


การสังเคราะห์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ
ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
The Knowledge Synthesis of Health Care Management in
Community Nurse Practitioner Discipline



กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม
วนิดา ดรงค์ฤทธิชัย
พัชรี รัศมีแจ่ม
ปิยะรัตน์ สมันตรัฐ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีการศึกษา 2557

ชื่อเรื่อง การสังเคราะห์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ผู้วิจัย กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม, วนิตา ตุงรงค์ฤทธิชัย, พชรี รัศมีแจ่ม, ปิยะรัตน์ สมันตรัฐ
สถาบัน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ปีที่จัดพิมพ์ 2562
สถานที่พิมพ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
แหล่งที่เก็บรายงานฉบับสมบูรณ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
จำนวนหน้างานวิจัย 151 หน้า
คำสำคัญ การสังเคราะห์งานวิจัย การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ลิขสิทธิ์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

บทคัดย่อ

การวิจัยเอกสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของบัณฑิตในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 จำนวน 88 เรื่อง สามารถค้นหาเล่มสมบูรณ์เพื่อนำมาสังเคราะห์ได้จำนวน 74 เล่ม จำแนกเป็นวิทยานิพนธ์ 44 เรื่องและการศึกษาอิสระ 30 เรื่อง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสังเคราะห์ที่ผ่านการตรวจสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ คือ วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระโดยมากวิธีศึกษาเป็นการวิจัยเชิงบรรยายและเชิงคุณภาพ วัตถุประสงค์การศึกษาเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาล แนวคิดที่ใช้เป็นรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การออกแบบการศึกษาที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มเป้าหมายเป็นระดับบุคคล ประโยชน์ที่นำไปใช้ในการป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

การจัดการดูแลภาวะสุขภาพพบลักษณะภาวะสุขภาพที่จัดการดูแลจัดได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ปัญหาสุขภาพกาย (ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง เบาหวาน ภาวะกระดูกและข้อผิดปกติ โรกระบบทางเดินหายใจ ภาวะเส้นเลือดอุดตันและโรคที่เกิดจากความร้อน) 2) ปัญหาสุขภาพจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) และ 3) กลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ (สตรีตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่นและแรงงานต่างด้าว)

ข้อเสนอแนะควรออกแบบวิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ลักษณะภาวะสุขภาพที่ควรจัดการดูแล แนวทางการจัดการดูแลสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางระบบการจัดการเรียนการสอนในแต่ละปีการศึกษา รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรในรอบการปรับปรุงครั้งต่อไป ขยายกลุ่มเป้าหมายการทำวิทยานิพนธ์และ

การศึกษาอิสระให้สมดุลทั้งผู้ใช้บริการระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน เพิ่มแบบการศึกษาของ
การวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปฏิบัติการให้มีความหลากหลาย



Research Title	The Knowledge Synthesis of Health Care Management in Community Nurse Practitioner Discipline
Researcher(s)	Kamontip Khungtumneum, Vanida Durongrittichai, Patcharee Rasamejam, Piyarat Samantarath
Institution	Huachiew Chalermprakiet University
Year of Publication	2019
Publisher	Huachiew Chalermprakiet University
Sources	Huachiew Chalermprakiet University
No. of Pages	151 Pages
Keywords	Research Synthesis, Health Care Management, Community Nurse Practitioner
Copyright	Huachiew Chalermprakiet University

ABSTRACT

The objective of this documentary research was to analyze characteristics of data and knowledge related to health care management from thesis and independent study in community nurse practitioner discipline .The samples were 88 studies, published during 2007 – 2016. Classified as 49 theses and 39 independent studies. The research instrument was validated by 3 experts. Percentage and content analysis were employed.

The results of the study were most of thesis and independent studies are descriptive and qualitative research. The purpose of their study were to develop clinical nursing practice guideline. Concepts used as empirical evidence-based. Mostly research design linking to community nursing practice target to individual level. Benefits of studies can be utilized for secondary and tertiary prevention. Health care management could be divided into 3 groups: 1) Physical health problems (Hyperlipidemia, Hypertension, Stroke, Coronary disease, Chronic diseases, Cancer, D.M., Osteoarthritis, Respiratory diseases, Varicose veins, Heat stroke 2)Mental health

problem (Depression) and 3)Risk groups for health problems (Teenage pregnancy, Child and adolescent, Migrate workforce)

Suggestions were the study design, target group, health condition, health care or management guideline should be forward determined. They will be benefit for learning system layout for each year and for the next of circle curriculum development. Also, the target clients in theses and independent study should be expanded for balancing the level of individual, family, group, and community service users.



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ได้รับความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพยัคฆ์ รักษาการคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ให้คำปรึกษา และชี้แนะแนวทางด้วยความปรารถนาดีอย่างสม่ำเสมอ ให้ความเมตตา รวมทั้งให้กำลังใจตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบแนวทางในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้และประสบการณ์ต่างๆในการทำวิจัยในพื้นที่ที่เป็นแหล่งฝึกภาคปฏิบัติของคณะพยาบาลศาสตร์ และนำผลงานวิจัยนี้ไปพัฒนาพื้นที่ต่อไป ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทวีศักดิ์ กสิผล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หทัยชนก บัวเจริญ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ของเครื่องมือวิจัย และให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณมหาบัณฑิต หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยด้วยดี นอกจากนี้ยังมีผู้เกี่ยวข้องอีกหลายท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณด้วยความรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

คณะผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.4 นิยามตัวแปร	4
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
2.1 การสังเคราะห์งานวิจัย	5
2.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	13
2.3 ผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	36
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	37
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.2 ขอบเขตการวิจัย	37
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	38
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	39
3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	40
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	40
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	41
4.1 คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ	41
4.2 องค์กรความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ	61
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	111
5.1 สรุปผลการวิจัย	111
5.2 การอภิปรายผลการวิจัย	120
5.3 ข้อเสนอแนะ	123
บรรณานุกรม	125
ภาคผนวก	139
ก แบบบันทึกข้อมูลการสังเคราะห์งานวิจัย	140
ข ประวัติย่อผู้วิจัย	149

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	11
2	ประเด็นของการศึกษาผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ ปีการศึกษา 2550-2559	18
3	รายละเอียดประเด็นการศึกษาของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระแต่ละ เรื่องของผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-2559	20
4	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามปี พ.ศ. ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	42
5	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามวิธี การศึกษา	43
6	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตาม วัตถุประสงค์การศึกษา	44
7	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามแบบ แผนการศึกษา	45
8	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามแนวคิด ที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา	46
9	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามกลุ่ม ตัวอย่างที่ทำการศึกษา	47
10	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามอาชีพ ของกลุ่มตัวอย่าง	49
11	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามเพศของ กลุ่มตัวอย่าง	49
12	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการกำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	50

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
13	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตาม การได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	51
14	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามสถิติที่ใช้ ในการวิเคราะห์	52
15	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามระดับของ กลุ่มเป้าหมาย	53
16	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประโยชน์ ของผลการศึกษาที่จะนำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพ	54
17	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประโยชน์ ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่อง	55
18	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการ ประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาล	55
19	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ	56
20	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการ วิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน	57
21	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามคุณค่าของ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน	58
22	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามสมรรถนะของ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ	59
23	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามความสามารถ ในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่	60
24	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตาม ความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	61
25	จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประเด็นสุขภาพ	62

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติเป็นหน่วยงานที่ผลิตมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมาตั้งแต่ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2547 เป็นต้นมา โดยเริ่มต้นจากการใช้หลักสูตรฉบับแรกในปี พ.ศ.2547 ต่อมาคือหลักสูตรฉบับปรับปรุง พ.ศ.2552 และ พ.ศ.2555 ตามลำดับ (หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ.2547, 2552 และ 2555) ซึ่งการจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สอดคล้องกันในศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นสูงและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อบูรณาการการคิดวิเคราะห์ ตัดสินใจและเลือกหรือริเริ่มยุทธวิธี รวมทั้งนวัตกรรมภายใต้องค์ความรู้ และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะเป็นผู้นำในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ให้การรักษาโรคเบื้องต้นและการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพประชากรกลุ่มเป้าหมาย นอกจากนี้ยังจัดให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ตามพันธกิจของคณะพยาบาลศาสตร์ด้วยการให้บริการวิชาการในชุมชนในฐานะนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งร่วมทำวิจัยกับอาจารย์เพื่อพัฒนาทักษะและเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัย ทั้งนี้เพื่อให้มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีคุณลักษณะตามอัตลักษณ์บัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติคือ การปฏิบัติกรพยาบาลด้วยหัวใจ ด้วยความเอื้ออาทร รับผิดชอบและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี

การที่นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติจะสำเร็จการศึกษา นักศึกษาจะต้องเลือกแผนการศึกษา ประกอบด้วยแผน ก. คือ การเลือกทำวิทยานิพนธ์ (12 หน่วยกิต) และแผน ข. คือ การศึกษาอิสระ (4 หน่วยกิต ในหลักสูตร พ.ศ. 2547 และ 6 หน่วยกิต ในหลักสูตรฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2555) ซึ่งทั้งวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระเป็นการศึกษาในประเด็นสถานการณ์หรือปัญหาทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่สนใจอย่างเป็นระบบด้วยวิธีที่การเลือกสรรเพื่อสังเคราะห์ความรู้ พัฒนาวิธีการ สร้างมาตรฐาน กำหนดกลยุทธ์ ประเมินผลลัพธ์ พัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนภายใต้ความร่วมมือและแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา เพียงแต่แตกต่างในความลุ่มลึก วิธีการศึกษาที่ใช้ รวมทั้งผลลัพธ์ขององค์ความรู้ที่ได้ ซึ่งวิทยานิพนธ์จะใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการศึกษามีความเข้มงวดค่อนข้างมาก ขณะที่การศึกษาอิสระจะใช้การ

สังเคราะห์งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการศึกษา ทำให้ผลลัพธ์ของการทำวิทยานิพนธ์ได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ ส่วนการศึกษาอิสระได้แนวทางการแก้ไขหรือพัฒนางานที่สามารถนำไปใช้จริงได้ในทางปฏิบัติ (บัณฑิตวิทยาลัย. 2556)

