were a form. Verbal risk screening record B. Peak Flow examination C. Spirometer examination Before and after using a bronchodilator inhaler and follow up and care for new patients in 6 processes, including 1. accessing services 2. evaluating 3. planning 4. caring 5. providing empowering information 6. Continuous care Content validity was checked by 3 experts. The index of consistency between the questions and objectives was between 0.80-1.00. Data were analyzed using frequency statistics, percentages, averages, and content analysis. The results of the study can be summarized as follows: 1) A form was obtained for screening patients with chronic obstructive pulmonary disease. 2) Screening results found 7 new patients, 18.42% were smokers, 57.14% were registered for treatment and received ICS LABA drugs. 71.42 percent since the beginning 4 asthma patients, 10.53 percent, 75.00 percent exposed to dust and smoke, 1 lung cancer patient, 2.63 percent 3) Patient outcomes 6-month home follow-up 71.43% of symptoms did not relapse, 75% quit smoking. Proactive screening of new COPD patients is a way to help find new patients and receive treatment both with and without severe symptoms, helping to control the disease. good There should be a campaign against cigarettes and monitoring of disease and health hazards.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, screening for disease, Lung Function Test, Community Services at home

¹ Research Article

² B.N.S. (Research and development department), Denchai Crown prince hospital, E-mail: poompim_21@hotmail.com

³ B.N.S. (Non-communicable disease department), Denchai Crown prince hospital

⁴ B.S. (Physical therapy department), Denchai Crown prince hospital

ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่¹

ประกายวรรณ ใจชอบ²

พัชรินทร์ โปธาต³

ศิริญา คำมูล⁴

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยใช้การวิจัยและพัฒนาเป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ประชาชนสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 38 คน 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ก) แบบบันทึกคัดกรองความเสี่ยงด้วยวาจา ข) ตรวจ Peak Flow ค. ตรวจ Spirometer ก่อนและหลังใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม และติดตามดูแลผู้ป่วยรายใหม่ 6 กระบวนการ ได้แก่ 1) เข้าถึงบริการ 2) ประเมิน 3) วางแผน 4) ดูแล 5) ให้ข้อมูลเสริมพลัง 6) ดูแลต่อเนื่อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1) ได้รูปแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2) ผลลัพธ์การคัดกรอง พบ ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.42 สาเหตุสูบบุหรี่ ร้อยละ 57.14 ขึ้นทะเบียนรักษารับยาในกลุ่ม ICS LABA ร้อยละ 71.42 ตั้งแต่แรกเริ่ม ผู้ป่วยโรคหอบหืด จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.53 สัมผัสฝุ่นควัน ร้อยละ 75.00 ผู้ป่วยโรคเมร็งปอด จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.63 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย การติดตามที่บ้านในระยะ 6 เดือน อาการไม่กำเริบ ร้อยละ 71.43 เลิกสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.00 การคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่เชิงรุกเป็นวิธีช่วยค้นพบผู้ป่วยรายใหม่รับรักษาตั้งแต่ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการรุนแรงช่วยควบคุมโรคได้ดี ควรรณรงค์เรื่องบุหรี่และเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

คำสำคัญ: โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การคัดกรองโรค ตรวจสอบสมรรถภาพปอด จัดบริการชุมชนที่บ้าน

¹ บทความวิจัย

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (งานวิจัยและพัฒนา) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อีเมล: poompim_21@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

⁴ กายภาพบำบัดชำนาญการ (กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย





บทนำ

จากการตามรอยโรคการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปีพ.ศ.2560-2562 พบ ผู้ป่วยจำนวน 205, 285 และ 235 รายตามลำดับ มีอัตราการกลับมาตรวจซ้ำด้วยอาการกำเริบภายใน 48 ชั่วโมงที่ห้องฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 5.90, 2.90 และ 3.70 ตามลำดับ อัตราการมารับไว้รักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน เป็นอันดับ 2 ของโรงพยาบาล มีอาการกำเริบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 7, 5 และ 6 ราย มีค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นอันดับ 5 ของโรงพยาบาล⁽¹⁾ ปีพ.ศ.2559-2562 ผู้วิจัยได้จัดทำงานวิจัยประสิทธิผล Healing and Rehabilitation ที่ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานถึง 1 ปี 6 เดือน พบว่าในอดีตเคยมีประวัติวินิจฉัยเป็นทั้งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืดในบุคคลรายเดียวกัน บางรายเคยได้รับวินิจฉัยโรคจากคลินิกมาก่อนเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลภายหลัง จากการวิเคราะห์พื้นที่เชิงลึกปัจจัยทางภูมิศาสตร์เป็นชุมชนเผ่าชยะ เป็นที่ตั้งโรงอบใบยาสูบ มีโรงงานเฟอร์นิเจอร์ตามพื้นที่ของหมู่บ้าน ติดถนนทางหลวงที่สัญจรตลอดเวลาทำให้มีปัญหาฝุ่นควัน รายงานวิเคราะห์การเฝ้าระวังสุขภาพพื้นที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ปีพ.ศ. 2563 พบว่าดัชนีคุณภาพอากาศที่วัดผลจากฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.50 ไมครอน (PM 2.5) สูงสุดที่ตำบลแม่จ๊ะ 94 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ซึ่งจัดเป็นเขตสีแดงมีผลกระทบต่อสุขภาพได้⁽²⁾ ดังนั้นจึงทบทวนกลยุทธ์การเข้าถึงบริการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า จังหวัดแพร่ยังไม่มีสถานพยาบาลแห่งใดให้บริการคัดกรองโรคดังกล่าว นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขเชิงรุกด้วยค้นหาโรคให้กับกลุ่ม

ประชากรตั้งแต่ทั้งที่ไม่มีอาการแสดงหรือสงสัยว่าอาจเป็นโรค หรือภาวะผิดปกติในประชากรทั่วไป ในระยะก่อนเกิดอาการ หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่มีความจำเพาะดีกว่าเพื่อยืนยันการวินิจฉัยการเกิดโรค⁽³⁾ ด้วยความเชื่อว่าการคัดกรอง คือ การต่อสู้กับโรคที่ดีที่สุด⁽⁴⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ขึ้น โดยนำเสนอกับคณะกรรมการมาตรฐาน DHS (District Health System Accreditation) อำเภอเด่นชัย ให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกับ รพ.สต. อปท. เพื่อเป็นข้อมูลนำไปปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจ ซึ่งกำหนดเป็น 1 ใน 7 กลุ่มโรคสำคัญของอำเภอ และนำรูปแบบดังกล่าวกำกับไว้ที่ รพ.สต. ทั้ง 8 แห่ง เป็นประโยชน์กับเครือข่าย ทบทวนพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังโรคและ ภัยสุขภาพให้เกิดความปลอดภัยกับประชาชน และการแก้ไขปัญหาสุขภาพพื้นที่อำเภอเด่นชัยได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อจัดทำและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรองโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจในประชาชนกลุ่ม



เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตำบลเด่นชัย และตำบลแม่จัวะ ในเขตอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2563 ให้ได้รับการขึ้นทะเบียนและดูแลรักษาทันเวลา ยกระดับระบบบริการพยาบาลสาขาโรคเรื้อรังในการวางระบบปฏิบัติการพยาบาล ในมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วยรายใหม่

สมมุติฐาน

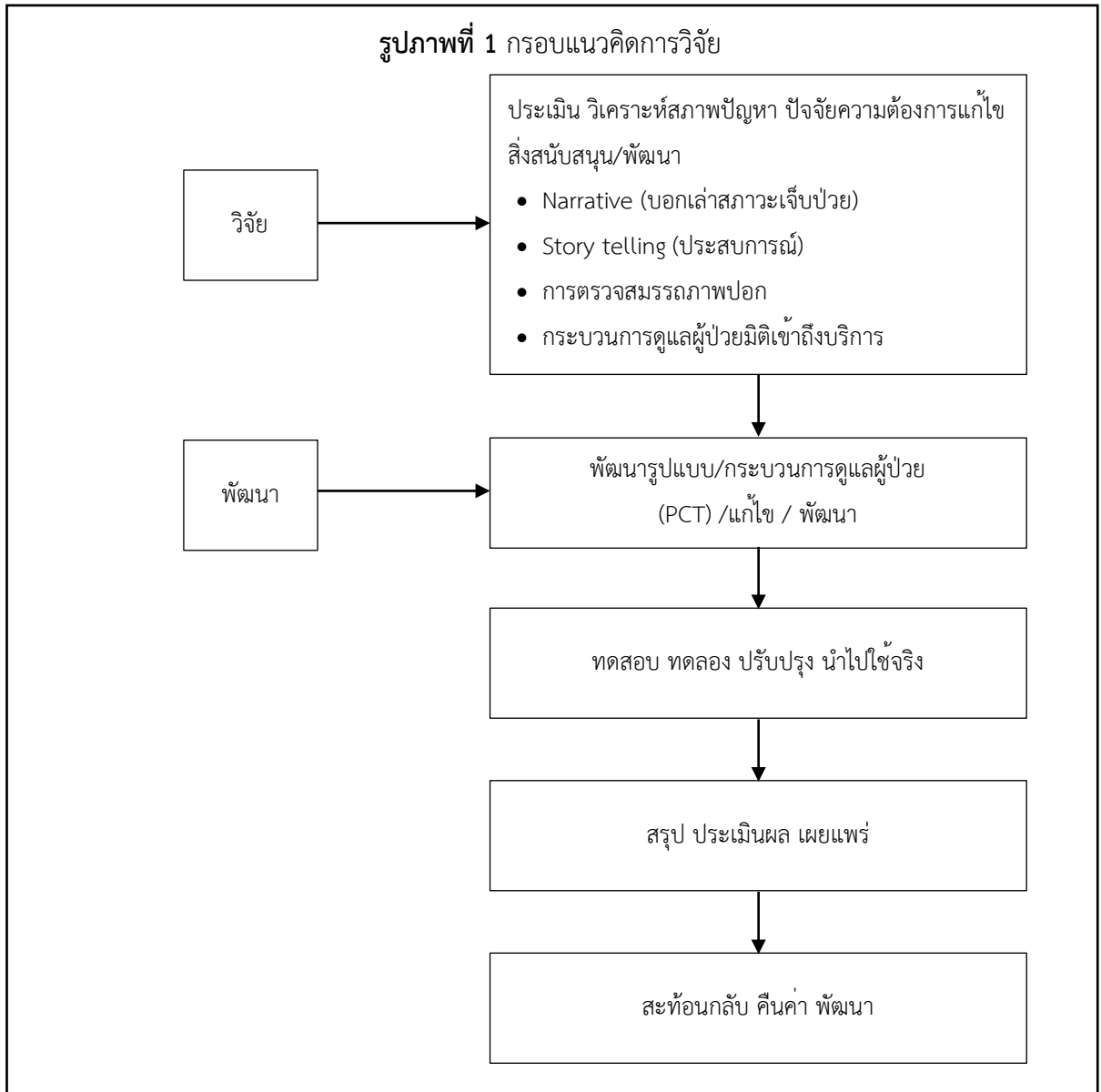
การจัดบริการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงระบบระดับอำเภอ โดยเครื่องมือที่มีความจำเพาะที่ดีเบื้องต้นเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงของชุมชนเด่นชัย และติดตามเสริมแรงดูแลต่อที่บ้าน หากเกิดขึ้นได้จริงอาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองให้ได้ผู้ป่วยรายใหม่เข้ารับการรักษาทันเวลา สามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคได้ดี ตั้งแต่แรกเริ่มพบว่าเป็นโรค

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ที่พัฒนายกระดับคุณภาพการดูแลทางคลินิกเฉพาะโรคจากเดิมภายในโรงพยาบาลเป็นการเพิ่ม

