



PHIRD

Public Health Innovation Research and Development [R&D]

Vol.2 No.3 September – December 2024 : ISSN xxxx-xxxx (online)

Model:

- ☐ Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients
Page 1-41
- ☐ Result of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department
Page 42-90



<https://thaidj.org/index.php/phird>

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute

ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2567

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้บริการแก่นักวิทยาศาสตร์และนักวิจัยทางสังคมทั้งในและต่างประเทศ จุดมุ่งหมายคือการเผยแพร่ผลงานวิจัยคุณภาพสูงในด้านต่างๆ ของการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสาธารณสุข เช่น การวิจัยและพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ การวิจัยและพัฒนาด้านการป้องกัน และการวิจัยและพัฒนาการรักษา การมีส่วนร่วมในวารสารสามารถทำได้ทั้งบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ โดยจัดพิมพ์ 3 ฉบับเป็นประจำทุกปี ในเดือนมกราคม พฤษภาคม และกันยายน และเผยแพร่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข จัดทำและเป็นเจ้าภาพโดยวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก (วสส.พล.) ในนามคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
- 2) เพื่อส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและนักวิจัยภายในองค์กร
- 3) เพื่อส่งเสริมการสร้างเครือข่ายนวัตกรรมและนักวิจัยภายนอกองค์กร
- 4) เพื่อสร้างเครือข่ายทางวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสาร “การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข”

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

653 ถนนพิษณุโลก-หล่มสัก ตำบลวังทอง อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65300

โทร. 0-5531-3114 ต่อ 672

โทรสาร 0-5531-3116

เว็บไซต์: <https://www.scphpl.ac.th/>

อีเมลล์: phong2470@hotmail.com

Volume 2 Number 3 (September–December 2024)

Aim

- 1) To serve the interests of both Thai and international social scientists and researchers. The aim is to publish high-quality research papers in various areas of public health innovation research and development, such as health promotion research and development, prevention research and development, and treatment research and development. Contributions to the journal can be made as either a research article or a review article. The journal is published as a periodical, with three issues annually in January, May, and September, and is distributed both within Thailand and overseas. Public Health Innovation Research and Development are produced and hosted by Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok (SCPHPL) on behalf of the Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.
- 2) To promote the creation of innovators and researchers within the organization.
- 3) To promote the creation of a network of innovators and researchers outside the organization.
- 4) To create academic networks both domestically and internationally.

Office

Editorial Board "Public Health Innovation Research and Development; PHIRD"

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok

653 Moo 8, Phitsanulok-Lomsak Road, Wangthong Sub-district, Wangthong District, Phitsanulok Province 65130, Thailand

Tel. 0-5531-3114 ต่อ 672

Fax 0-5531-3116

Website: <https://www.scphpl.ac.th/>

E-mail: phong2470@hotmail.com

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Open Access: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

วารสาร “การวิจัยและพัฒนานวัตกรรมสาธารณสุข”

เจ้าของ ที่ปรึกษา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ศาสตราจารย์ เรืออากาศเอกหญิง พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุ อาจารย์ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
บรรณาธิการที่ปรึกษา	Professor Dr.David Fetterman ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.นพ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ศาสตราจารย์ ดร.กุลธิดา ท้วมสุข รองศาสตราจารย์ ดร.สังวรณ์ จัตุรงค์โท ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์ ปรีดีกุล Dr.Prabhath Patabendi	President and CEO of Fetterman & Associates, an international evaluation consulting firm, USA คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาวิชาสารสนเทศศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ประธานหลักสูตรครุศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน) มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม Leader Researcher of International Center for Research and Development; ICRD, Sri Lanka
บรรณาธิการ รองบรรณาธิการ	อาจารย์ ดร.พงศ์พิษณุ บุญตา อาจารย์ ดร.ภก.วุฒิชัย วิสุทธิพรต อาจารย์ ดร.ภญ.ดาวรุ่ง คำวงศ์	สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันพระบรมราชชนก
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	Mr.Ugyen Tshering	Senior Program officer, Department of Medical Services, Ministry of Health, Bhutan, English Language Editor
กองบรรณาธิการ (ภายนอกสถาบัน)	อาจารย์ อัจฉรา ประจงจับ ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริรังศรี ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.สุขุมล จงธรรมคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนางลัยชัย รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์ รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรภูม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา ตันกิจจานนท์ ดร.ไพรัตน์ อินอินทร์	สถาบันพระบรมราชชนก สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ภาควิชากายวิภาคศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 กรมควบคุมโรค

<https://thaidj.org/index.php/phird>

กองบรรณาธิการ (ภายในสถาบัน)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราชศิริ	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.พยงค์ เทพอักษร	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง	สถาบันพระบรมราชชนก
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์	สถาบันพระบรมราชชนก
ฝ่ายจัดการ	อาจารย์ ดร.ภาณุ อดทน	สถาบันพระบรมราชชนก
	อาจารย์ ดร.มาสริน ศุกลักษ์	สถาบันพระบรมราชชนก
	อาจารย์ ประกฤษต์ ประภาอินทร์	สถาบันพระบรมราชชนก
	อาจารย์ ดร.สังศักดิ์ สุขสันต์	สถาบันพระบรมราชชนก
	อาจารย์ กรกฎ อ่อนคำ	สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านผลงาน

Professor Dr.David Fetterman

Fetterman & Associates,

an international evaluation consulting firm, USA

ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.พ.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศาสตราจารย์ ดร.กุลธิดา ท่วมสุข

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สังวรณ์ ังตระโท

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารีย์ ปรีดีกุล

มหาวิทยาลัยราชภัฏพินุลสงคราม

Dr.Prabhath Patabendi

International Center for Research and Development;

ICRD, Sri Lanka

ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.บุญทิพย์ สิริธรรค์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ศาสตราจารย์กิตติคุณ ดร.สุชมาล จงธรรมคุณ

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนจสัถย์เชื้อ.

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.โยธิน แสงดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาพ อารีเอื้อ

มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.วรภรณ์ บุญเชียง

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รองศาสตราจารย์ ทพญ.ดร.อรุณวรรณ หล้าอุบล

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ วัชรราษฎร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พวงผกา ตันกิจจานนท์

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.ไพรัตน์ อันอินทร์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 กรมควบคุมโรค

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภาดิน ไชยช่วย

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก.พยงค์ เทพอักษร

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณวีรณ ศรีดาวเรือง

สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์

สถาบันพระบรมราชชนก

อาจารย์ ดร.ทรงสุตา หมั่นไธสง

สถาบันพระบรมราชชนก

อาจารย์ ดร.รัศมี สุขนรินทร์

สถาบันพระบรมราชชนก

อาจารย์ ดร.ภาณุ อดทน

สถาบันพระบรมราชชนก

อาจารย์ ดร.มาสริน สกุลปักษ์

สถาบันพระบรมราชชนก



Journal “Public Health Innovation Research and Development”

Owner	Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute	
Mentor	Ajunct Professor Dr. Wichai Teantaworn	President of Praboromarajchanok Institute
	Professor Dr. Wanicha Chuenkongkaew	Vice- President of Praboromarajchanok Institute
	Associate Professor Dr. Wittaya Yoosook	Dean of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Editorial Advisory	Lecturer Chaiwat Punrasamee	Director of Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok
	Professor Dr.David Fetterman	President and CEO of Fetterman & Associates, an international evaluation consulting firm, USA
	Emeritus Professor Dr.Suwat Chariyalertsak	Dean of Faculty of Public Health, Chiangmai University
	Professor Dr.Kulthida Tuamsuk	Information Science, Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University
	Associate Professor Dr.Sungworn Ngudgratoke	Director of Institute for Research and Development, Sukhothai Thammathirat Open University
	Assistant Professor Dr.Aree Preedeekul	Chair, Master of Education Program (Curriculum and Instruction), Pibulsongkram Rajabhat University
	Dr.Prabhath Patabendi	Leader Researcher of International Center for Research and Development; ICRD, Sri Lanka
Editor-in-Chief	Lecturer Dr.Phongpisanu Boonda	Praboromarajchanok Institute
Deputy Editor	Lecturer Dr.Wudtichai Wisuthiprot	Praboromarajchanok Institute
	Lecturer Dr.Daorung Kumwong	Praboromarajchanok Institute
Assistant Editor	Mr.Ugyen Tshering	Senior Program officer, Department of Medical Services, Ministry of Health, Royal Government, Bhutan, English Language Editor
	Lecturer Atchara Projongjeep	Praboromarajchanok Institute
Editorial Board (External)	Emeritus Professor Dr.Boontip Siritarungsri	School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University
	Emeritus Professor Dr.Sukumal Chonthammakun	Department of Anatomy, Faculty of Science, Mahidol University
	Associate Professor Dr.Narongsak Noosorn	Faculty of Public Health, Naresuan University
	Associate Professor Dr.Kwanjai Amnatsatsue	Faculty of Public Health, Mahidol University
	Associate Professor Dr.Yothin Sawangdee	Institute for Population and Social Research, Mahidol University
	Associate Professor Dr.Suparb Aree-Ue	Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Open Access: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

	Associate Professor Dr.Waraporn Boonchieng	Faculty of Public Health, Chiangmai University
		Faculty of Pharmaceutical Sciences,
	Associate Professor Dr.Sanguan Lerkiatbundit	Prince of Songkla University
	Associate Professor Dr.Aroonwan Lam-ubol	Faculty of Dentistry, Srinakharinwirot University
	Associate Professor Dr.Chuleekorn Danyuthasilpe	Faculty of Nursing, Naresuan University
	Associate Professor Dr.Warangkana Chankong	School of Health Science,
		Sukhothai Thammathirat Open University
	Associate Professor Dr.Araya Prasertchai	School of Health Science,
		Sukhothai Thammathirat Open University
	Assistant Professor Dr. Rung Wongwat	Faculty of Public Health, Naresuan University
	Assistant Professor Dr.Jukkrit Wungrath	Faculty of Public Health, Chiangmai University
	Assistant Professor Dr.Puangpaka tankitjanon	School of Health Science,
		Sukhothai Thammathirat Open University
	Dr.Pairat On-intra	Office of Disease Prevention and Control Region 2
		Phitsanulok, Department of Disease Control
Editorial Board (Internal)	Adjunct Assist. Prof. Dr.Somtakul Rasiri	Praboromarajchanok Institute
	Assistant Professor Dr.pakin chaichuay	Praboromarajchanok Institute
	Assistant Professor Dr.Phayong Thepaksorn	Praboromarajchanok Institute
	Assistant Professor Dr.Kittiporn Nawsuwan	Praboromarajchanok Institute
	Assistant Professor Dr.Chaweewan Sridawruang	Praboromarajchanok Institute
	Assistant Professor Dr.Atcharawadee Sriyasak	Praboromarajchanok Institute
	Lecturer Dr.Panu Odklun	Praboromarajchanok Institute
	Lecturer Dr.Masarin Sukolpuk	Praboromarajchanok Institute
Management	Lecturer Prakrit Prapha-inthara	Praboromarajchanok Institute
	Lecturer Dr. Songsak Suksan	Praboromarajchanok Institute
	Lecturer Khorokot Onkum	Praboromarajchanok Institute

Reviewers

Professor Dr.David Fetterman	Fetterman & Associates, an international evaluation consulting firm, USA
Emeritus Professor Dr.Suwat Chariyalertsak	Chiangmai University
Professor Dr.Kulthida Tuamsuk	Khon Kaen University
Associate Professor Dr.Sungworn Ngudgratoke	Sukhothai Thammathirat Open University
Assistant Professor Dr.Aree Preedeekul	Pibulsongkram Rajabhat University
Dr.Prabhath Patabendi	International Center for Research and Development; ICRD, Sri Lanka
Emeritus Professor Dr.Boontip Siritarungsri	Sukhothai Thammathirat Open University
Emeritus Professor Dr.Sukumal Chonthammakun	Mahidol University
Associate Professor Dr.Narongsak Noosorn	Naresuan University
Associate Professor Dr.Kwanjai Amnatsatsue	Mahidol University
Associate Professor Dr.Yothin Sawangdee	Mahidol University
Associate Professor Dr.Suparb Aree-Ue	Mahidol University
Associate Professor Dr.Waraporn Boonchieng	Chiangmai University
Associate Professor Dr.Sanguan Lerkiatbundit	Prince of Songkla University
Associate Professor Dr.Aroonwan Lam-ubol	Srinakharinwirot University
Associate Professor Dr.Chuleekorn Danyuthasilpe	Naresuan University
Associate Professor Dr.Warangkana Chankong	Sukhothai Thammathirat Open University
Associate Professor Dr.Araya Prasertchai	Sukhothai Thammathirat Open University
Assistant Professor Dr. Rung Wongwat	Naresuan University
Assistant Professor Dr.Jukkrit Wungrath	Chiangmai University
Assistant Professor Dr.Puangpaka tankitjanon	Sukhothai Thammathirat Open University
Dr.Pairat On-intra	Department of Disease Control
Adjunct Assist. Prof. Dr.Somtaku Rasiri	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.pakin chaichuay	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Phayong Thepaksorn	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Phitthaya Srimuang	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Teerasak Phajan	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Kittiporn Nawsuwan	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Chaweewan Sridawruang	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Atcharawadee Sriyasak	Praboromarajchanok Institute
Assistant Professor Dr.Amornsak Poom	Naresuan University
Lecturer Dr.Songsuda Muenthaisong	Praboromarajchanok Institute
Lecturer Dr.Rassamee Suknarin	Praboromarajchanok Institute
Lecturer Dr.Panu Odklun	Praboromarajchanok Institute
Lecturer Dr.Masarin Sukolpuk	Praboromarajchanok Institute

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Contents (สารบัญ)

บทความวิจัย :

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablae District, Uttaradit Province..... 1-41

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

Result of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province..... 42-90

ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

1

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablao District, Uttaradit Province

Sairung Chunseng ^{1*}

¹ Lablao Hospital, Uttaradit Provincial Public Health Office, Uttaradit Province 53130, Thailand

* Corresponding author E-mail: Sairung_nirvana@hotmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

- Received 15 September 2023

- Revised 31 March 2024

- Accepted 1 November 2024

Keywords:

depressive disorder, suicide, protective factors, Model of enhancing protective factors

ABSTRACT

Background: Patients with depression are at risk of suicide. Suicidal behavior occurs when 1) they have risk factors and triggers, 2) their barriers and surveillance fail, and 3) their protective factors are weak. The key to solving suicide problems is those who have life crises or those who have committed suicide. If they have strong protective factors, they will be able to prevent suicidal thoughts and actions.

Aims: 1) Study the situation and guidelines for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 2) To create and examine a model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 3) Experiment and study the results of using the model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 4) Evaluate satisfaction with the model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression.

Methods: This study is a 4-step research and development study, consisting of 1) Studying the situation and guidelines for creating the model, 2) Creating and examining the quality of the model, 3) Experimenting and studying the results of using the model, and 4) Studying satisfaction with using the model. Step 1 The sample group is a multidisciplinary team with at least 1 year of experience in caring for patients with depression and suicide, and 18 public health volunteers, selected purposively. The instruments used are a semi-structured interview form for focus group discussions and a voting form. To draft the model, Step 2: The sample group consisted of 269 stakeholders and patients with depression, purposively selected, and 5 experts. The instruments used were factor analysis and assessment of opinions based on the model's components. Step 3: The sample group consisted of 30 patients with depression, purposively selected, and randomly assigned to be an experimental group (15 patients) and a control group (15 patients). The experimental group participated in the activity of the model to strengthen protective factors against suicide in patients with depression, which was created, 7 times. After the activity, the control group received regular services at the hospital. The instruments used were the model to strengthen protective factors against suicide in patients with depression, the Thai happiness assessment form, the 9-question depression assessment form, and the 8-question suicide risk assessment form. Step 4: The sample group consisted of the same group as in Step 1 and Step 3, the experimental group, totaling 33 people. The instruments used were the satisfaction assessment form for the model. Data were analyzed using mean, standard deviation, t-test, and Mann and Whitney's test.

Results: of the research found that 1) Patients with depression have a very high level of physical health protection factors, a low level of financial health protection factors, and other protective factors are at a moderate level. The level of opinions on the effect of protective factors against suicide in depressed patients

 2**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients****ABSTRACT**

was the most happiness. The approach to strengthen protective factors against suicide in depressed patients found that the Four Noble Truths according to Buddhist psychology was appropriate to draft the model. 2) The result of the model construction to strengthen protective factors against suicide in depressed patients had 5 main components (principles, objectives, content, process, and measurement and evaluation). There were sub-components of the process part for trial use as follows: (1) searching for patients' thoughts, emotions, and feelings (2) letting patients know their thoughts, emotions, and feelings (3) changing patients' thoughts, attitudes, and behaviors. The evaluation results were at a good level of appropriateness. 3) The result of the trial use of the model found that the average score of happiness in the experimental group was significantly higher than the control group at a statistical level of .05. The average score of depression and the average score of suicide risk in the experimental group was significantly lower than the control group at a statistical level of .05. 4) The evaluation of satisfaction with the model was at a good level.

Conclusion: The model of enhancing protective factors against suicide in patients with depression is at a good level of appropriateness. It can be used to enhance protective factors against suicide in patients with depression, resulting in increased happiness, decreased depression, and risk of suicide.

3

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

สายรุ้ง จันทรเส่ง^{1*}

¹ โรงพยาบาลลับแล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53130

* Corresponding author E-mail: Sairung_nirvana@hotmail.com

ข้อมูลบทความ**ประวัติบทความ**

- รับ 15 กันยายน 2566
- แก้ไข 31 มีนาคม 2567
- ตอรับ 1 พฤศจิกายน 2567

คำสำคัญ

โรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย, ปัจจัย
ปกป้อง, รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้อง

บทคัดย่อ

ความเป็นมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นเมื่อ 1) มีปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยกระตุ้น 2) ด้านกันและการเฝ้าระวังล้มเหลว 3) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ และหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาฆ่าตัวตายคือ ผู้ที่มีวิกฤติในชีวิตหรือผู้ที่เคยฆ่าตัวตายหากมีปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจะช่วยป้องกัน การคิดและกระทำการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการสร้างรูปแบบ 2) การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ 3) การทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบ และ 4) การศึกษาความพึงพอใจการใช้รูปแบบ ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 276 คน และทีมสหวิชาชีพ ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน รวม 18 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบลงคะแนน เพื่อนำมาร่างรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย สุ่มแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 269 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้าเพื่อเป็น กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้น จำนวน 7 ครั้ง ติดตามหลังร่วมกิจกรรม 2 เดือน กลุ่มควบคุมเข้ารับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินความสุ่มคนไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

4**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า****บทคัดย่อ**

ขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบที และ สถิติของแมนและวินัย

ผลการวิจัย 1) สถานการณ์ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัจจัยปกป้องระดับบุคคล ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (coping and problem-solving skill) และความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อ่อนแอ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนปัจจัยปกป้องด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับของความคิดเห็นต่อการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากที่สุดคือ มีความสุข และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อริยสัจ 4 ตามแนวทางจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสมในการนำมาสร้างรูปแบบ 2) ผลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มี 5 องค์ประกอบหลัก (หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการ และการวัดและการประเมินผล) โดยมีองค์ประกอบย่อยของส่วนกระบวนการเพื่อนำไปทดลองใช้ ดังนี้ (1) การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (2) การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์และความรู้สึกตนเอง (3) การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคิดและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เห็นชอบทั้ง 3 ขั้นตอน มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ให้ปรับลดจำนวนกิจกรรมจาก 9 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม และ ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน ให้ปรับกิจกรรมแจกแบบประเมินพฤติกรรมเป็น ประเมินพฤติกรรม ผลการประเมิน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสุข กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดี

สรุป จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงาน และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสุข ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่าตำหนิตัวเอง (กรมสุขภาพจิต, 2558) โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ เศร้า ความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับหรือ หลับมากแทบทุกวัน ทำอะไรช้า พุดช้า รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป คิดอยากตายไม่อยาก มีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย จะมีอาการอยู่นาน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (WHO,1990) ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.95 เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 14.29 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ร้อยละ 10 (พรรณพิไล วิริยะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2560)

ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ติดอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน (WHO, 2018) ปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นเรื่องไกลตัว เนื่องจากความถี่ของปัญหามีมากขึ้นกว่าในอดีต รวมทั้งระดับความเครียด ความกดดันที่สูงขึ้นของผู้คนในสังคม ในขณะที่ความแข็งแรงของสุขภาพจิตที่ลดลง โดยพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.03,6.32, 6.64,7.37 และ 7.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ,2565) ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยง ในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.80 เท่า การประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ของการฆ่าตัวตาย โดย New Zealand Guidelines Group (NZGG, 2003) ได้แบ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม (4 P's) ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มเอียง (Predisposing factors) เช่น โรคทางจิตเวช สถานะยากจน การศึกษาน้อย มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง การถูกรังแกทำทารุณในวัยเด็กครอบครัวแตกแยกในวัยเด็ก 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การตาย ของคนรักโดยไม่ได้อาคติมาก่อน การหย่าร้าง ภาวะตกงาน สัมพันธภาพแตกแยก ปัญหาการใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ 3) ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (Perpetuating factors) เช่น ความกดดันครั้งใหญ่ในชีวิต มุมมองทางลบ ต่อเหตุการณ์ในชีวิต โรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด การที่ยังมีความตั้งใจฆ่าตัวตาย ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ 4) ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น รู้สึกโล่งอกที่ไม่เสียชีวิต ความศรัทธาในศาสนา ครอบครัว ความเชื่อมั่นในตัวเอง ความรู้สึกดีต่อตนเอง และการที่มีคนสนิทใกล้ชิด ปัญหาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีความสลับซับซ้อนเสมอ มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ และโรคประจำตัว สื่อและสังคมควรร่วมกัน ในการระบุว่า ปัจจัยใดเพียงปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพราะจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการป้องกันปัญหาจะไม่ครอบคลุมในทุกมิติ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

6**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ปี 2560-2564 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ 6.82,6.03,6.32,6.64 และ 7.37 ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานีเท่ากับ 7.23,9.88,8.38,10.67 และ 11.81 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อำเภอลับแล มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดในทุกปี โดยพบว่าในปี 2561-2565 มีอัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 18.05,23.49,14.52,16.34 และ 13.21 ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลลับแล, 2565)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าไม่มีใครฆ่าตัวตายขณะมีความสุข และปัจจัยที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตาย คือความทุกข์ทรมาน ปวดร้าวจนทนไม่ไหว ไม่ต้องการรับรู้อะไรอีกต่อไป การหยุดรับรู้สิ่งต่างๆ เป็นทางออกที่ดีที่สุดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ความทุกข์ทรมานใจจนทนไม่ได้ การฆ่าตัวตายอาจไปสู่ภาวะที่ไม่ต้องรับรู้อะไร เป็นการหนีไปจากความปวดร้าวทางจิตใจ ความผิดหวัง ไม่สมหวัง คับข้องใจจากสิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ผู้ที่ตั้งความหวังไว้สูงจะมีความเสี่ยงหากผิดหวัง มักมองว่าปัญหาเกิดจากตนเอง ว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว รู้สึกท้อแท้มองโลกในแง่ลบ รู้สึกชีวิตไร้ค่า เป็นต้น (อภิชัย มงคล และคณะ, 2560) จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าความสุขมีความสัมพันธ์กับความคิดจะฆ่าตัวตาย และความสุขแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับความคิดต่อการฆ่าตัวตายอย่างไรเพื่อจะออกแบบการสร้างสุขอย่างไรให้เหมาะสม ซึ่งจากทฤษฎี Coupling ที่ค้นพบว่า การฆ่าตัวตายที่สำเร็จส่วนใหญ่จะมาจาก 2 ปัจจัยสำคัญคือ 1. ความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Intention) และ 2. วิธีการฆ่าตัวตายที่สามารถทำได้ง่าย (Suicidal Means) และพบว่าถ้าสามารถกำจัดปัจจัย 1 ใน 2 นี้ออกไปได้ จะทำให้คนส่วนใหญ่ล้มเลิกความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจะนำไปสู่มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐวุฒิ เฟ่างวี, 2566) ดังนั้นการทำให้ผู้ที่มีความทุกข์และอยากฆ่าตัวตายมีความสุขเพิ่มขึ้นเป็นการกำจัดปัจจัย 1 ใน 2 ออกได้ โดยใช้แนวคิด “Well-being” คือ ความเป็นอยู่ดี หรือ “สุขภาวะ” เชื่อมโยงสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นไปที่สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการกับความทุกข์ทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและการสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่ที่ดี (Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M., 1995) สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ด้านจิตใจ (Mental)

คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ เมื่อบุคคลได้รับการดูแลครบทุกด้านทำให้เกิดความสุข ซึ่งส่งผลให้ไม่คิดฆ่าตัวตายในที่สุด (อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด, 2558) แนวคิดการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา เป็นการส่งเสริมให้มนุษย์ได้พัฒนาตนเองตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา เมื่อพระพุทธศาสนามีคำสอนที่เน้นการพัฒนาตนเองเช่น ในหมู่มนุษย์ผู้ฝึกตนได้แล้วเป็นผู้ประเสริฐ บุคคลล่วงทุกข์ได้ด้วยความเพียร ดังนั้น แนวคิดการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายจึงเริ่มที่หลักการของการศึกษา เพราะการภาวนาหรือการพัฒนานั้นแท้ที่จริงก็คือสิ่งเดียวกันกับการศึกษา ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน สอดคล้องกับองค์ประกอบแห่งการดำเนินชีวิตของมนุษย์ที่มี 3 ด้าน คือ พฤติกรรม (ศีล) จิตใจ (สมาธิ) และปัญญา เรียกว่า ไตรสิกขา เพราะการเป็นอยู่ด้วยปัญญาเป็นสิ่งที่ประเสริฐ การเป็นอยู่ด้วยปัญญาก็คือการเข้าใจชีวิตและมองชีวิตตามความเป็นจริงนั่นเอง (พระมหาอินทร์วงศ์ อิสสรภาณี, พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ, และจันทร์สมิ์ ตาปูลิง, 2562) ซึ่งจิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนา โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไข และลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์ (นรินทร์ชิตา ศीलประชาวงศ์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง และวิษชุดา ลูติโซติรัตน์, 2565) ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าจิตวิทยาแนวพุทธ จะสามารถลดความทุกข์ และเพิ่มความสุขให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