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่เปิดการจัดการเรียนการสอนปีการศึกษา 2547 ถึงปีการศึกษา 2559 มีบัณฑิตสำเร็จการศึกษาครั้งแรกในปีการศึกษา 2550 หลังจากนั้นเป็นต้นมาจนถึงปีการศึกษา 2559 จากการรวบรวมผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระพบว่ามีความทั้งสิ้น 88 เรื่อง ประเด็นที่ทำการศึกษาทั้งในวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระพบว่ามีหลากหลายประเด็นไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเป้าหมาย เช่น หญิงตั้งครรภ์ เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง วัยทำงาน เป็นต้น ปัญหาสุขภาพที่สนใจ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การจัดการความเสี่ยง การดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น ระเบียบวิธีวิจัย เช่น การศึกษาเชิงพรรณนา การศึกษาเชิงวิเคราะห์ การศึกษาแบบกึ่งทดลอง การสังเคราะห์งานวิจัย เป็นต้น ผลลัพธ์ของการศึกษาที่ได้ เช่น ปัจจัยที่มีผลต่อปัญหาที่สนใจศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรม รูปแบบเพื่อการพัฒนาสุขภาพหรือการดูแลต่อเนื่อง แนวปฏิบัติพยาบาล ปัจจัยทำนายปัญหาที่สนใจศึกษา แต่วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระเหล่านี้ยังไม่ได้ถูกสังเคราะห์องค์ความรู้ออกมาอย่างเป็นระบบเพื่อประโยชน์ในการจัดการความรู้ของหลักสูตรหรือใช้เป็นข้อเสนอในการทำวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป รวมไปถึงการเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงหลักสูตรในอนาคตต่อไป

การสังเคราะห์องค์ความรู้จะต้องอาศัยวิธีการของการสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งเป็นการรวบรวมและศึกษางานวิจัยอย่างพิถีพิถัน นำข้อมูลจากงานวิจัยแต่ละเรื่องมาหาข้อเท็จจริง จัดหมวดหมู่เปรียบเทียบความเหมือนความต่างของงานวิจัยเพื่อหาข้อสรุปและนำเสนออย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้ความรู้ใหม่ การทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เป็นวิธีการหนึ่งของการสังเคราะห์งานวิจัยที่สามารถนำมาใช้เพราะอาศัยกระบวนการของการสืบค้น คัดเลือกและสะท้อนเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ (Critical appraisal) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานที่คัดเลือกเพื่อนำมาสรุปเป็นผลการศึกษา (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2549; Cook, Mulrow & Haynes. 1997) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้วิธีการทางสถิติมาสังเคราะห์งานวิจัยและการศึกษาอิสระหลายๆ เรื่องเพื่อหาข้อสรุปองค์ความรู้เชิงบูรณาการ (Integrating finding) ซึ่งการสังเคราะห์ความรู้ยังมีความสำคัญในการพัฒนาหลักสูตรโดยนำข้อมูลที่นำมาเป็นส่วนหนึ่งในการปรับปรุงหลักสูตรให้ทันสมัยตามความก้าวหน้าในศาสตร์สาขานั้นๆ ก้าวทันความก้าวหน้าทางวิทยาการที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งวางระบบผู้สอนและอาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์และมีคุณสมบัติเหมาะสมในการพัฒนานักศึกษาให้เต็มศักยภาพ จัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่เน้น

นักศึกษาเป็นสำคัญและส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2557)

วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนถือว่าเป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลสุขภาพเพราะใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษาหาข้อเท็จจริงเพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มผู้ใช้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนที่สนใจ การสังเคราะห์ความรู้จะช่วยให้เกิดการทบทวนข้อค้นพบหลักการและทฤษฎีที่มีอยู่แล้วก่อนที่จะมีการสร้างสรรค์ความรู้ใหม่เพิ่มเติมเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนในการศึกษาและเพื่อนำข้อบกพร่องของงานวิจัยที่มีอยู่มาแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ได้การวิจัยที่ถูกต้องแม่นยำมากขึ้นในกระบวนการวิจัย (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. 2549)

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงเห็นความสำคัญของการสังเคราะห์งานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 เพื่อสกัดจัดหมวดหมู่และค้นหาความรู้ที่ชัดเจน รวมทั้งได้มาซึ่งสร้างข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหลักสูตรในภาพรวม ได้ประเด็นต่อยอดการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระด้านกลุ่มเป้าหมาย ด้านการพยาบาลเพื่อพัฒนาสุขภาพบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนและด้านเวชปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559

2. เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559

1.3 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (research synthesis) เพื่อรวบรวมวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559

จำนวน 74 เรื่อง ในประเด็นข้อมูลพื้นฐานและการจัดการดูแลภาวะสุขภาพของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ทำการเก็บข้อมูลและสังเคราะห์ข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม- มิถุนายน 2560

1.4 นิยามตัวแปร

วิทยานิพนธ์ หมายถึง รายงานการศึกษาวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559

การศึกษาอิสระ หมายถึง รายงานการศึกษาค้นคว้าอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559

การสังเคราะห์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ หมายถึง การนำผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 มาทำการสังเคราะห์ใน 2 ประเด็นคือข้อมูลพื้นฐานและการจัดการดูแลภาวะสุขภาพ โดยประยุกต์แนวคิดการทบทวนวรรณกรรมด้วยวิธีแมทริกซ์ (Matrix method) ของ Garrard (2013) ประกอบไปด้วย 4 ส่วน คือ การบันทึกการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้อง (Paper trail) การเลือกและการจัดระบบเอกสารทั้งหมดที่จะใช้ในการทบทวน (Document section) แม่แบบการทบทวน (Review matrix) เป็นการสรุปข้อมูลของเอกสารแต่ละเรื่องในรูปแบบตาราง และการสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นการเขียนผลของการทบทวนวรรณกรรมจากข้อมูลสำคัญในแม่แบบการทบทวน (ปริศนา อัครชนพล และอาภรณ์ ดীনาน. 2559)

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ประเด็นเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมาย แนวคิดทฤษฎี รูปแบบการวิจัย การให้บริการสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชนสำหรับต่อยอดการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2. เป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงหลักสูตรในรอบต่อไปให้ทันสมัยตามความก้าวหน้าในศาสตร์สาขาวิชา

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและการจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 ผู้วิจัยกำหนดที่จะทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ตามลำดับ ดังนี้

2.1 การสังเคราะห์งานวิจัย

2.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2.3 ผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

2.1 การสังเคราะห์งานวิจัย

การสังเคราะห์งานวิจัยเป็นระเบียบหรือเทคนิควิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่หาข้อเท็จจริงเพื่อตอบปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายๆ เรื่องมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติหรือวิธีการวิเคราะห์ที่ข้อมูลเชิงคุณภาพและนำเสนอข้อสรุปอย่างมีระบบ (นงลักษณ์ วิรัชชัย, 2542 : 15-16) และช่วยให้สามารถสรุปข้อความรู้รวมที่ได้จากการวิจัยที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องในประเด็นเดียวกัน ทำให้สามารถนำผลวิจัยที่พบไปใช้ประโยชน์ได้สอดคล้องกับลักษณะของปัญหาหรือลักษณะของผู้เรียนที่มีความแตกต่างกัน (สุวิมล ว่องวานิช, 2545) ซึ่งการสังเคราะห์งานวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือการสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะและการสังเคราะห์เชิงปริมาณ (อุทุมพร จามรมาน, 2531; สุวิมล ว่องวานิช, 2545) ดังนี้

1) การสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะ (Qualitative synthesis) คือ การสังเคราะห์เนื้อหาสาระเฉพาะส่วนที่เป็นข้อค้นพบของรายงานการวิจัย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ด้วยวิธีการบรรยาย ซึ่งจะได้บทสรุปรวมของข้อค้นพบจากรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ โดยอาจยังคงสาระของงานวิจัยแต่ละเรื่องไว้ด้วยหรืออาจนำเสนอบทสรุปลักษณะภาพรวมโดยไม่คงสาระของงานวิจัยแต่ละเรื่องก็ได้ การสังเคราะห์ลักษณะนี้ ก่อให้เกิดความหลากหลายของผลการวิเคราะห์เชิงคุณลักษณะ เนื่องจากอิงกับผู้สังเคราะห์

2) การสังเคราะห์เชิงปริมาณ (Quantitative synthesis) คือ การใช้ระเบียบวิธีทางสถิตินำเสนอข้อค้นพบจากงานวิจัยทุกเรื่องในหน่วยมาตรฐานเดียวกันและบูรณาการข้อค้นพบของรายงานการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด พร้อมทั้งแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างลักษณะงานวิจัย การสังเคราะห์เชิงปริมาณจึงเป็นการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ (Analysis of analysis) หรือการวิเคราะห์เชิงผสมผสาน (Integrative analysis) หรือการวิจัยงานวิจัย (Research of research) โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis)

ประเภทของการสังเคราะห์งานวิจัยจึงขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของผู้วิจัย หากมีจุดมุ่งหมายเพื่อสังเคราะห์ของงานวิจัยแต่ละเรื่องหรือสรุปภาพรวมของเนื้อหาสาระ ก็ควรใช้การสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะ แต่ถ้ามีจุดมุ่งหมายเพื่อเสนอข้อค้นพบจากงานวิจัยทุกเรื่องในหน่วยมาตรฐานเดียวกันและบูรณาการข้อค้นพบของรายงานวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างลักษณะของงานวิจัยก็จะเหมาะกับการสังเคราะห์เชิงปริมาณ (สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม. 2557: 5-6)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะสังเคราะห์เชิงคุณลักษณะ (Qualitative synthesis) คือ การสังเคราะห์เนื้อหาสาระเฉพาะส่วนที่เป็นข้อค้นพบของรายงานการวิจัย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งเป็นเทคนิคที่เน้นบรรยายสาระของข้อความหรือเอกสาร คือ การทำให้ข้อมูลเอกสาร ได้แก่ ถ้อยคำ ประโยคหรือความในเอกสารให้เป็นจำนวนที่วัดได้ แล้วแจกแจงจำนวนของถ้อยคำในประโยคหรือในใจความเหล่านั้น การบรรยายจะเน้นเนื้อหาตามที่ปรากฏในข้อความโดยผู้วิจัยไม่นำอคติหรือความรู้สึกของตนเองเข้าไปเกี่ยวข้อง (สุภางค์ จันทวานิช. 2531; อังคินันท์ อินทรกำแหง. 2551: 31) ร่วมกับวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative synthesis) ที่แสดงให้เห็นวิธีทางสถิตินำเสนอข้อค้นพบจากลักษณะงานวิจัย

ลักษณะสำคัญของการสังเคราะห์งานวิจัย

เกลสและคณะ (Glass & others, 1981) กล่าวว่า การสังเคราะห์งานวิจัยมีลักษณะสำคัญอย่างน้อย 5 ประการ คือ