คุณค่าปฏิบัติงานบริการพยาบาลสาขาโรคเรื้อรัง มิติการเข้าถึงและเข้ารับบริการขยายไปจัดบริการสุขภาพเชิงรุกในชุมชนและที่บ้าน โดยที่ผู้วิจัยนำผลศึกษาวิจัยเดิมวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ได้ความรู้ใหม่ที่ค้นพบจากใช้การบอกเล่าสภาวะเจ็บป่วย หรือ Narrative medicine ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้ได้แบบบันทึกสืบค้นเพื่อคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บูรณาการร่วมกับการเล่าเรื่อง (Story telling) เกี่ยวกับสภาพปัญหา ประสบการณ์ระบบดูแลรักษาของทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ และศาสตร์ทางการพยาบาลของรอยด์ในเรื่องการปรับตัวเชื่อมโยงกับการจัดการสุขภาพตนเองผ่านสิ่งเร้า เกิดร่วมคิดร่วมจัดทำและพัฒนาเป็นรูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ของอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการคัดกรองโรคและยืนยันการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ดูแลรักษาจนกระทั่งติดตามเสริมแรงถึงที่บ้านเพื่อหาโอกาสพัฒนาลดความผิดพลาดการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม อีกทั้งโอกาสในการปรับปรุงมาตรฐานการรักษา โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ตามรูปภาพที่ 1 ดังนี้





วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หรือ (Participatory Action Research PAR) ที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วม

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ประชาชนที่สงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อำเภอเด่นชัย จำนวน 80 รายดังนี้

1) กลุ่มสงสัยป่วยพื้นที่ ม.2 และ ม.5 ต.เด่นชัย จำนวน 36 ราย

2) กลุ่มสงสัยป่วยพื้นที่ ม.2 ม.6 และ ม.8 ต.แม่จ๊ะ จำนวน 44 ราย

2. บุคลากรที่ปฏิบัติงานตามคำสั่งคณะทำงานทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพตามแบบแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอเด่นชัย จำนวน 15 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่ได้จากเกณฑ์คัดเข้า



เกณฑ์คัดเข้า

1. ประชาชนจากการซักประวัติ มีอาการ และอาการแสดงปัจจัยเสี่ยงที่เข้าได้กับสงสัยป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทดสอบสมรรถภาพปอด เบื้องต้น Peak Flow meter มีค่า % Predicted < 62% ได้รับนัดหมายถ่ายภาพรังสีทรวงอกและ ตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer เพิ่มเติมที่โรงพยาบาล

2. บุคลากรทางการแพทย์ที่มโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ ตามแบบแผนพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังอำเภอเด่นชัย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดของ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย พยาบาล เวชปฏิบัติทั่วไปของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีตำบลแม่จัวะ และ พยาบาลกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมของ เทศบาลตำบลเด่นชัย จำนวน 10 คน

เกณฑ์คัดออก

ประชาชนจากการซักประวัติ ไม่มีอาการ และอาการแสดงแต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เข้าได้สงสัยป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำการทดสอบสมรรถภาพ ปอด Peak Flow meter มีค่า Predicted > 62% และไม่ได้รับการนัดหมายที่โรงพยาบาล

ดังนั้นทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง เป็นดังนี้

1. ประชาชนสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งหมด จำนวน 38 ราย

2. บุคลากรทางการแพทย์ที่มโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบสหวิชาชีพ จำนวน 10 คน

แหล่งข้อมูล ข้อมูลปฐมภูมิ การสังเกต การสัมภาษณ์ การสาธิต

ข้อมูลทุติยภูมิ บันทึกเวชระเบียน แบบบันทึก คัดกรอง แบบบันทึกผล Peak flow และ Spirometer แบบบันทึกผลถ่ายภาพรังสีทรวงอก

ตัวแปรต้น รูปแบบการคัดกรองโรค COPD และการติดตามดูแลผู้ป่วยรายใหม่ที่บ้าน

ตัวแปรตาม ผลการตรวจสมรรถภาพปอด ถ่ายภาพรังสีทรวงอก พฤติกรรมที่เหมาะสมกับ โรค อาการกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

ข้อจำกัด ในการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer มีข้อยกเว้นไม่ทำการตรวจ หากในวันนัดหมายมีอาการแสดงดังต่อไปนี้

- หายใจเหนื่อยมีอัตราหายใจ >24 ครั้งต่อนาที
- วัดปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 80%
- มีไข้ อ่อนเพลียหรือมีอาการปวดตามอวัยวะ

ส่วนอื่นของร่างกายจนพักไม่ได้

- เจ็บแน่นหน้าอก หรือ วูบหน้ามืด
- พบภายหลังว่ามีโรคร่วมของระบบหลอดเลือดหัวใจโดยแพทย์ลงความเห็น

สถานที่ คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชเด่นชัย และพื้นที่รับผิดชอบใน อ.เด่นชัย จ.แพร่





ตารางที่ 1 แสดงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย				
วัตถุประสงค์	ประเภทข้อมูล	เครื่องมือ	วิธีการเก็บ	สถิติ/วิธีประมวลผล
1. เพื่อจัดทำและพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังราย ใหม่	เชิงคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ตามรอยแนวทางคัดกรองสาเหตุเกิดโรค วิธีตรวจสมรรถภาพปอด การถ่ายภาพรังสีทรวงอก 6 กระบวน การดูแลผู้ป่วยเชิงโรคกับอปท. ตามรอยแนวทางดูแลผู้ป่วย COPD รพร.เด่นชัย 	<ul style="list-style-type: none"> -สัมภาษณ์การเล่าสภาวะเจ็บป่วยผู้ป่วย COPD รายเก่าและทีม COPD - พุดคุยทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค 	วิเคราะห์เชิงเนื้อหา
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผล ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รายใหม่	เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> แบบบันทึกสืบค้นเพื่อคัดกรองประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แบบบันทึกผล Peak flow Spirometer บันทึกเวชระเบียน ตามรอย โรค COPD รพร. เด่นชัย วินิจฉัยโรค ถ่ายภาพรังสีทรวงอก ตรวจสมรรถภาพปอด 	<ul style="list-style-type: none"> พุดคุยสัมภาษณ์ สังเกต และบันทึกผลการตรวจสมรรถภาพปอด สนทนากลุ่ม ถอดบทเรียนคัดกรองโรค ติดตามวินิจฉัยโรค รักษา ติดตามดูแลรักษา เสริมแรง 6 เดือน 	<ul style="list-style-type: none"> ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์เนื้อหา ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้
Planning ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ

1. ผู้วิจัยร่วมกับคณะทำงานทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพศึกษาข้อมูลทั่วไปสถานการณ์โรคของ อ.เด่นชัย แนวโน้มตัวชี้วัดสภาพปัญหาค่าดัชนีอากาศของพื้นที่ ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอยด์ ตรวจสมรรถภาพปอดและแนวทางวินิจฉัย รวมถึงจัดเวทีแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ทำงาน Service Plan COPD ของอำเภอ

2. ผู้วิจัย และทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพได้มีการร่วมพุดคุยสัมภาษณ์ที่ใช้การบอกเล่าสภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายเก่าที่ร่วม งานวิจัย Healing and Rehabilitation ในปี พ.ศ.2560-2562 และการบอกเล่าปัญหาความต้องการปัจจัยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจากญาติผู้ดูแล



ซึ่ง Planning ทำให้ถอดบทเรียนร่วมกันได้เป็น

ด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

ได้ข้อมูลทางคลินิกมาจัดทำเป็นแบบ
บันทึกสื่บค้นเพื่อคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และข้อมูลในการวางแผน
กิจกรรมติดตามดูแลผู้ป่วยรายใหม่ที่บ้านและ
ชุมชน

ด้านทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

มีการร่วมคิดร่วมจัดทำและพัฒนารูปแบบ
การคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย และ
การติดตามดูแลผู้ป่วยรายใหม่กับการจัดบริการ
ชุมชนที่บ้าน สร้างโอกาสปรับเปลี่ยนความคิดและ
พฤติกรรมที่รพ. และ ที่บ้าน

แพทย์ ร่วมในการทบทวนฟื้นฟูวิชาการ
แนวทางการวินิจฉัยกลุ่มโรคปอด และโรคระบบ
ทางเดินหายใจ แนวทางดูแลรักษาและติดตามผล

ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัด จัดให้มี
การสอน สาธิตการตรวจสมรรถภาพปอด
โดยผู้วิจัยสำหรับการตรวจเบื้องต้นด้วย
Peak flow และสำหรับนักกายภาพบำบัดเป็น
ตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer
จากทดสอบผ่านอบรมสมาคมอ.ร.เวช ใน
พระบรมราชูปถัมภ์แห่งประเทศไทย

พยาบาลงานคลินิกโรคเรื้อรัง งานอุบัติเหตุ
ฉุกเฉิน และศูนย์การดูแลต่อเนื่อง COC ร่วมคิด
ร่วมวางแผนคัดเลือกข้อมูลและกิจกรรมการ
ติดตามดูแลและเสริมพลังผู้ป่วยรายใหม่หลังจาก
ยืนยันวินิจฉัยโรค 6 เดือนที่ รพ.และที่บ้าน

เภสัชกรสาธิต การสอนทวนสอบยาสูด
พ่นขยายหลอดลม การเปรียบเทียบประสาน
รายการยา ผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ขั้น Acting

1. ผู้วิจัยร่วมกับทีมโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
แบบสหวิชาชีพ อ.เด่นชัย จัดบริการคัดกรองโรค
ในพื้นที่เป้าหมาย โดยใช้แบบบันทึกสื่บค้นเพื่อคัด
กรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. จัดให้บริการตรวจ Peak Flow
โดยผู้วิจัยเองคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่หากค่า
Predicted % < 62 ให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย
Spirometer ที่รพ. โดยอธิบายวัตถุประสงค์/
วิธีการเข้าร่วมแบบสมัครใจ

3. ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดมีการร่วม
จัดบริการดูแลให้บริการตรวจถ่ายภาพรังสีปอด
ก่อนตรวจด้วยเครื่อง Spirometer ก่อนและหลัง
ใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม หากพบมีค่า FEV₁ 1.00
% < 70 ให้บริการประสานพบแพทย์ทวนสอบ
และยืนยันวินิจฉัยโรค

4. ผู้วิจัยและพยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง
ดูแลให้บริการกรณีที่มีวินิจฉัยว่าเป็นโรค โดยขึ้น
ทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ วางแผนร่วมกันนัดติดตาม
ดูแลที่คลินิกและที่บ้านตั้งแต่แรกเริ่มเป็นเวลา
6 เดือน

5. ผู้วิจัยและพยาบาลศูนย์ COC พยาบาล
ของกองสาธารณสุขเทศบาล ต.เด่นชัย และ
รพ.สต.แม่จ๊ะ จัดบริการชุมชนที่บ้านให้ข้อมูล
และเสริมพลังด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ติดตาม
อาการและระบบความช่วยเหลือที่บ้านเพื่อผู้ป่วย
รายใหม่มีทักษะ ดังนี้

ก. เข้าถึงและรับบริการ ได้แก่ ให้ข้อมูล
เข้าถึงศูนย์ดูแลต่อเนื่อง COC และทักษะเรียกใช้
บริการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลข 1669

ข. การประเมิน ได้แก่ การประเมิน
สมรรถภาพทางกาย สุขภาพจิต ญาติผู้ดูแล
เครือข่ายสุขภาพชุมชน





ค. วางแผน ได้แก่ สัมพันธภาพครอบครัว บริหารยาสูดพ่น บำบัดบุหรี ดูแล Care giver Burden และสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อการเยียวยา

ง. การดูแล ได้แก่ คลินิกเลิกบุหรี สุขภาพช่องปาก ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การประสานรายการยา ทักษะตอบสนองต่ออาการหอบกำเริบที่บ้าน

จ. การให้ข้อมูลและเสริมแรง ได้แก่ การจัดการความรู้ สัญญาณเตือน Warning sign Sepsis และ Warning sign MI สร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเสริมแรงเลิกบุหรี ระบบความช่วยเหลือจาก อสม. ในพื้นที่กรณีอาการกำเริบเฉียบพลัน

ฉ. ดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ติดตามนัดที่คลินิก ติดตามประวัติ Admit / Refer และ Re-visit ที่ห้องฉุกเฉิน

ขั้น Observing

ผู้วิจัยและนักกายภาพบำบัดประเมินสังเกตสัญญาณชีพ การตรวจสมรรถภาพปอด

1. สังเกตอาการทางคลินิก จังหวะหายใจที่ถูกต้อง ลักษณะหายใจ ขณะรับการตรวจในตู้แรงดันลบ

2. สังเกตพูดคุยแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมคัดกรองและตรวจสมรรถภาพปอดของกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และญาติผู้ดูแล สอบถามปัญหา

3. สังเกตและติดตามประเมินความร่วมมือผู้ป่วยรายใหม่จากจัดบริการชุมชนที่บ้าน

ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ทวนสอบยาสูดพ่น ดูแลสุขภาพช่องปาก กิจกรรมช่วยเดิน 6 นาที ที่บ้าน พฤติกรรมต่อการเลิกสูบบุหรี ทวนสอบทักษะเมื่อมีอาการกำเริบ สิ่งแวดล้อมที่บ้านกับทีมสหวิชาชีพและ อสม. เป็นต้น

4. สังเกตทีมคัดกรองต่อการจัดกิจกรรมคัดกรองเชิงรุกในชุมชน การตรวจสมรรถภาพปอด การบริการชุมชนที่บ้านผู้ป่วยรายใหม่

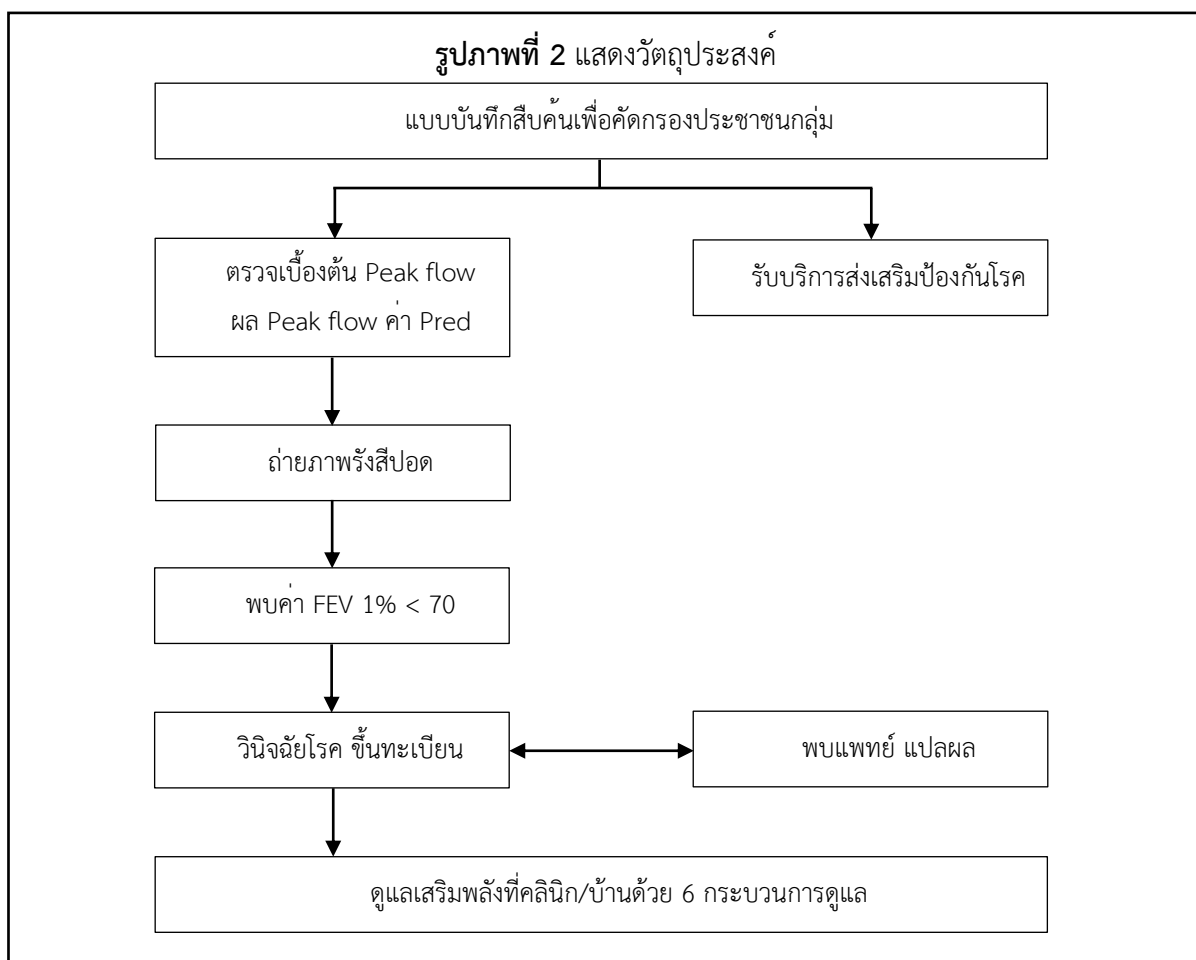
5. สังเกตประเมินผลการรักษา กลับมาตรวจซ้ำก่อนนัด ข้อมูลติดตามบันทึกเวชระเบียน การบริหารยาสูดพ่น ตลอดระยะระหว่างที่ศึกษา

ขั้น Reflecting

สนทนากลุ่ม Focus group และสัมภาษณ์เชิงลึก สะท้อนผลตรวจสมรรถภาพปอดสมรรถภาพทางกายเป็นรายบุคคลร่วมกับญาติผู้ดูแล กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างแลกเปลี่ยนกับผู้ป่วยด้วยกันเอง ติดตามเยี่ยมในรพ.และที่บ้านร่วมกับทีมคัดกรอง สะท้อนคืนค่าผลการติดตามผลการศึกษา กับทีมนำคลินิกเฉพาะโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบสหวิชาชีพ และผู้บริหารแต่ละระดับตามวาระ

ผลการศึกษา

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อจัดทำและพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ดังแผนภาพที่ 2



วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาประสิทธิผล

รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายใหม่

ชั้น Planning

ตารางที่ 2 แสดงผลข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูล (N = 80 ราย)	ราย (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
เพศ		
ชาย	51 (63.75%)	
หญิง	29 (36.25%)	
อายุ (ปี)		
เพศชาย		60.38% (6.03)
เพศหญิง		53.46% (4.74)
ปัจจัยสูบบุหรี่ (N = 47 ราย)		
ยังสูบบุหรี่	16 (34.04%)	
เลิกสูบบุหรี่	31 (65.96%)	
ปริมาณที่สูบน้อย		18.23 (6.84)





ข้อมูล (N = 80 ราย)	ราย (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (SD)
จากสาเหตุอื่นๆ (N = 33 ราย)		
สารเคมี ฝุ่นละออง	11 (33.33%)	
ในครอบครัวสูบบุหรี่	2 (6.06%)	
เคยใช้ยาชนิดสูดพ่น	7 (21.21%)	
รักษาไม่ต่อเนื่อง	3 (9.09%)	
ครอบครัวเป็นโรค	1 (3.03%)	
ไอเสมหะ > 2 ชต/วัน	2 (6.06%)	
หายใจลำบาก เสียงวี๊ด	4 (12.12%)	
ไอเป็นเลือด	0 (0.00)	
เคยพ่นยาที่ รพ.	3 (9.09%)	
มีโรคร่วม (N = 40 ราย)		
โรคเบาหวาน	8 (20.00%)	
โรคความดันโลหิตสูง	17 (42.50%)	
โรคไขมันในเลือดสูง	15 (37.50%)	

จากตารางที่ 2 พบว่า ประชาชนกลุ่มสงสัยป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 60 ปี ปัจจัยจากสูบบุหรี่มีที่ยังสูบร้อยละ 34.04 ที่เลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 65.96 ในกลุ่มที่มีประวัติสูบบุหรี่มีปริมาณสูบบุหรี่มากน้อย 18 มวน เป็นเวลา 20 ปี สำหรับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากสาเหตุอื่นจากมากไปน้อย

3 อันดับ พบว่า เป็นกลุ่มที่สัมผัสหรืออยู่ในที่มีปัจจัยกระตุ้นบ่อยๆ เช่น สารเคมี ฝุ่นละออง ควันไฟ ร้อยละ 33.3 กลุ่มประวัติใช้และ/หรือซื้อยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น ร้อยละ 21.21 และกลุ่มที่มีอาการหายใจลำบากแน่นหน้าอก มีเสียงหายใจดังวี๊ดในลำคอเวลาทำกิจกรรม ร้อยละ 12.12

ตารางที่ 3 แสดงผลของกลุ่มสงสัยป่วยรับการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer

กลุ่มสงสัยป่วย	ไม่สูบบุหรี่	สูบบุหรี่	สัมผัสฝุ่นสารเคมี	หายใจลำบาก	เคยมีประวัติ
ผลค่า FEV 1% > 70	10 91.66%	3 30.00%	7 77.77%	1 25.00%	1 33.33%
ผลค่า FEV 1% < 70	1 8.33%	2 20.00%	2 22.22%	3 75.00%	2 66.66%

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีค่า FEV 1% < 70 เป็นกลุ่มหายใจลำบาก แน่นหน้าอก

มีเสียงหายใจวี๊ดในลำคอในชีวิตประจำวัน ร้อยละ 75.00 แต่จากสอบถามเลิกสูบบุหรี่น้อย



5 ปี ขึ้นไปทุกราย และกลุ่มที่เคยมีประวัติ
หลอดลมอักเสบรักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 66.66
สำหรับในกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 20 ในขณะที่

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ ตรวจ
สมรรถภาพปอดพบว่าปกติ ร้อยละ 91.66

ตารางที่ 4 แสดงผลของกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

กลุ่มสงสัยป่วย	ไม่สูบบุหรี่	สูบบุหรี่	สัมผัสฝุ่น สารเคมี	หายใจ ลำบาก	เคยมีประวัติ
ผลปกติ	83.33%	30.00%	77.77%	25.00%	33.33%
หัวใจโต	8.33%	20.00%	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
ฝ้าขาวในปอด	8.33%	40.00%	22.22%	50.00%	66.66%
ก้อนในปอด	ไม่พบ	10.00%	ไม่พบ	25.00%	ไม่พบ

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผล
การตรวจจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกที่พบฝ้าขาว
ในปอดกระจายตัวทำให้มีปริมาณเพิ่มขึ้นหรือ
เรียกว่า Hyperaeration พบในกลุ่มตัวอย่าง
ที่ประวัติสูบบุหรี่ เริ่มมีอาการและอาการแสดง

ระบบทางเดินหายใจลำบากร้อยละ 50.00 รวมถึง
บางรายที่เคยมีประวัติหลอดลมอักเสบเรื้อรังและ
รักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 66.66 ซึ่งหากไม่ได้รับการ
รักษาที่เหมาะสม ทันเวลาอาจมีปริมาณอากาศ
ลดลงเกิดภาวะหายใจเหนื่อยมากขึ้นได้

ตารางที่ 5 แสดงผลการคัดกรองเชิงรุกในชุมชนที่มารับการตรวจเพิ่มเติมแยกตามประเภทการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค	กลุ่มสงสัยป่วย	ผู้สูบบุหรี่	ผู้สัมผัสฝุ่น สารเคมี
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7 (18.42%)	4 (57.14%)	1 (14.29%)
โรคหอบหืด	4 (10.53%)	ไม่พบ	3 (75.00%)
หลอดลมอักเสบ	3 (7.89%)	1 (33.33%)	ไม่พบ
โรควัณโรค	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ
โรคมะเร็งปอด	1 (2.63%)	1 (100%)	ไม่พบ

จากตารางที่ 5 รูปแบบคัดกรองเชิงรุก
ที่ตรวจเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่มีความจำเพาะ
แม่นยำ Spirometer ช่วยให้แพทย์ในรพ.
ประกอบการตรวจร่างกายอย่างละเอียดวินิจฉัยโรค
ได้เหมาะสม ทำให้พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
รายใหม่ 7 ราย ร้อยละ 18.42 สาเหตุจากสูบบุหรี่

ร้อยละ 57.14 ผู้ป่วยโรคหอบหืดรายใหม่ 4 ราย
ร้อยละ 10.53 สาเหตุจากสัมผัสฝุ่นสารเคมี
ร้อยละ 75.00 ยังทำให้พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด
รายใหม่ 1 ราย ร้อยละ 2.63 ไม่พบผู้ป่วย
โรควัณโรค





ตารางที่ 6 แสดงผลการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจรายใหม่