8**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้แนวคิดในการเขียน ของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2019; Boonda P., 2021 pp 65-79)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้ขั้นตอนหลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบแนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98) ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีการใช้คำว่า “ขั้นตอน” ที่สอดคล้องกับขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

2.แนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์ อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนานั้นเอง โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไขและลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์

เรียกว่า อริยมรรค แปลว่าทางอันประเสริฐ ประกอบด้วย 1) สัมมาทิฐิ (ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง ย่อมต้องการใช้ในงานกิจการทั่วไปทุกประเภททั้งทางโลกและทางธรรม 2) สัมมาสังกัปปะ (ปัญญา) คือความไม่เผลอใจถูกต้อง คือคิดหาทางออกไปจากทุกข์ตามกฎแห่งเหตุผล 3) สัมมาวาจา (ศีล) คือการพูดจาถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 4) สัมมากัมมัฏฐะ (ศีล) คือการกระทำถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 5) สัมมาอาชีวะ (ศีล) คือการดำรงชีพถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 6) สัมมาวายามะ (สมาธิ) คือความพากเพียรถูกต้อง เป็นส่วนของใจที่บากบั่นในอันที่จะก้าวหน้า ไม่ถอยหลังจากทางดำเนินตามมรรค ถึงกับมีการอธิษฐานอย่างแรงกล้า 7) สัมมาสติ (สมาธิ) คือการระลึกประจำใจถูกต้อง ระลึกแต่ในสิ่งที่เกื้อหนุนแก่ปัญญาที่จะแห่งตลอด อริยชาติที่ครอบงำตนอยู่ โดยเฉพาะได้แก่กายนี้ และธรรมอันเนื่องเกี่ยวกับกายนี้ เมื่อพบความจริงของกายนี้ อริยชาติหรือหัวหน้าแห่งมูลทุกข์ก็สิ้นไป และ 8) สัมมาสมาธิ (สมาธิ) คือการตั้งใจมั่นถูกต้อง ได้แก่สมาธิ เป็นของจำเป็นในงานกิจการทุกอย่าง สำหรับในที่นี้เป็นอาการของใจที่รวมกำลังเป็นจุดเดียว กล้าแข่งพอที่จะให้เกิดปัญญาทำการแห่งตลอดอริยชาติได้ และยังเป็นการพักผ่อนของใจ ซึ่งสรุปโดยย่อคือ ศีล สมาธิ ปัญญา เนื่องจากจิตมีธรรมชาติโน้มไปได้ทั้งกุศล-คิดดีและอกุศล-คิดชั่วขึ้นกับพื้นฐานของจิตว่าคุ้นเคยอยู่กับความ ดีหรือความชั่ว ถ้าจิตที่คุ้นเคยอยู่กับความดีเมื่อรับรู้อารมณ์ใดๆก็เป็นเหตุให้คิดดี เมื่อคิดดีก็แสดงพฤติกรรมออกมา ดีทั้งคำพูดและการกระทำ นำมาซึ่งความสุข แต่ถ้าจิตคุ้นเคยอยู่กับความชั่ว เมื่อรับรู้อารมณ์ใหม่ๆ จิตก็จะโน้มไป ทางคิดชั่ว การแสดงพฤติกรรมก็ไปในทางชั่ว นำมาซึ่งปัญหาและความทุกข์อารมณ์ และกิเลสต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ ประกอบกันอยู่ในจิตที่สะสมฝังอยู่อย่างหนาแน่น ดังนั้นบุคคลจึงควรฝึกน้อมจิตให้คิดดีเชิงบวกอยู่เสมอเพื่อเข้าถึง ความจริงตามธรรมชาติไม่หลงติดอยู่ในอารมณ์ของจิตที่เศร้าหมอง ชัดเจนจิตใจให้มีความผ่องใส ซึ่งเป็นวิสัยของ พระพุทธศาสนาที่นำไปสู่การดับความทุกข์ หรือแก้ปัญหาของชีวิตได้ (นรินทรชิตา ศีลประชาวงศ์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง และ วิชชุดา ฐิติโชติรัตน, 2565)

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้จิตวิทยาแนวพุทธในมิติการพยาบาล: การพยาบาลหมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้ ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งเสริมการหายจากโรค (หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ) ซึ่งบุคคลอาจจะปฏิบัติได้เองในสภาวะที่มีกำลังใจ กำลังใจ และความรู้เพียงพอ และเป็นการกระทำที่จะช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่สภาวะที่ช่วยตนเองได้โดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือนั้น โดยเร็วที่สุด การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นแนวคิดปรัชญา เพื่อส่งเสริม สุขภาวะองค์รวม คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย

10**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ (อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนต, 2558) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกันเพื่อให้การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน แบบองค์รวม (Holistic) ซึ่งยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2557; Stuart and Laraia, 2013) ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) 2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดีขึ้น (Prevention or Maintenance of Mental Health) 3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of Mental Health) และ 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดว่าเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention)

จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยามาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ ผู้ที่มีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยรหัส ICD10 F32-F39

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ที่จะทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต อาจเป็นการกระทำแบบตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนการล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความท้อแท้สิ้นหวังจนเป็นเหตุให้สิ้นสุดของการมีชีวิต

ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้บุคคลปรับตัว อย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ไม่คิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

 11**PHIRD**
2,3

1. การมีสุขภาพดี
2. มีการผ่อนคลายดี
3. การมีน้ำใจดี
4. มีจิตวิญญาณดี
5. มีครอบครัวดี
6. มีสังคมดี
7. มีการใฝ่รู้ดี
8. มีสุขภาพเงินดี
9. มีการงานดี
10. การมีความสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้บุคคลปรับตัว อย่างเหมาะสม ที่อาจช่วยป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ไม่ฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ กระบวนการสร้างเสริมสนับสนุนปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาตนเอง เพื่อบรรลุการมีความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่คิดฆ่าตัวตาย สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยสามารถสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ทั้ง 4 มิติ คือ มิติของการส่งเสริม มิติของการป้องกัน มิติของการบำบัดรักษา และมิติของการฟื้นฟู โดยนำจิตวิทยาแนวพุทธมาใช้ได้ทั้ง 4 มิติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในมิติของการบำบัดรักษา เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา โดยใช้ แนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบ คือ การลดความชั่ว ทำความดี พัฒนาจิตให้ผ่องใส โดยการไม่ทำสิ่งที่ทำให้เป็นทุกข์ ทำแต่สิ่งที่ทำให้มีความสุข และยอมรับได้ในสิ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดแนวคิดทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) และแนวคิดทฤษฎีความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาวะและความสุข (well-being) คือ ความเป็นอยู่ดี หรือ “สุขภาวะ” เชื่อมโยงสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นไปที่ สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และบนพื้นฐานแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

12

รูปแบบการสร้างเสริม
ปัจจัยป้องกันการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎี

แนวคิด/ ทฤษฎี

- แนวคิดการวิจัยและ
พัฒนาทางด้าน
สาธารณสุข (Boonda
P., 2018; Boonda P.,
2019; Boonda P.,
2019 pp.61-65;
Boonda P., 2021 pp
65-79; Boonda P.,
2021 pp 80-86)
แนวคิดการสร้างโมเดล
ในงานวิจัยและพัฒนา
ทางด้านสาธารณสุข
(Boonda P., 2020 pp
89-98)
- หลักอริยสัจ 4 ได้แก่
ทุกข์ สมุทัย นิโรธ
มรรค ตามแนวคิด
จิตวิทยาแนวพุทธ
[ราชบัณฑิตยสถาน, พระ
ธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุต
โต)]
- คู่มือการดำเนินงาน
ป้องกันและแก้ไขปัญหา
การฆ่าตัวตาย (กรม
สุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข, 2547)

ตัวแปรต้น

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย ป้องกันการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- หลักการ
- วัตถุประสงค์
- เนื้อหา
- กระบวนการ
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
ได้แก่
 - 1) การค้นหาความคิด
อารมณ์ ความรู้สึกของ
ผู้ป่วย (ทุกข์)
 - 2) การให้ผู้ป่วยรับรู้
สาเหตุของความคิด
อารมณ์ และความรู้สึก
ตนเอง (สมุทัย)
 - 3) ตั้งเป้าหมายและ
ปรับเปลี่ยน ความคิด
ทัศนคติและพฤติกรรม
การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
(นิโรธและมรรค)
- การวัดและประเมินผล
 - ความสุข
 - ภาวะซึมเศร้า
 - ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย

ตัวแปรตาม

ผลของรูปแบบการสร้าง เสริมปัจจัยป้องกันการฆ่า ตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

- ความสุข
- ภาวะซึมเศร้า
- ความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย

ความพึงพอใจต่อ รูปแบบการสร้างเสริม ปัจจัยป้องกันการฆ่า ตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Chunseng, S. (2024). Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablue District, Uttaradit Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 1–41.

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้ใช้หลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขตามแนวคิดของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] 3) การทดลองใช้และศึกษาผล การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี ประสิทธิภาพหรือไม่และอยู่ในระดับใด 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. แหล่งข้อมูล จากการวิเคราะห์เอกสาร (1) ทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (2) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (3) แบบสอบถามการฆ่าตัวตาย และ จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 279 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแลอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบาย ทราบวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 1/2566.1.20

14**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลลับแลให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) การตรวจสอบความถูกต้องและใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2566

ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพื้นฐานในการยกร่างรูปแบบ
2. แหล่งข้อมูล จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตาย จากห้องสมุด และฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่าง ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 6 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย

4. เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi- Structure Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และแบบลงคะแนน

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแลอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายทราบวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และแบบลงคะแนนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบเดียวกับ ส่วนที่ 1

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในลักษณะเชิงพรรณนาของแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน โดยใช้แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda P., 2020 pp 89-98) คือ

ส่วนที่ 1 สร้างองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา ร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการ ข้อ 4 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อยคือ (1) การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (ทุกข์) (2) การให้ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของความเครียดและความรู้สึกตนเอง (สมุทัย) (3) การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรมกระทำการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (นิโรธ มรรค)

2. แหล่งข้อมูล เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มและแบบลงคะแนน เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือร่างองค์ประกอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือ คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบ (Matrix table) ของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทบทวนทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำมารวบรวมสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆเพื่อหาองค์ประกอบที่มีความถี่สอดคล้องกัน และมีคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป นำมาประเมินความสอดคล้องซึ่งตรงกับองค์ประกอบหรือขั้นตอนทฤษฎี จึงนำมาสร้าง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content Analysis) และการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ได้แก่ การจัดประเภทของข้อมูล

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ขั้นที่ 2 จัดทำเอกสารประกอบรูปแบบ ได้แก่ คู่มือแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ฉบับ เพื่อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฉบับร่าง 5 องค์ประกอบหลัก และ 3 ขั้นตอนย่อย 7 กิจกรรม

16**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

ในส่วนกระบวนการเพื่อใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบ และ
เอกสารประกอบ

2. แหล่งข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน แพทย์สาขาเวชศาสตร์
ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน (ศูนย์
สุขภาพจิตที่ 2) และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสาธารณสุข 1 คน และ ผู้
มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัว
ตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 269 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ ร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรตาม คือ คุณภาพองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริม
ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของรูปแบบการ
สร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบประเมินความคิดเห็นต่อ
(ร่าง) องค์ประกอบรูปแบบฯ ในกลุ่มตัวอย่างในข้อ 2 ทาง Google form และนำผลการประเมิน
ประกอบกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไป
ทดลองใช้

6. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม - กรกฎาคม 2566

**ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** กระบวนการในขั้นตอนที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง
(Quasi-experimental study Designs) แบบใช้กลุ่มควบคุม (Control Design Study)

1. เนื้อหา คือ การใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

2. แหล่งข้อมูล ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD10 F32-
F39 ที่มีประวัติเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลลับแล ในปี 2565

2.1. กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์
คุณสมบัติ คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แล้วสุ่มเข้าเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15
คน

2.2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีดังนี้

2.2.1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD10 F32-F39

2.2.2. มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q ตั้งแต่ 1-17 คะแนน หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย คะแนน 8Q ตั้งแต่ 1 คะแนน ขึ้นไป

2.2.3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ อ่านออกเขียนได้

2.2.4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถมาตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาลและเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

2.3.เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

2.3.1. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการกำเริบรุนแรง ระหว่างดำเนินการทดลองเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3.2. ถอนตัวออกจากกิจกรรม

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้นคือ การใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรตาม คือ ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตัวแปรตาม คือ ผลของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินความสุขคนไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบเดียวกับ ขั้นตอนที่ 1 ส่วนที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

6. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ และทำการประเมิน (Formative Evaluation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1.กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตามปกติร่วมกับการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม มีการจัดกิจกรรม จำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1.30 ชั่วโมง ประเมิน ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามประเมิน หลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรม คูยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้,การฆ่าตัวตายป้องกันได้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์ และความรู้สึกตนเอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรม จิตใจดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 3 กิจกรรม สติดี ชีวิตมีสุข

ขั้นตอนที่ 3 การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย คือการลดทุกข์-เพิ่มสุขและแนวทางการลดทุกข์-เพิ่มสุข

ครั้งที่ 4 กิจกรรม ลังคมดี ชีวิตมีสุข

18**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ครั้งที่ 5 กิจกรรม คิดดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 6 กิจกรรม พุดดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 7 กิจกรรม ทำดี ชีวิตมีสุข

6.2. กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตามปกติ และเก็บข้อมูล 2 เดือน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนที่ได้จากการประเมินผลของโปรแกรม ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้การทดสอบ independent t-test และ Mann-Whitney U test

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน กรกฎาคม 2566 - ธันวาคม 2566

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แหล่งข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการทดสอบหาดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Index of item-objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มเดียวกับการศึกษาแนวทางฯ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีเท่ากับ 0.93 ความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการภายหลังจากการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการสัมภาษณ์ หลังร่วมกิจกรรม 2 เดือน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้แบบประเมินความพึงพอใจ โดยการประเมินด้วยตนเอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1.1. ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จากการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนของผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ 1) การปรับตัวและทักษะการเผชิญปัญหา 2) การมีความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง 3) ความผูกพันที่แน่นแฟ้น อ่อนในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน 4) อยู่ในสังคมที่เกื้อหนุนช่วยเหลือกันดี 5) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย จากทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบสอบถามการฆ่าตัวตาย พบว่า ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2565 มีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลลับแล จำนวน 320 คน จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีปัจจัยปกป้องระดับบุคคล อ่อนแอ ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (coping and problem-solving skill) และความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม จากการตอบแบบสอบถามเรื่องปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบแบบสอบถามจำนวน 276 คน ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 25 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.04 และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.43 ผลประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 28.26 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.16 ระดับรุนแรง ร้อยละ 19.57 และเคยมีประวัติทำร้ายตนเอง ร้อยละ 32.6 ผลการประเมินปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ด้านสุขภาพกายดี อยู่ระดับสูงที่สุด และด้านสุขภาพจิตดี อยู่ในระดับต่ำ ผลการประเมินการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการไม่คิดฆ่าตัวตายที่มากที่สุด คือ ความสุข และยังพบว่าปัจจัยปกป้องอีก 9 ด้าน อยู่ในระดับมาก

1.2. ผลการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยทบทวนทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 15 บทความ นำมารวบรวมสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ เพื่อหาองค์ประกอบที่มีความถี่สอดคล้องกัน และมีคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป จากแบบวิเคราะห์องค์ประกอบ (Matrix table) ของโปรแกรมฯ นำมาประเมินความสอดคล้องซึ่งตรงกับองค์ประกอบหรือขั้นตอนทฤษฎี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน นำแนวทางที่ได้มีการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และ การลงคะแนน เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางฯ ที่สังเคราะห์มาจากการทบทวนวรรณกรรม จึงนำมาสร้าง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครอบคลุม 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ขั้นตอนของทฤษฎี 2) ขั้นตอนและกิจกรรม 3) บทบาทของผู้ให้บริการ

20**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

4) บทบาทของผู้รับบริการ 5) เครื่องมือ 6) การวัดผล และ 7) ผลที่ได้รับ พบว่า หลักอริยสัจ 4 ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ตามแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสม ต่อการนำมาสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจาก จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์ อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนา โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไขและลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์ เรียกว่า อริยมรรค แปลว่าทางอันประเสริฐ ประกอบด้วย 1) สัมมาทิฐิ (ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง ย่อมต้องการใช้ในกิจการทั่วไปทุกประเภททั้งทางโลกและ ทางธรรม 2) สัมมาสังกัปปะ(ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง คือคิดหาทางออกไปจากทุกข์ตามกฎแห่งเหตุผล 3) สัมมาวาจา (ศีล) คือการพูดจาถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 4) สัมมากัมมันตะ (ศีล) คือการกระทำถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 5) สัมมาอาชีวะ (ศีล) คือการดำรงชีพถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 6) สัมมาวายามะ (สมาธิ) คือความพากเพียรถูกต้อง เป็นส่วนของใจที่บากบั่นในอันที่จะก้าวหน้า ไม่ถอยหลังจากทางดำเนินตามมรรค ถึงกับมีการอธิษฐานอย่างแรงกล้า 7) สัมมาสติ (สมาธิ) คือการระลึกประจำใจถูกต้อง ระลึกแต่ในสิ่งที่เกื้อหนุนแก้ปัญหาที่จะแห่งตลอด อวิชชาที่ครอบงำตนอยู่ โดยเฉพาะได้แก่กายนี้ และธรรมอันเนื่องเกี่ยวกับกายนี้ เมื่อพบความจริงของกายนี้ อวิชชาหรือหัวหน้าแห่งมูลทุกข์ก็สิ้นไป และ 8) สัมมาสมาธิ (สมาธิ) คือการตั้งใจมั่นถูกต้อง ได้แก่สมาธิ เป็นของจำเป็นในกิจการทุกอย่าง สำหรับในที่นี้เป็นอาการของใจที่รวมกำลังเป็นจุดเดียว กล้าแข่งพอที่จะให้เกิดปัญหาทำการแห่งตลอดอวิชชาได้ และยังเป็นการพักผ่อนของใจ ซึ่งสรุปโดยย่อคือ ศีล สมาธิ ปัญญา เนื่องจากจิตมีธรรมชาติอันนุ่มไปได้ทั้งกุศล-คิดดีและอกุศล-คิดชั่วขึ้นกับพื้นฐานของจิตว่าคุ้นเคยอยู่กับความ ดีหรือความชั่ว ถ้าจิตที่คุ้นเคยอยู่กับความดีเมื่อรับรู้อารมณ์ใดๆ ก็เป็นเหตุให้คิดดี เมื่อคิดดีก็แสดงพฤติกรรมออกมาดีทั้งคำพูดและการกระทำนำมาซึ่งความสุข แต่ถ้าจิตคุ้นเคยอยู่กับความชั่ว เมื่อรับรู้อารมณ์ใหม่ๆ จิตก็จะโน้มไป ทางคิดชั่ว การแสดงพฤติกรรมก็ไปในทางชั่ว นำมาซึ่งปัญหาและความทุกข์อารมณ์และกิเลสต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ ประกอบกันอยู่ในจิตที่สะสมฝังอยู่อย่างหนาแน่น ดังนั้นบุคคลจึงควรฝึกน้อมจิตให้คิดดีเชิงบวกอยู่เสมอเพื่อเข้าถึงความจริงตามธรรมชาติไม่หลงติดอยู่ในอารมณ์ของจิตที่เศร้าหมอง ชัดเกลารจิตให้มีความผ่องใส ซึ่งเป็นวิธีสอนของ พระพุทธศาสนาที่นำไปสู่การดับความทุกข์ หรือแก้ปัญหาของชีวิตได้ ดังนี้

จิต + เจตสิกฝ่ายดี = กุศลจิต (อารมณ์ + คิดดี → คิดดี → ทำดี → ความสุข)

จิต + เจตสิกฝ่ายชั่ว = อกุศลจิต (อารมณ์ + คิดชั่ว → คิดชั่ว → ทำชั่ว → ปัญหาทุกข์)

2. ผลการสร้างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1. ผลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่ารูปแบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการข้อ 4 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยคือ (1) ทุกข์/ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ที่เป็นทำให้ทุกข์ (การ ค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย) (2) สมุทัย คือ เหตุ แห่งทุกข์ หรือสาเหตุของปัญหา/การให้ผู้ป่วยรับรู้และค้นหาเหตุปัจจัยของความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาตนเอง (3) นิโรธ คือ ความดับทุกข์ หรือภาวะหมดปัญหา โดยการตั้งเป้าหมาย ลดทุกข์ เพิ่มความสุขในดำเนินชีวิตด้วยความมีสติระลึกรู้ในทุกขณะ (4) มรรค คือ วิธีการที่นำไปสู่การลดทุกข์ เพิ่มสุข หรือข้อปฏิบัติเพื่อกำจัดสาเหตุแห่งปัญหา (การ ปรับเปลี่ยน ทศนคติ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต) โดยมี รายละเอียดการสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้



22

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

องค์ประกอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สายรุ้ง จันทร์เล็ง, 2566)

	วรุดิ พัฒนาโกวิทมา (2564)	โสภา จังสิกุล และคณะ (2560)	ฐานิยา สุตะปาและคณะ (2563)	ไพจิตร พุทธอดและคณะ (2565)	ไพจิตร พุทธอดและคณะ (2563)	ประมวล ดริยกุล (2562)	ศิวพร มหัทธโนด (2562).	พรอนันต์ชัย อภินันท์ (ต้นโพธิ์ น้อย). (2019)	พระครูพิริยธรรมกิจรักษ์ (2563)	ธินันท์ภัทร ภิญโธดมและคณะ(2565)	สุวรรณี สือแสงชัย และคณะ (2562)	จ.เปี่ยมพร ศิลาและคณะ(ตอนกลาง/คณะ)	ทมิฬพนา ศรีจันทร์ลี (2552)	นันทกัฒ์ งามะพันธ์ (2563)	Lin, J., et al. (2020).	Group discussion	รวมทั้งหมด	%
ขั้นตอนที่ 1 ทุกข์	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓					✓	✓	✓	✓	11	61.11
ขั้นตอนที่ 2 สมุทัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	13	81.25
ขั้นตอนที่ 3 นิโรธ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓					✓	✓	✓	✓	13	81.25
ขั้นตอนที่ 4 มรรค	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	16	100.00

ตารางที่ 1 แสดงการ
 สังเคราะห์จำแนกตามหมวดหมู่
 เนื้อหาขององค์ประกอบแบบ
 การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อ
 การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค
 ซึมเศร้า

ที่มาของวิธีการ : ขออนุญาตใช้สิทธิ
 วรรณกรรม ของ พงศ์พิษณุ บุญดา
 (Boonda, P., 2021 No.398059;
 Boonda, P., 2021 No.398060) และ
 แนวคิดของ พงศ์พิษณุ บุญดา
 (Boonda, P., 2020 pp. 89-98)



23

PHIRD 2,3

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
1. การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (ทุกข)	1.คุยเรื่อง โรคซึมเศร้า รักษาได้ การฆ่าตัวตาย ป้องกันได้	1.กล่าวต้อนรับและแนะนำตนเอง 2. เกริ่นนำเรื่องโรคซึมเศร้า และสุ่มถามผู้ป่วย 2-3 คน เกี่ยวกับความรู้สึกต่อโรคซึมเศร้า เพื่อค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 3. นำสมาชิกกลุ่มร่วมอภิปราย ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก 4. สรุปความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรคซึมเศร้าเป็นภาพรวมของกลุ่มเชื่อมโยงปัจจัยเหตุของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 5. ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละคน 6. สอนเรื่องโรคซึมเศร้าและดูแลการรักษา “โรคซึมเศร้ารักษาหายได้” ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย	1.ร่วมมือในการทำกิจกรรม 2.แสดงความคิดเห็น 3.ร่วมอภิปราย	1. กระดาษสี 2.ปากกา/ดินสอ 3. ใบงาน ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า และดูแลการรักษา	สังเกตจากการร่วมกิจกรรมและร่วมอภิปราย

ตารางที่ 2
 แสดงกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ที่มาของตารางและวิธีการ :
 ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ บุญตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

24

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
2. การให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้เหตุ ปัจจัยของ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและ พฤติกรรม ที่เป็นปัญหา ตนเอง (สมมุติ)	2.จิตใจดี...ชีวิตมีสุข	1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของ กิจกรรม จิตใจดี.....ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน "พฤติกรรมทาง จิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผล การประเมิน "พฤติกรรมทาง จิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 4. สอนการหายใจที่มี ประสิทธิภาพ ผึกหายใจ คลายเครียด 5. นำทำกิจกรรมดังดอกไม้ บาน 6. นำทำกิจกรรม "ทบทวน จิต" 7. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการทำ กิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4.ฝึกหายใจอย่างมี ประสิทธิภาพ 5. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป ปฏิบัติต่อตนเองใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน "พฤติกรรมทางจิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 2. ปากกา 3. เพลง ดังดอกไม้ บาน 4. กระดาษสี 5. ลวดเย็บกระดาษ	1.ผลการประเมิน "พฤติกรรมทางจิตใจ สู่ การจิตใจดี...ชีวิตมีสุข" 2.สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้สิทธิวรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

PHIRD 2,3	ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
		3.สถิติ...ชีวิตมีสุข	- ผีกลัดก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม สถิติ...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน "พฤติกรรมกรรมการฝึกสถิติ...ชีวิตมีสุข" 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการประเมิน 4. กิจกรรม "ตายก่อนตาย" 5. กิจกรรม มั่นใจ ฝรั่ง ไข่ และเมล็ดกาแฟ สรุปร่วมโยง การยอมรับและเผชิญหน้ากับปัญหา ด้วยสติและปัญญา กับการฝึกสถิติ...ชีวิตมีสุข 6. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการ ทำกิจกรรม 2.ทำแบบ ประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4.ฝึกสถิติ 5.นำสิ่งที่ได้ เรียนรู้ไปปฏิบัติ ต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน "พฤติกรรมกรรมการฝึกสถิติ...ชีวิตมีสุข" 2. ใบงาน กิจกรรม มั่นใจ ฝรั่ง ไข่ และเมล็ดกาแฟ 3.ใบงานกิจกรรม "ตายก่อนตาย" 4.ปากกา	1.ผลการประเมิน "พฤติกรรมกรรมการฝึกสถิติ...ชีวิตมีสุข" 2.สังเกตจากการร่วมกิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วมอภิปราย