- 1) เป็นการนำแนวคิด ทฤษฎี และหลักการของศาสตร์ที่หลากหลายในหัวเรื่องเดียวกันมาสรุปให้เป็นแนวคิดทฤษฎีตัวแบบใหม่ขึ้นมา
- 2) เป็นการสังเคราะห์มาจากผลงานวิจัยตั้งแต่ 2 เรื่องขึ้นไปในหัวข้อเดียวกัน
- 3) มีจุดประสงค์เพื่อหาข้อสรุปรวมจากผลงานวิจัยต่างๆ หรือตกลึกความคิดที่ได้มาจากผลงานวิจัยหลายชิ้น เพื่อให้ได้ข้อสรุปรวมในหัวข้อที่ศึกษา
- 4) เป็นการมุ่งหาข้อสรุปหรือข้อเสนอแนะทั่วไป (Generalization) ในหัวข้อที่ศึกษาโดยใช้เหตุผลเชิงอุปมาน (Induction reasoning) ซึ่งการใช้เหตุผลเชิงอุปมานเป็นวิธีการศึกษาที่ใช้วิธีการนำข้อค้นพบที่ได้จากปรากฏการณ์ต่างๆ เป็นจำนวนมากมาหาข้อสรุปทั่วไป

5) เป็นการค้นหาความเป็นจริงของปรากฏการณ์ร่วมโดยใช้ระเบียบวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ที่ได้จากการสังเกตปรากฏการณ์หรือข้อค้นพบจากงานวิจัยต่างๆ จากการใช้เหตุผลเชิงอุปมาน รวมถึงอาจนำข้อสรุปร่วมหรือข้อสรุปทั่วไปหรือต้นแบบใหม่ไปทดลองหรือทดสอบเพื่อหาความจริงแท้ต่อไป

ส่วนศิริยุพา พูลสุวรรณ (2541) แบ่งการสังเคราะห์งานวิจัยเป็น 5 ลักษณะ ได้แก่

1) การวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลดิบ (Primary analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมด้วยตนเองแล้วสรุปผล วิธีนี้เกิดความคลาดเคลื่อนได้เนื่องจากผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2) การวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้ว (Secondary analysis) คือการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยใหม่ เช่น ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นต้น

3) การสังเคราะห์งานวิจัย (Meta – analysis) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิจัยเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ของข้อมูลในงานวิจัยเหล่านั้นมีลักษณะคล้ายการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้วแต่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ คือ รายงานการวิจัย

4) การวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด (Best evidence analysis) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำ Meta – analysis แต่เลือกเฉพาะงานวิจัยที่มีคุณภาพมาวิเคราะห์สังเคราะห์ วิธีนี้ข้อสรุปที่ได้อาจไม่ครอบคลุมปัญหาการวิจัยทั้งหมดเพราะงานวิจัยที่เลือกมาเป็นเพียงบางส่วนของงานทั้งหมดและอาจเกิดความลำเอียงในชั้นประเมินคุณภาพการวิจัย

5) การวิเคราะห์ข้อมูลเดิมที่ดีที่สุด (Best case analysis) คือ การทำ Meta - analysis ที่ไม่ได้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัย แต่ย้อนกลับไปใช้ข้อมูลดิบจากงานวิจัยเดิม มีลักษณะคล้ายการวิเคราะห์ข้อมูลจากข้อมูลที่รวบรวมไว้แล้วแต่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ได้จากงานวิจัยหลายๆ เรื่อง โดยมีข้อสมมติว่างานวิจัยเดิมอาจวิเคราะห์ข้อมูลดิบผิดพลาดหรือให้ค่าสถิติผิดพลาด ซึ่งวิธีการนี้จะช่วยแก้ปัญหาในประเด็นนี้ได้

วิธีการสังเคราะห์งานวิจัย ที่นิยมใช้มี 2 วิธี (สุวิมล ว่องวานิช. 2545: 2)

1. การสังเคราะห์เนื้อหาสาระ ประกอบด้วยส่วนที่เป็นลักษณะงานวิจัย รายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยและผลงานวิจัย โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) ซึ่งเป็นวิธีการสังเคราะห์เชิงปริมาณ ที่ต้องใช้ระเบียบวิธีทางสถิติมาเสนอข้อค้นพบจากงานวิจัยทุกเรื่องในหน่วยมาตรฐานเดียวกันและบูรณาการข้อค้นพบของการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด พร้อมทั้งแสดงให้เห็นความเกี่ยวข้องระหว่างลักษณะงานวิจัย ดำเนินการแบบง่ายๆ ด้วยวิธีการแจกนับ

2. การสังเคราะห์เนื้อหาสาระเฉพาะส่วนที่เป็นข้อค้นพบของการวิจัย โดยใช้วิธีการสังเคราะห์ด้วยวิธีบรรยาย จะทำให้ได้บทสรุปรวมข้อค้นพบของการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์โดยอาจ

ยังคงสาระของงานวิจัยแต่ละเรื่องไว้ด้วยหรืออาจนำเสนอบทสรุปภาพรวมโดยไม่คงสาระของงานวิจัยแต่ละเรื่องก็ได้

งานวิจัยครั้งนี้ใช้การสังเคราะห์งานวิจัย (Meta – analysis) โดยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เพื่อและบูรณาการข้อค้นพบของการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด

ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัย

ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยคล้ายกับขั้นตอนการวิจัยทั่วไป คือ การกำหนดปัญหาการวิจัย การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลและการนำเสนอผล ในขั้นต้น ผู้วิจัยจะต้องระบุสาระที่สนใจศึกษาให้ได้ ซึ่งก็คือการกำหนดปัญหาการวิจัย รวมถึงการระบุตัวแปรสมมุติฐานและวัตถุประสงค์การศึกษา หลังจากนั้น แสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ตามด้วยการวิเคราะห์ สังเคราะห์ รายงานและนำเสนอผลตามวัตถุประสงค์

คูเปอร์และเฮดส์ (Cooper & Hedges. 1997: online) เสนอขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยไว้ ดังนี้

ขั้นที่ 1 การกำหนดหัวข้อปัญหา สิ่งที่สำคัญ คือการกำหนดนิยามปัญหาที่สนใจศึกษาให้ชัดเจน

ขั้นที่ 2 การสืบค้นงานวิจัย เป็นการระบุประชากรที่ใช้สำหรับสืบค้นงานวิจัยซึ่งต้องครอบคลุมเป้าหมาย 2 ประการ คือ 1) ต้องการข้อค้นพบที่ตอบสนองผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งหมดในปัญหาที่ศึกษา 2) ต้องการให้การศึกษารวบรวมมาอ้างอิงไปยังประชากรที่ศึกษาได้ โดยจะใช้งานวิจัยเป็นแหล่งปฐมภูมิของการวิเคราะห์สังเคราะห์

ขั้นที่ 3 การประเมินข้อมูลหลังจากที่ได้เก็บรวบรวมงานวิจัยมาแล้ว ซึ่งต้องสร้างเกณฑ์การตัดสินคุณภาพงานวิจัยว่างานวิจัยที่สืบค้นมานั้นมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่ต้องการสังเคราะห์หรือไม่

ขั้นที่ 4 การวิเคราะห์และแปลความหมายข้อมูล

ขั้นที่ 5 การนำเสนอผล

ส่วนนงลักษณ์ วิรัชชัย (2542) ระบุว่า มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดหัวข้อปัญหา เริ่มจากการกำหนดปัญหาการวิจัยที่มีปัญหาอย่างน้อย 2 ปัญหา นักวิจัยมักสนใจและทำวิจัยในปัญหาที่มีคุณค่าและเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบแน่ชัด การสังเคราะห์งานวิจัยจะทำได้ดีก็ต่อเมื่อมีรายงานการวิจัยในปัญหาที่ใกล้เคียงกันและมีหลายเรื่องที่ให้ผลแตกต่างกัน จึงจะเหมาะสมในการสังเคราะห์

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ปัญหา เมื่อกำหนดหัวข้อปัญหาแล้ว นักวิจัยต้องนิยามปัญหาให้ชัดเจน ศึกษาแนวคิด หลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อเป็นการกำหนดแบบแผนและสมมติฐานของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้น รวบรวมและคัดเลือกงานวิจัย ประกอบด้วยการดำเนินการ 3 ขั้นตอนย่อย คือ

1) การสืบค้นงานวิจัย นักวิจัยต้องค้นคว้าและแสวงหางานวิจัยทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่กำหนดไว้ การสืบค้นงานวิจัยส่วนใหญ่จะได้จากเอกสาร เช่น รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ บทคัดย่อ วารสารวิชาการ เป็นต้น

2) การคัดเลือกงานวิจัย นักวิจัยต้องอ่าน ศึกษาและตรวจสอบงานวิจัยทุกเรื่องอย่างละเอียด ต้องสร้างเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยให้ได้งานที่มีคุณภาพ มีความเที่ยงตรงภายในและความเที่ยงตรงภายนอกสูงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3) การรวบรวมผลการวิจัย อาจใช้การจดบันทึก การถ่ายเอกสารหรือการกรอกแบบฟอร์ม โดยนักวิจัยต้องใช้ความระมัดระวังในการเก็บรวบรวมให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงเชื่อถือได้และครบถ้วนสมบูรณ์

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์เพื่อสังเคราะห์ผลการวิจัย ขั้นนี้เน้นการจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วยผลการวิจัย รายละเอียดลักษณะและวิธีการวิจัยจากงานวิจัยที่สืบค้นมาทั้งหมด เพื่อสังเคราะห์หาข้อสรุปที่เป็นที่ยุติและทดสอบความสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ หลังจากนั้นแปลความหมายผลการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาการวิจัย

ขั้นตอนที่ 5 การเสนอรายงานผลการสังเคราะห์งานวิจัย การเขียนรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยมีหลักการเดียวกับการเขียนรายงานวิจัยโดยทั่วไป นักวิจัยต้องเสนอรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัยทุกขั้นตอนพร้อมทั้งข้อค้นพบ ข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ โดยใช้ภาษาที่ถูกต้องและชัดเจน

สุวิมล ว่องวานิช (2545 :2-7) อธิบายว่าขั้นตอนการสังเคราะห์การวิจัยทำได้ด้วยวิธีเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แต่ละวิธีมีขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการสังเคราะห์การวิจัยด้วยวิธีเชิงปริมาณ

1) ตรวจสอบคุณภาพของรายงานการวิจัย โดยพิจารณาวิธีดำเนินการวิจัย คุณภาพของข้อมูลและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าผลการวิจัยที่นำมาสังเคราะห์เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพ

2) กำหนดประเด็น/ตัวแปรที่แสดงลักษณะของงานวิจัย เช่น ประเด็นสุขภาพชุมชน ที่ศึกษาวิจัย ความรู้ทางการพยาบาลที่ทำวิจัย ระยะเวลาที่ทำวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

3) จำแนกงานวิจัยออกตามประเด็นหลักสำคัญที่สนใจ เช่น ลักษณะของผู้ใช้บริการที่สนใจศึกษา (ระดับน้ำตาลในเลือด ความสามารถในการจัดการตนเอง ความเครียด ความตั้งใจดูแลสุขภาพ) เป็นต้น วิเคราะห์ลักษณะงานวิจัย จัดหมวดหมู่และสังเคราะห์โดยเจแนบตามตัวแปรที่สนใจ