วินิจฉัยโรค	ขึ้นทะเบียนรักษา	ยากกลุ่ม ICS LABA	ยาชนิดรับประทาน
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	7 (100%)	4 (57.14%)	3 (42.86%)
โรคหอบหืด	4 (100%)	ไม่พบ	3 (75.00%)
โรคมะเร็งปอด	1 (100%)	1 (100%)	ไม่พบ

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจรายใหม่ ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษาที่ คลินิกโรคไม่มีติดต่อเรื้อรัง รพ.เด่นชัย เข้าสู่กระบวนการรักษาครบทุกราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ได้รับยาตาม Glad Standard COPD ได้แก่ ICS LABA ร้อยละ 57.14 ผู้ป่วยโรคหอบหืดรายใหม่ได้รับยาชนิดรับประทาน ร้อยละ 75.00 สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่ส่งต่อพบแพทย์อายุรกรรมโรคปอดที่รพ.แพร่ ทำให้ระบบการเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ในผู้ป่วยรายใหม่ที่ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา เริ่มการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มของโรค ร่วมกับพัฒนาครอบคลุมถึงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ ทั้งในรพ. และที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจรายใหม่ที่ได้รับติดตามอาการหลังมีการเจ็บป่วยครั้งแรก 6 เดือน ควบคุมโรคได้ดี โดยไม่พบอาการเหนื่อยกำเริบที่ห้องฉุกเฉินภายใน 6 เดือน ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 71.42 และในผู้ป่วยโรคหอบหืด ร้อยละ 75.00 ดังแสดงตามตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงผลผู้ป่วยโรคปอดและโรกระบบทางเดินหายใจรายใหม่ที่ได้รับติดตามอาการทางคลินิก

ผู้ป่วยโรคปอดและระบบทางเดินหายใจ	ไม่มีอาการกำเริบที่ห้องฉุกเฉินภายใน 6 เดือน	มีอาการกำเริบก่อนนัด
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	5 (71.42%)	2 (28.57%)
โรคหอบหืด	3 (75.00%)	1 (25.00%)
โรคมะเร็งปอด	ไม่พบ	1 (100%)

นอกจากนี้ผลจากการจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มพูดคุย สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสะท้อนรูปแบบการคัดกรองโรค และการดูแลผู้ป่วยรายใหม่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบดังนี้

ก. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่

รายที่ 1 มีประวัติสูบบุหรี่ “หมอใหญ่ที่ห้องฉุกเฉินบอกว่าสาเหตุที่ผมพบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเพิ่งเริ่มรักษาแต่ไม่เลิกสูบบุหรี่ทำให้อาการกำเริบจนต้องมารพ. พ่นยากลางค้ำกลางคืน ภรรยาและ

ลูกก็บ่น แต่เลิกสูบบุหรี่ได้มันก็คงดีกับผมจริงๆ แต่มันก็ยากมาก สูบมาตั้งแต่เป็นหนุ่มทำงานแต่จะพยายามลองดู”

รายที่ 4 เลิกสูบบุหรี่ 3 ปี “เดิมเป็นโรคความดันโลหิตสูง มาคัดกรองเพราะรู้สึกหายใจไม่ค่อยอึด ช่วงหลังๆ นี้ แต่ไม่คิดว่าจะตรวจพบโรคปอดเพิ่มมาใหม่ กังวลที่ต้องมา รพ. หลายวันมากขึ้น เพราะป่วยหลายโรค ก็อยากถามหมอใหญ่เหมือนกันว่ารักษาพร้อมกันได้ไหม จะได้ไม่ต้อง



หยุดงานบ่อย เพราะพอได้ยาพ้นสุดเข้าลำคอ
อาการดีขึ้นจะได้อยู่กับหลานสาวไปนานๆ”

จากการบอกเล่าสภาวะการเจ็บป่วย
ดังกล่าวซึ่งพบว่า ผลของการที่ผู้ป่วยโรคปอด
อุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ได้รับประสบการณ์ตรงจาก
การมีอาการกำเริบที่ห้องฉุกเฉินก่อนนัดร่วมกับ
มีปัจจัยที่ยังสับสนหรือ ทำให้ผู้ป่วยเริ่มรับรู้โอกาสเสี่ยง
เกิดการปรับตัวด้านสุขภาพรวมถึงการจัดบริการ
ชุมชนที่บ้าน มีการทบทวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว
กำลังใจทั้งจากครอบครัว และทีมรักษาที่ช่วยวางแผน
ปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การปรับรวมคลินิกโรคกรณี
มีโรคร่วม เพื่อช่วยเพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยไม่ขาดนัด
ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหมาะสมกับตนเองโดยพบ
ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ทั้งหมด 4 ราย เลิกบุหรี่สำเร็จ
3 ราย ร้อยละ 75.00 และไม่ขาดนัดที่รพ.

ข. ญาติผู้ดูแล

ญาติผู้ป่วยรายที่ 1 “พอรู้ว่าสามีป่วยเป็นโรคปอด
อุดกั้น ก็คิดว่าสาเหตุจากสูบบุหรี่ เพราะสูบบุหรี่
บางวันก็ไอบ่อย ไอจนเหนื่อย พอมาเป็นโรคจริง
และรู้ว่าเขาพยายามเลิกบุหรี่ให้ได้จากที่กลับมา
จากห้องฉุกเฉินครั้งนี้ ก็เอาใจช่วยทุกวัน จนเลิก
ตัดใจไม่สูบบุหรี่สำเร็จก็ดีใจมาก อาการป่วยจะดีขึ้น
ไปด้วย ลดรายจ่ายไปอีก ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากที่
สามีรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วยต้องปรับตัวเขาไม่ชอบ
เขารพ.บ่อยๆ”

ค. ทีมสหวิชาชีพ

พยาบาลศูนย์ประจำ COC “การคัดกรองโรค
ปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ แต่หากมีการติดตาม
ภายหลังได้รับการวินิจฉัยโรค มีความสำคัญอย่าง
ยิ่งเพราะได้เป็นการติดตามยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรค
จริงหรือไม่ รวมถึงการเสริมแรงด้วยการลดเลิกสูบ
บุหรี่สำเร็จ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมปรับปรุง

สภาพแวดล้อมที่บ้านน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพ
ชีวิตที่ดีขึ้น ควบคุมอาการกำเริบ ช่วยชะลอเพิ่ม
ค่าใช้จ่ายของทางรพ. ”

เภสัชกร “การเสริมแรงผู้ป่วยที่บ้านที่เน้นการทวน
สอบยาสูดพ่นช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรายใหม่ใช้ยา
ถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่มจากที่ติดตามร้อยละ 60.00
ในกลุ่มที่เริ่มยากลุ่ม ICS LABA ตั้งแต่แรกเริ่ม
ซึ่งเมื่ออายุที่มากขึ้นน่าจะช่วยยืดระยะเวลาการ
Step up ยาและการรักษา และที่สำคัญการดูแล
สุขภาพช่องปากหลังใช้ยาสูดพ่น จะเป็นช่องทาง
ช่วยลดการเกิดภาวะปอดอักเสบ”

สรุป และอภิปรายผลการวิจัย

ทีมสหวิชาชีพร่วมกันตามรอยโรค
เพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพของพื้นที่ และ
จัดทำรูปแบบคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชิงรุก
ในชุมชนด้วยการประยุกต์ใช้ประวัติศาสตร์โรค
ให้ครอบคลุมกับปัจจัยแวดล้อมของพื้นที่⁽⁵⁾
เป็นกรอบแนวทางวินิจฉัยโรค คัดเลือกเครื่องมือ
ตรวจจำเพาะที่มีของบริบท ทำให้สามารถค้นพบ
ผู้ป่วยรายใหม่ เสริมพลังปรับเปลี่ยนความคิดและ
พฤติกรรม สะท้อนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทวน
สอบการใช้ยาสูดพ่นที่บ้าน การจัดการตนเอง
เมื่อมีอาการกำเริบที่บ้าน จัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน
เสริมแรงเดิน 6 นาทีที่บ้าน ติดตามสุขภาพจิต
ความสัมพันธ์ในครอบครัวโดยทีมคัดกรองและ
ผู้ดูแล ส่งผลให้เลิกสูบบุหรี่สำเร็จร้อยละ 75.00
กลุ่มที่ใช้ยาสูดพ่น ICS LABA ที่มีอาการกำเริบ
ก่อนนัดที่ห้องฉุกเฉินประเมินใช้ยาสูดพ่นขยาย
หลอดลมถูกต้องเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 ไม่พบ
กำเริบเฉียบพลัน 6 เดือน หลังจากพบเป็นโรค
ร้อยละ 71.43 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่⁽⁶⁾⁽⁷⁾
ความสามารถในการบริหารยาสูดพ่น พฤติกรรม





ที่เหมาะสมกับโรคป้องกันอาการกำเริบของผู้ป่วย ด้านดูแลของครอบครัวและชุมชนปรับปรุง สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมีส่วนส่งเสริมให้สมรรถภาพปอดเพิ่มขึ้นได้ รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ ดังนั้นหากมีระบบการคัดกรองเบื้องต้น หรือแนวทางคัดกรองที่ชัดเจนที่ช่วยให้ค้นพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทันเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการไม่รุนแรง เพื่อให้ควบคุมโรคได้ดี ลดอาการกำเริบเมื่อเข้ารับการรักษาในวัยที่สูงอายุมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

1.1 สะท้อนคืนค่ากับทีมนำทางคลินิก โรงพยาบาล เมื่อธันวาคม 2564 พัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่ได้แก่ อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาได้จัดบริการชุมชนที่บ้านกับศูนย์ COC

1.2 พัฒนาและจัดทำแนวทางการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย กำกับไว้ที่ รพ.สต. ทุกแห่ง

1.3 ขยายผล Service Plan สาขาโรคเรื้อรังอื่นเกิด CQI ปรับปรุงแนวปฏิบัติใน รพ.สต. ได้แก่ โรคไต และผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง เป็นต้น

1.4 คืบหน้าผู้บริหารเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์จังหวัดแพร่ เขตสุขภาพ และกระทรวง ประเด็น PP&P Excellence จัดทำแผนจัดซื้อเครื่อง Spirometer ทดแทนเครื่องเดิมที่อายุการใช้งานนาน เพื่อรองรับบริการสุขภาพในอนาคต

1.5 จัดทำแนวทางซักประวัติข้อชี้บ่งการสืบค้นมะเร็งปอดร่วมกับแพทย์อายุรกรรม โดยมีการทบทวนเป็นรายกรณี ปรับปรุงแนวทางปรึกษาและส่งต่อที่ชัดเจน

1.6 ร่วมกับหน่วยงานอาชีวอนามัย งานผู้ป่วยนอก ประยุกต์รูปแบบคัดกรองกับกลุ่มเสี่ยงตรวจสอบสุขภาพประจำปีของสถานประกอบการ ที่มีปัจจัยต่อการเกิดภัยคุกคามสุขภาพ เป็นต้น

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

2.1 นำเสนอกับองค์กรพยาบาลพัฒนาระบบบริการพยาบาลทุกสาขาด้วยบูรณาการศาสตร์ Narrative Medicines กับด้าน Spiritual Health Care

2.2 นำเสนอกับทีมนำทางคลินิกจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จัดบริการชุมชนที่บ้านกับองค์กรพยาบาล และ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง COC เครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อยกระดับการพยาบาลเฉพาะสาขา เฉพาะโรคต่อการตอบสนองนโยบายประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) ระดับโรงพยาบาลชุมชนและ Service Plan

3. ด้านมาตรฐานเครือข่ายสุขภาพอำเภอ (DHSA) ของ อำเภอเด่นชัย

3.1 นำเสนอประเด็นท้าทายมาตรฐาน DHSA จัดทำแผนปฏิบัติการรายปีคืนค่าสถานะสุขภาพ กิจกรรมสุขภาพชุมชนแบบเข้มข้นรณรงค์เรื่องบุหรี่ ปัญหาฝุ่นควัน ขยายฐานกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เช่น นักเรียน นักศึกษา แม่บ้านสตรี กลุ่มวัยทำงานที่เสี่ยง เช่น โรงอบไບยาสูบ คลังน้ำมันปตท. ศูนย์ควบคุมไฟฟ้า เป็นต้น ทำให้ในปี 2564 เกิดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพโรงงานกำมะถัน ต.ไทรย้อย

3.2 การทบทวนจัดทำมาตรการทางสังคม สร้างเสริมสนับสนุนการรณรงค์ลด ละ เลิกบุหรี่



ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านการวิจัยและพัฒนา

1.1 พัฒนาต่อยอดการศึกษาเป็นวิจัยเชิงนโยบายการจัดการสุขภาพชุมชนกับการเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ

1.2 วางแผนศึกษาวิจัยในการประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของรอยด์ ที่มีความโดดเด่นทันสมัยในการเชื่อมโยงนโยบายสุขภาพกับการพยาบาลต่อการทำทนายผู้รับบริการในเรื่องสุขภาพ เพื่อพัฒนางานวิจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ผู้ป่วยระยะท้ายของโรค หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของสาขาการพยาบาลชุมชน

เอกสารอ้างอิง

งานยุทธศาสตร์และแผนงาน (2562) (ม.ป.ป.). รายงานติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อ.เด่นชัย จ.แพร่.