26

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
3.การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (นิโรคและมรรค)	4.สังคมดี...ชีวิตมีสุข	- ผูกสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม สังคมดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” และสรุปผลการประเมิน 4. สอนเรื่องความฉลาดทางต้านอารมณ์ 5. นำผู้ป่วยทำกิจกรรม “มหัศจรรย์แห่งรักและมิตรภาพ” 6. นำผู้ป่วยอภิปรายถึงสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม “มหัศจรรย์แห่งรักและมิตรภาพ” 7. สรุปเชื่อมโยงสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม 8. สอนเรื่อง สังคหวัตถุ 4 ธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวน้ำใจกัน เชื่อมโยงสู่การมี “สังคมดี...ชีวิตมีสุข” 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน	1.ร่วมมือในการทำกิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน	1.แบบประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 2.เอกสารประกอบกิจกรรม “มหัศจรรย์แห่งรักและมิตรภาพ” 3.ใบงานเรื่อง ความฉลาดทางอารมณ์ 4.ใบงาน เรื่อง สังคหวัตถุ 4 ธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวน้ำใจกัน 5.ปากกา	1.ผลการประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 2.สังเกตจากการร่วมกิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วมอภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	5. คิดดี...ชีวิตมีสุข	- ผูกสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม คิดดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางความคิด สู่การคิดดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการ ประเมิน “พฤติกรรมทางความคิด สู่ การคิดดี...ชีวิตมีสุข” 4. เล่าเรื่องหนูน้อยกับแอปเปิ้ล 2 ลูก ให้ผู้ป่วยฟัง 5. ให้ผู้ป่วยบอกความคิด อารมณ์กับ เรื่องราวช่วงแรก 6. ให้ผู้ป่วยบอกความคิด อารมณ์กับ เรื่องราวช่วงหลัง 7. สรุปเชื่อมโยงถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 8. สอนเรื่อง ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม 9. สรุปเชื่อมโยงถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สู่การคิดดี...ชีวิตมีสุข 10. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อ ในชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการทำ กิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปปฏิบัติต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรมทาง ความคิด สู่การคิดดี ...ชีวิตมีสุข” 2. ใบงาน เรื่อง หนู น้อยกับแอปเปิ้ล 2 ลูก 3.เอกสารความรู้เรื่อง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 4.ใบงานเรื่อง กรรมบท10 “มโนกรรม” กับการ ดำเนินชีวิตประจำวัน 5. ปากกา	1.ผลการประเมิน “พฤติกรรมทาง ความคิด สู่การคิดดี... ชีวิตมีสุข” 2.สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วม อภิปราย

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	6. พุดดี...ซีวี่มีสุข	- ผักสดก่อนเริ่ม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม พุด ดี...ซีวี่มีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุด ดี...ซีวี่มีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุดดี...ซีวี่มีสุข” 4. นำทำกิจกรรม “ปาฏิหาริย์การฟังอย่าง ใส่ใจ” โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 4 คน 5. นำอภิปรายสิ่งที่ได้จากกิจกรรม “ปาฏิหาริย์การฟังอย่างใส่ใจ” 6. สอนเรื่อง การฟังอย่างใส่ใจ การให้ กำลังใจ การสื่อสารเชิงบวก 7. สรุปเชื่อมโยงถึง การฟังอย่างใส่ใจ การให้กำลังใจ และการสื่อสารเชิงบวก สู่ การพุดดี...ซีวี่มีสุข 8. สอน เรื่อง กรรมบถ 10 “วจีกรรม” กับการดำเนินชีวิตประจำวัน 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อใน ชีวิตประจำวัน	1. รวมมือในการ ทำกิจกรรม 2. ทำแบบประเมิน 3. ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้ เรียนรู้ไปปฏิบัติ ต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุดดี...ซีวี่มีสุข” 2. ใบงาน “ปาฏิหาริย์ การฟังอย่างใส่ใจ” 3. ใบงานเรื่องการฟัง อย่างใส่ใจ การให้ กำลังใจ การสื่อสาร เชิงบวก 4. ใบงานเรื่อง กรรมบถ 10 “วจีกรรม” กับ การดำเนินชีวิตประจำวัน 5. ปากกา	1. ผลการประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่ การพุดดี...ซีวี่มีสุข” 2. สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3. สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรม ที่พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	7.ทำดี...ชีวิตมีสุข	- ผิดสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม ทำดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางการกระทำ สู่การทำดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรมทางการกระทำ สู่การทำดี...ชีวิตมีสุข” 4. แจกกระดาษให้ผู้ป่วย เขียนกระดาษเป็นรูปหัวใจโดยการทำตามผู้มีประสบการณ์จะทำให้ประสบ ผลสำเร็จได้ง่ายกว่า การทำเองโดยไม่มีผู้นำ 5. ให้ผู้ป่วยเขียนความดี ที่ตนเองเคยทำมาให้มาก ที่สุดลงบนกระดาษรูปหัวใจ 6. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำมาและให้สมาชิก กลุ่มชื่นชมความดีที่เล่ามานั้น 7. นำอภิปรายถึง ความดีคืออะไร ทำแล้วได้อะไร เกิดประโยชน์อะไรบ้าง 8. สอนเรื่อง กุลลกรรรมบท 10 “กายกรรม” 5 ข้อที่ ควรเว้น 5 ข้อที่ควรทำ (เบญจศีล เบญจธรรม) เชื่อมโยงสู่ การทำดี...ชีวิตมีสุข 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อใน ชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการทำ กิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปปฏิบัติต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรม ทางการกระทำ สู่ การทำดี...ชีวิตมีสุข” 2. ใบงานเรื่อง เบญจศีลและ เบญจธรรม 3. ปากกา 4. กระดาษสี	1.ผลการประเมิน “พฤติกรรมทางการ กระทำ สู่การทำดี... ชีวิตมีสุข” 2.สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ที่มา: สายรุ้ง จันทร์เส็ง (2566)

 30**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients**

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นองค์ประกอบของรูปแบบการเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เห็นชอบทั้ง 3 ขั้นตอน มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ให้ปรับลดจำนวนกิจกรรมจาก 9 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม และ ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน ให้ปรับกิจกรรมแจกแบบประเมินพฤติกรรมเป็น ประเมินพฤติกรรม และมีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm SD=3.53 \pm 0.57$) ผลการแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ จากผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 269 คน อยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm S.D.=4.37 \pm 0.84$)

3. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้รูปแบบการเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**3.1 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test**

การประเมินความสุข	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	22.73	4.35	-0.969	0.341
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	24.26	4.32		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	35.47	7.23	4.57*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	25.73	3.954		

*p< .01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนความสุข เฉลี่ย 22.73 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 24.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของความสุขระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.341) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเฉลี่ย 35.47 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสุขค่าเฉลี่ย 25.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3

แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

ตารางที่ 4

แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

3.2 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินความสุข	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	13.87	208	88	0.308
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	17.13	257		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	21.23	318	26.50*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	9.77	146		

*p< .01

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ การประเมินความสุข ข้อมูล ก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 88 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .308 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 26.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .000 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินความสุข กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.3 การเปรียบเทียบ การประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

การประเมินภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	9.60	3.35	0.23	0.817
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	9.87	2.88		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	2.53	2.17	4.58*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	4.73	3.06		

*p< .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 9.60 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 9.87 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ

32

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 6

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมิน
ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง ด้วย
Mann-Whitney U test

ที่ระดับ 0.05 (p-value =0.817) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 2.53 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 4.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.4 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินภาวะซึมเศร้า	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	15.47	232	112	0.983
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	15.53	233		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	12.37	185.50	65.50	0.048
กลุ่มควบคุม (Post)	15	16.63	270.50		

p< .05

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 112 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .983 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 65.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .048 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.5 การเปรียบเทียบการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 5.53 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 5.33 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.89) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.60 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 4.60 คะแนน

ตารางที่ 7

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.008) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 7

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	5.53	4.55	0.14	0.89
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	5.33	3.11		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	2.60	2.10	-2.88	0.008
กลุ่มควบคุม (Post)	15	4.60	1.68		

p< .05

3.6 การเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	15.17	227.50	107.50	0.834
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	15.83	237.50		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	11.53	173	53	0.012
กลุ่มควบคุม (Post)	15	19.47	292		

p< .05

ตารางที่ 8

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 107.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .834 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 53 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .012 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

34**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients****4. ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์**

พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการฯ ที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm SD = 4.32 \pm 0.57$)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทดลองใช้ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผลของการประเมินความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง ผลการศึกษาในครั้งนี้ขออธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุข สูงขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เกิดจาก การได้เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสังเคราะห์และสรุปผล ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม สร้างความสุข ลดความทุกข์ จากแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ ใช้วิธีสัง 4 ในการกำหนดขั้นตอนของกิจกรรม และนำหลักมรรค 8 สู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยนำ ศีล 5 กุศลกรรมบถ 10 และ สังฆวัตต 4 มาออกแบบกิจกรรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ (1) คุยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้,การฆ่าตัวตายป้องกันได้ (2) จิตใจดี ชีวิตมีสุข (3) สติดี ชีวิตมีสุข (4) สังคมดี ชีวิตมีสุข (5) คิดดี ชีวิตมีสุข (6) พุทฺธิดี ชีวิตมีสุข และ (7) ทำดี ชีวิตมีสุข ซึ่งแปลมาเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในปัจจุบันแบบปกติสุขที่ควรเป็น และนำไปปฏิบัติต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสุขเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง และเมื่อมีความสุขเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวัฒน์ ศรีเครือดง (2559). ศึกษาเรื่อง พุทธจิตวิทยานูรณาการ : แนวคิดและการสร้างตัวแบบเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในสังคมสังคมไทย พบว่า หลักพุทธธรรมที่ สามารถนำมาป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย คือ หลักธรรม อริยสัง 4 และ มรรคมีองค์ 8 เป็นองค์ประกอบหนึ่งใน 5 องค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างตัวแบบพุทธจิตวิทยานูรณาการในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นในสังคมไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูพิฑูรณคราภิรักษ์ (อนุชาติ นรินโท) และพระมหาสุเมธ สมมติโต (2563) ศึกษาเรื่องฆราวาสธรรม: การป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ พบว่า แนวทางป้องกัน/แก้ไขโดยประยุกต์ใช้หลักฆราวาสธรรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุเกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ ในรูปแบบของอริยสัง 4

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี อ้อแสงชัย, บรรพต ตันธีรวงศ์, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส (2562). ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของเยาวชนโดยพุทธสันติวิธี พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองตามหลักวิทยาการสมัยใหม่และหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท เป็นการนำทฤษฎีความตระหนักรู้แบบตะวันตกและหลักธรรมของพุทธแบบตะวันออกมาบูรณาการร่วมกัน โดยพุทธสันติวิธี เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ มี 4 กระบวนการ คือ 1. มีสติ 2. ควบคุมตนเอง 3. นำไปสู่ปัญญา 4. วิถีธรรม สู่วิถีสุข โดยมี สติปัญญา 4 อริยสัจ 4 พละ 5 เป็นฐาน สำหรับข้อค้นพบ คือ พละ 5 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของ เยาวชน ทำให้เกิดความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้การฆ่าตัวตายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดท์ถนัทร ภิญโยดมและพระครูสุธีศัมภีร์ญาณ (2565) ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาจิตตามแนวพุทธศาสนาเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดหนองคาย พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ใช้การแก้ไขแต่เพียงภายนอก ที่สำคัญคือการแก้ไขปัญหที่ภายในคือจิตใจ เพราะการคิดฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องของจิตใจของคนที่ฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่เคยผ่านการอบรมทางจิต ขาดการให้ความรู้ตามหลักคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้คนที่คิดฆ่าตัวตาย มีจิตใจที่อ่อนแอขาดสติปัญญาในการแก้ไขปัญหา ไม่พยายามหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากอะไร บางครั้งโทษบุคคลอื่นไม่หันกลับมามองตนเองแล้วหาสาเหตุของการเกิดปัญหา สอดคล้องกับพระมหาภคศิษฐ์มหาวิริโย และพระมหามิตร จิตปัญโญ (2560) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักภavana 4 จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตกับจิตตภาวนา หมายถึง การฝึกฝนอบรมจิตใจ ให้มีความมั่นคงเข้มแข็ง มีความไพบูลย์ด้วยคุณธรรมทั้งปวง ฝึกฝนให้มีความรักความเมตตาต่อสรรพสัตว์ทั้งหลาย พัฒนาจิตของตนให้มีความผ่อนคลายเบิกบาน ดำเนินชีวิตด้วยความสุขใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยภาณี, & นันทกรณ (2560) ศึกษาเรื่อง อัตวินิบาตกรรม: แนวทางแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในสังคมไทยตามหลักพุทธจริยธรรม พบว่า แนวทางการแก้ปัญหการฆ่าตัวตาย ควรใช้หลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งได้แก่การนำ 8 มรรควิธี ตามหลักอริยสัจ 4 มาบูรณาการร่วมกับหลักการทางการแพทย์อย่างเป็นกระบวนการ โดยเริ่มจากการสร้างสัมมาทิฐิ คือการปรับทัศนคติให้ถูกต้อง ซึ่งคือการสร้างวัคซีนป้องกันโรคฆ่าตัวตาย เพราะคนที่มีสัมมาทิฐิ เป็นภูมิคุ้มกันจิตจะไม่คิดในทางลบต่อชีวิต เปรียบเหมือนการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพจิตร พุทธรอด,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงจะมี ภาวะซึมเศร้าต่ำ

ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นมามีประสิทธิภาพในการใช้เป็นแนวทาง การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอย่างดี อีกทั้งผลประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบที่สร้างขึ้น อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องการสร้างความสุข ลดความทุกข์ จากแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ นักจิตวิทยา และทางด้านสาธารณสุขที่ผู้วิจัยนำ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นไปนำเสนอ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นที่เกี่ยวกับความครอบคลุมสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบ รวมทั้งกระบวนการในรูปแบบ ซึ่งผลประเมินพบว่า มีคุณภาพระดับดี

สรุปผลการวิจัย

งานนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพกายดีอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพจิตดี อยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนปัจจัยปกป้องด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับของความคิดเห็นต่อการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ มีความสุข และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อริยสัจ 4 ตามแนวทางจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสมในการนำมาสร้างรูปแบบ

2. การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและการประเมินผล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรม คูยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้, การฆ่าตัวตายป้องกันได้

ขั้นที่ 2 การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์ และความรู้สึกตนเอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรม จิตใจดีชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 3 กิจกรรม สติดีชีวิมีความสุข

ขั้นที่ 3 การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย คือการลดทุกข์-เพิ่มสุขและแนวทางการลดทุกข์-เพิ่มสุข

ครั้งที่ 4 กิจกรรม ลังคมดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 5 กิจกรรม คิดดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 6 กิจกรรม พุดดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 7 กิจกรรม ทำดี ชีวิมีความสุข

2.2 การตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ผลการแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบ จากผู้เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับดี

3. การทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยของความทุกข์ กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้น อยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1. ด้านนโยบาย เป็นส่วนประกอบในการกำหนดแผน หรือนโยบายในการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2. ด้านการปฏิบัติ จัดทำเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ (CPG) ของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้ในการให้บริการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลับแล และสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปประยุกต์ใช้ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลระยะยาวโดยวัดซ้ำหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม 3,6,9,12 เดือน และวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายด้วยสถิติขั้นสูง เพื่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพิ่มเติมจากการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ตามแนวคิด “การสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาด้านสาธารณสุข” ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2020) เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไป และยังสามารถนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ เช่น ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ วัยทำงาน เป็นต้น

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 1/2566.1.20 เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2566

 38**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients****กิตติกรรมประกาศ**

การจัดทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษา ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยฉบับนี้ และแพทย์หญิงเนตรนา ภมระภา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีสิน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพากท่า คุณหยกฟ้า เพ็งเลีย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 คุณศศิวิมล ชมชื่น นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา เรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาและขอขอบคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ปัญหาความสัมพันธ์-เศรษฐกิจ-โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30143>
- ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล. (2552). จิตวิทยาแนวพุทธ: แนวทางเพื่อการเยียวยา และพัฒนาจิตใจมนุษย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 118-208
- ฐานียา สุทะปา,จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรการ,ปทานนท์ ขวัญสนิท (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม การฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 7(1), 118-132.
- ณัฐวุฒิ เผ่าทวี (2566). ฆ่าตัวตาย...ป้องกันได้ ทำความรู้จักทฤษฎี Coupling สู่มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก <https://thestandard.co/coupling-theory/>
- ธรณินทร์ กองสุข.เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง เขตสุขภาพที่ 2.9-10 มิถุนายน 2565
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 32(1):75-88.

- นรินทร์ชิตา คีลประชาวงศ์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดอง และวิชชุดา ลูติโชติรัตน์. (2565). โมเดลสมการโครงสร้างพลังศักยภาพแห่งตนในการส่งเสริมพลังความคิดเชิงบวกตามแนวพุทธจิตวิทยาของพนักงานธุรกิจยานยนต์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*. 8(3), 553-569.
- ประมวล ตรียกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารโรงพยาบาลแพร่*, 28(2), 76-89.
- ปรารถนา คำมีสินนท์ และคณะ. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. *วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย* 25-40 สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JSPT/issue/view/17062>
- ปรียพร วิชาลบุรณ์, สุรัสมิ รอดมณี, เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช, เบญญาภา ทนต์ประเสริฐเวช. (2565). จิตบำบัดตามแนวพุทธจิต: บทวิเคราะห์ในมิติทางการแพทย์. *Journal of Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences*, 6(1), 120-140.
- พระครูพิฑูรณคาริการักษ์ (อนุชาติ นรินโท), พระมหาสุเมธ สมชาติโต. (2563). ฆราวาสธรรม: การป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุเกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์. *วารสารวิจัยวิชาการ*, 4(3), 255-268.
- พระมหาอินทร์วงศ์ อีสสุภาณี, พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ และจันทร์สมิ์ ตาบุลึง. (2562). การศึกษาแนวคิดกระบวนการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา (Doctoral dissertation, สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย). 5(2), 15-25
- พระอนันตชัย อภินนโท (ชนโพธิ์ น้อย). (2019). แนวคิดและทฤษฎีการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา. *วารสารพุทธจิตวิทยา*, 4(2), 23-35.
- ไพจิตร พุทธรอด, มยุรี ลัคนาคีโรรัตน์. (2022). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 1-13.
- โรงพยาบาลลับแล กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ประจำปี 2565. *อุตรดิตถ์: กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลับแล*.
- วรวิมล พัฒนาโกครัตนา (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นโรค ซึมเศร้าโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Region 11 Medical Journal*, 35(1).

- คิวพร มหาทำนุโชค, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2016). 2662 รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายสำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดลำพูน (Doctoral dissertation, NU). ศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2565). สรุปข้อมูลผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตปี พ.ศ.2560-2564. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565, จาก <https://www.suicidethai.com/report/download/dl.asp?id=21>
- สายรุ้ง จันทรเส็ง. (2566). การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ (PROCEEDINGS) วันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2566 การแพทย์แผนไทยและสาธารณสุขวิจัย การประชุมวิชาการระดับชาติ (ครั้งที่ 4), 84-100.
- สายรุ้ง จันทรเส็ง. (2567). การส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแลจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ครั้งที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2567. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, 364-377
- สิริวัฒน์ ศรีเครือดง. (2559). พุทธจิตวิทยาบูรณาการ : แนวคิดและการสร้างตัวแบบเพื่อลด อัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในสังคมไทย. *Journal of MCU Social Science Review*. (5)3, 15-28
- สุวรรณิ อ้อแสงชัย, บรรพต ต้นธีรวงศ์, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส (2562).รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของเยาวชนโดยพุทธสันติวิธี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 7(sup),154-167.
- โสภา ตั้งทิฆกุล,วิธนา จีระแพทย์, & เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2017). ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้ เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1),133-148.
- อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำ เนิด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35, 1-14.
- อภิชัย มงคลและคณะ.(2560). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย ของประเทศไทย 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด.สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565, จาก <https://www.suicidethai.com/report/>
- Boonda, P. (2021). Main Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study. *New Frontiers in Medicine and Medical Research*, Vol. 14, 80–86. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/4289F>
- Boonda, P. (2021). Techniques of Writing Chapter 1 for Research and Development in Public Health. *New Frontiers in Medicine and Medical Research Vol. 14*, 65–79. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/3839F>

- Boonda, P. (2020). A Technique of Modeling in Public Health Research and Development. *World Journal of Public Health*, 5(4), 89-98. doi: 10.11648/j.wjph.20200504.13.
- Boonda, P. (2019). Process of Research and Development in Public Health. *International Journal of Clinical Case Studies & Reports*, 2(1), 61-65.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Processes Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398059, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Phrases Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398060, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *Teaching in doing a research and development theme of public health administration subject*. Copyrights: Request for information No.398061, Issued on: Oct. 18, 2021.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Karch, D. L., Logan, J., & Patel, N. (2011). Surveillance for violent deaths—National violent death reporting system, 16 states, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 60(10), 1-49.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 83-88.
- Lin,J.,Su,Y.,Lv,X.,Liu,Q.,Wang,G.,Wei,J.,Si,T. (2020). Perceived stressfulness mediates the effects of subjective social support and negative coping style on suicide risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 265, 32-38.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG).(2003)
https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/20DBC4601FB0F4DEC C257136007F817C/%24file/NZGG_Annual_Report_04_05.pdf
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4): 719-727.
- World Health Organization. (2018). Suicide rates per (100,000 population). from http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/

**Result of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care
Process in the Outpatient Department : A Case Study
of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province**Rungarun Inlongpol ¹*¹ Phrompiram Hospital, Phitsanulok Provincial Public Health Office, Thailand
65150, Thailand* Corresponding author E-mail: rungarun60940@gmail.com**ARTICLE INFO****Article history:***- Received 15 September
2023**- Revised 31 March 2024**- Accepted 2 November
2024***Keywords:***Pulmonary tuberculosis
patients, Pulmonary
tuberculosis patient care,
Pulmonary tuberculosis
patient care process in
outpatient department***ABSTRACT****Background:** Tuberculosis remains a major global public health problem. Lack of adherence to medication, the occurrence of adverse drug reactions, lack of home visits, and limitations in coordination among multidisciplinary teams all affect the success rate of tuberculosis treatment and the quality of life of patients. Appropriate care guidelines for the local context will lead to increased treatment success rates, reduced drug discontinuation, and improved quality of life for tuberculosis patients.**Aims:** This research study has the main objective to develop the pulmonary tuberculosis care process in the outpatient department of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province, and the sub-objectives are: 1) To study the situation, problems, and concepts of care for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital. 2) To create and examine the components of the process for caring for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital. 3) To experiment and study the results of the trial of the process for caring for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital, and 4) to assess the cost and satisfaction of stakeholders towards the care process for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital.**Methods:** It is a research and development consisting of 4 steps: (1) study of the situation, problems, and concepts of care for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital. (2) Creation and examination of the components of the care process for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital using survey factor analysis statistics. (3) Trial and study of the results of the trial of the care process for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital, and (4) Assessment of stakeholder satisfaction with the care process for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phrompiram Hospital.

Step 1: Study of data from 240 new and recurrent pulmonary tuberculosis patients over a 3-year period. Step 2: Survey study by collecting data from a sample group of 67 related personnel and 5 experts. The tools used were factor analysis form and opinion assessment form according to process components. Step 3: The sample group used in the experimental phase of the research was 6 new pulmonary tuberculosis patients who received services at the tuberculosis clinic of Phrompiram Hospital. Purposive sampling was used to organize activities according to the care process for the experimental group as follows: 1) Before the experiment, there was a preparation meeting.

 43**Result of
Pulmonary
Tuberculosis
Patients Care
Process in the
Outpatient
Department****ABSTRACT**

2) During the experiment, the experimental group activities began with a program for the care process for 6 patients with pulmonary tuberculosis, for a total of 6 months. Received self-management care process by nurses with the outpatient department's pulmonary tuberculosis patient care process, which the researcher created with 5 steps, including: (1) Data collection, (2) Data processing and evaluation, (3) Persuasion/relationship building/decision making. (4) Goal setting/implementation, in terms of action or practice (Action), patients take action, self-management skills, health education (Health education), in terms of self-management behavior in patients with pulmonary tuberculosis, and (5) reflection of results. 3) After the experiment, summarize the results of the experiment and analyze the data. Step 4: Sample group of 6 pulmonary tuberculosis patients and 6 staff members who work in the care of tuberculosis clinic patients. The research instruments used in steps 1-4 were: (1) data recording form, (2) process evaluation form, (3) process component analysis questionnaire, and (4) satisfaction evaluation form. The experimental tool was a manual for the outpatient care process for pulmonary tuberculosis patients. Data were analyzed in steps 1-4 using content analysis, documents, percentages, means, standard deviations, and exploratory factor analysis (EFA).

Results: The results of the trial and study of the process for caring for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department of Phromphiram Hospital found that 1) Knowledge in patients, the mean score of knowledge about pulmonary tuberculosis (93.33%) was significantly higher than before the intervention (54.44%) and above the standard criteria (80%), with a statistically significant p-value of 0.0031. 2) Behavior After the experiment, the mean percentage of self-care behavior scores was significantly higher than before the experiment (84.37%) and above the standard criteria (80%). 3) Efficacy of pulmonary tuberculosis treatment. After the trial, the experimental group had a 100% success rate of treatment with negative sputum smears at least twice during the treatment period. Sputum smear results must be negative in the last month of treatment 100%, patients received the medication for the prescribed period of 6-8 months 83.33%, Come for regular follow-up treatment appointments 100%, take medication continuously and correctly 100%, cough reduced or disappeared 100%, no fever 100%, weight gain 100%, fatigue improved 100%, chest radiographic changes improved 100%. 4) Satisfaction assessment results found that, it was at the highest level. And the evaluation results of the satisfaction assessment of stakeholders towards the process of caring for pulmonary tuberculosis patients in the outpatient department: a case study of Phromphiram Hospital, Phitsanulok Province, from the patient care team, 6 people, had the highest level of satisfaction.