4) สังเคราะห์ผลการวิจัย โดยวิเคราะห์ผลของวิธีการที่ใช้แก้ปัญหาที่ระดับความสำเร็จของวิธีการเหล่านั้น ผู้วิจัยอาจกำหนดเกณฑ์ตัดสินความสำเร็จของวิธีการที่ใช้แก้ปัญหาโดยคิดจากปริมาณของผู้ใช้บริการที่ได้รับการแก้ไขปัญหา

2. ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยวิธีบรรยาย (สุวิมล ว่องวานิช. 2545:7)

จากขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่จำแนกลักษณะงานวิจัยโดยยึดผลที่เกิดขึ้นเป็นหลัก ซึ่งขาดรายละเอียดเชิงเนื้อหากระบวนการที่ใช้ในการแก้ไขปัญหหรือพัฒนาสิ่งที่สนใจ ผู้วิจัยควรใช้การสังเคราะห์การวิจัยเชิงบรรยายเพิ่มเติม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ศึกษาและวิเคราะห์งานวิจัย
- 2) จัดหมวดหมู่ของงานวิจัยที่มีเป้าหมาย (ผลที่ต้องการให้เกิดกับผู้เรียน) แบบเดียวกัน เช่น งานวิจัยที่เน้นการพัฒนาความสามารถทางคณิตศาสตร์ หรืองานวิจัยที่เน้นการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักเรียน
- 3) วิเคราะห์เนื้อหาในรายงานวิจัยแต่ละเรื่องดังนี้
 - 3.1) สภาพปัญหาที่เกิดขึ้น
 - 3.2) วิธีการที่ใช้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อนำไปสู่การคิดวิธีการแก้ไข
 - 3.3) แนวคิด หลักการหรือวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาผู้เรียน
 - 3.4) ขั้นตอนการวางแผนและทดลองแก้ไขปัญหา
 - 3.5) วิธีการเก็บข้อมูลและประเมินผล
 - 3.6) ผลการวิจัย
 - 3.7) บทเรียนที่ได้เรียนรู้
- 4) วิเคราะห์ความเหมือนหรือต่างของสาระในงานวิจัยตามประเด็นในข้อ 3
- 5) สังเคราะห์ผลการวิจัย เน้นวิธีการที่ใช้ในการพัฒนาผู้เรียนและเปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น

การใช้ประโยชน์จากผลการสังเคราะห์งานวิจัย (สุวิมล ว่องวานิช. 2545: 9-10)

การนำงานวิจัยมาสังเคราะห์หรือรวมเข้าด้วยกันจะเกิดผลการวิจัยใหม่ที่สรุปรวมจากข้อค้นพบจากงานวิจัยย่อยต่างๆ ซึ่งมีคุณค่ามากเพราะเป็นข้อค้นพบที่ผ่านการทดลอง ตรวจสอบ และปฏิบัติจริงมาแล้ว การสังเคราะห์งานวิจัยจึงทำให้ได้อรรถความรู้ที่มีประโยชน์ต่อการนำไปใช้

สำหรับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนแล้ว การสังเคราะห์งานวิจัยจึงมีประโยชน์ทั้งต่อการปฏิบัติพยาบาล การบริหารงาน การจัดการเรียนการสอน รวมทั้งการสร้างงานวิจัยใหม่ๆ ให้เกิดขึ้น

การสังเคราะห์งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การรวบรวมและคัดสรรวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่องค์ความรู้และจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย องค์ความรู้นวัตกรรมของ/วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระในด้านต่างๆ แล้วสรุปเป็นองค์ความรู้ใหม่และข้อค้นพบที่ได้วิจัยด้วยเทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหาเป็นหลัก

การจัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐาน

การทบทวนวิจัยอย่างเป็นระบบ จะทำการค้นคว้าผลงานวิจัยที่ผ่านมาอย่างเป็นขั้นตอน ผลงานวิจัยไม่ควรเกิด 5 – 10 ปี เพื่อความทันสมัยและเป็นปัจจุบัน การรวบรวมผลงานวิจัยจะใช้ระบบการสืบค้นที่มีมาตรฐานและเป็นระบบ เพื่อให้ได้การศึกษาวิจัยที่ครอบคลุมในระดับชาติและนานาชาติ และจะคัดเลือกเฉพาะผลงานที่ได้คุณภาพ (อัจฉรา คำมะতিย์ และ มัลลิกา มากรัตน์, 2559) ซึ่งสถาบัน The Joanna Briggs Institute (JBI, 2014 อ้างถึงในอัจฉรา คำมะติย์ และ มัลลิกา มากรัตน์, 2559) ได้จัดระดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานของเอกสารข้อมูลหลักฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตาราง 1 ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

Levels of Evidence – Effectiveness

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT)

Level 1.b Systematic Review of RCTs and Other Study Designs

Level 1.c RCT

Level 1.d Pseudo -RCTs

Level 2 – Quasi- Experimental Designs

Level 2.a Systematic Review of Quasi- Experimental Studies

Level 2.b Systematic Review of Quasi- Experimental and Other Lower Study Designs

Level 2.c Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study

Levels of Evidence - Effectiveness

Level 2.d Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study

ตารางที่ 1 (ต่อ)

Levels of Evidence – Effectiveness

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a Systematic Review of Comparable Cohort Studies

Level 3.b Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs

Level 3.c Cohort Study with Control Group

Level 3.d Case-Controlled Study

Level 3.e Observational Study Without a Control Group

Level 4 – Observational-Descriptive Studies

Level 4.a Systematic Review of Descriptive Studies

Level 4.b Cross-Sectional Study

Level 4.c Case Series

Level 4.d Case Study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a Systematic Review of Expert Opinion

Level 5.b Expert Consensus

Level 5.c Bench Research/Single Expert Opinion

ส่วนการประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิก และไฟน์เอาท์ – โอเวอร์ฮอลท์ (Melynk and Fineout-overholt. 2011) แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ออกเป็น 7 ระดับ ได้แก่

ระดับ 1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนงานวิจัยที่เป็นระบบ (Systematic review) หรือการวิเคราะห์เมตา (Meta – analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด (Randomized Controlled Trial) หรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่สร้างจากหลักฐานที่มาจากกรทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Systematic review)

ระดับ 2 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ที่ออกแบบวิจัยอย่างด้อยอย่างน้อย 1 เรื่อง (Randomized Controlled Trial)

ระดับ 3 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จากงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีกลุ่มควบคุม มีการออกแบบงานวิจัยอย่างดีแต่ไม่มีการสุ่ม (Controlled Trial without randomized)

ระดับ 4 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัย ที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า (Cohort study) ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ 5 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Systematic review of descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 6 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวที่เป็นงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ (Descriptive and Qualitative studies)

ระดับ 7 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญ ในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง (Opinion of authorities and/or reports of expert committees)

ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้ใช้เอกสารประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้เกณฑ์ของ เมลนิกและไฟน์เอาท์ - โอเวอร์ฮอลท์ (Melynk and Fineout - overholt. 2011)

2.2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

2.2.1 ปรัชญาของหลักสูตร

หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มีความเชื่อว่า สุขภาพชุมชนเป็นองค์รวมของสุขภาพประชาชนและสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัญหาสุขภาพชุมชนจึงเป็นปัญหาที่มีอยู่เดิมและเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ ทำให้มีความซับซ้อน รุนแรงและจัดการได้ยากขึ้น การพยาบาลเพื่อสุขภาพชุมชนจึงต้องการพยาบาลเฉพาะสาขา เพื่อเป็นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Nursing Practice) โดยเฉพาะด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อไป

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (Community Nurse Practitioner : CNP) เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาในหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการสุขภาพทุกระดับและในชุมชนที่มีความรู้และทักษะอย่างลึกซึ้ง ในการรักษาโรคเบื้องต้น การบริหารจัดการเพื่อดูแลและพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพในชุมชน ร่วมกับบุคลากรอื่น ๆ และประชาชนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภายใต้กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ

การจัดการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประกอบด้วยภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติที่สอดคล้องกันในศาสตร์ทางการพยาบาลขั้นสูงและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางด้วยวิธีการที่หลากหลายเพื่อบูรณาการ การคิด

การวิเคราะห์ ตัดสินใจและเลือกหรือริเริ่มยุทธวิธี รวมทั้งนวัตกรรมภายใต้องค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะเป็นผู้นำในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ให้การรักษาโรคเบื้องต้นและการพัฒนาศักยภาพให้ชุมชนอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อให้มหาดบัณฑิตสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจของความรับผิดชอบเอื้ออาทรและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี

2.2.2 วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

เมื่อผู้เรียนสำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จะสามารถ

- 1) ปฏิบัติการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนด้วยหัวใจแก่กลุ่มเป้าหมายในหน่วยบริการปฐมภูมิของสถานบริการสุขภาพทุกระดับและชุมชนโดยใช้องค์ความรู้ทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องบนฐานของคุณธรรม จริยธรรม ภายใต้ขอบเขตของกฎหมาย
- 2) วิเคราะห์ แก้ไขปัญหาและสร้างสรรค์งานโดยการประยุกต์ใช้ความรู้ทางการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างมีเหตุผลและเป็นระบบ
- 3) บริหารจัดการการบริการพยาบาลให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีคุณภาพบนหลักของการทำงานอย่างมีส่วนร่วม การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสร้างเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรชุมชน
- 4) ปฏิบัติงานร่วมกับบุคคลากรทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่อื่นๆ และประชาชน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนอย่างเหมาะสม
- 5) ทำวิจัยหรือสังเคราะห์องค์ความรู้/นวัตกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและสุขภาพผู้ใช้บริการ
- 6) สื่อสารและใช้เทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 7) มีภาวะผู้นำและสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 8) ศึกษาค้นคว้าและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 ระบบการจัดการศึกษา

ใช้ระบบการศึกษาแบบหน่วยกิตทวิภาค โดยหนึ่งปีการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ภาคการศึกษาปกติและ 1 ภาคการศึกษาฤดูร้อน หนึ่งภาคการศึกษาปกติมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 15 สัปดาห์ หนึ่งภาคการศึกษาฤดูร้อนมีระยะเวลาการศึกษาไม่น้อยกว่า 8 สัปดาห์

2.2.4 โครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552

จำนวนหน่วยกิต รวมตลอดหลักสูตร 38 หน่วยกิต

โครงสร้างหลักสูตร

หมวดวิชา	แผน ก. (หน่วยกิต)	แผน ข. (หน่วยกิต)
วิชาบังคับ		
วิชาแกน	9	9
วิชาเฉพาะสาขา	14	20
วิชาเลือก	3	3
วิทยานิพนธ์	12	-
การศึกษาอิสระ	-	6
รวม	38	38