งานส่งเสริมสุขภาพ (2563) (ม.ป.ป.). รายงานเฝ้าระวังภัย ปี 2563 สำนักงานสาธารณสุขแพร่.

การประชุมกำหนดคำถามวิจัยเรื่องตรวจคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วย spirometry สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิของ พ.ศ.2558. ตามโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ HITAP สืบค้นจาก <https://www.hitap.net/news/164266>

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017 Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive

lung disease from <https://www.goldcopd.org/guidelin eitem.asp>.

Alan Kaplan and Mike Thomas. (2017) Screening for COPD: the gap between logic and evidence.cited 2017 March 15]. from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28298389/6>.

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.(2560) ข้อเสนอแนะในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2560 บริษัทปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรส์ จำกัด. หน้า 13-42.

สมพร มีมะโน, จตุพร ชีอมี และสุนีย์ จิรสมิทธิ. (2561) ผลของโปรแกรมตามทฤษฎีของรอยต่อพฤติกรรมกรปรับเปลี่ยน และระดับควบคุมโรคหืด.พุทธชินราชเวชสาร 35(2), 2-120.

เพ็ญศิริ สิริกุล สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล และ รสสุคนธ์ แสงมณี. (2560). ผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน หลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาลสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28 (1) 57-66.

พรวิภา ยาสมุทร และคณะ (2563). พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบองค์รวมและครบทุกมิติโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 29 (2) 281-289.





กฤษฎณา ตียวรนนท์. (2559). ผลของการตรวจ Spirometry และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการทดสอบ Spirometry ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลศรีสะเกษ . ศรีนครินทร์ เวชสาร , 31(6), 348-54.



Effects of Eldery and caregivers Preparation Program on prevention pressure sores Inpatient department Denchai Crown Prince Hospital.¹

Busaba In-tharawut²
Yuwares Boonyanun³

Received: 9 November 2023

Accepted: 28 December 2023

Abstract

This is a research and development design to create and study the results of the program to prepare elderly patients and caregivers to prevent pressure sores from occurring. Study in elderly people aged 60 years and over, both men and women at risk for pressure ulcers, Braden score less than 12 points. The total sample size was 32 cases. List of tools used to conduct research is a program to prepare at-risk elderly patients and their caregivers for the prevention of pressure ulcers for Inpatient Department. The study found that average knowledge score ability to take action ability to change of caregivers to prevent pressure sores in terms of skin care and cleanliness mobility assistance and taking care of food and water after developing according to the program 6 steps to prepare elderly patients and caregivers for the prevention of pressure ulcers statistically significantly higher ($p < 0.05$). There were no incidence of pressure ulcers in elderly patients until they were discharged. The most important in patient care throughout the period after discharge from the hospital is the family caregiver. Nurses must have the competencies to provide caregivers have knowledge in making changes and be able to carry out activities to prevent infection in the elderly at risk of dependency.

Keywords: Program for preparing dependent elderly people, Prevention of pressure sores, Caregivers

¹ Research Article

² Professional Nurse, Inpatient department, Denchai Crown prince hospital, E-mail: intbuss@hotmail.com

³ Professional Nurse, Denchai Crown prince hospital



ผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย¹

บุษบา อินทรารุณ²
ยุวเรศ บุญญานันท์³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง และเพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ทฤษฎีโอเร็ม ศึกษาในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งชายและหญิงที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ Braden score ที่ระดับน้อยกว่า 12 คะแนน มารับบริการที่งานผู้ป่วยใน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 32 ราย เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติอนุมาน Paired t-test ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนของผู้ดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในด้านการดูแลผิวหนังและการรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว และการดูแลเรื่องอาหารและน้ำ หลังการพัฒนาตามแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย 6 ขั้นตอน สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่า ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน และด้านคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแล พบว่า อยู่ในระดับดี สรุป ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาหลังจำหน่าย พยาบาลต้องมีสมรรถนะที่จะให้ผู้ดูแล มีความรู้ในการปรับเปลี่ยน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา การป้องกันแผลกดทับ ผู้ดูแล

¹ บทความวิจัย

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (แผนกผู้ป่วยใน) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อีเมล : intbuss@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย



บทนำ

แผลกดทับ (Pressure Sore) เป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณที่มี bony prominence เป็นระยะเวลาานาน ทำให้เกิดเป็นแผลขึ้น ตำแหน่งที่พบแผลกดทับมากคือกระดูกก้นกบ (Ischium) บริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) บริเวณปุ่มกระดูกโคนขา (Trochanter) บริเวณส้นเท้า (Heels) ผลของแผลกดทับส่งผลให้เกิดการแตกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ การตายของเนื้อเยื่อจากการขาดออกซิเจน และเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ โดยเป็น 1 ใน 5 ของภัยคุกคามสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัจจัยที่เกิดทางกายภาพ เช่น แรงแกดและระยะเวลาที่เนื้อเยื่อถูกกด มีแรงเฉือน แรงเสียดทานจากการพลิกตัวหรือเลื่อนตัวผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือเคลื่อนไหวลำบากและการรับรู้ความรู้สึกตอบสนองไม่ดี ส่วนปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การมีอายุที่มากขึ้น ภาวะทุพโภชนาการ โรคเดิม ทั้งหมดที่กล่าวมาล้วนเป็นสาเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเครียดและเหนื่อยล้า ส่วนด้านการบริหารทรัพยากรในโรงพยาบาลพบว่าทำให้วันนอนเฉลี่ยของการนอน รักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้น (อรนุช มกราริรมย์ และอันธิกา คระระวานิช, 2563)

ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) ภาวะสูงวัยนั้นจะมาพร้อมกับความเปราะบางทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ และสังคม ผู้สูงวัยจึงต้องพึ่งพา

คนอื่นมากขึ้นในหลายด้าน แผลกดทับเป็นปัญหาเรื้อรังหนึ่งที่พบในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวด้วยตนเองและแม้ว่าได้รับการดูแลแผลอย่างดี (นภา ภมร, 2550)

ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลสำคัญในดูแลการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ถ้าผู้ป่วยเกิดแผลกดทับสารอาหารที่ได้รับต้องเพียงพอ ทั้งโปรตีน วิตามินและธาตุเหล็ก ดังนั้นการดูแลป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับจึงเป็นเรื่องสำคัญมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (นันทสิริ แสงสว่าง และ สุพรรณิ นาคารย์, 2556)

หน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือมีความผูกพันทางเครือญาติกับผู้ป่วยและเป็นคนเดียวที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะในการดูแลที่ถูกต้อง ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาดูแลตนเอง รู้สึกเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ท้อแท้ปวดเมื่อยตามร่างกายและมีความเครียดอยู่ในระดับสูง (อรุณี ชุนหบดี, 2556) นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักต้องการความรัก ความเอื้ออาทร กำลังใจจากครอบครัว ต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขมาเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยทำการพยาบาลต่างๆ (อรุณี ชุนหบดี, 2556)

ทฤษฎีโอเรม (Orem et al, 2001) อธิบายถึงการมี สมาชิกในครอบครัว (Dependent care agent) คอยให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ซึ่งในที่นี้คือผู้สูงอายุ จะเป็นกำลังใจและเอื้อประโยชน์ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง





มี โครงสร้างเดียวกับความสามารถในการดูแลบุคคลอื่น โดยความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Operational capabilities) เป็นความสามารถขั้นที่ 3 ตามทฤษฎีของ โอเรียม แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative operation) โดย ผู้ดูแล คือ ผู้ที่มีความรู้และข้อมูลที่จำเป็น ทราบความหมายและ วิธีการปฏิบัติในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitive operation) โดยผู้ดูแล คือ ความสามารถของผู้ดูแลในการคิดวางแผนกำหนดเป้าหมาย และตัดสินใจเลือกกิจกรรมในการช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพา 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ (Productive operation) ความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผน การลงมือปฏิบัติ

อำเภอเด่นชัย มีประชากรในเขตอำเภอเด่นชัยทั้งสิ้น 34,412 คน ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มี 7,998 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.24 ซึ่งมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่า ร้อยละ 20.00 ถือเป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดแพร่ที่มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมาก เป็นที่มาของปัญหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มวัยสูงอายุในสังคมไทย ข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากเกิดจากการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการสูงวัยตามความเสื่อมแล้ว ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อดีเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2017) ส่งผลให้การจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจำเป็นต้องจำแนกตามระดับการพึ่งพิง เป็นสามกลุ่ม คือ

ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้(กลุ่มติดสังคม) ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือ ตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และ ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) (National Health Security Office, 2016)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด F1 มีผู้ป่วยในเฉลี่ย 24 รายต่อวัน มีผู้ป่วยแผลกดทับที่นอนพักรักษาตัวและได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมด้วยแผลกดทับ รหัส ICD 10 (L891-L899 ทุกตำแหน่ง) ปี พ.ศ. 2563-2565 (พัฒนา ขวลิขิต ศุภเศรษฐี, 2553) จำนวน 16, 18 และ 15 คน ตามลำดับ อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ที่เกิดหลังรับไว้ดูแลรักษาต่อ 1,000 วันนอน ปี พ.ศ.2563-2565 ร้อยละ 0.50, 0.65, 0.78 พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาและมีแผลกดทับมาจากบ้านและเสียชีวิต เฉลี่ยร้อยละ 30.00-50.00 พบมากที่สุดคือกลุ่มสูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ร่วมกับโรคแทรก เช่น Sepsis, Stroke รองลงมาคือกลุ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้จากอุบัติเหตุจากการวิเคราะห้ สาเหตุมาจาก ภาวะโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะอ่อนแอไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล ยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลป้องกันภาวะแผลกดทับ บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแผลกดทับที่ใช้หลากหลาย ส่งผลให้การแนะนำผู้ป่วยที่สูงอายุและผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง

ดังนั้นผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย สูงอายุ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมต่อ ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ การดูแลเพื่อป้องกันการ แผลกดทับขึ้น



ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem et al, 2001) เพื่อช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของผู้สูงอายุ ในงานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย โดยผู้วิจัยพัฒนาเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตน โดยมีครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นผู้ให้การส่งเสริมและให้กำลังใจ อันจะส่งเสริมความสามารถในการจัดการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแผลกดทับในการเตรียมความพร้อมป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อศึกษาผลของผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