Conclusion: The research results show that the developed outpatient pulmonary tuberculosis patient care process is appropriate in terms of content and process and can be used as a guideline. (CPG), A care plan can be applied effectively in the care of pulmonary tuberculosis patients to achieve successful treatment of the patients.

44

ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก :
ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงาน
ผู้ป่วยนอก

ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

รุ่งอรุณ อินลองพล ^{1*}

¹ โรงพยาบาลพรหมพิราม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ประเทศไทย 65150

* Corresponding author E-mail: rungarun60940@gmail.com

ข้อมูลบทความ	บทคัดย่อ
ประวัติบทความ - รับ 15 กันยายน 2566 - แก้ไข 31 มีนาคม 2567 - ตอกรับ 2 พฤศจิกายน 2567	ความเป็นมา วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก การขาดความต่อเนื่องในการรักษาการรับประทานยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน และข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ล้วนส่งผลกระทบต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย แนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ จะนำไปสู่การเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา ลดการขาดยา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรค
คำสำคัญ: ผู้ป่วยวัณโรคปอด, การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด, กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก	วัตถุประสงค์การวิจัย การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนากระบวนการดูแลวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก และวัตถุประสงค์ย่อย คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม 2) เพื่อสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม 3) เพื่อทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม และ 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม
	วิธีการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนาประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม (2) การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิรามด้วยสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (3) การทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม และ (4) การประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม ขั้นตอนที่ 1 ได้ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ย้อนหลัง 3 ปี จำนวน 240 คน ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาเชิงสำรวจ โดยทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 67 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของกระบวนการ ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในขั้นตอนการทดลอง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มาใช้บริการในคลินิกวัณโรค ของโรงพยาบาลพรหมพิราม จำนวน 6 คน

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

45

ผลของกระบวนการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงาน
ผู้ป่วยนอก

การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sample) มีการจัดกิจกรรมตามกระบวนการดูแลให้กับกลุ่มทดลอง ดังนี้ 1) ก่อนทดลอง ประชุมเตรียมการ 2) ระหว่างทดลอง กิจกรรมกลุ่มทดลอง เริ่มโปรแกรมกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งหมด 6 คน ระยะเวลา ทั้งหมด 6 เดือน ได้รับกระบวนการดูแลการจัดการตนเองโดยพยาบาล ด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (3) การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ ด้านการลงมือกระทำ หรือปฏิบัติ (Action) ผู้ป่วยลงมือปฏิบัติ ทักษะการจัดการตนเอง, การให้สุศึกษา(Health education) ด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอด และ (5) การสะท้อนผล 3) หลังทดลองสรุปผลการทดลอง และวิเคราะห์ข้อมูล ขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยวัณโรคปอด ทั้งหมด 6 คน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยคลินิกวัณโรค 6 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยขั้นตอน 1-4 ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูล (2) แบบประเมินกระบวนการ (3) แบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบกระบวนการ (4) แบบประเมินความพึงพอใจ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือคู่มือการใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลขั้นตอน 1-4 โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา เอกสาร ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis; EFA)

ผลการวิจัย พบว่า

1) ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหาและแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหา พบว่าระบาดวิทยาของวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

Agent (เชื้อ/สาเหตุ)

Mycobacterium tuberculosis เมื่อเชื้อ M. tuberculosis เข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ จะไปถึงถุงลมปอด (alveoli) และถูกจับกินโดยเซลล์แมโครฟาจ (macrophages) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรค แต่เชื้อวัณโรคมีความสามารถพิเศษที่จะอยู่รอดและเพิ่ม

จำนวนภายในแมโครฟาจได้ (Pai et al., 2016) เมื่อเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้น จะเกิดการอักเสบเฉพาะที่ที่เรียกว่า "primary complex" หรือ "Ghon complex" ทำให้เกิด รอยโรคที่ปอด การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อที่เชื่อมระหว่างรอยโรคและต่อมน้ำเหลือง

Host (นำพาไปติดเชื้อ)

1.โรคร่วม ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น การติดเชื้อ HIV, การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน, โรคเบาหวาน, โรคปอดเรื้อรัง เช่น silicosis, COPD, โรคไตวายเรื้อรัง, ติดเชื้อวัณโรคในระยะ 2 ปีแรก, ภาวะทุพโภชนาการ

2.อายุน้อยกว่า 5 ปี หรือมากกว่า 65 ปี

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

3.ความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์

Environment (เอื้อต่อการติดเชื้อ)

มาตรฐานการรักษา ครอบคลุม เศรษฐกิจ สังคม การสื่อสารทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาแนวคิด พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาผสมผสานเพื่อเป็นฐานในการออกแบบ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย

(1) ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบของบันดูรา (Bandura, 1997) และ

(2) ทฤษฎีการจัดการตนเองและการตัดสินใจของของแครียร์ (Creer, 2000)

2) ผลการสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

ส่วนที่ 1 ผลการสร้างองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ

- 1) หลักการ
- 2) วัตถุประสงค์
- 3) เนื้อหา
- 4) กระบวนการ และ
- 5) การประเมินผล

โดยในส่วนองค์ประกอบกระบวนการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อย คือ

- (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล
- (3) การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ
- (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ และ
- (5) การสะท้อนผล

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ผลการตรวจสอบคุณภาพกระบวนการ โดย

- (1) ผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับดี
- (2) สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis; EFA) พบว่า มีค่า KMO มีค่าเท่ากับ 0.894 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั้งหมดและตัวแปรต่างๆ นั้น มีความสัมพันธ์กันดีมากสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยได้และจากค่า Bartlett's Test (Asymptotic Significance = .000) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ทั้ง 26 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ได้

47

Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department

3) ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม พบว่า

3.1) ความรู้

ในผู้ป่วย มีร้อยละคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรควัณโรคปอด (93.33%) สูงกว่าก่อนการทดลอง (54.44%) และสูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $p\text{-value} = 0.0031$

3.2) พฤติกรรม

ภายหลังการทดลอง มีร้อยละคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง (84.37%) และสูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญ

3.3) ประสิทธิภาพความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด

ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีร้อยละความสำเร็จของการรักษา ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการรักษา ร้อยละ 100 ต้องมีผลเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้ายของการรักษา ร้อยละ 100 ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน ร้อยละ 83.33 มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด 100%, รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง ร้อยละ 100 อาการไอลดลงหรือหายไป ร้อยละ 100 ไม่มีไข้ ร้อยละ 100 น้ำหนักเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 ความอ่อนเพลียดีขึ้น ร้อยละ 100 พบการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอกที่ดีขึ้น ร้อยละ 100

4) ผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จากกลุ่มตัวอย่าง โดยประเมินจากกลุ่มทดลอง จำนวน 6 ราย พบว่า ระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และผลการประเมินที่การประเมินความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

จากทีมผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 6 ราย มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

สรุป จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงานนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแผนการดูแล และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการรักษาโรคของผู้ป่วย

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 10.6 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากวัณโรคประมาณ 1.3 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization [WHO], 2023) สำหรับประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานไว้ว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำจำนวน 87,469 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 131.68 ต่อประชากรแสนคน (กองวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งนับว่ายังห่างไกลจากเป้าหมาย ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติเพื่อการยุติวัณโรค พ.ศ. 2564-2568 ที่ต้องการลดอัตราอุบัติการณ์ของวัณโรค ให้ต่ำกว่า 10 ต่อประชากรแสนคนภายในปีพ.ศ.2578 (กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จังหวัดพิษณุโลกเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีอัตราการพบผู้ป่วยวัณโรคสูงในภาคเหนือตอนล่าง โดยจากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกพบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีอัตราป่วยวัณโรค 142.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2565) เมื่อพิจารณาในระดับอำเภอ พบว่าอำเภอพรหมพิรามมีอัตราป่วยด้วยวัณโรค 138.2 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการรักษาสำเร็จ (Treatment Success Rate) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เพียงร้อยละ 82.5 (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2565) ซึ่งยังไม่บรรลุเป้าหมายของแผนงานวัณโรคแห่งชาติที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 90 (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2564) การรักษาวัณโรคมีความซับซ้อนและต้องใช้ระยะเวลา ซึ่งมักส่งผลให้เกิดปัญหาการรักษา ไม่ต่อเนื่องและการขาดยา ดารานี การจูนสี (2565) พบว่าความสำคัญของการจัดการกับเชื้อวัณโรค คือการ ให้การรักษาที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถคาดหวังการหายจากโรคได้อย่างสูงมากซึ่งการรักษาด้วยกระบวนการ DOTS นั้น เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการรักษา และการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น

โรงพยาบาลพรหมพิราม อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 50 เตียง ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ปัญหาสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่คลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพรหมพิราม ได้แก่ การขาดความต่อเนื่องในการรักษา การรับประทานยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน และข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ (โรงพยาบาลพรหมพิราม, 2566) เหล่านี้ล้วนส่งผลต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาวัณโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพรหมพิราม เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และนำไปสู่การเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษา ลดการขาดยา และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

 49

ผลของกระบวนการดูแล

ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงาน

ผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Research and development in Public Health) 4 ขั้นตอนหลักของ พงศ์พิชญ์ บุญดา เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดขอบเขตการวิจัย (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 p. 61-65; Boonda P., 2021 p.65-79; Boonda P., 2021 p.80-86) โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม

3.2 เพื่อสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม

3.3 เพื่อทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม และ

3.4 เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

1.การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่อง ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ใช้ขั้นตอนหลักการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบ ใช้แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98) ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีการใช้คำว่า “ขั้นตอน” ที่สอดคล้องกับขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

2.แนวคิดทฤษฎีที่ใช้**2.1 ทฤษฎีการจัดการตนเองและการตัดสินใจของ Creer**

ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) ของ Creer เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดซึ่งเป็นโรคที่ต้องการการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน (Creer, 2000) ทฤษฎีนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1976 โดย Thomas L. Creer ซึ่งเน้นความสำคัญของการที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการดูแลสุขภาพของตนเอง

2.1.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการจัดการตนเอง

ตามแนวคิดของ Creer การจัดการตนเอง (Self-Management) หมายถึง กระบวนการที่บุคคลมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการเฝ้าระวัง

อาการของโรค การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรค (Creer & Holroyd, 2006) โดยผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการจัดการกับโรคของตนเอง

2.1.2 องค์ประกอบของการจัดการตนเอง

Creer (2000) ได้เสนอองค์ประกอบสำคัญของการจัดการตนเอง 5 ประการ ได้แก่

- 1) การตั้งเป้าหมาย (Goal Setting): ผู้ป่วยต้องสามารถกำหนดเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดได้ และเป็นไปได้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง
- 2) การรวบรวมข้อมูล (Information Collection): ผู้ป่วยต้องสามารถสังเกตและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค การตอบสนองต่อการรักษา และปัจจัยกระตุ้นต่างๆ
- 3) การประมวลผลและการประเมินข้อมูล (Information Processing and Evaluation): ผู้ป่วยต้องสามารถวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้เพื่อระบุรูปแบบและความสัมพันธ์ต่างๆ
- 4) การตัดสินใจ (Decision Making): ผู้ป่วยต้องสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และการดูแลตนเองบนพื้นฐานของข้อมูลที่มี
- 5) การดำเนินการ (Action): ผู้ป่วยต้องสามารถนำการตัดสินใจไปปฏิบัติและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความจำเป็น

2.2 ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบของ Bandura

ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) หรือทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกต หรือการเลียนแบบ (Observational Learning Theory) ของ Albert Bandura เป็นทฤษฎีที่อธิบายว่าบุคคลสามารถเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ผ่านการสังเกตและการเลียนแบบบุคคลอื่น (Bandura, 1977) ทฤษฎีนี้มีความสำคัญในการอธิบายกระบวนการเรียนรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยวัณโรคปอด

2.2.1 แนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกต

Bandura (1986) เสนอว่า การเรียนรู้ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะจากประสบการณ์ตรงเท่านั้น แต่ยังสามารถเกิดขึ้นผ่านการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นและผลลัพธ์ของพฤติกรรมนั้น กระบวนการนี้เรียกว่า "การเรียนรู้โดยการสังเกต" (Observational Learning) หรือ "การเรียนรู้โดยตัวแบบ" (Modeling)

2.2.2 กระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกต

Bandura (1986) ได้อธิบายกระบวนการเรียนรู้โดยการสังเกตว่าประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

- 1) กระบวนการตั้งใจ (Attention Process): บุคคลต้องให้ความสนใจกับพฤติกรรมของตัวแบบก่อนที่จะสามารถเรียนรู้ได้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจรวมถึงลักษณะของตัวแบบ (เช่น ความคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ความมีชื่อเสียง) และลักษณะของพฤติกรรม (เช่น ความซับซ้อน ความน่าสนใจ)

51**Result of
Pulmonary
Tuberculosis
Patients Care
Process in the
Outpatient
Department**

2) กระบวนการจดจำ (Retention Process) บุคคลต้องสามารถจดจำพฤติกรรมที่สังเกตเห็นได้ การเข้ารหัสข้อมูลในรูปแบบภาพหรือคำพูด และการทบทวนข้อมูลช่วยเพิ่มความสามารถในการจดจำ

3) กระบวนการแสดงออก (Reproduction Process): บุคคลต้องสามารถแปลงการเรียนรู้ที่จดจำได้เป็นการกระทำหรือพฤติกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถทางร่างกายและทักษะที่มีอยู่

4) กระบวนการจูงใจ (Motivation Process) บุคคลต้องมีแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้ซึ่งอาจมาจากรางวัลภายนอก การให้รางวัลตนเอง หรือการเห็นบุคคลอื่นได้รับรางวัลจากการแสดงพฤติกรรมนั้น (การเสริมแรงโดยการสังเกต)

2.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy)

แนวคิดที่สำคัญอีกประการหนึ่งในทฤษฎีของ Bandura คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งหมายถึง ความเชื่อของบุคคลในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ (Bandura, 1997) การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกกิจกรรม ความพยายาม ความอดทนต่ออุปสรรค และความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรม

Bandura (1997) ได้เสนอแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถของตนเอง 4 ประการ ได้แก่

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences): การที่บุคคลประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจะเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นในอนาคต

2) การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experiences): การสังเกตบุคคลอื่นที่คล้ายคลึงกับตนเองประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมจะเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

3) การชักจูงทางสังคม (Social Persuasion) การได้รับการกระตุ้นและการสนับสนุนจากบุคคลอื่นสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

4) สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ (Physiological and Emotional States): สภาวะทางร่างกายและอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล หรือความเหนื่อยล้า สามารถส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎี

1.แนวคิดการวิจัยและ
พัฒนาทางด้าน
สาธารณสุข (Boonda P.,
2018; Boonda P., 2019;
Boonda P., 2019 pp.61-
65; Boonda P., 2021 pp
65-79; Boonda P., 2021
pp 80-86) แนวคิดการ
สร้างโมเดลในงานวิจัย
และพัฒนาทางด้าน
สาธารณสุข (Boonda P.,
2020 pp 89-98)
2.ทฤษฎีการจัดการตนเอง
และการตัดสินใจ (Creer.,
1985; 2005; 2008)
3.ทฤษฎีการเรียนรู้โดย
การสังเกตหรือการ
เลียนแบบ (Bundura,
1991)
4.แนวทางเวชปฏิบัติโรค
วัณโรค (กองวัณโรค
,2566)

ตัวแปรต้น

กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ
โรคปอดส่วนงานผู้ป่วย
นอก: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลพรหมพิราม
จังหวัดพิษณุโลก
1. หลักการ
2. วัตถุประสงค์
3. เนื้อหา
4. กระบวนการ
ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน
ได้แก่
1) การเก็บรวบรวมข้อมูล
2) การประมวลผลและ
ประเมินข้อมูล
3) การพูดคุย/ การสร้าง
สัมพันธภาพ/การตัดสินใจ
4) การตั้งเป้าหมาย/การลง
มือปฏิบัติ
5) การสะท้อนผล
5. การวัดและประเมินผล
- ความรู้
- ทักษะ
- ระดับพหุวิสัยภาพ

ตัวแปรตาม

ผลของกระบวนการ
ดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
ส่วนงานผู้ป่วยนอก:
กรณีศึกษาโรงพยาบาล
พรหมพิราม
จังหวัดพิษณุโลก
- ความรู้
- ทักษะ
- ระดับพหุวิสัยภาพ



ความพึงพอใจของผู้ป่วย
และญาติที่ได้รับการดูแล
ตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วย
นอก

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

 53**ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก****วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยเรื่อง “ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษา โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก” ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้ใช้ หลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขตามแนวคิดของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 2) การสร้างและตรวจสอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] 3) การทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง : ข้อมูลระดับทุติยภูมิ จากสรุปผลงานประจำปี 2566 จากงานวิจัย 5 ปี ย้อนหลัง ทีมสหวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
2. เครื่องมือ: คือ แบบบันทึกข้อมูล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและมาตรฐานแนวทางการป้องกันโรค และจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. การดำเนินการ
 - 3.1. ค้นหาข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.2. นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สร้างขึ้น
4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินงานโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้: เป็นสถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ฯลฯ
7. ระยะเวลา 2566 - 2567

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

**ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษา
โรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก**

1. แหล่งข้อมูล คือ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดจากห้องสมุด Internet ฯลฯ
2. เครื่องมือ คือ แบบบันทึกข้อมูลสำหรับแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดจากห้องสมุด Internet ฯลฯ
3. การดำเนินการ
 - 3.1. ค้นหาข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 3.2. นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สร้างขึ้น
4. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด พิษณุโลก ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินงานโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้ จากการวิจัยจะนำเสนอโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและใช้สถิติที่ใช้ เป็นสถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
7. ระยะเวลา 2566 - 2567

**ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด
ส่วนงานผู้ป่วยนอก** โดยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน โดยใช้แนวคิดการ
สร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda P., 2020
pp 89-98) คือ

ส่วนที่ 1 สร้างองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

- ขั้นที่ 1 กรายร่างกระบวนการการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย
5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การ
วัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการ ข้อ 4 ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อยคือ (1) การเก็บ
รวบรวมข้อมูล (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (3) การพูดชักจูง/ การสร้างสัมพันธภาพ/
การตัดสินใจ (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ และ (5) การสะท้อนผล
1. แหล่งข้อมูล เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก
ขั้นตอนที่ 1
 2. เครื่องมือ คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วน
งานผู้ป่วยนอก

55**Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department**

3. การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทบทวนทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก นำมารวบรวมสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆเพื่อหาองค์ประกอบที่มีความถี่สอดคล้องกัน และมีคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป นำมาประเมินความสอดคล้องซึ่งตรงกับองค์ประกอบหรือขั้นตอนทฤษฎี จึงนำมาสร้าง (ร่าง) กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

4. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content Analysis) และการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ได้แก่ การจัดประเภทของข้อมูล

5. ระยะเวลาดำเนินการ 2566 - พ2567

ขั้นที่ 2 จัดทำเอกสารประกอบรูปแบบ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก จำนวน 1 ฉบับ เพื่อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

1. โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1. แหล่งข้อมูล (ร่าง) องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) 2 ท่าน และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและพัฒนา 1 ท่าน

1.2. เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิรามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3. การดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานและจัดทำหนังสือเพื่อขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบประเมินความคิดเห็นต่อ(ร่าง) องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิรามจากผู้ทรงคุณวุฒิ และนำผลการประเมินประกอบกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้

1.4. การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ของความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 มากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป จึงสรุปได้ว่าเครื่องมือชุดนั้นมีคุณภาพดี

1.5. ระยะเวลาดำเนินการ 2566 - 2567

2. โดยการวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบเชิงสำรวจ

2.1. แหล่งข้อมูล ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1.1. ประชากร บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 1) แพทย์ 2) พยาบาล 3) เภสัชกร และ 4) นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 230 คน

2.1.2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้ประชากรทั้งหมด 230 คน เก็บข้อมูลได้ 67 คน (คิดเป็นร้อยละ 29.13) อยู่ในระดับน้อยมาก-น้อย สอดคล้องกับแนวคิดของ Comrey and Lee (1992) ที่ระบุว่า ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิเคราะห์แบบจำลองสมการโครงสร้าง คือ กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย (ระดับน้อยมาก) กลุ่มตัวอย่าง 100 ราย (ระดับน้อย) กลุ่มตัวอย่าง 200 ราย (ระดับเพียงพอ) กลุ่มตัวอย่าง 300 ราย (ระดับดี) กลุ่มตัวอย่าง 500 ราย (ระดับดีมาก) และกลุ่มตัวอย่าง 1,000 ตัวอย่าง (ระดับดีที่สุด) สอดคล้องกับแนวคิดของ Hair Jr., J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2009) ที่ระบุว่า กรณี $n < 80$ ให้เปิดตารางนัยสำคัญของค่าสหสัมพันธ์ r รายงานเรื่องนี้ใช้ Suppress small coefficients .68

2.2. เครื่องมือ: คือ แบบสอบถามการวิเคราะห์หึ่งค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอก ที่ได้จากข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.1. การสร้าง นำสาระและรายละเอียดจากการทบทวนวรรณกรรมและมาตรฐานแนวทางการป้องกันโรคและจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2.2. การตรวจสอบคุณภาพ โดยการส่งเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบจำนวน 3 คน นายแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2 คน และ นายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน 1 คน

2.3. การดำเนินการ

2.3.1. ค้นหาข้อมูลระดับทุติยภูมิจาก เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.2. นำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1 ตามแบบฟอร์มที่สร้างขึ้น

2.4. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการโดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล

2.5. การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบสอบถาม

2.5.1. เก็บข้อมูลผ่าน Google form

2.5.2. ดาวน์โหลดข้อมูลจาก Google sheet เพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2.6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้: การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis; EFA)

2.7. ระยะเวลา 2566 - 2567

ขั้นตอนที่ 3 การทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แหล่งข้อมูล

1.1. ประชากร ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควัณโรคปอดรายใหม่ที่เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพรหมพิราม ในปี 2567

1.2. กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพรหมพิรามตั้งแต่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก การสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ลักษณะ ของกลุ่มที่เลือกเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย รวมถึงเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเฉพาะในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยสามารถคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ดุลพินิจของผู้วิจัยในการกำหนดจำนวนที่จะมาเป็นสมาชิกในการทดลอง

1.3. แบบการทดลองเป็น Case Study Design

1.4. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ามาในงานวิจัย (inclusion criteria)

1.4.1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรควัณโรคปอด และขึ้นทะเบียนรักษาที่คลินิกวัณโรค รพ.พรหมพิราม

1.4.2. สามารถอ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะ สามารถติดต่อสื่อสารได้ดี

1.4.3. ให้ความร่วมมือในการศึกษาอย่างต่อเนื่องและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ ประเมินจากการทดลองใช้แอปพลิเคชันไลน์ เมื่อทำการให้ข้อมูลการเข้าร่วมการวิจัย โดยจะต้องมีทักษะตามการประเมินทุกข้อ นี้ 1) อ่านข้อความไลน์ได้ 2) ส่งข้อมูลการรับทราบยาได้ 3) สอบถามข้อมูลในไลน์ได้

1.5. เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจางานวิจัย (Exclusion criteria)

1.5.1. มีเหตุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องระหว่างดำเนินการทดลองโดยเหตุปัจจัย เช่น ย้ายถิ่นฐานเป็นโรคติดต่อร้ายแรง

- 1.5.2. ถอนตัวออกจากกิจกรรม
2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่
 - 2.1. เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย
 - 2.1.1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง แบบบันทึกแฟ้มประวัติการมารับการรักษา ทั้งระบบเอกสารและอิเล็กทรอนิกส์
 - 2.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง
 - 2.2.1. แผ่นพับ ชุดกิจกรรมความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด
 - 2.2.2. แนวทางการดูแลตนเองผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย สาเหตุการเกิดโรค อาการ การดูแลรักษา แบบสอบถามการวิเคราะห์องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอก
 - 2.3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน
 - 2.3.1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้และทักษะพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องของวัณโรคปอด ก่อนและหลังให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
 - 2.3.2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด แบบประเมินพยาโรศภาพและอาการของผู้ป่วยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคปอดและเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด
 - 2.3.3. เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามการทดลอง ประกอบด้วย แฟ้มประวัติ และข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลอาการในการมาตรวจรักษาตามนัดของผู้ป่วย
 3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยโครงการวิจัยได้พิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 5/2566.1.51 และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทั้งวาจา พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการ วิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ
 4. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม และทำการประเมิน (Formative Evaluation) โดยมีรายละเอียดดังนี้
 - 4.1. ก่อนทดลอง เตรียมเครื่องมือ แบบบันทึก ค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มาับการรักษา

59**Result of Pulmonary
Tuberculosis
Patients Care
Process in the
Outpatient
Department**

4.2. ระหว่างทดลอง กิจกรรมกลุ่มทดลอง กิจกรรมกลุ่มทดลอง เริ่มดำเนินการตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรควัณโรคปอด โดยศึกษาแบบ Study design โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน ระยะเวลา ทั้งหมด 6-8 เดือน กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลการจัดการตนเองโดยพยาบาล ด้วยกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (3) การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ และ (5) การสะท้อนผล

4.2.1. ครั้งที่ 1 ดำเนินการวิจัยในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการและได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดครั้งแรกซึ่งแรงวัตถุประสงค์ให้กับผู้ป่วยทราบ การสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย เตรียมความพร้อม ด้านการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมาย ได้แก่การสัมภาษณ์ การสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อสื่อสารในด้านของการเก็บรวบรวมข้อมูล (Information collection) ด้านการประมวลผลและประเมินข้อมูล (Information) ด้านการตัดสินใจ (Decision making) ด้านการตั้งเป้าหมายร่วมกับทีมสุขภาพ (Goal selection) จัดกิจกรรมที่จุดแยกโรคผู้ป่วยติดเชื้อมวัณโรคปอด งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