รายวิชาในหมวดวิชาต่างๆ

1) หมวดวิชาบังคับ

วิชาแกน	จำนวน 9 หน่วยกิต
NG 8032 แนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล	2(2-0-4)
NG 8023 การออกแบบและการใช้ผลการวิจัยทางการพยาบาล	3(3-0-6)
NG 8072 ระบบสุขภาพและภาวะผู้นำในวิชาชีพการพยาบาล	2(2-0-4)
ST 8012 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำหรับการวิจัย	2(2-0-4)

2) หมวดวิชาเฉพาะสาขา

แผน ก		จำนวน 13 หน่วยกิต
NG 8092	วิทยาการระบาดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	2(2-0-4)
NG 8014	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1	4(4-0-8)
NG 8113	ปฏิบัติการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1	3(0-12-0)
NG 8313	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2	3(3-0-6)
NG 8132	ปฏิบัติการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2	2(0-8-0)
แผน ข		จำนวน 19 หน่วยกิต
ต้องศึกษาเพิ่มเติมอีก 6 หน่วยกิต		
NG 8092	วิทยาการระบาดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	2(2-0-4)
NG 8014	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1	4(4-0-8)
NG 8113	ปฏิบัติการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1	3(0-12-0)
NG 8313	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2	3(3-0-6)
NG 8132	ปฏิบัติการการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2	2(0-8-0)
NG 8033	สัมมนาการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่เลือกสรร ในชุมชน	3(3-0-6)
NG 8063	ปฏิบัติการการพัฒนาสุขภาพกลุ่มเป้าหมายที่ เลือกสรรในชุมชน	3(0-12-0)

3) หมวดวิชาเลือก	จำนวนไม่น้อยกว่า 3 หน่วยกิต
NG 8013 การพัฒนาบทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูง	3(3-0-6)
NG 8183 การพยาบาลต่างวัฒนธรรม	3(3-0-6)
NG 8233 หลักสูตรและการเรียนการสอนทางการพยาบาล	3(3-0-6)
NG 8193 การวิจัยเชิงคุณภาพ	3(3-0-6)
4) หมวดวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ	
NG 8236 วิทยานิพนธ์	12(0-36-0)
NG 8246 การศึกษาอิสระ	6(0-18-0)

2.3 ผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จากการรวบรวมผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-2559 พบว่าจำแนกเป็นวิทยานิพนธ์ทั้งสิ้น 49 เรื่อง และการศึกษาอิสระ 39 เรื่อง รวมทั้งสิ้น 88 เรื่อง หากจำแนกตามประเด็นของการศึกษาสามารถแบ่งได้เป็น 30 ประเด็น ดังนี้

ตารางที่ 2 ประเด็นของการศึกษาผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-2559

ลำดับ	ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1	ภาวะซึมเศร้า	2	2.27
2	มะเร็งปากมดลูก	2	2.27
3	มะเร็ง	3	3.41
4	กระดูกและข้อ	7	7.95
5	การบาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลัง	1	1.14
6	โรคหลอดเลือดสมอง	11	12.50
7	การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	2	2.27
8	โรคจิตสื่อดวงทวารหนัก	1	1.14
9	การชักจากไข้	1	1.14
10	หอบหืด	3	3.41
11	ความดันโลหิตสูง	7	7.95
12	เบาหวาน	17	19.32
13	ไขมันในเลือดผิดปกติ	3	3.41
14	โรคอ้วน	5	7.91
15	โรคไต	1	1.14
16	เอชไอวี	1	1.14
17	แผลกดทับ	1	1.14
18	ภาวะโลหิตจาง	1	1.14
19	โรคที่เกิดจากความร้อน	1	1.14
20	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	3.41

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลำดับ	ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
21	ทารกเกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก	1	1.14
22	วัณโรค	3	3.41
23	การบาดเจ็บ	2	2.27
24	หญิงตั้งครรภ์	1	1.14
25	ภาวะหลอดเลือดดำขด	1	1.14
26	โรคสมาธิสั้น	1	1.14
27	พฤติกรรมทางเพศ	1	1.14
28	แรงงานต่างด้าว	1	1.14
29	การประเมินโครงการ	1	1.14
30	พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน	1	1.14
	รวม	88	100.00

ตารางที่ 3 รายละเอียดประเด็นการศึกษาของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระแต่ละเรื่องของผลงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตั้งแต่ปีการศึกษา 2550-2559

ประเด็นการศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
1) ภาวะ ซึ่มเศร้า	1		✓	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึ่มเศร้า
	2	✓		ผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ทางสุขภาพของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต่อความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึ่มเศร้า
รวม 2 เรื่อง				
2) มะเร็งปาก มดลูก	1		✓	การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อไวรัส HPV ในนักเรียนสตรีวัยรุ่น : กรณีศึกษาในโรงเรียนสังกัด กรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง
	2		✓	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง : กรณีศึกษาคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง
รวม 2 เรื่อง				
3) มะเร็ง	1	✓		การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน
	2		✓	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลต่อเนื่งที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด
	3		✓	การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในประเทศไทย
รวม 3 เรื่อง				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
4) กระจก และข้อ	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการชะลอ ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ
	2		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน
	3	√		ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาล ตำบลแพรกษา อำเภอมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
	4		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารจากยาต้านการ อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ
	5		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหารจากยาต้านการ อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ในผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ
	6		√	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการ ปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาล
	7	√		กระบวนการสร้างหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ชุมชนพิทักษ์ธรรม ตำบล สำโรงใต้ อำเภพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ
รวม 7 เรื่อง				
5) การบาดเจ็บ บริเวณคอและ กระดูกสันหลัง	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ บริเวณคอและกระดูกสันหลังจากอุบัติเหตุ ณ จุด เกิดเหตุจนนำส่งสถานพยาบาล ศูนย์ห้วเฉียวพิทักษ์ ชีพ-ป่อเต็กตึ๊ง โรงพยาบาลห้วเฉียว
รวม 1 เรื่อง				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
6) โรคหลอดเลือดสมอง	1	√		การศึกษาการดูแลต่อเนืองที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก
	2	√		การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
	3		√	แนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอกโรงพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัย
	4	√		การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
	5		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่อยู่บ้าน
	6		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถด้านารูคิดของผู้สูงอายุที่มีหรือเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พักในสถานที่พักผู้สูงอายุ
	7		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน.
	8		√	แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า
	9	√		การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนืองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
	10	√		การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
	11	√		รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
รวม 11 เรื่อง				
7) การเลี้ยงลูก ด้วยนมแม่	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน ในโรงพยาบาลบางนา 1
	2	√		การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลหัวเฉียว
รวม 2 เรื่อง				
8) โรคจิตเสีตวง ทวารหนัก	1	√		การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเสีตวงทวารหนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด
รวม 1 เรื่อง				
9) การชัก จากไข้	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการดูแลและป้องกันการชักจากไข้
รวม 1เรื่อง				
10) หอบหืด	1	√		การพัฒนาระบบการการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน
	2		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ใช้บริการในชุมชนที่เป็นโรคหอบหืดซ้ำ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
10) ทอบหืด	3		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ปฏิบัติงานที่เป็นโรคหืดในสถานประกอบการผลิตเส้นใยฝ้าย
รวม 3 เรื่อง				
11) ความดัน โลหิตสูง	1	√		การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
	2	√		ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน
	3		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
	4	√		ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต
	5	√		ประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้ระบบปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายของทฤษฎีการพยาบาลของคิง
	6	√		ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอในทหาร หน่วย ร.1 รอ. กรุงเทพมหานคร ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
11) ความดัน โลหิตสูง	7		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่ม ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิต ไม่ได้
รวม 7 เรื่อง				
12) เบาหวาน	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างควม ตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะน้ำตาล ในเลือดต่ำ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชน
	2		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดแผลที่เท้าของเกษตรกรที่เป็นโรคเบาหวาน ในศูนย์สุขภาพชุมชน
	3	√		เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วย กระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าและ สภาพเท้าของทหารที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2
	4	√		การจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิด ที่ 2 ในชุมชนบ้านสมสนุกตำบลท่าสะอาด อำเภอ เซกา จังหวัดหนองคาย
	5	√		การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวาน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
	6		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการสร้าง เสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมออกกำลัง กายเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2
	7	√		ผลของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจของพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชนต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
12) เบาหวาน	8		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน
	9	√		การศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง
	10	√		การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
	11	√		การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ศูนย์สุขภาพชุมชนแม่กลอง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม
	12	√		ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าต่อการรับรู้พลังอำนาจในตนเองและพฤติกรรมการดูแลเท้าของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านคลองสวน จังหวัดสมุทรปราการ
	13		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
	14	√		ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในชุมชนภาคกลาง
	15	√		การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
12) เบาหวาน	16	√		การพัฒนากระบวนการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
	17	√		กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการปรับตัวและลดระดับน้ำตาลในเลือดผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
รวม 17 เรื่อง				
13) ไขมันใน เลือดผิดปกติ	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา
	2		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับไขมันในเลือดผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มเสี่ยงน้อยและเสี่ยงปานกลาง
	3	√		ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้
รวม 3 เรื่อง				
14) โรคอ้วน	1	√		รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการโรคอ้วนในชุมชนอรุณนิเวศน์ กรุงเทพมหานคร
	2	√		แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก : สังเคราะห์งานวิจัย
	3	√		ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงค่ายนวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
14) โรคอ้วน	4	√		ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ใน เขตเทศบาลตำบลบางเสาธง อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ
	5		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้าง แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน
รวม 5 เรื่อง				
15) โรคไต	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อม ของไต
รวม 1 เรื่อง				
16) เอชไอวี	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม ผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง
รวม 1 เรื่อง				
17) แผลกดทับ	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
รวม 1 เรื่อง				
18) ภาวะโลหิต จาง	1		√	พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กวัย เรียน โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร
รวม 1 เรื่อง				
19) โรคที่เกิด จากความร้อน	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติของผู้ทำการฝึกทหารเพื่อ ป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนในการฝึกทหารใหม่
รวม 1 เรื่อง				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
20) โรคปอด อุดกั้น	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟู สมรรถภาพปอดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
	2	√		แนวทางการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบาก เฉียบพลันด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง
	3	√		ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อ ป้องกันการกำเริบของภาวะหายใจลำบากของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน
รวม 3 เรื่อง				
21) ทารกเกิด ก่อนกำหนด น้ำหนักน้อยที่มี ภาวะหายใจ ลำบาก	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลต่อเนื่องทารก เกิดก่อนกำหนดน้ำหนักน้อยที่มีภาวะหายใจลำบาก
รวม 1 เรื่อง				
22) วัณโรค	1	√		ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการ พยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแล ตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่
	2	√		การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ
	3	√		การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยวัณโรค ปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ
รวม 3 เรื่อง				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็น การศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
23) การ บาดเจ็บ	1	√		การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ ให้แก่เด็กวัยเรียนในชุมชน
	2	√		การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ชุมชนมิตรภาพพัฒนา
รวม 2 เรื่อง				
24) หญิง ตั้งครรภ์	1	√		ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก
รวม 1 เรื่อง				
25) ภาวะหลอด เลือดดำขอด	1		√	การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมิน ภาวะหลอดเลือดดำขอดในหญิงที่ยืนทำงาน
รวม 1 เรื่อง				
26) โรคสมาธิ สั้น	1		√	แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแล สำหรับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น
รวม 1 เรื่อง				
27) พฤติกรรม ทางเพศ	1	√		ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมี เพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดสำนักเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
	2	√		ผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้าง พฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม
รวม 2 เรื่อง				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ประเด็นการศึกษา	ลำดับ	วิทยา นิพนธ์	การศึกษา อิสระ	ชื่อเรื่อง
28) แร่งงาน ต่างด้าว	1	√		คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวใน สถานประกอบการ อำเภอบางปะอิน จังหวัด พระนครศรีอยุธยา
	2	√		พฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์แรกของ หญิงแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่มารับบริการ แผนกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาล สมุทรปราการ
รวม 2 เรื่อง				
29) การ ประเมิน โครงการ	1	√		การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน โรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี
รวม 1 เรื่อง				
30) พยาบาล เวชปฏิบัติ ชุมชน	1	√		ปัจจัยทำนายการรับรู้สมรรถนะตนเองในการ ปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
รวม 1 เรื่อง				
รวมทั้งหมด	88	49	39	