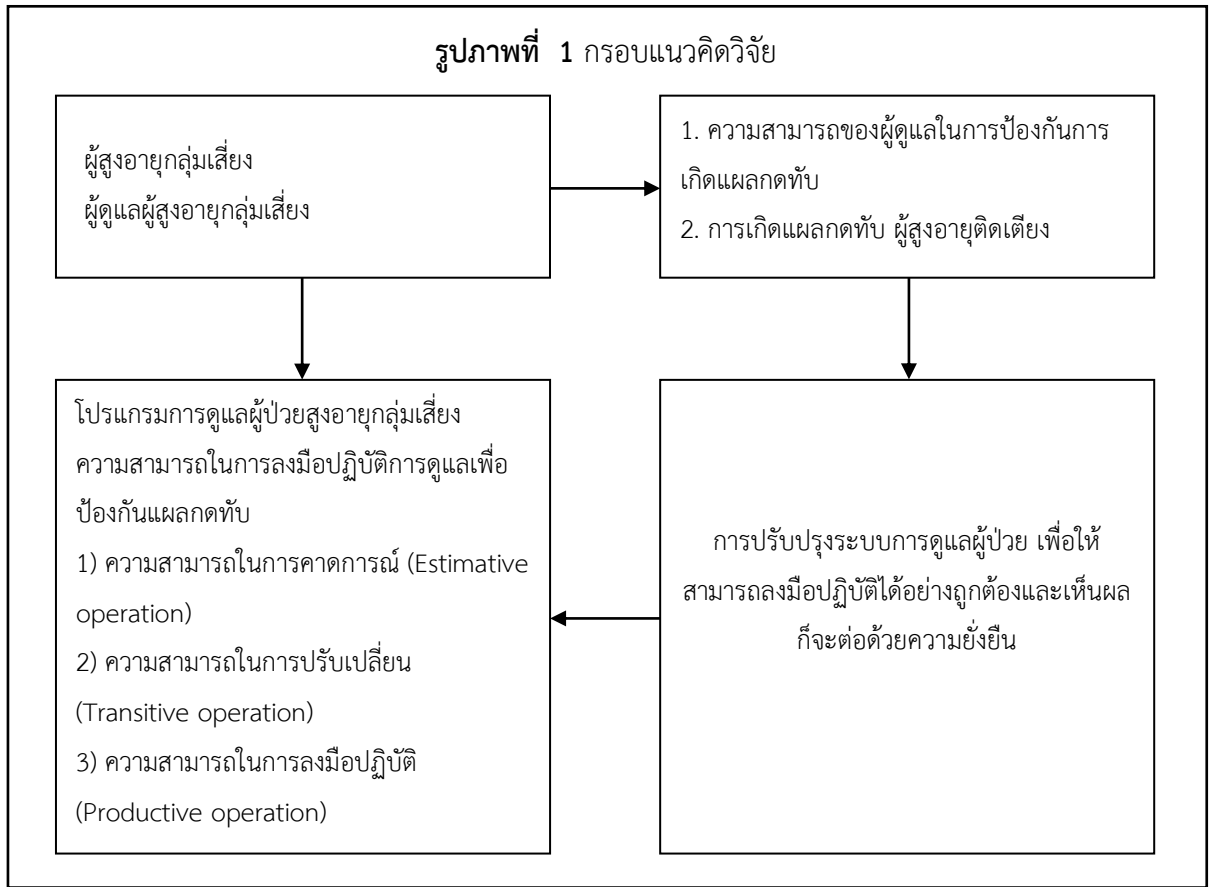
สมมติฐานการวิจัย

ความสามารถในการปรับเปลี่ยนและลงมือปฏิบัติของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ครั้งนี้ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (2001) อธิบายว่า สมาชิกครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความรับผิดชอบในการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ มีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินผู้ป่วยในวันที่นอนโรงพยาบาล 2) พัฒนาความสามารถในปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 4) การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้านหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน 4 สัปดาห์ 5) ประเมินความสามารถและการเกิดแผลกดทับ และนำมาปรับปรุงระบบการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่มีความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และลดการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับอย่างยั่งยืน ดังรูปภาพที่ 1





วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพัฒนา เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย ตามกรอบแนวคิดที่มีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน 1) การประเมินผู้ป่วยในวันที่ยอนโรงพยาบาล 2) พัฒนาความสามารถในปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแล 3) ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 4) การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้านหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน 4 สัปดาห์ 5) ประเมินความสามารถและการเกิดแผลกดทับ และนำมาปรับปรุงระบบการดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและลดการเกิดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับอย่างยั่งยืน

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง ทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาในในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จำนวนทั้งสิ้น 32 คน

มีเกณฑ์คัดเลือกตัวอย่างเข้าศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาในในงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย 2) มีภาวะเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน (Braden, 2000) ตั้งแต่เริ่มเสี่ยงจนถึงมีภาวะเสี่ยงสูง โดยมีระดับคะแนน 12-18 คะแนน 3) ไม่มีแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ 4) เป็นผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล



เกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคประจำตัวอยู่ในภาวะรุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลวภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด

2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมการฯ ได้ครบ 7 วัน

หาขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.2 คำนวณได้จากสูตรของแกส (Glass, 1976 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547) กำหนดขนาดอิทธิพล 3.85 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 32 รายเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีจับฉลาก โดยเลือกจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without Replacement) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภูร, 2547)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (พัฒนา ขวลิขิตศุภเศรษฐี, 2553) โดยใช้คะแนนที่ 12 คะแนนขึ้นไป แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

น้อยกว่า 12 คะแนน มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง

คะแนนระหว่าง 13-14 คะแนน มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง

คะแนนระหว่าง 15 - 18 คะแนนมีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1.1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 1.2) แบบประเมินการเกิดแผลกดทับ เป็นแบบบันทึกการตรวจพบแผลกดทับในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย สร้างโดย Bergstrom (1998) 1.3) แบบประเมินใช้ตรวจสอบสภาพผิวหนังโดยเฉพาะในบริเวณที่พบว่า มีแผลกดทับได้บ่อย 28 ตำแหน่ง

2) แบบสอบถามผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ ศาสนา อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐกิจ ลักษณะการอยู่อาศัยในครอบครัว บทบาทในครอบครัว และสิทธิการรักษา 2.2) แบบวัดความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ประกอบด้วยแบบสอบถามความสามารถในการประเมินคาดการณ์ความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพพร.เด่นชัย ที่ผู้วิจัย อ้างอิงจากงานวิจัยของ ศิริกัญญา อูสาทพิริยกุล (2561) ตามทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถ





ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นความสามารถ
 ชั้นที่ 3 แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความสามารถ
 ในการคาดการณ์ (Estimative operation)
 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (Transitive
 operation) และ 3) ความสามารถในการ ลงมือปฏิบัติ
 (Productive operation) ประกอบด้วย
 3.1) แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง
 ที่มีภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลงมือ
 ปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ
 ประกอบด้วย ความหมาย สาเหตุของการเกิดแผล
 กดทับ ระดับแผลกดทับ และการป้องกันการเกิด
 แผลกดทับในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพา
 3.2) สื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้
 คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page) สื่อวีดิทัศน์
 เทคนิคดูแล ‘แผลกดทับ’ เป็นได้...ก็หายได้
 ใช้เวลา 4 นาที 15 วินาที ให้ความรู้เกี่ยวกับ
 ความหมาย สาเหตุการเกิดแผลกดทับ ระดับแผล
 กดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพา และแผ่นพับ
 การป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุและ
 ตารางการพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมง

วิธีการศึกษามี 4 ระยะ

ระยะที่ 1 การศึกษาข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

1. วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังผู้สูงอายุที่มานอน
 ที่แผนกผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย
2. วิเคราะห์สภาพปัญหาการเกิดแผลกดทับ
 หลังจากรับไว้ในอนในโรงพยาบาล
3. วิเคราะห์สถานการณ์ ความรู้ ความสามารถ
 ในการดูแลของผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผล
 กดทับ

ระยะที่ 2 สร้างและพัฒนาารูปแบบการใช้โปรแกรม ในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกัน การเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย

1. สร้างและตรวจสอบโปรแกรมในการเตรียม
 ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผล
 กดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย ร่วมกับบุคลากร
 งานผู้ป่วยใน ออกแบบ “โปรแกรมในการเตรียม
 ผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผล
 กดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”
2. การทดลองใช้ “โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วย
 สูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”

ระยะที่ 3 การตรวจสอบและพัฒนาโปรแกรมฯ

“โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและ
 ผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วย
 ใน รพร.เด่นชัย” ที่ผู้วิจัย อ้างอิงจากงานวิจัยของ
 ศิริกัญญา อุษาทพิริยกุล (2561) นำมาพัฒนาเพิ่ม
 กับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็กที่มานอนที่โรงพยาบาล
 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา
 (Content Validity Index; CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวช
 ปฏิบัติครอบครัว 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยและ
 พัฒนา 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพการพยาบาล
 เฉพาะทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
 ในโรงพยาบาล 1 ท่าน โดยภายหลังจากได้รับ
 ข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยจะนำ
 เครื่องมือมาปรับแก้ไขและนำไปคำนวณค่าดัชนี
 ความตรงตามเนื้อหา และให้ค่าดัชนีความ
 สอดคล้องระหว่างเนื้อหากับจุดประสงค์ (Index
 of Item - Objective Congruence) ในแต่ละข้อ
 อยู่ระหว่าง 0.67-1.00



ระยะที่ 4 การทดลองใช้และประเมินโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 : วันที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล
พบผู้ป่วยครั้งแรก (60 นาที)

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ
3. ประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการลงมือปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเพื่อป้องกันแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 2 : วันที่ 2 ถึง วันที่ก่อนจำหน่ายโดย
ดำเนินการทุกวัน

1. พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ
2. ให้ความรู้โดยผู้วิจัยเกี่ยวกับเรื่อง ความหมาย กลไกการเกิดแผลกดทับระดับแผลกดทับ การป้องกันแผลกดทับ และการรักษาแผลกดทับ ในวันที่ 2 ใช้เวลา 60 นาที
3. ฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยผู้วิจัยทำการสอนแบบสาธิตในเรื่อง การเคลื่อนย้าย การทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายให้อาหารและการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน ในวันที่ 3 ถึงวันก่อนจำหน่าย 1วัน ใช้เวลา ครั้งละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 3 : วันก่อนจำหน่ายกลับบ้าน 1 วัน
ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน 30 นาที
ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge)

- 1 วัน ประเมินความรู้และทักษะการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับซ้ำอีกครั้งว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้าใจหรือมีข้อสงสัยใดบ้างเพื่อพยาบาลจะได้สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 4 : ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจำหน่าย
4 สัปดาห์

ประเมินความรู้และทักษะการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับซ้ำอีกครั้งว่าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเข้าใจหรือมีข้อสงสัยใดบ้างเพื่อพยาบาลจะได้สามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ ประเมินผลการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลาครั้งละ 60 นาที

ขั้นตอนที่ 5 : การปรับปรุง/เผยแพร่

การเผยแพร่โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับงานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนและหลังการใช้โปรแกรมด้วยสถิติ Dependent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านรับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลขที่ PPH No.006/2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย โดยได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลทราบถึงวัตถุประสงค์ประโยชน์ของการศึกษาวิจัยและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตามต้องการของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ข้อมูลที่จะนำเสนอทางวิชาการในภาพรวม





ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ออกแบบ”โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”

สร้างและตรวจสอบโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย ร่วมกับบุคลากรงานผู้ป่วยใน จำนวน 12 คน จากนั้นออกแบบ “โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย” โดย

1. ทบทวนวรรณกรรมการป้องกันแผลกดทับในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต้องภาวะพึ่งพาจากสารสนเทศบน web site ที่ผลิตโดยลงท้ายด้วย ac หรือ ed. ที่เป็นสถาบันการศึกษาได้จำนวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 เรื่อง

2. นำเนื้อหาจากรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจัดทำ “โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย” โดยร่วมกับประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นความสามารถขั้นที่ 3 แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความรู้ในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ 2) ความสามารถในการปรับเปลี่ยน 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ โดยเนื้อหาประกอบด้วย

2.1 แผนการสอนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

2.2 สื่อเพื่อใช้ประกอบการสอน คือ การใช้คอมพิวเตอร์นำเสนอ (Web page)

สื่อวีดิทัศน์ เทคนิคดูแล ‘แผลกดทับ’ เป็นได้... ก็หายได้ ใช้เวลา 4 นาที 15 วินาที ของ รพ.พญาไท

3. การทดลองใช้ “โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย” โดยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการที่แผนก VIP ซึ่งเป็นอิสระจากเวชระเบียนที่จะใช้จริงในการวิจัย จากนั้นนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Inter-rater reliability) คำนวณด้วยสัมประสิทธิ์ Cohen’s Kappa ทั้งนี้ระดับความสอดคล้องของสัมประสิทธิ์ Kappa เท่ากับ 0.82