4.2.2. ครั้งที่ 2 การดำเนินการวิจัย ช่วงสัปดาห์ที่ 2 ผู้ป่วยมารับบริการตามนัดที่คลินิกวัณโรคในครั้งแรก โดยมีกิจกรรม

- 1) ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคปอด และแบบประเมินความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรควัณโรคปอด (Pre-test)
- 2) ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรควัณโรคปอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมขอรับการรักษา และประโยชน์ของการมารับการรักษา การรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 3) พูดคุยให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย
- 4) นัดหมายการมารับการรักษาในครั้งถัดไป

4.2.3. ครั้งที่ 3 การดำเนินการวิจัย ช่วงเดือนที่ 1/2-2/2 ผู้ป่วยมารับยาวัณโรคระยะเข้มข้น

- 1) ประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ติดตามการรับประทานยา น้ำหนักตัวผู้ป่วย ให้ความรู้กับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมขอรับการรักษา และประโยชน์ของการมารับการรักษา การรับประทานยาที่สม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 2) พูดคุยให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย
- 3) นัดหมายการมารับการรักษาในครั้งถัดไป

4.2.4. ครั้งที่ 4 การดำเนินการวิจัย ช่วงเดือนที่ 1/4-4/4 ผู้ป่วยมารับยารักษาโรคระยะต่อเนื่อง

1) ประเมินอาการผู้ป่วยระหว่างการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ติดตามการรับประทานยา น้ำหนักตัวผู้ป่วย

2) พุดคุยเสริมพลัง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย

3) นัดหมายการมารับการรักษาในครั้งถัดไป

4.2.5. ครั้งที่ 5 การดำเนินการวิจัย ผู้ป่วยมารับบริการในวันนัดจบการรักษาหลังรับประทานยาครบ

1) ประเมินอาการผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา น้ำหนักตัวผู้ป่วย

2) ให้ผู้ป่วยทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดโรคปอด และแบบประเมินความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคโควิดโรคปอด (Post -test)

3) พุดคุยเสริมพลัง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย

4.3. หลังการทดลอง

4.3.1. สรุปผลการทดลอง ประเมินผลลัพธ์

4.3.2. การวิเคราะห์ข้อมูล

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน (1) ผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือประสานผู้ทรงคุณวุฒิ ส่งแบบประเมินความคิดเห็นต่อ องค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิรามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรงในเนื้อหา

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนที่ได้จากการประเมินผลของกระบวนการ ได้แก่ ค่าคะแนน ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด และการประเมินพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยระหว่างก่อนใช้กระบวนการฯ และหลังใช้กระบวนการฯ

7. ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2567

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

1. แหล่งข้อมูล

1.1. ประชากร ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรควัณโรคปอดรายใหม่ que เข้ารับการรักษา โรงพยาบาลพรหมพิราม ในปี 2567

 61**ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก**

- 1.2.กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำนวน 6 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพรหมพิรามเพื่อการทดลอง
- 1.3.เครื่องมือ เป็นแบบประเมินความพึงพอใจ
- 1.4.การดำเนินการ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการฯ
- 1.5.การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลในประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้แบบประเมิน
- 1.6.การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 1.7.ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2567

ผลการวิจัย**1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวคิดการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก**

ส่วนที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา พบว่าระบาดวิทยาของโรควัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย

Agent (เชื้อ/สาเหตุ)

Mycobacterium tuberculosis เมื่อเชื้อ M. tuberculosis เข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ จะไปถึงถุงลมปอด (alveoli) และถูกจับกินโดยเซลล์แมโครฟาจ (macrophages) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อโรค แต่เชื้อวัณโรคมีความสามารถพิเศษที่จะอยู่รอดและเพิ่มจำนวนภายในแมโครฟาจได้ (Pai et al., 2016) เมื่อเชื้อเพิ่มจำนวนมากขึ้น จะเกิดการอักเสบเฉพาะที่ที่เรียกว่า "primary complex" หรือ "Ghon complex" ทำให้เกิด รอยโรคที่ปอด การอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณซั้วปอด หรือการอักเสบของเนื้อเยื่อที่เชื่อมระหว่างรอยโรคและต่อมน้ำเหลือง

Host (นำไปติดเชื้อ)

1.โรคร่วม ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น การติดเชื้อ HIV, การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน, โรคเบาหวาน, โรคปอดเรื้อรัง เช่น silicosis, COPD, โรคไตวายเรื้อรัง, ติดเชื้อวัณโรคในระยะ 2 ปีแรก, ภาวะทุพโภชนาการ

2.อายุน้อยกว่า 5 ปี หรือมากกว่า 65 ปี

3.ความรู้ในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์

Environment (เอื้อต่อการติดเชื้อ)

มาตรฐานการรักษา ครอบคลุม เศรษฐกิจ สังคม การสื่อสารทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาแนวคิด พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาผสมผสานเพื่อเป็นฐานในการออกแบบ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย (1) ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบของบันดูรา (Bandura, 1997) และ (2) ทฤษฎีการจัดการตนเองและการตัดสินใจของของเครียร์ (Creer, 2000) (รุ่งอรุณ อินลองพล, 2567b)

2. ผลการสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม

ส่วนที่ 1 ผลการสร้างองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม พบว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก คือ

- 1) หลักการ
- 2) วัตถุประสงค์
- 3) เนื้อหา
- 4) กระบวนการ และ
- 5) การประเมินผล

โดยในส่วนองค์ประกอบกระบวนการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนย่อย คือ

- (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล
- (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล
- (3) การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ
- (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ และ
- (5) การสะท้อนผล

ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ผลการตรวจสอบคุณภาพกระบวนการ โดย

- (1) ผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพอยู่ในระดับดี
- (2) สถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis; EFA) พบว่ามีค่า KMO มีค่าเท่ากับ 0.894 ซึ่งมีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงให้เห็นว่า ข้อมูลทั้งหมดและตัวแปรต่างๆ นั้น มีความสัมพันธ์กันดีมากสามารถนำไปวิเคราะห์องค์ประกอบตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยได้ และจากค่า Bartlett's Test (Ap-prox. Chi-Square=2257.166, df=351, Sig =0.000) แสดงให้เห็นว่า ตัวแปรเกี่ยวกับกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ทั้ง 26 ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) ได้ (รุ่งอรุณ อินลองพล, 2567a)

63

Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department

องค์ประกอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล พรหมพิราม	ธัญมาศ เมืองเดช (2023)	ปิยะวดี สุ่มาลัย (2023)	สมัญญา มุขอาษา (2023)	อุไร โชติวารกุล (2023)	Hassani, S., (2023)	พิชิต แส้นเสนา (2022)	พชรพร ครองยุทธ (2021)	พิณาน อธิรัตน์สุนทร (2021)	เพ็ญจันทร์ โสมพงษ์ (2021)	วรรณมา ปิยะเดชาตกุล (2021)	อนุพันธ์ ประจักษ์ (2021)	อุมาพร ครุศิริ (2021)	Aibana, O., (2020)	วัฒนา สว่างศรี (2019)	TB Clinic รพ.พรหมพิราม	รวมทั้งหมด	%
1.การเก็บรวบรวมข้อมูล	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓		12	80.00
2.การประมวลผลและประเมินข้อมูล	✓	✓	✓		✓			✓	✓	✓			✓	✓	✓	10	66.66
3.การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจรักษา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15	100.00
4.การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15	100.00
5.การสะท้อนผล		✓	✓			✓	✓			✓						5	33.33

ตารางที่ 1 แสดงการสังเคราะห์

จำแนกตามหมวดหมู่เนื้อหาของ
องค์ประกอบกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค
โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล
พรหมพิราม

(รุ่งอรุณ อินทองพล, 2567a, 2567b,
2567c)

ที่มาของวิธีการ : ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์

วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา

(Boonda, P., 2021 No.398059;

Boonda, P., 2021 No.398060) และ

แนวคิดของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda,

P., 2020 pp. 89-98)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



	ขั้นตอนตามการผสมผสาน ทฤษฎี	ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	1.การเก็บรวบรวมข้อมูล	1.เก็บรวบรวมข้อมูล 1.1 ข้อมูลของผู้ป่วย 1.2 ข้อมูลของญาติหรือผู้ดูแล 1.3 ข้อมูลด้านจิตใจ	1.สร้างแบบเก็บรวบรวมข้อมูล 1.1 ข้อมูลของผู้ป่วย 1.2 ข้อมูลของญาติหรือผู้ดูแล 1.3 ข้อมูลด้านจิตใจ	1.เตรียมข้อมูลของตนเอง ตามที่ได้รับการประสาน	- แบบเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์ - Computer - Internet	1.ผลการเก็บข้อมูล 100% 2.จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ 6 คน
ตารางที่ 2 แสดงกิจกรรมตามองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม ที่มาของตารางและวิธีการ : ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรมของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)	1.1 ประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง	1.1 เก็บรวบรวมข้อมูลทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค	ดำเนินการเก็บข้อมูลทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค	ให้ข้อมูลในเรื่องทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค	- แบบเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์ - Computer - Internet	ผลการเก็บข้อมูล ประสิทธิภาพในการจัดการตนเอง สมบูรณ์ 100% ผลการเก็บข้อมูลการนำ
	1.2 การสังเกตประสิทธิภาพผู้อื่น	1.2 เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในเรื่องการนำ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของผู้อื่นมาปรับใช้กับตนเอง	ดำเนินการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย	ให้ข้อมูลในเรื่องการนำ ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของผู้อื่นที่พบมาปรับใช้กับตนเอง	- แบบเก็บข้อมูลฉบับสมบูรณ์ - Computer - Internet	ประสิทธิภาพการเจ็บป่วยของผู้อื่นที่พบมาปรับใช้สมบูรณ์ 100%
	1.3 สภาวะทางร่างกายและจิตใจ	1.3 เก็บรวบรวมข้อมูลด้านจิตใจ การถูกตีตราในผู้ป่วย	ดำเนินการเก็บข้อมูลประเมินสภาวะทางร่างกายและจิตใจ	ให้ข้อมูลสภาวะทางร่างกายและจิตใจ	- แบบเก็บข้อมูลสภาวะทางร่างกายและจิตใจ - Computer - Internet	ผลการเก็บข้อมูลสภาวะทางร่างกายและจิตใจ สมบูรณ์ 100%

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



65

ผลของกระบวนการดูแล
ผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงาน
ผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนตามการผสมผสาน ทฤษฎี	ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
2.การประมวลผลและ ประเมินข้อมูล	1.ประเมินผลข้อมูล 1.1 ข้อมูลของผู้ป่วย 1.2 ข้อมูลของญาติ 1.3 ข้อมูลด้านจิตใจ 1.4 สร้างองค์ความรู้สำหรับ ผู้ป่วยและญาติ (สาเหตุ อาการ การรักษา และการดูแล)	1.ดำเนินการประเมินผล ข้อมูล 1.1 ประเมินการดำเนินการ จัดการตนเอง 1.2 การประเมินสภาวะทาง จิตใจ 1.3 ดำเนินการให้ความรู้และ คำแนะนำเกี่ยวกับโรควัณ โรคแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล	1.รับการประเมินผลข้อมูล 1.1 ประเมินการดำเนินการ จัดการตนเอง 1.2 การสังเกตประสบการณ์ ผู้อื่น 1.3 การประเมินสภาวะทาง ร่างกายและจิตใจ 1.4 เข้ารับการให้ความรู้และ คำแนะนำเกี่ยวกับโรควัณโรค	1.แบบประเมินผลข้อมูล 1.1 ประเมินการดำเนินการ จัดการตนเอง 1.2 การสังเกตประสบการณ์ ผู้อื่น 1.3 การประเมินสภาวะทาง ร่างกายและจิตใจ - Computer ,Internet - แผ่นพับ/สมุดเล่มเล็ก	1.จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ 6 คน 2.ผลของข้อมูล 2.1 ประเมินการดำเนินการ จัดการตนเอง 2.2 การสังเกตประสบการณ์ ผู้อื่น 2.3 การประเมินสภาวะทาง ร่างกายและจิตใจ
3.การพูดชักจูง/การสร้าง สัมพันธภาพ/การตัดสินใจ	1.การสร้างสัมพันธภาพ 1.1 เจ้าหน้าที่แนะนำตนเอง 1.2 ผู้ป่วยและญาติหรือ ผู้ดูแลแนะนำตนเอง 1.3 การแลกเปลี่ยนข้อมูล ความรู้หรือทักษะการปฏิบัติตัว เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและญาติ 2.การให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ศักยภาพของ รพ./เจ้าหน้าที่ใน การใช้กระบวนการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อการ ตัดสินใจ	1.แนะนำตนเอง/กิจกรรม สร้างสัมพันธภาพ 2.ดำเนินการให้ข้อมูล เกี่ยวกับศักยภาพของ รพ./ เจ้าหน้าที่ในการใช้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก	รับข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ ของ รพ./เจ้าหน้าที่ในการใช้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก	กระบวนการกลุ่ม	1.จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ 6 คน 2.รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพ ของ รพ./เจ้าหน้าที่ในการใช้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอด 3.ผู้ป่วยตอบคำถามในเรื่อง การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เกี่ยวกับโรคได้

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

ขั้นตอนตามการผสมผสาน ทฤษฎี	ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
4.การตั้งเป้าหมาย/การลง มือปฏิบัติ	1.การตั้งเป้าหมาย 1.1 ผลการตรวจเสมหะ 1.1.1 ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการรักษา 1.1.2 ต้องมีผลเสมหะเป็น ลบในเดือนสุดท้ายของการ รักษา 1.2 การติดตามการรักษา ครบตามกำหนด 1.2.1 ผู้ป่วยได้รับยาครบ ตามระยะเวลาที่กำหนด 6- 8 เดือน 1.2.2 มาตรวจติดตามการ รักษาสม่ำเสมอตามนัด 1.2.3 รับประทานยาอย่าง ต่อเนื่องและถูกต้อง	1.ให้นิยามการตรวจติดตาม ผลเสมหะหลังกินยาระยะ เข็มขึ้นครบ 2 เดือน และ เดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ 2.ดำเนินการทดลองใช้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผลการรักษาผล เสมหะหลังกินยาระยะ เข็มขึ้นครบ 2 เดือนและ เดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ และ ผลเสมหะเป็นลบ อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการรักษา 3. การติดตามประเมินผล ข้างเคียงจากการรักษา	1.รับรู้เป้าหมายการตรวจ ติดตามผลเสมหะหลังกินยา ระยะเข็มขึ้นครบ 2 เดือน และเดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ 2.เข้าร่วมการทดลองใช้ กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณ โรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผลการรักษาผล เสมหะหลังกินยาระยะ เข็มขึ้นครบ 2 เดือนและ เดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ	เครื่องตรวจเสมหะทาง ห้องปฏิบัติการ - ผลการตรวจเสมหะ - แบบติดตามการ รับประทานยา - แนวทางปฏิบัติการดูแล ผู้ป่วยวัณโรค	1.จำนวนผู้เข้าร่วม โครงการ 6 คน 2.ผลเสมหะหลังกินยา ระยะเข็มขึ้นครบ 2 เดือน และเดือนสุดท้ายไม่พบ เชื้อ 3.ผล CxR หลังกินยา ระยะเข็มขึ้นครบ 2 เดือน และเดือนสุดท้าย รอยโรคในปอดลดลง 4.ผลสำเร็จของการรักษา 4.1 ผู้ป่วยรับประทานยา ครบ (complete) 4.2 ผู้ป่วยรับประทานยา ครบตรวจเสมหะไม่พบ เชื้อในเดือนที่ 6 (cure)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



67

Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department

ขั้นตอนตามการผสมผสาน ทฤษฎี	ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	1.2 ได้รับการรักษาครบ ตามกำหนด 1.3 มีผลเสมหะเป็นลบ ในช่วงเดือนสุดท้ายของ การรักษาผู้ป่วยถือว่า รักษาครบ (Treatment Completed) เมื่อ: 1) ผู้ป่วยได้รับการรักษา ครบตามกำหนด 2) ไม่มีผลเสมหะในเดือน สุดท้ายของการรักษาแต่ไม่ มีหลักฐานว่าการรักษา ล้มเหลว 2.การลงมือปฏิบัติ 2.1 Pre-test ความรู้ผู้ป่วย 2.2 Pre-test ทักษะผู้ป่วย (พยาบาล 3 คนเป็นผู้ ประเมิน) 2.3 ให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ				

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



ขั้นตอนตามการผสมผสาน
ทฤษฎี

ขั้นตอนและกิจกรรม

บทบาทของผู้ให้บริการ

บทบาทของผู้รับบริการ

เครื่องมือ

การวัดและประเมินผล

2.3.1 ความรู้

1) สาเหตุ

2) อาการ

3) การรักษา

4) การดูแล

2.3.2 ทักษะ

1) การรักษา

2) การดูแล

2.4 Post-test ความรู้

ผู้ป่วย

2.5 Post-test ทักษะผู้ป่วย

(พยาบาล 3 คนเป็นผู้

ประเมิน)

2.6 การติดตามประเมินผล

ข้างเคียงจากการรักษา

2.6.1 ติดตามเรื่องผื่นแพ้ยา

กรณี MR rash หรือผื่น

รุนแรงให้หยุดยาทุกชนิด

(พิจารณาเริ่ม re-

challenge I,R,E,Z

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วย
นอก

ขั้นตอนตามการผสมผสาน
ทฤษฎี

ขั้นตอนและกิจกรรม

บทบาทของผู้ให้บริการ

บทบาทของผู้รับบริการ

เครื่องมือ

การวัดและประเมินผล

2.6.2 เจาะ LFT ในผู้ป่วย
ทุกรายที่มีอาการคลื่นไส้
อาเจียน
2.6.2.1 AST/ALT > 3X
หยุดยา I,R,Z และอาจ
พิจารณาให้ยา E,Lfx และ
AM ไปก่อนเมื่อผู้ป่วย
อาการดีขึ้นและ LFT กลับสู่
ปกติ
2.6.2.2 AST/ALT $\leq$ 3X
รับประทานยา ต่อและ
ติดตาม LFT ภายใน 3 วัน
2.6.3 กรณี LFT ผิดปกติแต่
ไม่มีอาการระหว่างการ
รักษา
2.6.3.1 TB > 3 แต่
AST/ALT ปกติหรือเพิ่มขึ้น
ไม่เกิน 3X หยุดเฉพาะ R
2.6.3.2 AST/ALT < 5X ให้
รับประทานยาต่อ ตรวจ
ติดตาม LFT ทุก สัปดาห์

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



ขั้นตอนตามการผสมผสาน ทฤษฎี	ขั้นตอนและกิจกรรม	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
5. การสะท้อนผล	และอาจพิจารณาให้ยา E,Lfx และ AM ไปก่อน 2.7 การประเมินภาวะ โภชนาการ 2.8 การกำกับการรับประทาน ยาอย่างเข้มข้นและมีคุณภาพ (ระบบ DOT) 2.9 การควบคุมการ แพร่กระจายเชื้อโดยการตรวจ ติดตามผลเสมหะหลังกินยา ระยะเข้มข้นครบ 2 เดือนและ เดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ				
	1.การสะท้อนผลการ ดำเนินงาน/การรักษาตาม เป้าหมาย 1.1 ผลเสมหะหลังกินยาระยะ เข้มข้นครบ 2 เดือน และ เดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ	ดำเนินการตามขั้นตอนการ ให้บริการตรวจรักษา	เข้ารับบริการตรวจรักษา	แบบบันทึกผลการรักษา	1.ผลเสมหะหลังกินยา ระยะเข้มข้นครบ 2 เดือน และเดือนสุดท้ายไม่พบเชื้อ 2.ผล CxR หลังกินยาระยะ เข้มข้นครบ 2 เดือน และ เดือนสุดท้าย รอยโรคใน ปอดลดลง

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



71

Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department

ขั้นตอนตามการผสมผสาน
ทฤษฎี

ขั้นตอนและกิจกรรม

บทบาทของผู้ให้บริการ

บทบาทของผู้รับบริการ

เครื่องมือ

การวัดและประเมินผล

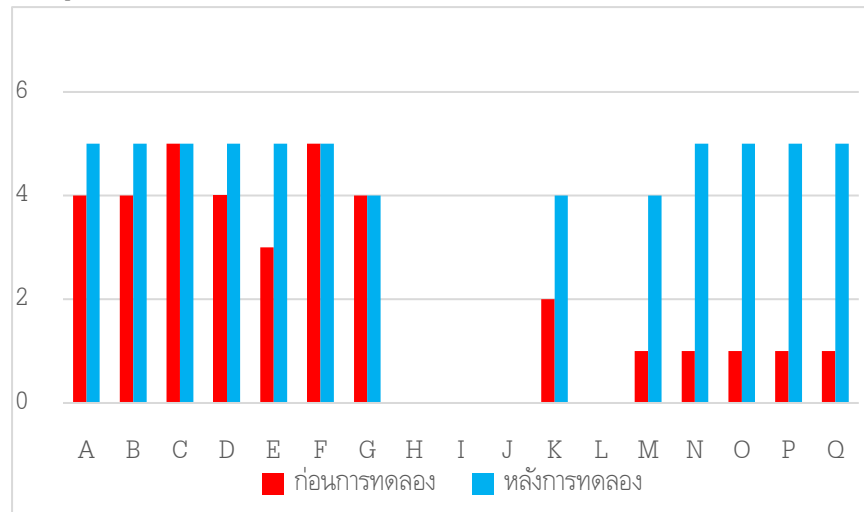
1.2 ผลสำเร็จของการรักษา
1.2.1 ผู้ป่วยรับประทานยา
ครบ (complete)
1.2.2 ผู้ป่วยรับประทานยา
ครบตรวจสอบเสมหะไม่พบเชื้อ
ในเดือนที่ 6 (cure)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 1

3. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงาน ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม



จากการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยวัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง มีไข้เป็นบางครั้ง น้ำหนักลด และอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB smear) ผล 1+ (10-99 AFB/100 OF) ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR : bilateral reticulonodular ได้รับแผนการรักษา รับประทานยา 2IRZE/4IR

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล positive (1-9 AFB/100 OF) : พบ 6 ตัว/100 OF แพทย์ขยายสูตรยาระยะเข้มข้นเป็น 3IRZE จากการวิเคราะห์ปัญหาของการที่ผลเสมหะยังพบเชื้อในเดือนที่ 2 อาจเนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคเกิดกระจายทั่วทั้ง 2 ข้างของปอด การได้รับยานานขึ้น ต้องได้รับการติดตามผลเลือดและอาการผิดปกติ ไม่พบค่าเลือดผิดปกติ ไม่มีตัว-ตาเหลือง และการติดตามเดือนที่ 3 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 7 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 7 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง ไม่มีไข้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 13.38 % โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 15.62 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 17.72 ไม่มีเหนื่อยง่ายอาการอ่อนเพลียดีขึ้น การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR : decrease infiltration both upper lung

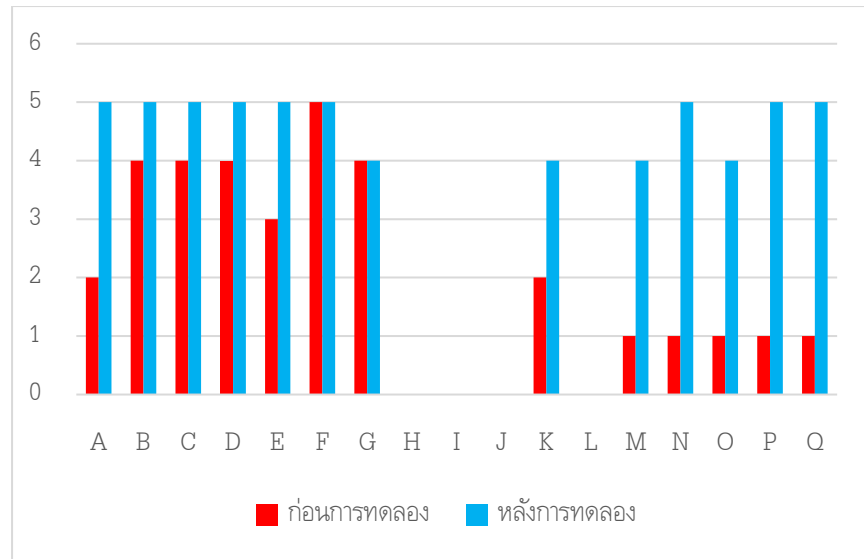
<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

73

ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 2



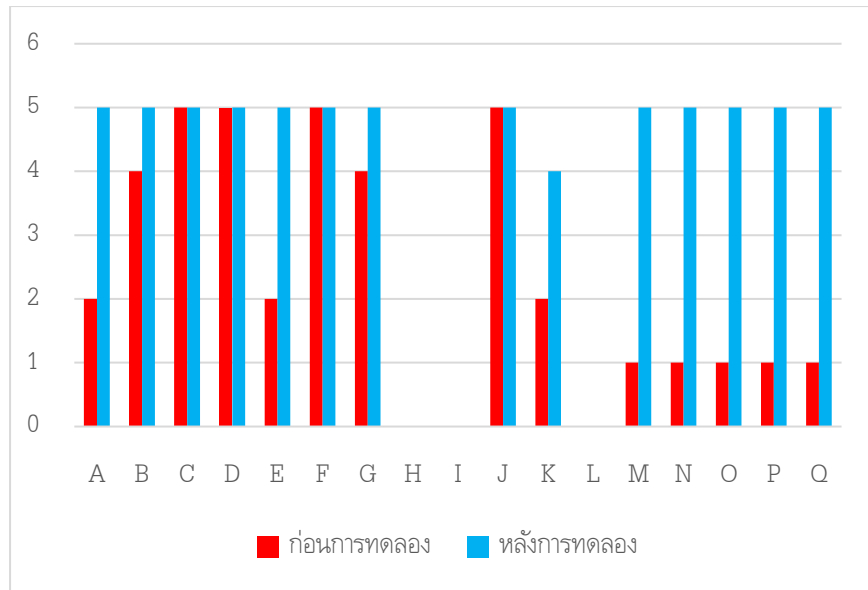
จากการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยวัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง มีครั่นเนื้อครั่นตัวบางครั้ง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และมีอาการเหนื่อยหอบ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB smear) ผล 1+ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR : Lt Lung infiltration