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ทำการสังเคราะห์งานวิจัยประเด็นต่างๆ ดังนี้

สตาร์นิค-ฮัลท์และคณะ (Stanik-Hutt. 2013: abstract) ศึกษาคุณภาพและประสิทธิผลการดูแลของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนกับวิชาชีพอื่นในประเด็นคุณภาพการดูแล ความปลอดภัย และประสิทธิผลที่เกิดกับผู้ใช้บริการ งานวิจัยที่สืบค้นเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized Controlled Trial: RCT) และการวิจัยเชิงสังเกตที่มีผู้ให้บริการอย่างน้อย 2 กลุ่ม สืบค้นได้งานวิจัย 37 เรื่องที่ตีพิมพ์ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2009 ผลการศึกษาพบว่าสามารถสรุปการดูแลที่เทียบเคียงกับ

วิชาชีพอื่นได้ 11 ประเด็นหลักโดยหลักฐานงานวิจัยพบมากเรื่องการติดตามผลระดับไขมันในเลือด นอกจากนี้ ยังพบหลักฐานมากในประเด็นผู้ใช้บริการพึงพอใจกับการดูแลที่ได้รับ สถานะสุขภาพ การทำหน้าที่ทางร่างกาย การเยี่ยมผู้ใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินและที่โรงพยาบาล การติดตามค่าระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตและการเสียชีวิต

มาร์ติเนซ-กอนซาเลสและคณะ (Martínez-González et al. 2013: abstract) สังเคราะห์งานวิจัยเพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของพยาบาลและบุคลากรการแพทย์ในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ สืบค้นย้อนหลังจนถึงปี ค.ศ. 2012 จากฐานข้อมูล OVID Medline Embase ห้องสมุด Cochrane และ CINAHL งานวิจัยที่สืบค้นเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Randomised Controlled Trials: RCTs) เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของพยาบาลและการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์ในประเด็นความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ คุณภาพชีวิต การนอนโรงพยาบาล อัตราตาย ค่าใช้จ่าย ผลพบว่างานวิจัยกึ่งทดลองที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกมีจำนวน 24 เรื่องและงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์ 2 เรื่อง โดยผู้ใช้บริการพึงพอใจการปฏิบัติงานของพยาบาลในสถานะฉุกเฉินและการติดตามผลการดูแลระยะสั้น การปฏิบัติงานของพยาบาลลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลและอัตราตายในสถานะที่ไม่ฉุกเฉินและต้องดูแลต่อเนื่อง

กันดาและคณะ (Kanda et al. 2015: 2-3) สังเคราะห์งานวิจัยแบบเมตาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการบริการแบบชุมชนเป็นฐานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อปรับความสมดุลการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนกับวิชาชีพอื่นและประสิทธิภาพของการให้บริการโดยพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Randomised Controlled Trials: RCTs) ที่สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่ Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, CINAHL และ British Nursing Index โดยใช้นักวิจัย 2 คนในการคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดและให้นักวิจัยคนที่สามตรวจสอบกรณีได้ผลที่แตกต่างกัน วิเคราะห์ข้อมูลแบบเมตา (Meta-analysis) โดยใช้แบบจำลอง Fixed-effect หรือ Random-effects models โดยทดสอบนัยสำคัญแบบอัตราส่วนความเสี่ยงสำหรับผลการประเมินแบบสองคำตอบ (Risk ratios with 95% CI for dichotomous outcomes) และความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับผลการประเมินแบบค่าต่อเนื่อง (Standardized mean differences with 95% CI for continuous outcomes) ผลพบว่าบทบาทที่มีประสิทธิผลของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน คือ การจัดการโรคไม่ติดต่อ การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน การเฝ้าระวังและสนับสนุนสุขภาพของผู้สูงอายุ

โดนัลด์และคณะ (Donald et al. 2015: abstract) สังเคราะห์งานวิจัยเพื่อค้นหาต้นทุนประสิทธิผลการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน สืบค้นงานวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trials) จากฐานข้อมูล ฐานบรรณานุกรม ห้องสมุด รายงานวิจัย

และเว็บไซต์ โดยวัดต้นทุนประสิทธิผลจากการเทียบเคียงการให้บริการของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนกับการบริการปกติ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย Cochrane Risk of Bias และ Quality of Health Economic Studies ผลพบว่าม้งงานวิจัย 5 เรื่องที่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด งานวิจัย 1 เรื่องประเมินการให้บริการทางเลือกของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน ส่วนงานวิจัยอีก 4 เรื่องประเมินการให้บริการผสมผสานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชน ทั้ง 5 เรื่องวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์ไม่มากนัก การให้บริการทางเลือกของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนได้ผลลัพธ์และใช้ทรัพยากรใกล้เคียงกับการให้บริการทางเลือกโดยวิชาชีพอื่น การให้บริการผสมผสานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนได้ผลลัพธ์ใกล้เคียงกับการให้บริการทางเลือกโดยวิชาชีพอื่น ยกเว้นความวิตกกังวลของผู้ใช้บริการที่ต้องฟื้นฟูสุขภาพและความพึงพอใจหลังการผ่าตัดมดลูก ดัชนีการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำสูงสุด 42 วัน การให้บริการผสมผสานของพยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนช่วยลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้มากกว่า 90 วันและ 180 วันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รวมทั้งช่วยลดระยะเวลาการปรึกษาทางโทรศัพท์เพื่อการฟื้นฟูอย่างมีนัยสำคัญ

สวอนและคณะ (Swan et al. 2015: 396) สังเคราะห์งานวิจัยในประเด็นคุณภาพการดูแลโดยผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจากงานวิจัยกึ่งทดลอง (Randomized Controlled Trials: RCTs) และประเมินการปฏิบัติงานที่สะท้อนการขาดแคลนพยาบาล สืบค้นงานวิจัยจาก PubMed, Medline และ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature ซึ่งมีงานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 10 เรื่อง ผลพบว่าม้งงานวิจัยกึ่งทดลอง 7 เรื่องที่เน้นการดูแลระดับปฐมภูมิหรือให้คำแนะนำในผู้ใช้บริการที่มีภาวะฉุกเฉินหรือเฉียบพลัน การติดตามผู้ใช้บริการอยู่ระหว่าง 1 วัน-2 ปี ผลลัพธ์บริการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเทียบเคียงได้หรือดีกว่าบุคลากรการแพทย์ในด้านการวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและค่าใช้จ่ายใช้ระยะเวลาให้คำปรึกษานานกว่า

ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์ (2549: ก-ข) สังเคราะห์วิทยานิพนธ์ หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ วัตถุประสงค์เพื่อสรุปสารสนเทศเกี่ยวกับสภาพการวิจัยวิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโท สาขาวิชาการวัดผลการศึกษาสำหรับเป็นข้อมูลจัดการศึกษา การแนะแนวและกำหนดแนวทางทำวิทยานิพนธ์ของนิสิตในสาขา ดำเนินการในช่วงปีการศึกษา 2542-2546 จำนวน 74 เล่ม ผลการศึกษาที่สำคัญพบว่าส่วนใหญ่มีการสังเคราะห์กรอบแนวคิด ประชากรการวิจัยเป็นนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 เรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ตัวแปรที่ศึกษาอ้างอิงจากทฤษฎี เครื่องมือวิจัยเป็นแบบทดสอบ วัดด้วย 5 สเกล ตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความยากและด้านอำนาจจำแนก ความเชื่อมั่นของงานวิจัยที่สังเคราะห์เฉลี่ย 0.82 ใช้การวิเคราะห์ถดถอยและสรุปผลตรงตามสมมุติฐาน

รัชนี นามจันทรา (2553: 109) ทบทวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อวิเคราะห์ระเบียบวิธีการศึกษาและเนื้อหาของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์จากสารนิพนธ์หรือการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนหรือการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ดำเนินการศึกษาโดยใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์หรือการใช้ผลการวิจัย ระหว่างปีพ.ศ. 2548 - 2552 จำนวน 42 เรื่อง พบว่าส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ประเทศสหรัฐอเมริกา (ร้อยละ 54.8) มีการดำเนินการถึงขั้นตอนการประเมินผล (ร้อยละ 69.1) โดยประเมินผลด้านกระบวนการและ/หรือผลลัพธ์ แต่เป็นการประเมินผลในระยะสั้นกับกลุ่มผู้ใช้บริการขนาดเล็ก การประเมินผลด้วยการวิจัยพบน้อยมาก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเป็นงานวิจัยเชิงทดลองและกึ่งทดลองเป็นหลัก แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมบุคคลทุกวัย ทั้งที่มีภาวะสุขภาพปกติ กลุ่มเสี่ยง และผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง อุทก และเฉียบพลันและครอบคลุมบทบาทของการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยเฉียบพลัน การคัดกรองปัญหาสุขภาพของกลุ่มต่างๆ และการฟื้นฟูสุขภาพผู้เจ็บป่วยเรื้อรังพบน้อย