ส่วนที่ 2 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ จำนวน 32 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.30 มีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 56.67 อายุเฉลี่ย 71.62 ปี (SD = 9.06) ความสัมพันธ์กับผู้เป็นคู่สมรส ร้อยละ 68.80 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.00 ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย 138.40/74.90 mmHg (SD = 23.20/13.10) ความเข้มข้นของเลือดมีค่าเฉลี่ย 33.00 (SD = 7.40) ยาที่ได้รับส่วนใหญ่เป็นยาอื่นๆ เช่น กลุ่มยาขับปัสสาวะ ร้อยละ 25.00 ระดับการรับรู้ส่วนใหญ่ทุกคนรู้สึกตัว ร้อยละ 100.00 และระดับคะแนน บราเดน มีค่าเฉลี่ย 12.79 (SD = 4.10) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพา จำนวน 32 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.30 ช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 51.10 ปี (SD = 13.60) ส่วนใหญ่



นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.00 ความสัมพันธ์
เป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 78.60 จบการศึกษา
ในระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี ร้อยละ 43.80
ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 40.60 มีรายได้
เพียงพอ ร้อยละ 100.00 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน

และคู่สมรส ร้อยละ 31.30 มีบทบาทส่วนใหญ่
เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 75.00 และ
ใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง/บัตรประกันสุขภาพ
ร้อยละ 43.80

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ
กลุ่มเสี่ยง (n = 32)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	14	43.75
หญิง	18	56.25
อายุ		
60 – 69 ปี	15	46.87
70 – 79 ปี	13	40.63
80 – 89ปี	4	12.50
อายุ ต่ำสุด 62 ปี สูงสุด 83 ปี ค่าเฉลี่ย 71.62 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.03		
ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้ดูแล		
สมรส	22	68.75
ญาติพี่น้อง	2	6.25
อื่นๆ	8	25.00
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	3	9.37
โรคความดันโลหิตสูง	8	25.00
โรคไต	4	12.50
เบาหวานและความดันโลหิตสูง	4	12.50
ความดันโลหิตสูง และโรคไต	2	6.25
เบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคไต	9	28.13
อื่นๆ	2	6.25
ความดันโลหิต		
น้อยกว่า 120/80	9	28.13
120-129/ <80	2	6.25
130-139/80-89	7	21.87
>140/>90	14	43.75
ยาที่ได้รับ		





ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ยากล่อมประสาท	4	12.50
ยาแก้ปวด ลดไข้	4	12.50
ยา สเตียรอยด์	2	6.25
ยารักษาความดันโลหิตสูง	16	50.00
ยาอื่นๆ	6	18.75
ภาวะการรับรู้		
รู้สีกตัว	100	100.00
ระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ		
น้อยกว่า 12 คะแนน	15	46.88
คะแนนรวม ระหว่าง 13 - 14 คะแนน	15	46.88
คะแนนรวม ระหว่าง 15 - 18 คะแนน	2	6.25

ส่วนที่ 2 ภาวะพึ่งพาด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุ โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึ่งพาปานกลาง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (ติดบ้าน) จำนวน 30 คน คิดเป็น ร้อยละ 93.75 พึ่งพาตนเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25

เมื่อจำแนกรายด้าน ตามภาวะพึ่งพาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงแล้วพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต้องการมากที่สุดคือ การมีคนช่วยเมื่อขึ้นลงบันได ถึงร้อยละ 84.40

ส่วนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของ ผลของโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในงานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย

ตอนที่ 1 เปรียบเทียบ ความสามารถในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในงานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย

1. ด้านความสามารถในการปรับเปลี่ยนและการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการได้รับการให้ความรู้ พบว่าความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเพิ่มขึ้นหลังได้รับการพยาบาลทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสามารถในการปฏิบัติก่อนและหลังการให้โปรแกรมความรู้ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความสามารถ ทั้ง 2 ข้อ อยู่ในระดับคะแนนค่อนข้างมาก 4 คะแนนขึ้นไป

2. การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหวความสามารถในการคาดการณ์ พบว่า

ความรู้ หลังการให้โปรแกรมพบว่า ความรู้ ค่าเฉลี่ยความรู้ อยู่ในระดับคะแนนค่อนข้างมาก 4 คะแนนขึ้นไป มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสามารถในการปรับเปลี่ยน ค่าเฉลี่ยความสามารถอยู่ในระดับคะแนนค่อนข้างมาก 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความสามารถในการดูแล



ตนเองค่อนข้างมาก มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสามารถในการปฏิบัติก่อนและหลังการให้โปรแกรมความรู้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความสามารถอยู่ในระดับคะแนนค่อนข้างมาก 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเองค่อนข้างมาก

3. การดูแลเรื่องอาหารและน้ำความสามารถในการคาดการณ์ กรณีผู้ป่วยได้รับอาหารทางสายยาง ความสามารถในการปฏิบัติก่อนและหลังการให้โปรแกรมความรู้ หัวข้อท่านให้อาหารทางสายยางที่ได้รับจากทางโรงพยาบาล หัวข้อ หากมีอาหารจากมือก่อนหน้าเหลือค้าง

มากกว่า 50 ซีซี ท่านใส่อาหารที่ดูค้ำงกลับสู่กระเพาะอาหาร และ ท่านให้น้ำสะอาดแก่ผู้ป่วย 6-8 แก้วต่อวัน หากไม่มีการจำกัดน้ำดื่ม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยความสามารถ อยู่ในระดับคะแนนค่อนข้างมาก 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ในการดูแลตนเองค่อนข้างมากความสามารถ

เมื่อนำความรู้และความสามารถมาเฉลี่ยในภาพรวมของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับโปรแกรมความรู้ พบว่าคะแนนความรู้ และความสามารถ ของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล หลังเพิ่มมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบรายด้าน ความรู้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อน และหลังการได้รับการให้ความรู้

ความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ	ก่อน (n=32)		หลัง (n=32)		t	P-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. ความสามารถในการปรับเปลี่ยน	4.21	0.57	6.67	0.11	-5.23	0.00*
2. การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว ความสามารถในการคาดการณ์	3.89	0.55	4.50	0.42	-6.25	0.00*
ความสามารถในการปรับเปลี่ยน	4.00	0.31	4.15	0.48	-3.40	0.00*
ความสามารถในการปฏิบัติ	3.87	0.28	4.21	0.31	-5.61	0.00*
3. การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ	4.05	0.38	4.21	0.25	-7.10	0.00*
ความสามารถในการปรับเปลี่ยน	4.03	0.33	4.30	0.33	-4.55	0.00*
ความสามารถในการปฏิบัติ	4.02	0.33	4.27	0.31	-3.50	0.00*

หมายเหตุ *P-value





ตอนที่ 2 ประเมินการเกิดแผลกดทับ

พบว่า การเกิดแผลกดทับก่อนและหลัง หลังการพัฒนาด้วยโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย” เกิดขึ้น 2 ตำแหน่ง ในผู้ป่วย 2 ราย พบหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปแล้ว 4 สัปดาห์

คนไข้ทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ที่มีการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน ถือว่า มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบ Barthel's index อยู่ในกลุ่มที่ 3 ที่พึ่งตนเองไม่ได้เป็นผู้ป่วยติดเตียง ลักษณะของแผลกดทับอยู่ในระดับที่ 1 คือ ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป

ตอนที่ 3 การประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลหลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน 4 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลรายด้าน ความรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยน และการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับของผู้ดูแล ผู้สูงอายุ หลังจากกลับไปอยู่ที่บ้าน 2-4 สัปดาห์ โดยประเมิน รายละเอียด 1 ครั้งพบว่า ความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) เมื่อเปรียบเทียบกับประเมินหลังการพัฒนาด้วยโปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ งานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย”

อภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า โปรแกรมในการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแล การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในงานผู้ป่วยใน รพร.เด่นชัย สามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้สามารถยืนยันความตรงของทฤษฎีของโอเร็ม (Orem et al, 2001) ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุฯ ที่สร้างขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของโอเร็ม (Orem et al, 2001) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเหมือนกับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agent) ผู้วิจัย พัฒนาศักยภาพตั้งแต่การเรียนรู้จาก การสอน การดูจากสื่อวีดิทัศน์ จนกระทั่งการสาธิตให้เห็นของจริง มาใช้เป็นสื่อการเรียนรู้ให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) ซึ่งมีรูปภาพ เคลื่อนไหว มีเสียงประกอบ การสาธิตถือว่าเป็นประสบการณ์ที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความสามารถของบุคคล โดยเฉพาะข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมที่อธิบายถึงรายละเอียดขั้นตอนวิธีการปฏิบัติตัว ผู้ดูแลและผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้ ผ่านทางสื่อการสอนที่มีประสิทธิภาพสูงสุด ที่ผ่านการรับรู้ประสาทสัมผัสทางตา และหู ซึ่งจากการวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83.00 ทางหูร้อยละ 11.00 ทางจมูกร้อยละ 3.50 ทางการสัมผัสร้อยละ 1.50 และทางรสสัมผัสร้อยละ 1.00 (สุวศล โกสีย์ไกรนิรมล และคณะ, 2553) จึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุดนอกจากนี้ วิดีทัศน์ยังเป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งาน และสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆอย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำ



ได้หลายครั้งเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน (ตติยา จำปาวงษ์ และคณะ, 2560) จึงเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนและสมรรถนะของผู้ดูแลภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมฯ

นอกจากนี้ผู้วิจัยจึงใช้บทบาทเสริมโดยการพูดคุย ให้กำลังใจและแนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคม และร่วมกันแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลควบคู่ไปกับการให้ความรู้และการฝึกทักษะเรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพา เพื่อไม่ให้เกิดแผลกดทับหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการประเมินทักษะการดูแลเรื่องการป้องกันแผลกดทับในวันก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลผิวหนังและรักษาความสะอาด การช่วยเหลือด้านการเคลื่อนไหว การดูแลเรื่องอาหารและน้ำ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องผ่านการประเมินทักษะการดูแล ร้อยละ 100.00 และหากไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะทำการสอนซ้ำจนผู้ดูแลในครอบครัวสามารถผ่านทักษะ ร้อยละ 100.00 ทุกรายเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาผู้ดูแลมีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนจากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษามีโรคร่วมด้วยอย่างน้อย 1 โรค โรคร่วมที่พบส่วนมากในกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต เป็นต้น ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยทั้งภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังหรือภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน จะมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง ร่วมกับภาวะโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุทำให้มีแรงกดในหลอดเลือดระดับต่ำกว่า 12 มิลลิเมตรปรอท เนื้อเยื่อโดยรอบจะมีแรงกดมากกว่า จะทำให้เกิดการอุดตันใน

หลอดเลือดฝอย ทำให้เลือดมาเลี้ยงผิวหนังลดลง เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดการตายของเนื้อเยื่อ และสอดคล้องกับการศึกษาการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่จำกัดการมีกิจกรรมพบว่า ร้อยละ 75.00 ของผู้สูงอายุที่มีการจำกัดกิจกรรมจะเกิดแผลกดทับตามมา ผู้มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะเวลาหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ผู้ดูแลในครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื้องที่บ้านในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เพื่อเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ (ปนัดดา ตะปานนท์, 2550) ยังพบว่า การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Das & Supriya, 2013) ซึ่งงานวิจัยเรื่อง การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่รับไว้ในโรงพยาบาลพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ บราเดน (Braden scale) ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติการดูแลป้องกันแผลกดทับในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ไม่เกิดแผลกดทับสูงกว่าคะแนนที่เกิดแผลกดทับ (พัฒนา ขวลิขิตสุเศรษฐี, 2553)





สรุปการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับนั้น ทีมผู้ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะโรคหรือหลักการเท่านั้น แต่ควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตปัจจัยแวดล้อม รวมทั้งเข้าใจขีดความสามารถ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย แต่พยาบาลทุกคนต้องมีความอดทน ความเข้าใจ และทุ่มเทอย่างจริงจัง เพราะการที่จะให้ผู้ดูแล มีความรู้ในการปรับเปลี่ยน และสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลต้องทุ่มเท ทั้งทางกาย ทางใจ และเวลาอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลอาจเกิดภาวะ หมดไฟ ท้อแท้ หรือสิ้นหวังได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลควรพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นในด้านการดูแลความ สะอาดของผิวหนัง เพื่อควบคุมความเปียกชื้น

1.2 ด้านการบริการควรเพิ่มโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกรายที่เข้ารับการรักษาในระเบียบปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

1.3 ด้านวิชาการนำผลการวิจัยไปเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการให้โปรแกรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1.4 ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากที่สุด และเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ

จากผู้สูงอายุ หากผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการพัฒนาการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีความเข้าใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้ง 10 ข้อ จะทำให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ นอกจากจะป้องกันการเกิดแผลกดทับแล้ว ยังสามารถ ป้องกันภาวะอื่นๆตามมาได้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษา แยกในกลุ่มสูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง และเสี่ยงปานกลาง เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่เป็นแบบเฉพาะ

2.2 ควรศึกษาติดตามผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลและลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล

2.3 ควรศึกษา การทำ discharge plan ที่เป็นการวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเองต่อเมื่อกลับบ้าน

2.4 ควรศึกษาเพิ่มเติมด้านเพิ่มสมรรถนะของผู้ดูแล ให้สามารถบูรณาการร่วมกับกิจกรรมอื่นๆในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

เก่งกาจ วินัยโกศล. (2556,8-11 ตุลาคม).