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล positive (1-9 AFB/100 OF) : พบ 4 ตัว/100 OF พบปัญหาระหว่างการรักษารับยา ผู้ป่วยมีผื่นคันตรวจพบพบว่าแพ้ยา Ethambutol หลังได้รับยา 2 สัปดาห์ แพทย์ให้หยุดยา Ethambutol ขยายสูตรยาระยะต่อเนื่องเป็น 2IRZ/6IR จากการวิเคราะห์ปัญหาของการที่ผลเสมหะยังพบเชื้อในเดือนที่ 2 อาจเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเกิดกระจายทั่วปอด การตรวจติดตาม เฝ้าระวังกรณีได้รับยานานขึ้น ติดตามเรื่อง พืชต่อตับจาก INH และ RIF (ระยะเวลานานขึ้น)อาการข้างเคียงสะสม ติดตาม: Liver function test: ทุก 1-2 เดือน หรือเมื่อมีอาการเตือน: ตัวเหลือง, ตาเหลือง, คลื่นไส้มาก, ปวดท้อง จากการติดตามผลเลือดและอาการผิดปกติ ไม่พบค่าเลือดผิดปกติ ไม่มีตัว-ตาเหลือง ไม่มีปวดท้อง และการติดตามเดือนที่ 3 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 9 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับยาเกินตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 9 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 4.08% ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 19.63 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 20.43 ไม่มีเหนื่อยหอบอาการอ่อนเพลียดีขึ้น การตรวจภาพรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR : decrease infiltration both upper lung

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 3

จากการศึกษาพบว่า

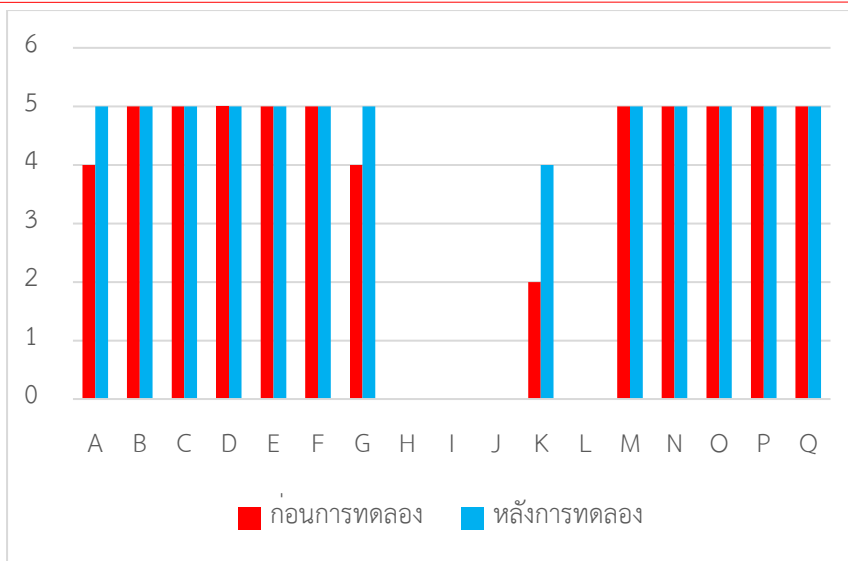
ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง มีไข้ เหนื่อยอ่อนเพลีย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB smear) ผล 1+ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR: reticular pattern with cavity at rt. Lung

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 6 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับการติดตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 6 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง ไม่มีไข้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 14.70% โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 14.53 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 16.49 ไม่มีอาการเหนื่อย อาการอ่อนเพลียดีขึ้น การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR : decrease infiltration at rt. Lung

75

Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department

ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 4



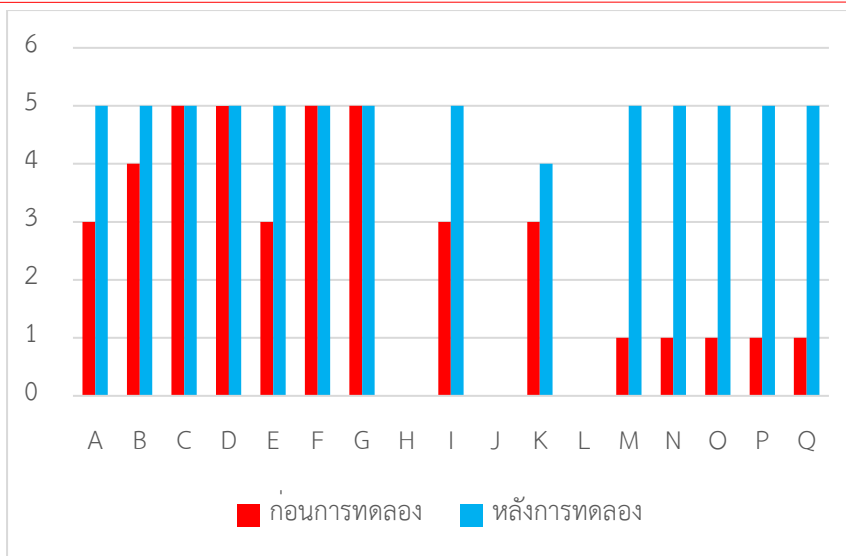
จากการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB smear) ผล 1+ ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR : reticular pattern with cavity at both upper Lung

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 6 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 6 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง น้ำหนักลดลง 16.66% แต่ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 23.44 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 19.53 ไม่มีอาการเหนื่อย การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR : decrease reticulonodular pattern

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.



ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 5

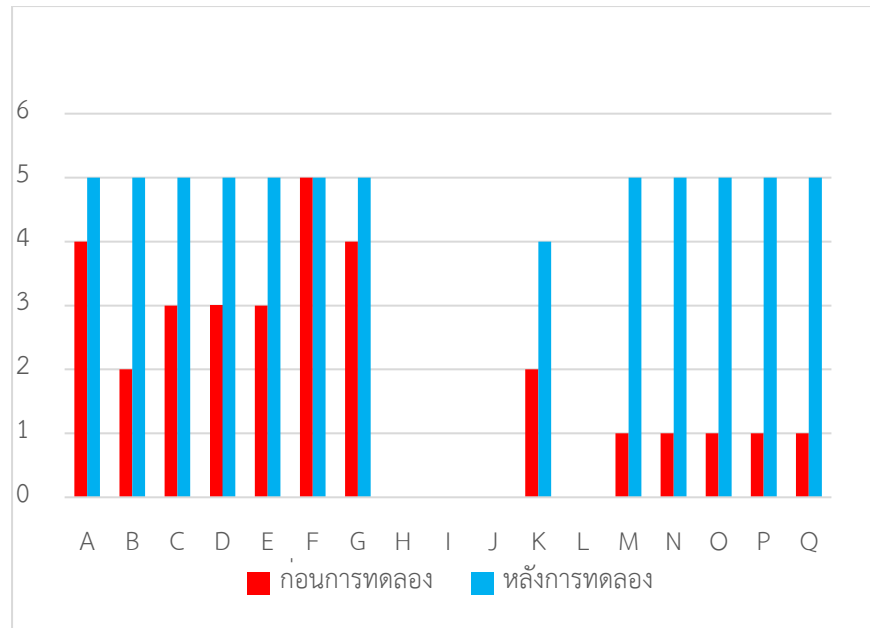
จากการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง มีไข้บางครั้ง และมีอาการเหนื่อยง่าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจด้วยวิธี Molecular testing Gene expert : MTB detected ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR : Rt lung nodule 2 cms.

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 6 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 6 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง ไม่มีไข้ น้ำหนักลดลง 1.2% แต่ค่า BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 19.53 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 19.30 ไม่มีอาการเหนื่อย อาการอ่อนเพลียดีขึ้น การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR decrease size of nodule 1.2x0.6 cms

ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก

ภาพที่ 7 แผนภูมิแสดงผล
การศึกษากรณีศึกษาที่ 6



จากการศึกษาพบว่า

ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรควัณโรคปอด ดังนี้ อาการและอาการแสดงทางคลินิก คือ อาการไอเรื้อรัง มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และมีอาการเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคด้วยกล้องจุลทรรศน์ (AFB smear) ผล positive ผลการตรวจทางรังสีวิทยา ภาพถ่ายรังสีทรวงอก พบรอยโรคที่ปอด CxR : reticulonodular infiltration both upper lung

หลังการทดลอง ตามเกณฑ์การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด ผลการตรวจเสมหะ ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) จากการติดตามเดือนที่ 2 ผล No AFB observed ผลเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาเสมหะเดือนที่ 6 ผล No AFB observed ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน คือได้รับยาทั้งหมด 6 เดือน มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง การประเมินอาการทางคลินิก อาการไอลดลง ไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ น้ำหนักเพิ่มขึ้น 23.91% โดยค่า BMI จากก่อนรักษาเท่ากับ 15.55 ภายหลังการรักษาเท่ากับ 19.27 ไม่มีอาการเหนื่อย อาการอ่อนเพลียดีขึ้น การตรวจภาพรังสีทรวงอกพบรอยโรคที่ปอดลดลง ผล CxR : decrease reticulonodular infiltration both upper lung

4. ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ส่วนงานผู้ป่วยนอก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก

พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม ที่พัฒนาขึ้น โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Rungarun, I. (2024). Results of a Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department: A Case Study of Phrompiram Hospital, Phitsanulok Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 42–90.

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.1 การศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจาก สรุปผลงานประจำปี ข้อมูลรายงานผู้ป่วยในคลินิก แพ้มประวัติผู้ป่วย ข้อมูลการบันทึกประวัติการมารับการรักษาของผู้ป่วยในระบบของโรงพยาบาล การพูดคุยซักถามจากผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงทำให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนถูกต้อง ครบถ้วน ส่งผลต่อการศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

1.2 การศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด จากข้อ 1.1 ทำให้ผู้วิจัยได้นำไปศึกษาข้อมูลแนวทางซึ่งไปสอดคล้องกับทฤษฎีของ Bandura และ Creer เพื่อใช้เป็นกรอบในการสร้างและตรวจสอบคุณภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดและการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยมีความชัดเจน

2. การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองและการตัดสินใจของ Creer ผสมผสานกับทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบของ Bandura เป็นแนวคิดทฤษฎีที่มีความสำคัญในการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย วัณโรคปอด ทฤษฎีเหล่านี้ช่วยอธิบายกระบวนการที่ผู้ป่วยเรียนรู้ พัฒนทักษะ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อจัดการกับโรคและการรักษา การบูรณาการทฤษฎีทั้งสองเข้าด้วยกันสามารถนำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นทั้งการส่งเสริมความสามารถในการจัดการตนเองและการใช้ตัวแบบเพื่อเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเองและทักษะในการดูแลสุขภาพ

จากการนำแนวคิดทฤษฎีที่ได้จากการผสมผสานทั้ง 2 ทฤษฎี และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้นำมาใช้เพื่อสร้างองค์ประกอบของแนวทางกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช (2023) ศึกษาเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา, ปิยะวดี สุมาลัย (2023) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยา รุนแรงหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร, พชรพร ครองยุทธ (2022) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น, พิษิต แสณเสนา (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, พิมาน ธีระตันสุนทร (2021) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

79**Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department**

เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอด งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, วรรณนา ปิยะเศวตกุล (2021) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก:กรณีศึกษา, วัฒนา สว่างศรี (2019) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, สมัญญา มุขอาษา (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่, อุมภาพร ครุฑศิริ (2021) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง, Aibana, O., (2020) ศึกษาเรื่อง มุมมองของผู้ป่วยต่อความท้าทายและอุปสรรคในการปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคในยูเครน, และ Hassani, S., (2023) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรค: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 2 การประมวลผลและประเมินข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช (2023) ศึกษาเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา, ปิยะวดี สุมาลัย (2023) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาารุนแรงหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร, พิมาน ชีระรัตนสุนทร (2021) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช, เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, วรรณนา ปิยะเศวตกุล (2021) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก:กรณีศึกษา, วัฒนา สว่างศรี (2019) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, สมัญญา มุขอาษา (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่, โรงพยาบาลพรหมพิราม (2566) รายงานสรุปผลการดำเนินงานวัณโรคประจำปี 2564-2566, Aibana, O., (2020) ศึกษาเรื่อง มุมมองของผู้ป่วยต่อความท้าทายและอุปสรรคในการปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคในยูเครน, และ Hassani, S., (2023) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรค: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช (2023) ศึกษาเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา, ปิยะวดี สุมาลัย (2023) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคคือยาารุนแรงหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร, พชรพร ครอบงูญ (2022) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดขอนแก่น

พิชิต แสนสนา (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, พิมาน ธีระรัตนสุนทร (2021) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช, เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, วรณา ปิยะเศวตกุล (2021) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก:กรณีศึกษา, วัฒนา สว่างศรี (2019) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม, สมัญญา มุขอาษา (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่, อนุพันธ์ ประจำ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภอชุมพวง จังหวัดศรีสะเกษ, อุมภาพร ครุฑศิริ (2021) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง, อุไร โชควรรกุล (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม, โรงพยาบาลพรหมพิราม (2566) รายงานสรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ประจำปี 2564-2566, Aibana, O., (2020) ศึกษาเรื่อง มุมมองของผู้ป่วยต่อความท้าทายและอุปสรรคในการปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคในยูเครน, และ Hassani, S., (2023) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรค: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 4 การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญมาศ เมืองเดช (2023) ศึกษาเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา, ปิยะวดี สุมาลัย (2023) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรงหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร, พชรพร ครองยุทธ (2022) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น, พิชิต แสนสนา (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, พิมาน ธีระรัตนสุนทร (2021) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช, เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พิสัย, วรณา ปิยะเศวตกุล (2021) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก:กรณีศึกษา

 81**ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วย
วัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก**

วัฒนา สว่างศรี (2019) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม สมัญญา มุขอาษา (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่, อนุพันธ์ ประจำ (2021) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภอชุมันท์ จังหวัดศรีสะเกษ, อุมพร ครุฑศิริ (2021) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง, อุไร โชควรรกุล (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม, โรงพยาบาลพรหมพิราม (2566) รายงานสรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ประจำปี 2564-2566, Aibana, O., (2020) ศึกษาเรื่อง มุมมองของผู้ป่วยต่อความท้าทายและอุปสรรคในการปฏิบัติตามการรักษาวัณโรคในยูเครน, และ Hassani, S., (2023) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามการใช้ยาในผู้สูงอายุที่เป็นวัณโรค: การศึกษาเชิงคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 5 การสะท้อนผล สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวดี สุมาลัย (2023) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคด้วยารดูแลหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร, พชรพร ครองยุทธ (2022) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น, พิษิต แสงเสนา (2023) ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสใกล้ชิดร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น, วรณา ปิยะเศวตกุล (2021) ศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคด้วยารดูแลหลายขนานชนิดรุนแรงมาก:กรณีศึกษา, และ สมัญญา มุขอาษา (2566) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่

3. การทดลองใช้และศึกษาผลการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทดลองใช้กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม โดยมีผู้ป่วยโรควัณโรคปอดเป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า

1) ผลการประเมินความรู้พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้เพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า การให้ความรู้โดยการเน้นที่หลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งในเรื่องของโรค การรักษา รวมไปถึงการดูแลตนเองโดยการให้ข้อมูลทางการพยาบาลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความสนใจและตระหนักเกี่ยวกับโรคมากขึ้น รวมไปถึงการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura ในแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดมีประสิทธิภาพอย่างชัดเจนในการเปลี่ยน การรับรู้ นำไปสู่ พฤติกรรมปฏิบัติ โดยการเพิ่มความรู้ที่ถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ว่าสามารถหายขาดและจัดการตนเองได้สำเร็จ

ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ที่สำคัญ เช่น การไม่หยุดยาเอง การปรึกษาแพทย์เมื่อมีผลข้างเคียง และการมีผู้กำกับกับการกินยา (DOT) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ กลิ่นฟุ้ง (2557) ที่ทำการศึกษาลงมือให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนทันทีหลังได้รับความรู้ แสดงให้เห็นว่าการให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นและสม่ำเสมอตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นสามารถแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยที่เคยมีได้อย่างมีประสิทธิภาพ จนผู้ป่วยมีความรู้ถูกต้องในทุกข้อที่สำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา (2566) ซึ่งทำการศึกษาลงมือโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory) ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบูรณาการหลักการเชิงทฤษฎี เช่น ทฤษฎีการจัดการตนเองและการตัดสินใจของ Creer และทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของ Bandura ตามที่ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการสร้างกระบวนการดูแล นั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่นำไปสู่การพัฒนาพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้เป็นรากฐานสำคัญในการสนับสนุนพฤติกรรมการรักษาที่ถูกต้อง เช่น การไม่หยุดยาเองเมื่อมีผลข้างเคียง และการมีผู้กำกับกับการกินยา (DOT) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการควบคุมวัณโรค นอกจากนี้ผลลัพธ์ยังเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับงานวิจัยนานาชาติ โดยเฉพาะ งานวิจัยของ Ting et al. (2025) ซึ่งศึกษาผลกระทบของการให้สุขศึกษาต่อความรู้ในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่และผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าการให้สุขศึกษาทั้งทางตรงและทางอ้อมสามารถเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับธรรมชาติ การแพร่กระจาย และการป้องกันวัณโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความรู้ที่เพิ่มขึ้นนี้จะกลายเป็นกลไกที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา ลดความวิตกกังวล และปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ต่อเนื่อง อันเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานควบคุมวัณโรคตามยุทธศาสตร์ DOTS ในการลดอัตราการขาดยาและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาของโรงพยาบาลพรมพิรามต่อไป

2) ผลการประเมินพฤติกรรมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคปอดแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการใช้แนวทางปฏิบัติใหม่ของโรงพยาบาลพรมพิราม โดยคะแนนรวมส่วนที่เห็นด้วยและปฏิบัติประจำของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด ซึ่งเป็นการยืนยันประสิทธิผลของกระบวนการดูแลที่พัฒนาขึ้นในการส่งเสริมการจัดการตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้สอดคล้องกับหลักการการจัดการตนเองและการตัดสินใจของ Creer และ ทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกตของ Bandura ที่มุ่งเน้นการเสริมพลังและสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง (ดังที่พบในการเพิ่มขึ้นของคะแนนความรู้ในหัวข้อที่ 2) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านสำคัญของการรักษาวัณโรค พบว่าผู้ป่วยทุกรายเปลี่ยนมาเห็นด้วยและปฏิบัติเป็นประจำในการไม่หยุดยาเองเมื่ออาการดีขึ้น

 83**Result of Pulmonary
Tuberculosis
Patients Care
Process in the
Outpatient
Department**

และเมื่อมีผลข้างเคียงจากยาผู้ป่วยทุกคนเปลี่ยนมา ปฏิบัติประจำในการรักษาแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยไม่หยุดยาเองซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ กลิ่นพุ่ม (2557) ที่พบว่าภายหลังการให้ความรู้รายบุคคล พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ "กินยา" แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการสร้างความตระหนักรู้ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติตัวในชีวิตจริง อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มีพี่เลี้ยงช่วยกำกับการกินยา (ปฏิบัติประจำ) เพิ่มขึ้นและการลงบันทึกการกินยาเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการรักษาภายใต้การสังเกตโดยตรง (DOT) ที่รับประกันความต่อเนื่องของการรับประทานยาอย่างครบถ้วนเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา และการที่ผู้ป่วยเห็นด้วยว่าการเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยเป็นประโยชน์ต่อผู้ใกล้ชิดเพื่อการป้องกันตนเอง รวมถึงการเพิ่มขึ้นของผู้ที่ไม่รู้สึกกังวลใจ ที่จะบอกผู้อื่นว่าป่วยเป็นวัณโรคปอด (เห็นด้วย) นั้นสอดคล้องกับหลักการของ ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ ที่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ตามการศึกษาของ สมัญญา มุขอาษา (2566) ได้แสดงให้เห็นว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้จึงยืนยันอย่างชัดเจนว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดอุปสรรคทางจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของการวิจัยในการเพิ่มอัตราความสำเร็จของการรักษาในพื้นที่อำเภอพรหมพิราม

3) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 ของงานวิจัยนี้ พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับ มาก ที่สุด และ มาก แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของแนวทางปฏิบัติใหม่ที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังของบุคลากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยความสำเร็จที่สามารถอภิปรายเชื่อมโยงกับแนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจและการทำงานได้อย่างชัดเจนกับทฤษฎีสองปัจจัย (Two-Factor Theory) ของ Herzberg ที่เสนอว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจ (Motivators) และความไม่พึงพอใจ (Hygiene Factors) นั้นแยกจากกัน โดยความพึงพอใจที่สูงมากนี้เชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับปัจจัยกระตุ้น (Motivators) เนื่องจากผลการประเมินชี้ให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่มีความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมากจากความรู้สึกมั่นใจในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ ตามเนื้อหาที่ปรับปรุง ที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจสูงสุด ซึ่งความมั่นใจในความสามารถเป็นส่วนสำคัญของปัจจัยความสำเร็จ (Achievement) และความรับผิดชอบ (Responsibility) ที่ Herzberg จัดเป็นปัจจัยกระตุ้นความพึงพอใจ นอกจากนี้ ความสอดคล้องระหว่างภาระงานกับประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับจากการปรับปรุงกระบวนการ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้มีการนำผู้วิจัยได้มีการนำเอา หลักการวิศวกรรมปัจจัยมนุษย์ (Human Factors Engineering: HFE) มาใช้ในการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการออกแบบ ความชัดเจนของคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ

(Clinical Practice Guideline) ฉบับปรับปรุง และ ความสะดวกในการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาล ซึ่งการปรับปรุงตามหลัก HFE นี้ช่วยลดภาระทางความคิด (Cognitive Load) และข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงาน ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความรู้สึกมั่นใจในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งความชัดเจนของกลุ่ม/แนวทางปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ฉบับปรับปรุงในการดูแลผู้ป่วยวัณโรค และ ความสะดวกในการใช้แบบฟอร์มบันทึกทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรค ได้รับคะแนนความพึงพอใจในระดับสูงถึงมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene Factor) ของ Herzberg ในด้านสภาพการทำงาน และ นโยบาย/การบริหาร ที่เป็นไปในเชิงบวก ดังนั้น ความพึงพอใจโดยรวมที่อยู่ในระดับสูงมากนี้จึงเป็นผลมาจากการที่แนวทางปฏิบัติใหม่สามารถตอบสนองทั้งปัจจัยกระตุ้น (ความมั่นใจในตนเองและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย) และปัจจัยสุขอนามัย (เครื่องมือที่ชัดเจนและสะดวก) อย่างครบถ้วน ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยในการสร้างแนวทางปฏิบัติที่เป็นที่ยอมรับและส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

4) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยวัณโรคต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 นั้นแสดงความสำเร็จอย่างชัดเจนโดยพบว่าความพึงพอใจโดยรวมและในทุกด้านที่สำคัญ (เช่น ความเข้าใจในข้อมูลที่พยาบาลให้ , การดูแลเอาใจใส่และความสุภาพของพยาบาล , ความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในคุณภาพการรักษา, และการได้รับข้อมูลและกำลังใจที่ช่วยให้ปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ อยู่ในระดับ มากที่สุด หรือ มาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการนำแนวทางปฏิบัติใหม่มาใช้ในการยกระดับคุณภาพการบริการที่เป็นองค์ประกอบหลักในการบรรลุเป้าหมายการรักษา โดยความสำเร็จนี้สอดคล้องกับหลักการคุณภาพบริการ SERVQUAL ของ Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1988) ที่เน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นจากความสามารถในการตอบสนองความคาดหวังผ่านมิติสำคัญ 5 ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มิติความเชื่อมั่นและความมั่นใจ (Assurance) ที่วัดผลจากความรู้สึกปลอดภัยและมั่นใจในคุณภาพการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนแสดงความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ มิติการเอาใจใส่ (Empathy) ที่วัดผ่าน การดูแลเอาใจใส่และความสุภาพของพยาบาลผู้ให้การดูแล ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงความพึงพอใจในระดับมากที่สุดซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในทีมผู้รักษาและกระบวนการดูแลที่ซับซ้อนและใช้เวลานานของวัณโรคปอด ซึ่งความไว้วางใจนี้เป็น ตัวทำนายความร่วมมือในการรักษาที่แข็งแกร่งที่สุด (Strongest Predictor of Adherence) จากที่ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตามที่งานวิจัยต้องการ นอกจากนี้ ความสำเร็จที่ได้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคอื่นๆ ที่มักพบว่าการพัฒนาโปรแกรมที่เน้นการสนับสนุนทางสังคมและการให้ความรู้จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการรักษาเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการที่ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจในระดับสูงต่อ การได้รับข้อมูลและกำลังใจที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอ นั้นเป็นผลโดยตรงจากแนวทางการดูแลที่ได้มีการพัฒนาองค์ประกอบกระบวนการที่เน้น การพูดคุย/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ และการตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ อันเป็นขั้นตอนที่ได้รับการออกแบบมาเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของในการรักษาของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ไม่ใช่เพียงการรักษาทางกายภาพเท่านั้น ดังนั้นความพึงพอใจที่สูงมากนี้จึงเป็นเครื่องชี้วัดสำคัญของคุณภาพการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การยอมรับแนวทางปฏิบัติใหม่และเพิ่มโอกาสในการรักษาที่สำเร็จตามเป้าหมายของโรงพยาบาลพรหมพิราม

สรุปผลการวิจัย

งานนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพรหมพิราม ให้ส่งผลสำเร็จต่อการรักษา

1. สถานการณ์ การศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอด จำนวน 6 คน

1.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วย 6 คน เป็นเพศหญิง 4 คน เพศชาย 2 คน อายุอยู่ในช่วง 49-73 ปี การศึกษา ประถมศึกษา-มัธยมศึกษาตอนปลาย อาชีพ ส่วนใหญ่ เกษตรกรรม และมี อาชีพรับจ้างร่วมด้วย มีโรคร่วม 1 คน คือ COPD ผู้ป่วยชายสูบบุหรี่ 2 คน ดื่มสุราร่วมด้วย 1 คน ค่า BMI น้อยกว่า มาตรฐาน 3 คน ค่า ปกติ 3 คน มีผู้ดูแล เกี่ยวข้องเป็นบุตรและภรรยา

1.2 ด้านความรู้ หลังการทดลองผู้ป่วยมีร้อยละคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรควัณโรคปอด (93.33%) สูงกว่าก่อนการทดลอง (54.44%) และสูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า $p\text{-value} = 0.0031$

1.3 ด้านพฤติกรรม หลังการทดลอง มีร้อยละคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลอง (84.37%) และสูงกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ร้อยละ 80) อย่างมีนัยสำคัญ

1.4 ประสิทธิภาพความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด

ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีร้อยละความสำเร็จของการรักษา ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการรักษา 100%, ต้องมีผลเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้ายของการรักษา 100%, ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน 83.33%, มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด 100%, รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง 100%, อาการไอลดลงหรือหายไป 100%, ไม่มีไข้ 100%, น้ำหนักเพิ่มขึ้น 100%, ความอ่อนแอหลังดีขึ้น 100%, พบการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอกที่ดีขึ้น 100%

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงานนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติ (CPG), Care plan และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดเพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการรักษาโรคของผู้ป่วย

2. การสร้างกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม

2.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและการประเมินผล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การเก็บรวบรวมข้อมูล (2) การประมวลผลและประเมินข้อมูล (3) การพูดชักจูง/การสร้างสัมพันธภาพ/การตัดสินใจ (4) การตั้งเป้าหมาย/การลงมือปฏิบัติ และ (5) การสะท้อนผล

2.2 การตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ผลการแสดงความคิดเห็นต่อกระบวนการ จากผู้เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับดี

3. การทดลองใช้กระบวนการ งานวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพรหมพิราม เพื่อแก้ไขปัญหาอัตราการรักษาสำเร็จที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย โดยผลการศึกษามารถตามวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ข้ออย่างครบถ้วนคือ (1) การศึกษาสถานการณ์ นำไปสู่การ (2) สร้างแนวทางปฏิบัติใหม่ (3) ด้านประสิทธิผล พบว่าแนวทางที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพสูง โดยเพิ่มคะแนนรวมความรู้ของผู้ป่วย จากร้อยละ 54.44 เป็นร้อยละ 93.33 และส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (คะแนนรวมเพิ่มขึ้นจาก 23 เป็น 81) ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีร้อยละความสำเร็จของการรักษา ผลเสมหะเป็นลบ (Negative) อย่างน้อย 2 ครั้งในช่วงการรักษา 100%, ต้องมีผลเสมหะเป็นลบในเดือนสุดท้ายของการรักษา 100%, ผู้ป่วยได้รับยาครบตามระยะเวลาที่กำหนด 6-8 เดือน 83.33%, มาตรวจติดตามการรักษาสม่ำเสมอตามนัด 100%, รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง 100%, อาการไอลดลงหรือหายไป 100%, ไม่มีไข้ 100%, น้ำหนักเพิ่มขึ้น 100%, ความอ่อนเพลียดีขึ้น 100%, พบการเปลี่ยนแปลงของภาพรังสีทรวงอกที่ดีขึ้น 100%

4. การประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพรหมพิราม ทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยมีระดับความพึงพอใจ โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดต่อกระบวนการดูแลที่ปรับปรุง ซึ่งยืนยันว่าแนวทางการดูแลนี้มีความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ยกระดับคุณภาพการรักษาวัณโรคได้จริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1. ด้านนโยบาย เป็นส่วนประกอบในการกำหนดแผน หรือนโยบายในการส่งเสริมการรักษาวัณโรคปอดให้มีผลสำเร็จในส่วนงานของโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น

87**Result of Pulmonary Tuberculosis Patients Care Process in the Outpatient Department**

1.2. ด้านการปฏิบัติ จัดทำเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ (CPG) ของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพรหมพิราม และสามารถบูรณาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก ไปประยุกต์ใช้ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษากลุ่มทดลองที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และนำผลการทดลองตามกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมมากขึ้น และช่วยให้ผลการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรคปอดเกิดผลสำเร็จได้มากยิ่งขึ้น และวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยผลสำเร็จของการรักษา ด้วยสถิติขั้นสูง เพื่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการสร้างกระบวนการสร้างเสริมปัจจัยผลสำเร็จของการรักษา ที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพิ่มเติมจากการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ตามแนวคิด “การสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาด้านสาธารณสุข” ของ พงศ์พิชญ บุญดา (Boonda, P., 2020) เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดต่อไป

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 5/2566.1.51 เมื่อวันที่ 11 ตุลาคม 2566

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำวิจัยเรื่อง ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาของอาจารย์ ดร.พงศ์พิชญ บุญดา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษา ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยฉบับนี้ และ นายแพทย์พุฒิรักษ์ รักษ์ย่อง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพรหมพิราม แพทย์หญิงเปรมกมล สุจริตจันทร์ นายแพทย์ปฏิบัติการ แพทย์ผู้ดูแลคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม และพว.กัญญาณรัตน์ วัชรนาครณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลผู้ดูแลคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลพรหมพิราม ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนข้อมูลในการศึกษา เรื่อง ผลของกระบวนการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดส่วนงานผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษาโรงพยาบาลพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ บุคลากรทางสาธารณสุขทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษา และขอขอบคุณผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กองทันโรค กรมควบคุมโรค. (2566). แผนยุทธศาสตร์ทันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2566-2570. กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญมาศ เมืองเดช, & ประจวบ แหยมหลัก. (2023). การศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดอย่างมีส่วนร่วมในชุมชนตำบลแม่ใจ อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(03), 47-47.
- ปิยะวดี สุมาลัย. (2023). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรงหลายขนานชนิดรุนแรงมากในสถาบันบำราศนราดูร: กรณีศึกษา. วารสารโรคเอดส์, 35(2), 60-68.
- พชรพร ครอบยุทธ,จักรกริช ไชยทองศรี, เจษฎา สุวรรณรัตน์, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, & กชมน นรปติ. (2022). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(01), 15-15.
- พิชิต แสนเสนา. (2023). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนอง เรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 4(2), 291-291.
- พิมาน ธีระรัตนสุนทร,ชลวา สีเดะ, รุติยาภรณ์ คงตุก, ปาลิรัตน์ วงศ์ฤทธิ์, นุพผา รักษานาม, & อณน หมัดอารี. (2021). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 4(2), 138-147.
- เพ็ญจันทร์ โสมหงษ์, น้ำฝน เสาวภาคย์ไพบุลย์, ศุภรดา ภาแสนทรัพย์ (2021). การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคปอดงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพธิ์พล. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(1), 96-110.
- วรรณา ปิยะเศวตกุล. (2021). การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 3(2), 269-288.
- วัฒนา สว่างศรี. (2019). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(3), 116-129.
- สมัญญา มุขอาษา. (2566). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวกรายใหม่. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 30(1), 58-69. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก. (2567). รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคเขตสุขภาพที่ 2. กรมควบคุมโรค.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค. (2567). แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- อนุพันธ์ ประจำ. (2021). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยวัณโรคอำเภอชุมชน จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ, 7(1), 210-221.
- อรุณรัตน์ กลิ่นฟุ้ง. (2557). ผลการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค. วารสารพยาบาลและสาธารณสุข สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 33(3), 10-23.
- อุมาพร ครุฑศิริ. (2021). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ โรงพยาบาลบ้านโป่ง. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต, 1(3), 24-36.
- อุไร โชควรรกุล. (2023). การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค อำเภอพยุหะภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 20(1), 42-55.
- โรงพยาบาลพรหมพิราม. (2566). รายงานสรุปผลการดำเนินงานวัณโรค ประจำปี 2564-2566. โรงพยาบาลพรหมพิราม.
- Aibana, O., Dauria, E., Kiriazova, T., Makarenko, O., Bachmaha, M., Rybak, N., ... & Murray, M. B. (2020). Patients' perspectives of tuberculosis treatment challenges and barriers to treatment adherence in Ukraine: a qualitative study. *BMJ open*, 10(1), e032027.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Boonda, P. (2021). Main Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study. *New Frontiers in Medicine and Medical Research*, Vol. 14, 80-86. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/4289F>
- Boonda, P. (2021). Techniques of Writing Chapter 1 for Research and Development in Public Health. *New Frontiers in Medicine and Medical Research* Vol. 14, 65-79. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/3839F>
- Boonda, P. (2020). A Technique of Modeling in Public Health Research and Development. *World Journal of Public Health*, 5(4), 89-98. doi: 10.11648/j.wjph.20200504.13.
- Boonda, P. (2019). Process of Research and Development in Public Health. *International Journal of Clinical Case Studies & Reports*, 2(1), 61-65.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Processes Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398059, Issued on: Nov. 8, 2021.

- Boonda, P. (2021). *The Technique of Phrases Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398060, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *Teaching in doing a research and development theme of public health administration subject*. Copyrights: Request for information No.398061, Issued on: Oct. 18, 2021.
- Hassani, S., Mohammadi Shahboulagi, F., Foroughan, M., Nadji, S. A., Tabarsi, P., & Ghaedamini Harouni, G. (2023). Factors Associated with Medication Adherence in Elderly Individuals with Tuberculosis: A Qualitative Study. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical*
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. John Wiley & Sons.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Ting, L. M., Chan, R., & Weng, D. L. (2025). Impact of Health Education on the Knowledge of Tuberculosis among Sputum-Positive Pulmonary TB Patients and their Care-givers. *International Journal of Infectious Diseases*, 25(3), 44-51.
- World Health Organization. (2023). *Global Tuberculosis Report 2023*. WHO

Guideline for Author

Public Health Innovation Research and Development; PHIRD

Content	Page
Aim and scope	1
Submission Fee	1
1. Preliminary details	2
2. Submission items	2
3. Cover letter	3
4. Title page	3
4.1. Citation information	3
4.2. An English article title	3
4.3. Author names	3
4.4. Author affiliations	4
4.5. Keywords	4
4.6. Corresponding author section	4
5. Manuscript	4
5.1 Front Matter	4
- Title name	4
- An English abstract	4
- Keywords	5
5.2. Main Text	5
- Section Headings	5
- Paragraphs	6
- Abbreviations	6
- Drug Names	6
- Gene nomenclature	6
- Numbers	6
- Statistics	6
- Units	7
- Miscellaneous style points	7
- Acknowledgements	8
- References	8
- Tables	9
- Figures	10
6. References (English Manuscript)	11-23

Public Health Innovation Research and Development; PHIRD
Guideline for Author

Aim and scope

Public Health Innovation Research and Development; PHIRD is published by the Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok (SCPHPL) under the authorization of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute to serve the interests of both Thai and international social scientists and researchers. The aim is to publish high quality research papers in various areas of public health innovation research and development, such as health promotion research and development, prevention research and development, and treatment research and development. Contributions to the journal can be made as either a research article or a review article. The journal is published as a periodical, with three issues annually in January, May and September, and is distributed both within Thailand and overseas. Public Health Innovation Research and Development is produced and hosted by Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok (SCPHPL) on behalf of Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

The following areas are covered in the journal: **PHIRD Focus and Scope** are results of one/two/three/four steps of Research and Development (R&D) for both true-experimental and quasi-experimental and/or/maybe as details which consist of: (1) *An analog model*; (2) *A semantic model*; (3) *A mathematical model*; and (4) *A causal model* for each field of the author (subject area)

- ☐ Health Promotion
- ☐ Prevention
- ☐ Treatment
- ☐ Rehabilitation
- ☐ GIS and Public Health
- ☐ Global Health
- ☐ Health Care Delivery
- ☐ Health Care Providers
- ☐ Health Economics
- ☐ Health Education
- ☐ Health Policy
- ☐ Health Services
- ☐ Infectious
- ☐ Disease
- ☐ Medical Microbiology
- ☐ Occupational Health
- ☐ Public Health Programs
- ☐ Diet and Nutrition
- ☐ Behavioral Health
- ☐ Behavioral Medicine
- ☐ Community Health
- ☐ Dental Hygiene

<https://thaidj.org/index.php/phird>

- ☐ Environmental Health
- ☐ Epidemiology
- ☐ Biostatistics
- ☐ Alternative Medicine
- ☐ Allied Health Sciences
- ☐ Others which related to public health

Submission Fee

First-year (2022), free the submission fee, next year (2023) the submission fee of USD for a manuscript is required. All submissions will be considered after payment of the submission fee. The submission fee is non-refundable and a paper may be rejected by the editors without being sent for review. Authors thinking of submitting an article to the Public Health Innovation Research and Development; PHIRD should consider carefully whether the paper falls within the 'Aims and Scope' of the journal as described on the journal homepage.

As the number of submissions to the PHIRD increase, the standard of papers accepted for publication has been rising. Submitted papers that have little relationship to the 'Aims and Scope' of PHIRD, even if such papers are good, are likely to be rejected as 'out of scope'. Papers that do not meet our quality standards, are also likely to be rejected. Problems with quality include insufficient intellectual depth; inappropriate analysis of the research problem; the language, style, or grammar not conforming to accepted standards; or excessively long paper (longer than 15 typed pages). That is, the paper must be written in a complete and concise style. No refund of the submission fee will be given due to the editorial time needed to make this important decision.

1. Preliminary details

- **Journal Title:** Public Health Innovation Research and Development [**PHIRD**]
- **Journal Abbreviation:** Public Health Innov R&D
- **Internally used abbreviation:** PHIRD
- **Free access online:** 3 issues per year (January-April, May-August, September-December)
- **Language:** American English, Thai
- **Link web page:** <https://thaidj.org/index.php/phird/>

2. Submission items

- Cover letter [Download Template of Cover letter](#)
- Title page [Download Template of Title page](#)
 - Citation information
 - An English article title
 - Author names
 - Author affiliations
 - Keywords
 - Corresponding author section

<https://thaidj.org/index.php/phird>

- Manuscript [Download Template of Manuscript](#)
 - Title name
 - Abstract
 - Keywords
 - Introduction
 - Literature review
 - Methods
 - Results
 - Discussion
 - Conclusion and Recommendation
 - Acknowledgments (if any)
 - Conflict of interest statement (if any)
 - Funding statement (if any)
 - References
 - Tables + legends (if any)
 - Figures + legends (if any)

3. Cover letter

Criteria for suggested reviewers

1. Two external and one internal
 2. Hold a doctoral degree or an academic title of Professor
 3. Has expertise in the area agreeable or relevant to the paper
 4. Continually produce research work
- (Editorial Board reserve the right to assign the appropriate reviewers)

4. Title page

4.1. Citation information

- Citation information is listed as Public Health Innov R&D year. Vol(No): xx-xx.

4.2. An English article title

- Bold font. Only the first word is capitalized unless the word usually is capitalized.

4.3. Author names

- Bold font. Author names are spelled out in full and separated by commas
- Family name (surname) appears last, e.g. Phongpisanu Boonda
- Affiliations are indicated by a superscripted letter placed next to each author's name.
- If an author has more than one affiliation, the superscript letter are separated by a comma (closed up)
- There is an asterisk (*) placed next to the superscript letter and separated by commas

<https://thaidj.org/index.php/phird>

to indicate the corresponding author

- Use superscript dagger symbol (†) after the affiliation to indicate Co-first authors

4.4. Author affiliations

- Each affiliation starts a new line and has complete details including the city, postcode and country
- There is NO street address in this section
- Corresponding lowercase letters linking each affiliation to authors are placed at the beginning of each affiliation
- There is NO period at the end of the affiliations

4.5. Keywords

- Note “*keywords:*” as the heading (left-align and italic note there is a terminal colon)
- Keywords are in alphabetical order and separated by commas
- There is NO period after the last keyword
- 5 keywords are allowed
- Keywords are in lower case only (unless it is a proper noun, species name)

4.6. Corresponding author section

- “*Corresponding author.” followed by the corresponding author’s email address.
- The asterisk (*) before the “Corresponding author.” is not superscripted.
- The E-mail address is on the next line. “E-mail” is hyphenated, and all hyperlinks should be removed.
- Must be only one corresponding author
- If there are co-first authors, use the dagger (†) before the “Co-first author.” to indicate co-first authors on the next line include: (†xxx and xxx contributed equally to this work.)
- If more than 1 Co-first author, use “(author’s name)” to separate the co-first authors’ email.
- Tel/fax numbers and mailing addresses should be deleted

5. Manuscript

5.1. Frontmatter

1) Title name

- Bold font. Only the first word is capitalized unless the word usually is capitalized.

2) An English abstract

- There is an “**Abstract**” heading
- Abstracts should be no longer than 250 words in English Abstract
- Where a term/definition is continually referred to, it is written in full when it first

<https://thaidj.org/index.php/phird>

appears, followed by the subsequent abbreviation in parentheses; thereafter, the abbreviation is used

3) Keywords

- Note “*keywords:*” as the heading (left-align and italic note there is a terminal colon)
- Keywords are in alphabetical order and separated by commas
- There is NO period after the last keyword
- 5 keywords are allowed
- Keywords are in lower case only (unless it is a proper noun, species name)

5.2. Main text

1) Section Headings

- Original articles generally use these **Level I headings (bold)**: Introduction, Literature Reviews, Methods, Results, Discussion, Acknowledgments, and References
- Depending on the manuscript, there may be **Level II headings (italic)**
- Depending on the manuscript, there may be **Level III headings (italic)**

Introduction

Literature

ReviewsMethods

Participants

Participants I

Participants II

Data Collection

Data Analysis

Results

Discussion (Results and Discussion)

Conclusion and Recommendation

Acknowledgments

References

- Review Articles do not have restricted section headings but should be appropriate to each section of the article
- **Level I headings:** bold font, with 1 line of space before it and 1 line of space after it
- **Level II headings:** the first letter of each word is capitalized, in italic font, with 1 line of space before it and 1 line of space after it
- **Level III headings:** The only first word is capitalized, in italic font, with 1 line of space before it and 0 lines of space after it
- But if Level III headings follow immediately after a Level II heading, then there are 0 lines of space before it and 0 lines of space after it

<https://thaidj.org/index.php/phird>

2) Paragraphs

- The first paragraph under any level of section heading is indented
- Subsequent paragraphs are indented

3) Abbreviations

- Where a term/definition is continually referred to, it is written in full when it first appears, followed by the subsequent abbreviation in parentheses (even if it was previously defined in the abstract); thereafter, the abbreviation is used
- Ensure that an abbreviation so defined does appear later in the text (excluding in figures/tables), otherwise, it should be deleted
- Abbreviations list (Please refer to Dorland's medical Abbreviations. Philadelphia: Saunders, 1992.)

4) Drug Names

- The generic term for all drugs and chemicals should be used, unless the specific trade name of a drug is directly relevant to the discussion

5) Gene nomenclature

- Current standard international nomenclature for genes should be adhered to
- Genes should be typed in italic font

6) Numbers

- Numbers that begin a sentence or those < 10 (i.e one to nine) are spelled out using letters
- Laboratory parameters, time, temperature, length, area, mass, and volume are expressed using digits
- Centuries and decades are written out using digits, e.g. the 1980s or 19th century [note: superscripted "th"]
- Numbers within parentheses are expressed in digits even if < 10
- A comma is used as a thousands separator, e.g. "10,581", "6,293,470"

7) Statistics

- Student's t-test NOT Student's t-test
- χ^2 test NOT Chi-squared test [note: χ is NOT in italics]
- ANOVA is spelled out in full as an analysis of variance

- ANCOVA is spelled out in full as analysis of covariance
- For sample size, the “*n*” is an italicized lower case letter, with a space on either side:
 $n = 36$
- For *p* values, the “*p*” is an italicized lower case letter, with a space on either side: $p < .05$, $p = .562$
- *p* should NEVER start a sentence: “ $p < .05$ was taken to be significant.” should be rewritten as “A *p*-value $< .05$ was taken to be significant.”
- Do not use a zero before a decimal point when the statistic cannot be greater than 1 (e.g., Correlations, proportions, and levels of statistical significance: e.g. .75 NOT 0.75)

8) Units

- Système International (SI) units are used
- Metric system is used for the expression of length, area, mass, and volume
- Temperatures are given in degrees Celsius, e.g. 33°C [note: no space between number and degree symbol]
- Virgule (/) is used, e.g. 74 beats/min NOT 74 beats min⁻¹
- Either use 74 beats per minute or 74 beats/ per min
- Litre is always a “lower case”, e.g. ml/sec

9) Miscellaneous style points

- When within parentheses, use “vs.”, e.g. (male vs. female) [note: vs. is italicized with end period]
- When NOT within parentheses, spell it out, e.g. male versus female [note: not italicized]
- When within parentheses, use “%”, e.g. (60%, 74%, and 25%). When NOT within parentheses, spell out, e.g. 60 percent, 74 percent, and 25 percent.
- e.g. or i.e. NOT e.g., or i.e., [note: no comma]
- Order of parentheses should be used as below:
 - o Confidence interval (CI)...
 - o The square bracket can be nested [using a round bracket (like this) inside the square bracket]
- Italicize all foreign-language terms, e.g. *in vivo*, *in vitro*, *in utero*, *en bloc*, etc.
- Italicize species names, e.g. *Klebsiella pneumonia* and *Escherichia coli* were found in...

- “st”, “nd”, “rd”, “th” are not superscripted after numbers e.g. 1st, 2nd, 3rd, 4th
- Use en dashes (–) without space for number ranging, e.g. 25–30°C
- Use closed-up em dashes (—) for parenthetical dashes
- Use repetitive/serial units, e.g. (60%, 74% and 25%) NOT (60, 74 and 25%)
- Contractions do not have an end period, e.g. Dr. NOT Dr., Mr. NOT Mr.
- Quotes: double quotes are used; single quotes are used for quotes within a quote
- For equipment, software, chemical reagents, etc., complete details of the manufacturer should be provided, e.g. SPSS version 11 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)
- OR if the name of the product appears within parentheses: (SPSS version 11; SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

10) Acknowledgments

- The level I section heading “Acknowledgments” is spelled without an “e” after “g”
- Positioned after main body of text, BEFORE the references

11) References

- Level I section heading “**References**”
- In the text, figure legends, tables
 - o Each reference is identified using a round bracket, e.g. (Smith et al., 2015)
 - o References are alphabetically ordered
 - o Multiple references are separated by a semi-colon (;)
 - o Abstracts should not be cited unless it is the only available reference to an important concept
 - o Uncompleted work or work that has not yet been accepted for publication (i.e. “unpublished data”, “personal communication”) should not be cited as references
 - o If the reference cited only has 2 authors, both surnames are listed, e.g. Hawkins and Price (2015) reported that...
 - o If ≥ 3 authors, then: Please follow Table 1.
- In References section
 - o APA style reference
 - o Learn more: Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition. (page 177)
 - o [Download APA style reference](#)

12) Tables

APA styles

- Learn more: Chapter 5 Displaying Result, pp.125–167 in Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition.
- [Download formatting Table](#)

EXAMPLE:

Table 1 Results from ANOVA.

Phishing Techniques		Sum of squares	df	Mean Square	F	<i>p</i>
Link Manipulation	Between Group	0.9884	3	1.663	2.621	.050
	Within Group	251.2000	396	0.634		
	Total	256.1880	399	-		
Website Forgery	Between Group	3.662	3	1.221	1.816	.144
	Within Group	266.259	396	0.672		
	Total	269.922	399	-		
Spear Phishing	Between Group	9.253	3	3.084	6.560	.000
	Within Group	186.202	396	0.470		
	Total	195.456	399	-		
Filter Evasion	Between Group	7.887	3	2.629	3.924	.009
	Within Group	265.278	396	0.670		
	Total	273.164	399	-		

 $p < .05$

Table 2 Weight status, body dissatisfaction, and weight control behaviors at Time 1 and suicidal ideation at time 2

Variable	Unadjusted ^a		Adjusted for demographic variables ^b	
	OR	95% CI	OR	95% CI
Weight status				
Young men	0.97	[0.78, 1.21]	0.94	[0.75, 1.19]
Young women	1.06	[0.88, 1.26]	1.02	[0.85, 1.23]
Body dissatisfaction				
Young men	0.88	[0.50, 1.54]	0.99	[0.56, 1.75]
Young women	1.06	[0.77, 1.46]	1.02	[0.74, 1.42]
UWCB				
Young men	0.81	[0.54, 1.24]	0.77	[0.50, 1.19]
Young women	0.89	[0.65, 1.21]	0.93	[0.68, 1.27]
EWCB				
Young men	1.36	[0.55, 3.36]	1.73	[0.69, 4.37]
Young women	1.98	[1.34, 2.93]	2.00	[1.34, 2.99]

Note. OR = odds ratio; CI = confidence interval; UWCB = unhealthy weight control behaviors; EWCB = extreme weight control behaviors. Adapted from "Are Body Dissatisfaction, Eating Disturbance, and Body Mass Index Predictors of Suicidal Behavior in Adolescents? A Longitudinal Study," by S. Crow, M. E. Eisenberg, M. Story, and D. Neumark-Sztainer, 2008, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, p. 890. Copyright 2008 by the American Psychological Association.
^aFour weight-related variables entered simultaneously. ^bAdjusted for race, socioeconomic status, and age group.