Pressure Ulcer Management [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการครั้งที่ 29 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น.

เกรียงศักดิ์ ฤทธิอา. (2562). *Concept of Family Care giving (Part 1)*.



- <http://www.gotoknow.org/user/kreangsak/profile>
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล. (2555,17 กุมภาพันธ์). การพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์[เอกสารนำเสนอ]. เอกสารการประชุม Graduate Research Conference มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ตติยา จำปาวงษ์, มยุรี ลีทองอิน, วิลาวรรณ พันธุ์ฤกษ์, และ สุรชัย แซ่จิง. (2560). ผลของโปรแกรม ส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- งานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยประจำปี 2563-2565 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2547). การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิติ การวัดเชิงจิตวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปนัดดา ตะพานนท์. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อเกิดแผลกดทับ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- นภาพร ภมร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้สูงอายุชั้นสูง. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- นันทสิริ แสงสว่าง และ สุพรรณิ นาคารย์. (2556). การใช้เบาะน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลพิจิตร. วารสารโรงพยาบาลพิจิตร, 28(1), 41-49.
- พัทธัย แก้วแพง และ โศรดา จันทเลิศ. (2555). ผลของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 30(6), 331-341.
- พัฒนา ขวลิขิตสุภเศรษฐี. (2553). การเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยและความสามารถในการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ดูแลในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รับไว้ในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ, รัชณี สรรเสริญ และ ยุวดี รอดจากภัย. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสภาวะสุขภาพของญาติผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงใต้. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), 62-78.
- รุ่งทิวา ขอบชื่น. (2556, 8-11 ตุลาคม). Nursing Care in Pressure sore [เอกสารนำเสนอ]. การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 29 โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ขอนแก่น.





ศิริกัญญา อูสาหพิริยกุล. (2561). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะพึ่งพาต่อความสามารถในการลงมือปฏิบัติการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ศิริพันธุ์ สาสัจย์. (2551). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวคล โกสีย์ไกรนิรมล, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และ ชลเวช ชวศิริ. (2553) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการเคลื่อนไหวของลำไส้ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 58-66.

สมพร วรรณวงศ์.(2555). วิธีการดูแลแผลบริเวณกระดูกก้นกบเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสิ่งขับถ่าย. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 30(5), 255-263.

อรนุช มกราภิรมย์ และ อ้นธิกา คระระวานิช, (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราบาด. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 139-152

อรุณี ชุนหบดี. (2556). ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 3-9.

Braden (2000).A conceptual schema for the study of etiology of pressure sore. *Rehabilitation Nursing*, 25(3), 105-109.

Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, and Ruby E. (1998).Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic, characteristics, diagnoses, and prescription of preventive Interventions. *Journal of the American Geriatrics Society*,44 (1): 22-30.

Das, S., & Supriya, S. (2013). Effectiveness of Structured Teaching Programme on Prevention and Management of Pressure Ulcer for Caregivers of Hospitalized Immobilized Patients. *International Journal of Nursing Education*, 5(1), 181.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2017). *Situation of the Elderly 2016*. Nakhonpatom: Printery Co., Ltd. (in Thai).

National Health Security Office. (2016). *Long Term Care*. http://203.157.109.15/nont/file_upload/aging/bookLTC.pdf



Orem, D.E., Talor, S.G. & Renpenning,
(2001). *K.M. Nursing: Concept of
practices*. St. Louis: Mosby.



หลักเกณฑ์การเขียนต้นฉบับลงพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา

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

บทความที่จะตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแพร์เพื่อการพัฒนา 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 จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษใต้ภาพประกอบให้บอกแหล่งที่มาจัดชิดซ้าย
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. พิมพ์ 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) นำเสนอภูมิหลังหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัยรวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 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) เป็นการนำเสนอความเห็นที่เห็นว่าผลการวิจัย
สอดคล้องหรือแตกต่างจากวัตถุประสงค์ สมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อย่างไร 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 เว้นวรรค 1 ระยะ

ตัวอย่าง

นิพิฐพนธ์ แสงดวง (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/สกุลและ/ชื่อ/สกุล/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและ/ชื่อ/สกุล,/ปี)
อังกฤษ	สกุล/and/สกุล/(ปี) หรือ (สกุล/&/สกุล,/ปี)

ตัวอย่าง

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

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

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

1.3 ผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป*

ไทย	ชื่อ/สกุลและคณะ/(ปี) หรือ (ชื่อ/สกุลและคณะ,/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
 - ...สอดคล้องกับผลการศึกษาของมานะ 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 ¹ /สกุล ¹ /ปี,/อ้างถึงใน/ชื่อ ² /สกุล ² ,/ปี).....
อังกฤษ สกุล ¹ /ปี,/as cited in/สกุล ² ,/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 ¹ /สกุล ¹ , ¹ /ปี/อ้างถึงใน/ชื่อ ² /สกุล ² ,/ปี)...
อังกฤษ ...(สกุล ¹ , ¹ /ปี/as cited in/สกุล ² ,/ปี)...

ตัวอย่าง

...สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดความไม่แน่ใจ และเกิดปัญหาในการสร้างอัตลักษณ์ เพราะขาดผู้แนะนำแนวทางที่ถูกต้องและมีความสับสนในการรับรู้อัตลักษณ์ตนเอง (สมร ทองดี อ้างถึงใน สุภัชฌาน์ ศรีเอี่ยม, 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/และชื่อ/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). *การประเมินอย่างไร้ครวญต่อเด็กปฐมวัย: แนวคิดและการปฏิบัติเพื่อสนับสนุนการเรียนรู้*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพบรมา อิศรเสนา ณ อยุธยา และ ชูจิต ตรีรัตนพันธ์. (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 ¹ /สกุล ¹ ,/ชื่อ ² /สกุล ² ,/ชื่อ ³ /สกุล ³ ,/ชื่อ ⁴ /สกุล ⁴ ,/ชื่อ ⁵ /สกุล ⁵ ,/ชื่อ ⁶ /สกุล ⁶ ,/และ/ชื่อ ⁷ / /////สกุล ⁷ ./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล ¹ ,/อักษรย่อชื่อ ¹ ./,สกุล ² ,/อักษรย่อชื่อ ² ./,สกุล ³ ,/อักษรย่อชื่อ ³ ./,สกุล ⁴ ,/ /////อักษรย่อชื่อ ⁴ ./,สกุล ⁵ ,/อักษรย่อชื่อ ⁵ ./,สกุล ⁶ ,/อักษรย่อชื่อ ⁶ ./,&/สกุล ⁷ ,/ /////อักษรย่อชื่อ ⁷ ./(ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)

ตัวอย่าง

อารีวรรณ กลั่นกลิ่น, สุธีรา เอี่ยมสุภาชิต, นัยนา อภิวัฒน์พร, สุธาสินี สุโขวัฒนกิจ, และ งามเนตร เอี่ยมนาคะ. (บก.). (2556). *เอกสารความรู้ผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานส่งเสริมธุรกิจบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย 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 ¹ /สกุล ¹ ,/ชื่อ ² /สกุล ² ,/ชื่อ ³ /สกุล ³ ,/ชื่อ ⁴ /สกุล ⁴ ,/ชื่อ ⁵ /สกุล ⁵ ,/ชื่อ ⁶ /สกุล ⁶ ,/ชื่อ ⁷ /สกุล ⁷ ,/ /////ชื่อ ⁸ /สกุล ⁸ ,/ชื่อ ⁹ /สกุล ⁹ ,/ชื่อ ¹⁰ /สกุล ¹⁰ ,/ชื่อ ¹¹ /สกุล ¹¹ ,/ชื่อ ¹² /สกุล ¹² ,/ชื่อ ¹³ /สกุล ¹³ ,/ /////ชื่อ ¹⁴ /สกุล ¹⁴ ,/ชื่อ ¹⁵ /สกุล ¹⁵ ,/ชื่อ ¹⁶ /สกุล ¹⁶ ,/ชื่อ ¹⁷ /สกุล ¹⁷ ,/ชื่อ ¹⁸ /สกุล ¹⁸ ,/ /////ชื่อ ¹⁹ /สกุล ¹⁹ ,/././ชื่อ คนสุดท้าย/สกุล คนสุดท้าย. (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่อง/(พิมพ์ครั้งที่)/ /////สำนักพิมพ์./URL (ถ้ามี)
อังกฤษ	สกุล ¹ ,/อักษรย่อชื่อ ¹ ./,สกุล ² ,/อักษรย่อชื่อ ² ./,สกุล ³ ,/อักษรย่อชื่อ ³ ./,สกุล ⁴ ,/ /////อักษรย่อชื่อ ⁴ ./,สกุล ⁵ ,/อักษรย่อชื่อ ⁵ ./,สกุล ⁶ ,/อักษรย่อชื่อ ⁶ ./, /////สกุล ⁷ ,/อักษรย่อชื่อ ⁷ ./,สกุล ⁸ ,/อักษรย่อชื่อ ⁸ ./,สกุล ⁹ ,/อักษรย่อชื่อ ⁹ ./, /////สกุล ¹⁰ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁰ ./,สกุล ¹¹ ,/อักษรย่อชื่อ ¹¹ ./,สกุล ¹² ,/อักษรย่อชื่อ ¹² ./, /////สกุล ¹³ ,/อักษรย่อชื่อ ¹³ ./,สกุล ¹⁴ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁴ ./,สกุล ¹⁵ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁵ ./, /////สกุล ¹⁶ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁶ ./,สกุล ¹⁷ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁷ ./,สกุล ¹⁸ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁸ ./, /////สกุล ¹⁹ ,/อักษรย่อชื่อ ¹⁹ ./././สกุล คนสุดท้าย,/อักษรย่อชื่อ คนสุดท้าย. (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 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลชิระภูเก็ต. *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



ธัญนาฏ ญาณพิบูลย์, สุจินดา โพธิ์ไพฑูรย์, และ นิตติพงษ์ 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

นาวรรณ 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>





**วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
(Doctoral dissertation / Master's thesis)**

1) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตที่ไม่ได้ตีพิมพ์

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

ตัวอย่าง

รณชัย ศีลากร. (2547). ผลของโครงการปฏิบัติสมาธิเบื้องต้นตามทฤษฎีของมาสโลว์
[วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

2) วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์
(ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์)

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

ตัวอย่าง

ปิยะ บุษกา. (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) วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก จากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ไทย	ชื่อ/สกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)/ /////[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทหรือปริญญาเอก หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอก] /////[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–LongBeach]. 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 เซ็นจูรี่.
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 นະจร. (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./ในชื่อ/(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 98th 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) 20th 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

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

[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

มูลนิธิวิจัยนสาธารณสุขไทย. (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
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>