13) Figures

APA styles

- Learn more: Chapter 5 Displaying Result, pp.125–167 in Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition.
- [Download formatting Figures](#)

EXAMPLE:

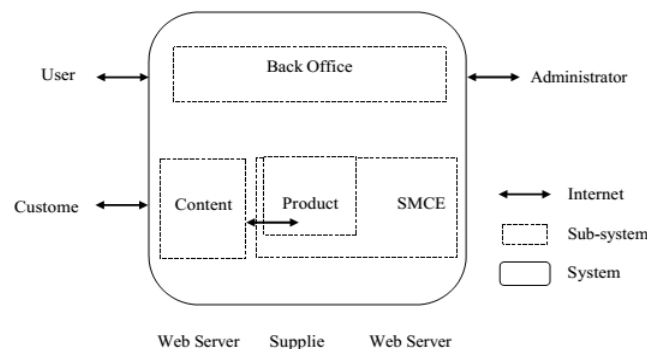


Figure 5 The overall picture of users

References Writing

การอ้างอิงเอกสารใช้รูปแบบ American Psychological Association; APA ซึ่งในปัจจุบันได้พัฒนามาในเวอร์ชัน 7 [APA 7th] โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา การเขียนบรรณานุกรมแบบ APA 7th เป็นรูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบนาม ปี- (Author-date in-text citation) โดยการระบุชื่อผู้เขียนและตามด้วยปีที่เขียน

กรณีอ้างอิงเมื่อสิ้นสุดข้อความที่ต้องการอ้างอิง ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บต่อท้ายข้อความนั้น ดังนี้

กรณีผู้เขียนคนเดียว ภาษาไทยชื่อและนามสกุลผู้เขียน) , ปีพุทธศักราช เช่น (กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540)

ภาษาอังกฤษนามสกุลผู้เขียน) ,ปี เช่น (Clark, 1999)

กรณีผู้เขียนน้อยกว่า 6 คน ภาษาอังกฤษ ให้ใส่นามสกุลผู้เขียน และคั่นระหว่างผู้เขียนคนก่อน สดท้ายกับคนสุดท้ายด้วยเครื่องหมาย "&" แล้วตามด้วยปีที่พิมพ์ เช่น)Fisher, King, & Tague, 2001)

ภาษาไทย ให้ใส่ชื่อและนามสกุลทุกคนและคั่นระหว่างผู้เขียน คนก่อนสุดท้ายกับคนสุดท้ายด้วยคำว่า "และ" แล้วตามด้วยปีที่ พิมพ์ เช่น พรทิพย์ เกตุรานนท์), พาณี สิตกะลิน และวรางคณา ผลประเสริฐ, 2549)

กรณีผู้เขียนมากกว่า 6 คน ภาษาอังกฤษ ให้ใส่นามสกุลผู้เขียนคนที่ 1 แล้วตามด้วย "et al., และปีที่พิมพ์ เช่น)Sasat et al., 2002)

ภาษาไทยให้ใส่ชื่อและนามสกุลคนที่1แล้วตามด้วย"และคณะ,, และปีที่พิมพ์ เช่น วรางคณา ผลประเสริฐ และคณะ), 2550) กรณีแหล่งอ้างอิงมากกว่า 1 แห่ง ให้คั่นระหว่างแหล่งที่อ้างอิงแต่ละแห่งด้วยเครื่องหมาย " ; " เช่น (Clark, 1999; Fisher, King, & Tague, 2001)

กรณีข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ภาษาอังกฤษ นามสกุลผู้เขียน) ,ปี เช่น (Bateman, 1990)

ภาษาไทยชื่อและนามสกุลผู้เขียน) ,ปีพาณี สิตกะลิน) เช่น (, 2550)

กรณีอ้างอิงชื่อผู้แต่งก่อนข้อความ ให้ใส่ปีที่พิมพ์ไว้ในวงเล็บต่อท้ายชื่อผู้แต่ง แล้วจึงตามด้วยข้อความ ที่ต้องการอ้าง เช่น



- กรณีไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
- กรณีพิมพ์ครั้งที่ 1 ไม่ต้องระบุครั้งที่พิมพ์
- กรณีไม่ปรากฏเมืองหรือสำนักพิมพ์ ให้ใส่ (ม.ป.ท.) หรือ (n.p.)

Author, A. A.¹, Author, B. B.^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}, ... Author, Z. Z.^N./ (Year)./ชื่อเรื่อง
////////(พิมพ์ครั้งที่) /สำนักพิมพ์.

Open Access: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

2. การอ้างอิงท้ายบทความ ให้เขียนเอกสารอ้างอิงท้ายบทความ ดังนี้

- 2.1 เรียงลำดับเอกสารภาษาไทยก่อนภาษาอังกฤษ
- 2.2 เรียงลำดับตามอักษรชื่อผู้เขียน ภาษาไทยใช้ชื่อต้น ส่วนภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลในการเรียงลำดับ
- 2.3 รูปแบบการเขียนและการใส่เครื่องหมายวรรคตอนให้ใช้รูปแบบการเขียนบรรณานุกรม APA หรือ (American Psychological Association) ในเวอร์ชัน 7 (APA 7th) ตามลำดับประเภทการเขียน 11 รายการและรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. หนังสือ

- 1.1 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter)
- 1.2 หนังสือแปล
- 1.3 E-book
 - 1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI
 - 1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
 - 1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

2. วิทยานิพนธ์

- 2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ที่ไม่ได้ตีพิมพ์
- 2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์
- 2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

- 3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม
- 3.2 ในรูปแบบวารสาร

4. เอกสารประกอบการประชุม การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี/proceeding (Symposium)

5. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/ Poster Presentation)

- 5.1 Paper presentation
- 5.2 Poster presentation

6. รายงานการประชุมอภิปราย/การสัมมนา/

7. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

8. เว็บไซต์

- 8.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่
- 8.2 Wikipedia

9. Social media

- 9.1 Twitter ตัวอักษร
- 9.2 Twitter รูปภาพและวิดีโอ
- 9.3 Facebook post
- 9.4 Instagram

9.5 YouTube หรือ streaming video

10. ราชกิจจานุเบกษา

11. การระบุที่มาของภาพและตาราง

11.1 จากหนังสือ

การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

11.2 จากเว็บไซต์

การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

11.3 จากวารสาร

การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

1. หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์) / ชื่อเรื่อง / (พิมพ์ครั้งที่) / สำนักพิมพ์.

Author, A. A. (Year). / Title of the book / (Edition ed.) / Publisher.

สุกัญญา รอส. (2561). วัสดุชีวภาพ. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์
////////มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). Evidence-based practice for nurses: Appraisal and
////////application of research (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

กรณีที่ผู้แต่งเป็นนิติบุคคล เช่น หน่วยงาน องค์กร บริษัท หรือเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ ใส่ชื่อย่อ ในส่วนของสำนักพิมพ์ หรือ
ผู้รับผิดชอบในการจัดพิมพ์ได้ เช่น WHO, มหาวิทยาลัย, สถาบัน, กรม, โรงพยาบาล

กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน. (2564). คู่มือการตรวจสอบการออกแบบและก่อสร้างอาคาร
////////เพื่อการอนุรักษ์พลังงาน. กรม.

World Health Organization. (2021). World Health Statistics report 2021 monitoring health for the
////////SDGs, sustainable development goals. WHO

1.1 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter)

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์) / ชื่อบทหรือชื่อบทความ. / ใน / ชื่อบรรณาธิการ / (บ.ก.), ชื่อหนังสือ / (น. / xx-xxx) /
////////สำนักพิมพ์.

Author, A. A. / (Year) / Title of the chapter. / In Editor / (Eds.) / Title of the book / (pp. / xx-xxx) / Publisher.

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสภา กับชนชั้นนำทางการเมือง
////////เมืองไทยในยุคมาลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธรักษา (บ.ก.), ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์
////////และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

<https://thaidj.org/index.php/phird>

1.2 หนังสือแปล

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่องหนังสือภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]/(พิมพ์ครั้งที่)./สำนักพิมพ์.
แบร์รี สมาร์. (2555). *Michel Foucault* [มิเชล ฟูโกต์]. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

1.3 E-book

1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)./ชื่อหนังสือ./ (พิมพ์ครั้งที่)./URL

Author, A. A. (Year)./Title of the book./ (Edition ed.)/URL

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*.

////////(พิมพ์ครั้งที่ 3). <https://www.ookbee.com>

Haslam, S. (2003). *Research Methods and Statistics in Psychology* (SAGE Foundations

////////of Psychology series). <http://www.amazon.com>

1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์)./ชื่อบท./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ),/ชื่อหนังสือ (พิมพ์ครั้งที่),/

/////////น./xx-xxx)/URL

Author, A. A./ (Year)./Title of the chapter./In Editor/(Eds.)/Title of the book/(Edition ed.,

/////////pp.xx-xxx)/URL

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสกา กับชนชั้นนำทางการเมือง

////////เมืองไทยในยุคคานาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธรักษา (บ.ก.), *ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์*

////////และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

ชื่อ นามสกุล./ (ปีพิมพ์)./ชื่อหนังสือ./ (พิมพ์ครั้งที่)./ <https://doi.org/xxxxxxx>

Author, A. A. (Year)./Title of the book./ (Edition ed.)/ <https://doi.org/xxxxxxx>

Chu, Z. (2022). *People-Oriented Education Transformation*. <https://doi.org/10.1007/978-981-16-6353-6>

2. วิทยานิพนธ์

2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่พิมพ์ไม่ได้ตีพิมพ์

Unpublished thesis or dissertations are usually sourced directly from the university in print form. Reference format

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่)./ชื่อวิทยานิพนธ์/วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตที่พิมพ์ไม่ได้ตีพิมพ์หรือวิทยานิพนธ์

////////ปริญญาโทที่พิมพ์ไม่ได้ตีพิมพ์./ชื่อมหาวิทยาลัย.

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Author, A. A. (Year)./Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]./Name of the Institution
/////////awarding the degree.

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์ [วิทยานิพนธ์ปริญญา
/////////มหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland University of
/////////Technology.

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./[ปีที่เผยแพร่]./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญา
/////////มหาบัณฑิต,ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อเว็บไซต์./URL

วันชนะ จุบรวง. (2560). ระบบสนับสนุนการประมาณการสัมผัสแดดเมื่อผ่านการบริโภคอาหาร (วิทยานิพนธ์
/////////ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยนเรศวร). ThaiLIS. https://tdc.thailis.or.th/tdc/search_result.php

Miller, T. (2019). *Enhancing readiness: An exploration of the New Zealand Qualified Firefighter
/////////Programme* [Master's thesis, Auckland University of Technology]. Tuwhera.

/////////https://openrepository.aut.ac.nz/handle/10292/12338

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิตและวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./[ปีที่เผยแพร่]./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
/////////[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต,
/////////ชื่อมหาวิทยาลัย]./ชื่อฐานข้อมูล

Becker, J. C. (2013). *Landscape-level influences on community composition and ecosystem function in a
/////////large river ecosystem* (Publication No. 3577776) [Doctoral dissertation, Graduate Council of
/////////Texas State University – San Marcos]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี *proceeding*

3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม

ชื่อ นามสกุล./[ปี]./ชื่อบทความ./ในชื่อบรรณานุกรม/(บ.ก.),/ชื่อหัวข้อการประชุม./ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า)./
/////////ฐานข้อมูล.

Contributor, A. & Contributor, B./[Year]./Title./In/ Editor /(Ed. หรือ Eds.), Title of conference./
/////////Title of conference /(pp./xx-xxx)./database.

กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx
วิตะ กัลป์กลาย, อลิสา คุ่มเคี่ยม, และอมลวรรณ วีระธรรมโม. (2553). ผลการพัฒนาบทเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ภาษาไทย
////////ถิ่นใต้ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรีจังหวัดปัตตานี สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. ใน มนัส สุวรรณ
////////(บ.ก.), การจัดการเรียนรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ
////////เสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53 (น. 3-14). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏ
////////เชียงใหม่.

Zegwaard, K. E., & Hoskyn, K. (Eds.). (2015). *New Zealand Association for Cooperative Education 2015*
////////conference proceedings: Refereed proceedings of the 18th New Zealand Association for
////////Cooperative Education conference. New Zealand Association for Cooperative Education.
////////https://www.nzace.ac.nz/wp-content/uploads/2016/06/2015-wellington.pdf

3.2 ในรูปแบบวารสาร

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)./ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อ./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า./URL
Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)./Title:/ Sub-title./Journal./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า./URL
Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the
////////cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*,
////////105(34), 12593-12598. <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0805417105>

4. เอกสารประกอบการประชุม การประชุมวิชาการ ที่ไม่มี/proceeding (Symposium)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน, เดือน, ปี)./เรื่องที่ประชุม./ในชื่อ/(ประธาน)/ชื่อการประชุม/[Symposium]./ชื่องานที่จัดประชุม./
////////สถานที่ประชุม
Contributor, A. & Contributor, B./ (Year/Month/day)./Title of contribution./In/Chair name/(Chair),
////////Title of the Symposium/[Symposium]./Conference Name./Location.
Cochrane, T. & Narayan, V. (2019, February 14-15). Evaluation the CMALT cMOOC: An agile and scalable
////////professional development framework. In R. Shekhawat (Chairs). *Breakout session* [Symposium].
////////Scholarship of Technology Enhanced Learning Symposium, Auckland, New Zealand.

5. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์)Paper/ Poster Presentation)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน, เดือน, ปี)./ชื่อเอกสาร หรือโปสเตอร์/[เอกสารนำเสนอในที่ประชุม หรือ โปสเตอร์นำเสนอ
////////ในที่ประชุม]./ชื่อการประชุม./สถานที่.
Presenter, A & Presenter, B./ (Year/Month/day)./Title of conference paper or poster/[Paper
////////presentation or Poster presentation]./Conference Name./Location.
กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากสถานที่ ตัวอย่าง ชื่อสถานที่./https://doi.org/xxx

<https://thaidj.org/index.php/phird>

5.1 Paper presentation

Mason, I. & Missingham, R. (2019, October 21–25). *Research libraries, data curation, and workflows* [Paper //presentation]. eResearch Australasia Conference, Brisbane, QLD, Australia. <https://bit.ly/2v1CjRg>

5.2 Poster presentation

McGoudall, J., Durbin, P., Schlatter, T., McGale, M. & Jerabek, A. (2019, October 21–25). *Dataverse //Installation Personas: A UX concept adopted to enable the navigation of Dataverse installations, //for the purpose of sharing ideas and technical experiences by the international community* [Poster presentation]. eResearch Australasia Conference, Brisbane, QLD, Australia. https://conference.eresearch.edu.au/wp-content/uploads/2019/10/Janet-McDougall-eRA2019_McDougall_Janet.pdf

6. รายงานการประชุมอภิปราย/การสัมมนา/

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)./ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.
ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
//มหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.
//บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53. มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

7. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้แต่ง./ (วัน/เดือน/ปี)./ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า.
ที่มาไว้ได้. (21 กุมภาพันธ์ 2565). จัปตาผลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหันหัวม. เดลินิวส์. 1.

8. เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)./ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL
Author, A. A./ (Year, Month date)./Title of the work: Subtitle./Website name./URL
สรญา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
//นครสวรรค์. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk-and-rgb/>
Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder control problems*.
//Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/womens-wellness-lifestyle-strategies-ease-some-bladder-control-problems/>
กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)
กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น
กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

<https://thaidj.org/index.php/phird>

8.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่

Athletics New Zealand. (n.d.). *Form a new club*. <http://www.athletics.org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club>

8.2 Wikipedia

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. http://en.wikipedia.org/wiki/Global_warming
Psychometric assessment. (n.d.). In *The psychology wiki*. Retrieved January 28, 2009, from
http://psychology.wikia.com/wiki/Psychometric_assessment

9. Social media

9.1 Twitter ตัวอักษร

Author, A. A./[@username]/(Year,/Month/date หรือ n.d.)/เนื้อหาของโพสต์ 20 คำแรก./[Tweet].
Twitter./URL
Arden, J. [@jacindaarden]. (2018, October 15). *I salute you, @Kereru4PM #BirdOfTheYear*
Twitter. <https://twitter.com/jacindaarden/status/1051569120066469889>

9.2 Twitter รูปภาพและวิดีโอ

Author, A. A./[@username]/(Year,/Month/date หรือ n.d.)/เนื้อหาของโพสต์ 20 คำแรก./[Image or
Video attached] [Tweet]. Twitter./URL
Figure.NZ [@figurenz]. (2019, October 15). *Looking forward to resting up over the holidays?*
[sleeping face emoji] [beach with umbrella emoji] NZ #Health Survey figures show about
70% of adults meet sleep duration... [Image attached] [Tweet]. Twitter.
<https://twitter.com/FigureNZ/status/1207422765986279424>

9.3 Facebook post

Author, A. A./[Year,/Month/date หรือ n.d.]/เนื้อหาของโพสต์ 20 คำแรก./[Video or Image attached].
Facebook./URL
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์. [Book Overview] ศิลปะและวิทยาศาสตร์ของการลงทุนเน้นคุณค่าโดย
ดร.สัมพันธ์ เนตยานันท์... [Video]. Facebook. <https://www.facebook.com/NU.publishing.house/videos/500261141462779>

9.4 Instagram

Author, A. A./[@username]/(Year,/Month/date หรือ n.d.)/เนื้อหาของโพสต์ 20 คำแรก./[Photograph].
Instagram./URL

<https://thaidj.org/index.php/phird>

New Zealand Police [newzealandpolice]. (2019, November 15). *Class of 2019 // Wellington dog*
/////////section [paw prints emoji] #fridayflooof [Photograph]. Instagram.
/////////https://www.instagram.com/p/B43Cl_-J9pN/

9.5 YouTube หรือ streaming video

Uploader, U. U./ (Year, Month Day)/Title of work[Video]/YouTube.URL
MSNBC. (2020, January 7). *Julián Castro endorses Elizabeth Warren* [Video]. YouTube.
/////////https://www.youtube.com/watch?v=Uk2Tzc8H5po

10. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย./ (วัน/เดือน/ปี)./ราชกิจจานุเบกษา/เล่ม/ตอนที่/หน้า/เลขหน้า.
ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง
/////////ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2564. (7 มกราคม 2565).
/////////ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 22-50.

11. การระบุที่มาของภาพและตาราง

การระบุแหล่งที่มาของรูปภาพและตารางจะต่างจากสารสนเทศประเภทอื่น ๆ ที่จะต้องมีการเพิ่มเติมการระบุสิทธิ์การใช้งานและลิขสิทธิ์ หรือในสาธารณสมบัติหรือตัวย่อใบอนุญาต Creative Commons] ทำซ้ำโดยได้รับอนุญาต [หรือดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต] หากมีการขออนุญาตและได้รับอนุญาต

- 1) ลักษณะการนำมาใช้ โดยระบุว่า “จาก” สำหรับการพิมพ์ซ้ำ หรือ “ดัดแปลงจาก” สำหรับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงใด ๆ
- 2) ข้อมูลของแหล่งที่มาตามประเภทของสารสนเทศ
- 3) สถานะลิขสิทธิ์ของผลงานที่นำมา โดยระบุว่า “สงวนลิขสิทธิ์. ชื่อเจ้าของผลงาน/โดย/ปี/” หรือ “CC BY-NC-ND” สำหรับการสงวนลิขสิทธิ์บางประการ)Creative Commons) หรือ “สาธารณสมบัติ” สำหรับงานสร้างสรรค์ที่หมดความคุ้มครองด้านทรัพย์สินทางปัญญาแล้ว
- 4) ข้อความการอนุญาต ให้ระบุเฉพาะกรณีที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
- 5) การระบุที่มานี้ ใช้แทนการอ้างอิงในเนื้อหา จึงไม่จำเป็นต้องระบุซ้ำ

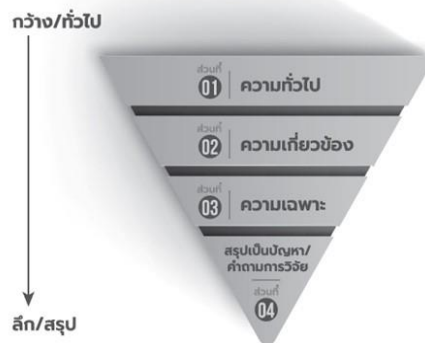
ตารางที่ 1 รูปแบบการระบุที่มาของภาพหรือตาราง

แหล่งที่มา	การนำมาใช้	รายละเอียดแหล่งที่มา	ลิขสิทธิ์	ข้อความการอนุญาต
หนังสือ	จาก หรือ ปรับปรุงจาก	ข้อ 1	ไทย สงวนลิขสิทธิ์/ปี/โดย/ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ สาธารณสมบัติ.	ไทย พิมพ์ซ้ำโดยได้รับ อนุญาต หรือ ดัดแปลงโดยได้รับ อนุญาต
วารสาร	From หรือ Adapted from	ข้อ 3	หรือ CC BY-NC	หรือ ดัดแปลงโดยได้รับ อนุญาต
เว็บไซต์		ข้อ 4	อังกฤษ Copyright/year/by/ ชื่อเจ้าของผลงาน. หรือ In the public domain. หรือ CC BY-NC	อังกฤษ Reprinted with permission. หรือ Adapted with permission.

หมายเหตุ : จาก การอ้างอิงสารสนเทศตาม “Publication Manual of the American Psychological Association”
 ///////////(7th Edition) โดย ศูนย์นวัตกรรมการศึกษา สื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์, 2564. คณะครุศาสตร์
 ///////////จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (<https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/153329/111738>).

11.1 จากหนังสือ

จาก/ชื่อหนังสือ/(น./เลขหน้า)/โดย/ชื่อผู้แต่ง,/ปีพิมพ์/สำนักพิมพ์/(URL)/ลิขสิทธิ์/ข้อความการอนุญาต
 From/BookName/(p./ PageNumber),/by/ Author, A. A./Year,/Publisher/(URL)/ Copyright/Permission.



ภาพ 1 การเขียนความเป็นมาของปัญหา

หมายเหตุ : จาก ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ : จากแนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2 น. 32), โดย ชำนาญ
 ///////////ปาลนางษ์, /2563, สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. สงวนลิขสิทธิ์ 2563 โดย สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
 ///////////นเรศวร. ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาต.

<https://thaidj.org/index.php/phird>

การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

ชำนานู ปาณางษ์. (2563). ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ : จากแนวคิดทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์
////////มหาวิทยาลัยนครสวรรค์.

11.2 จากเว็บไซต์

จาก/ชื่อบทความ,/โดย/ชื่อผู้แต่ง,/ปีที่เผยแพร่,/ชื่อเว็บไซต์/(URL)/ลิขสิทธิ์/ข้อความอนุญาต.

From/Title,/by/Author, A. A./Year,/Site Name/(URL)/Copyright/Permission.

*ไม่ต้องระบุ ชื่อเว็บไซต์หากเหมือนกับ ชื่อผู้แต่ง



ภาพ 1 การพบปะกันระหว่างคิมจองอึน (Kim Jong-un) ผู้นำเกาหลีเหนือประธานาธิบดีมุนแจอิน (Moon Jae-in) ผู้นำเกาหลีใต้ และประธานาธิบดีโดนัลด์ ทรัมป์ (Donald Trump) ผู้นำสหรัฐอเมริกาที่พื้นที่ปลอดทหาร (demilitarized zone) ระหว่างเกาหลีทั้งสอง เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน ค.ศ. 2019

หมายเหตุ : จาก President Trump Meets with Chairman Kim Jong Un โดย The White House, 2561. Commons
/////////wikimedia ([https://commons.wikimedia.org/wiki/File:President_Trump_Meets_with_Chairman_Kim_Jong_Un_\(48164732021\).jpg](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:President_Trump_Meets_with_Chairman_Kim_Jong_Un_(48164732021).jpg)). CC BY-NC-ND.

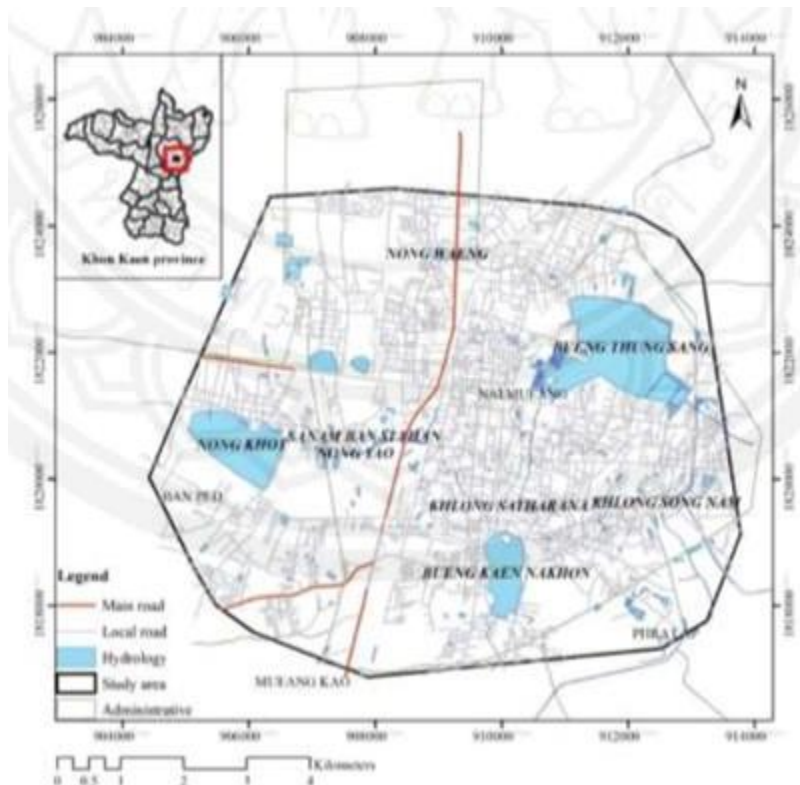
การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

The White House. (2019). *President Trump Meets with Chairman Kim Jong Un*. [Image]. Retrieved from
/////////https://commons.wikimedia.org/wiki/File:President_Trump_Meets_with_Chairman_Kim_Jong_Un_(48164732021).jpg

11.3 จากวารสาร

จาก"/ชื่อบทความ,"/โดย/ชื่อผู้แต่ง,/ปีพิมพ์/ชื่อวารสาร,/เลขของปีที่(เลขของฉบับที่),/น./เลขหน้า/(URL)/ลิขสิทธิ์/ข้อความการอนุญาต.

From*/"Title journal,"/by/Author, A. A./Year/JournalTitle,/Volume(issue)/p. PageNumber (url or doi if from an ejournal)/.Copyright/Permission.



ภาพ 1 แผนที่พื้นที่ศึกษา

Note : From "Development of Flood Drain Direction using Mobile GIS and Spatial Interpolation Techniques
 //in Municipality of Khon Kaen, Thailand" by Pawattana, C., และ Jeefoo, P., 2565, Naresuan University
 //Journal: Science and Technology (NUJST), 30(3), p. 12. ([https://www.journal.nu.ac.th/NUJST/](https://www.journal.nu.ac.th/NUJST/article/view/Vol-30-No-3-2022-11-22)
 //article/view/Vol-30-No-3-2022-11-22). Copyright 2022 by CC BY-NC-SA.

การเขียนอ้างอิงท้ายเล่ม

Pawattana, C., & Jeefoo, P. (2021). Development of Flood Drain Direction using Mobile GIS and Spatial
 //Interpolation Techniques in Municipality of Khon Kaen, Thailand. *Naresuan University Journal:*
 //Science and Technology (NUJST), 30(3), 11-22. Retrieved from [https://www.journal.nu.ac.th/NUJST/](https://www.journal.nu.ac.th/NUJST/article/view/Vol-30-No-3-2022-11-22)
 //article/view/Vol-30-No-3-2022-11-22

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Open Access: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0)

PHIRD

Public Health Innovation Research and Development [R&D]



<https://thaidj.org/index.php/phird>

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute

PHIRD

Public Health Innovation Research and Development [R&D]



<https://thaidj.org/index.php/phird>

Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok
Faculty of Public Health and Allied Health Sciences
Praboromarajchanok Institute