งานวิจัยและเผยแพร่ คณะศิลปศาสตร์ สถาบันการพลศึกษา วิทยาเขตมหาสารคาม (2557: 1-19) สังเคราะห์งานวิจัยคณะศิลปศาสตร์ที่ได้รับการเผยแพร่ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะของการวิจัยและวิธีวิจัย งานวิจัยมีทั้งหมด 6 เรื่อง ผลที่สำคัญพบว่าทุกเรื่องวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถาม มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยง เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ ใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ใช้สถิติวิเคราะห์นัยสำคัญ เกินครึ่งใช้สูตรคำนวณตัวอย่างและเทคนิคการสุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการทบทวนงานวิจัยในประเทศ เก็บข้อมูลที่สถาบันพลศึกษา ผลการทดสอบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบองค์ความรู้ด้านพัฒนาองค์กร (ประกอบด้วย การแบ่งปันความรู้ ความสามารถในการแบ่งปันความรู้ กลยุทธ์การเรียนรู้ในองค์กร องค์กรที่สามารถพัฒนาได้ ประสิทธิภาพขององค์กร) และด้านวิทยาศาสตร์การกีฬาและการจัดการแข่งขันกีฬา

ยมนา ชนะนิลและเรื่องอุไร อมรไชย (2555: บทคัดย่อ) สังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลโดยการวิเคราะห์อภิธานจากงานวิจัย 55 เล่มที่เผยแพร่ระหว่างปี 2543-2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าขนาดอิทธิพลและวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่างานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ 29 เล่ม มีวิธีพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพ 5 ด้านใน 8 ด้านที่มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.8 ได้แก่ 1) ด้านจริยธรรม จรรยาบรรณและกฎหมาย ได้แก่ รูปแบบการสอนบูรณาการจริยธรรม ($d = 5.5$) กิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมจริยธรรม ($d = 5.45$) และรูปแบบการเรียนการสอนแบบใช้หลักฐาน ($d = 4.31$) 2) ด้านการปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์

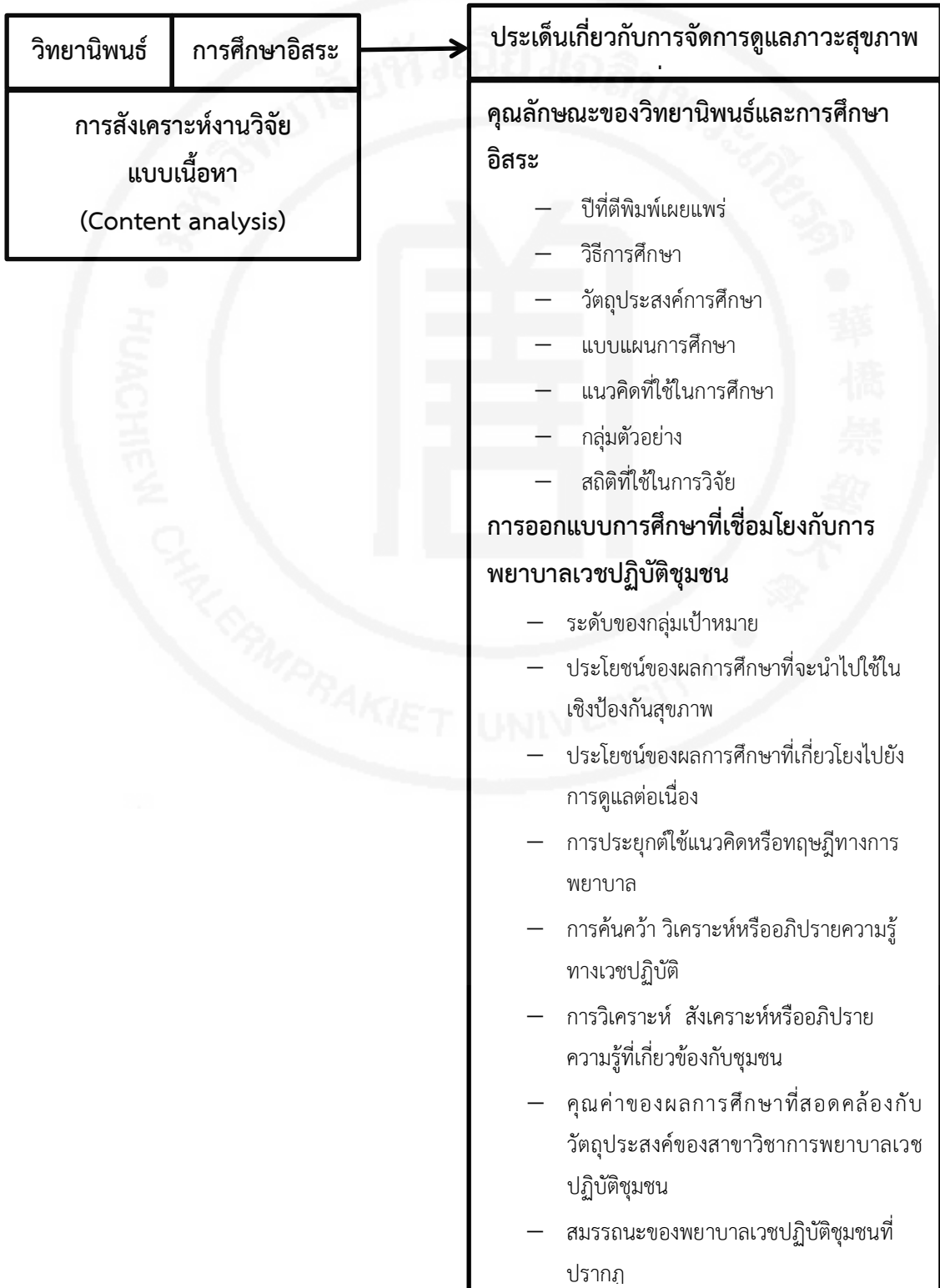
ได้แก่ หลักสูตรจิตปัญญาศึกษา ($d = 2.64$) และรูปแบบการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงสถานการณ์ ($d = 1.52$) 3)ด้านคุณลักษณะเชิงวิชาชีพ ได้แก่ โปรแกรมการฝึกปฏิบัติการที่เหมาะสมในการแสดงออก ($d = 3.24$) รูปแบบการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ($d = 2.92$) หลักสูตรเสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ ($d = 2.17$) 4)ด้านภาวะผู้นำ การจัดการและการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ โปรแกรมการฝึกอบรมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการสร้างแรงบันดาลใจ ($d = 2.69$) รูปแบบการเรียนการสอนแบบร่วมมือกันเรียนรู้ ($d = 2.28$) รูปแบบการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ($d = 2.17$) 5)ด้านวิชาการและการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการเรียนการสอนแบบเสริมสร้างลักษณะการเรียนรู้ด้วยตนเอง ($d = 3.80$) รูปแบบการเรียนการสอนแบบคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ($d = 5.5$) และรูปแบบการเรียนการสอนแบบใช้กรณีศึกษา ($d = 5.5$)

บุญศรี พรหมมาพันธ์ (2557: บทคัดย่อ) สังเคราะห์งานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวกับการวัดและประเมินผลการศึกษา สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชที่พิมพ์เผยแพร่ระหว่างปี 2546 - 2552 จำนวน 75 เล่ม เครื่องมือ คือ แบบสรุปคุณลักษณะของงานวิจัย และแบบประเมินคุณภาพวิทยานิพนธ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลวิจัยพบว่า 1) คุณลักษณะงานวิจัยส่วนใหญ่มีขอบข่ายเกี่ยวกับการประเมินนโยบาย แผนงานและโครงการการพัฒนาแบบประเมินความสามารถและทักษะด้านต่างๆ มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ การพัฒนาเกณฑ์และตัวชี้วัด การประเมินหลักสูตรและการพัฒนาระบบสารสนเทศ วัดอุปสงค์ส่วนใหญ่เพื่อประเมินเชิงระบบและพัฒนาแบบประเมิน ความสามารถ รูปแบบวิจัยโดยมากเป็นการวิจัยและพัฒนา รองลงมา ได้แก่ การวิจัยเชิงประเมิน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ส่วนใหญ่ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่าเนื้อหาที่พบในแต่ละขอบข่ายงานวิจัย ส่วนใหญ่เป็นการประเมินด้านคุณภาพของหลักสูตรทั้งระบบ การประเมินนโยบายแผนงานและโครงการ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินโครงการ การพัฒนาเกณฑ์และตัวชี้วัด โดยมากเป็นการศึกษาเกณฑ์การ ประเมินผลการจัดการเรียนรู้ ความสามารถในการจัดการเรียนการสอน การวัดและประเมินผล การประกันคุณภาพการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาระบบประกันคุณภาพภายในสถานศึกษา การพัฒนาระบบสารสนเทศส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาระบบประเมินการปฏิบัติงาน การพัฒนาแบบทดสอบวินิจฉัย พบว่าส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาแบบทดสอบวินิจฉัยความสามารถและทักษะตามหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน การพัฒนาแบบประเมินความสามารถและทักษะด้านต่างๆ ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาแบบประเมินความสามารถด้านการอ่าน คติวิเคราะห์และเขียน

จากการทบทวนงานวิจัยในและต่างประเทศพบว่างานวิจัยในต่างประเทศมีความชัดเจนของใช้วิธีการทางสถิติอย่างเป็นระบบระเบียบในการสังเคราะห์การปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในชุมชนหรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง แต่ไม่พบการสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และไม่พบการสังเคราะห์

งานวิจัยที่มุ่งมายังพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นการเฉพาะ ส่วนงานวิจัยในประเทศไทยพบว่าเกี่ยวข้องกับสิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาน้อยมาก แต่โดยรวมแล้วผลการทบทวนวรรณกรรมช่วยให้ผู้วิจัยนำรูปแบบการศึกษาและผลวิจัยที่พบไปใช้ประโยชน์ได้

2.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการสังเคราะห์งานวิจัยอย่างเป็นระบบ (research synthesis) มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์การจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 เผยแพร่ในรูปของการวิจัยฉบับเต็มเพื่อประเมินรูปแบบการวิจัยได้อย่างครอบคลุมและตีพิมพ์เผยแพร่จำนวน 88 เรื่อง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทั้งหมด ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 และสามารถเข้าถึงได้ทั้งระบบการยืมโดยตรงจากห้องสมุดหรือผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ พบบางวิจัยทั้งหมด 74 เรื่อง

3.2 ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งสังเคราะห์ประเด็นการจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2550-2559
2. คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่นำมาสังเคราะห์ ประกอบด้วย
 - 2.1 ลักษณะทั่วไปของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ
 - 2.2 การออกแบบการศึกษาที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
 - ระดับของกลุ่มเป้าหมาย
 - ประโยชน์ของผลการศึกษาที่จะนำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง

- ความลุ่มลึกในการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎี การอภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

- คุณค่าของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังอัตลักษณ์การปฏิบัติการพยาบาล ด้วยหัวใจและวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

- สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ
- ความสามารถในการนำไปต่อยอด

2.2 การดูแลจัดการภาวะสุขภาพ

- ลักษณะภาวะสุขภาพที่ดูแลจัดการ
- ผลการดูแลจัดการ
- ปัจจัยเสี่ยง/ปัจจัยที่มีผล
- การประเมินปัจจัยเสี่ยง/ภาวะสุขภาพ
- แนวทางการดูแล/แนวปฏิบัติการพยาบาล/รูปแบบการดูแล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของงานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้วิจัย ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่ รูปแบบของการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ส่วนที่ 2 แบบสังเคราะห์งานวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ประกอบด้วย ปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ทฤษฎี กรอบแนวคิด สถานที่ศึกษาวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปร เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล ผลการศึกษาที่พบและข้อเสนอแนะของการวิจัย โดยใช้แบบบันทึกสังเคราะห์ข้อมูลวิจัย

ส่วนที่ 3 แบบประเมินคุณค่าของผลการศึกษาแบ่งเป็น 1) ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่อง คือการประเมินผลการศึกษาว่าสามารถที่จะให้การดูแลต่อเนื่องของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ดูแลจากโรงพยาบาลไปบ้าน ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปชุมชน เป็นต้น 2) การประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาล คือการประเมินว่างานวิจัยมีการใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลมาเป็นกรอบในการศึกษาหรือดำเนินการวิจัย 3) การค้นคว้า วิเคราะห์ หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ คือมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเวชปฏิบัติ เช่น การประเมินภาวะสุขภาพ พยาธิสภาพของโรค เป็นต้น 4) การวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน คือมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพโดยองค์กรชุมชน 5) คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ

ชุมชน คือการประเมินงานวิจัยว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 6) สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ คือแสดงงานวิจัยว่าเป็นสมรรถนะด้านใดของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 7) ความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ คือการให้ข้อเสนอแนะที่จะนำผลงานวิจัยไปต่อยอด

ในการประเมินแบ่งคะแนนตั้งแต่ 1 -10 แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ช่วงได้แก่ คะแนน 1-3 คุณค่าระดับต่ำ คะแนน 4-7 คุณค่าระดับปานกลาง และคะแนน 8-10 คุณค่าระดับมาก

วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้วิธีหาความเชื่อถือได้ภายใน ผู้วิเคราะห์ (Intra rater reliability) โดยให้ผู้วิเคราะห์คนที่ 1 วิเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลังจากนั้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถัดมา ผู้วิเคราะห์คนที่ 1 จะนำผลการวิเคราะห์เดิมมาตรวจสอบอีกครั้งและเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ที่ได้กับครั้งที่ผ่านมา โดยจะทำตามขั้นตอนเดียวกันนี้กับผู้วิเคราะห์คนอื่นเพื่อหาค่าความเชื่อถือได้ภายในผู้วิเคราะห์ (ชาญวิทย์ พรนภดล, ฌัฐกานต์ วิฑูรย์และศิริณา จันทร์เพ็ญ. 2556: 140) ซึ่งพบว่า ผู้วิเคราะห์ทั้ง 2 มีการให้คะแนนในแต่ละหมวดใกล้เคียงกัน

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยสำรวจรายชื่อของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติทั้งหมด ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559
2. ดาวน์โหลดงานวิจัยผ่านระบบออนไลน์และติดต่อห้องสมุดของมหาวิทยาลัยเพื่อขอยืมวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่สำรวจไว้
3. อ่านวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระรอบที่หนึ่งเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหาสาระและเพียงพอที่จะนำมาสังเคราะห์ได้
4. อ่านวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่ผ่านเกณฑ์รอบที่สองโดยละเอียดและบันทึกข้อมูลลงในแบบสังเคราะห์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
5. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึก หากพบว่าไม่ครบถ้วนหรือไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะอ่านงานใหม่อีกครั้งและบันทึกเพิ่มเติม

3.5 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2 ท่าน ด้านการพัฒนาหลักสูตร 1 ท่านผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพียงเล็กน้อยและผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะทั้งหมด

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการวิจัยจากเอกสารจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่เป็นข้อมูลทุติยภูมิไม่ได้เก็บข้อมูลจากบุคคล ซึ่งไม่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กันทำให้ผู้ถูกวิจัยเสียหาย แต่การวิจัยยังคงคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ประชากรที่ศึกษาด้วยการวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้วิธีหาความเชื่อถือได้ภายในผู้วิเคราะห์ (Intra rater reliability) โดยให้ผู้วิเคราะห์คนที่ 1 วิเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ หลังจากนั้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถัดมา ผู้วิเคราะห์คนที่ 1 จะนำผลการวิเคราะห์เดิมมาตรวจสอบอีกครั้งและเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ที่ได้กับครั้งที่ผ่านมา โดยจะทำตามขั้นตอนเดียวกันนี้กับผู้วิเคราะห์คนอื่นเพื่อหาค่าความเชื่อถือได้ภายในผู้วิเคราะห์ (ชาญวิทย์ พรนภดล, ฌัฐกานต์ วิฑูรย์ และ ศิริจินดา จันทรเพ็ญ. 2556: 140)

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติบรรยาย (Descriptive statistics) เพื่อพรรณนาให้ทราบลักษณะทางกายภาพของงานวิจัย โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency distribution) และคำนวณค่าร้อยละ (Percentage) ของข้อมูลงานวิจัยที่จำแนกในแต่ละหมวดรายการ
2. ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ในระหว่างการวิเคราะห์จะมีการสร้างสมมุติฐานและหาข้อสรุปเป็นระยะเพื่อสกัดประเด็นต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมาย ปัญหาสุขภาพที่ศึกษา แนวคิดทฤษฎี รูปแบบการวิจัย ข้อค้นพบเกี่ยวกับบริการสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และชุมชน

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและการจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 จำนวน 74 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 84.09 ซึ่งจะเสนอผลการศึกษาตามลำดับ ดังนี้

- 4.1 คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ
- 4.2 องค์กรความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ

4.1 คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ

4.1.1.1 ปีที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

ภาพรวมพบว่างานได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2557 มากที่สุด (ร้อยละ 24.07) รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2558 (ร้อยละ 20.38) และปี พ.ศ. 2556 (ร้อยละ 16.67) ทั้งนี้ วิทยานิพนธ์ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2558 มากที่สุด (ร้อยละ 24.99) รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2555 และ 2556 ด้วยร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 15.91) การศึกษาอิสระได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่มากที่สุดในปี พ.ศ. 2557 (ร้อยละ 70.00) รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2556 (ร้อยละ 20.00) และ พ.ศ. 2551 (ร้อยละ 10.00) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามปี พ.ศ. ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่

พ.ศ.ที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวมเล่ม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2550	1	2.27	-	-	1	1.85
2551	2	4.55	1	10.00	3	5.56
2552	2	4.55	-	-	2	3.70
2553	5	11.36	-	-	5	9.26
2554	-	0.00	-	-	-	0.00
2555	7	15.91	-	-	7	12.96
2556	7	15.91	2	20.00	9	16.67
2557	6	13.64	7	70.00	13	24.07
2558	11	24.99	-	-	11	20.38
2559	1	2.27	-	-	1	1.85
2560	2	4.55	-	-	2	3.70
รวม	44	100.00	10	100.00	54	100.00

4.1.1.2 วิธีการศึกษา

ในภาพรวมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 3 คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ร้อยละ 18.92) และการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 13.51) และความน่าเชื่อถือระดับ 5 เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 67.57)

สำหรับวิทยานิพนธ์ปรากฏว่ามีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 3 คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ร้อยละ 31.82) และการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 22.73) และความน่าเชื่อถือระดับ 5 เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 45.45) รองลงมา และ ส่วนการศึกษาอิสระทั้งหมดมีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 5 เป็นการวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามวิธีการศึกษา ข.

วิธีการศึกษา	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวิจัยกึ่งทดลอง (ความน่าเชื่อถือระดับ 3)	10	22.73	-	-	10	13.51
การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ความน่าเชื่อถือระดับ 3)	14	31.82	-	-	14	18.92
การวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิง คุณภาพ (ความน่าเชื่อถือระดับ 5)	19	45.45	30	100.00	39	67.57
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา

เมื่อพิจารณาวัตถุประสงค์การศึกษาในภาพรวมพบว่าเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด(ร้อยละ 41.88) รองลงมา คือการพัฒนารูปแบบการดูแล (ร้อยละ 17.57)และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม (ร้อยละ 16.22)

วิทยานิพนธ์พบว่าพัฒนาารูปแบบการดูแลมากที่สุด (ร้อยละ 29.55) รองลงมา คือ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม (ร้อยละ 27.27) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอธิบายลักษณะการทำนายด้วยร้อยละที่เท่ากัน(ร้อยละ 11.36) **การศึกษาอิสระ**ทุกเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามวัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์การศึกษา	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างเครื่องมือ	2	4.55	-	-	2	2.70
การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	5	11.36	-	-	5	6.76
การอธิบายลักษณะการทำนาย	4	9.09	-	-	4	5.41
การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม	12	27.27	-	-	12	16.22
การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการ	1	2.72	-	-	1	1.35
การพัฒนารูปแบบการดูแล	13	29.55	-	-	13	17.57
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล	1	2.72	30	100.00	31	41.88
การทำความเข้าใจการให้ความหมาย	5	10.02	-	-	5	6.76
การสร้างความรู้ใหม่ด้วยการสังเคราะห์งานวิจัย	1	2.72	-	-	1	1.35
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.1.4 แบบแผนการศึกษา

เมื่อพิจารณาแบบแผนการศึกษาภาพรวมพบว่าเป็นวิจัยเชิงพรรณนามากที่สุด (ร้อยละ 52.70) รองลงมา คือ วิจัยและพัฒนาและวิจัยกึ่งทดลองด้วยร้อยละเท่ากัน (ร้อยละ 14.86) และวิจัยเชิงทำนาย (ร้อยละ 9.46)

วิทยานิพนธ์จะเป็นวิจัยและพัฒนาและวิจัยกึ่งทดลองด้วยร้อยละเท่ากันมากที่สุด (ร้อยละ 25.00) รองลงมา คือ วิจัยเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 20.45) และวิจัยเชิงทำนาย (ร้อยละ 15.91) การศึกษาอิสระทุกเรื่องเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามแบบแผนการศึกษา

แบบแผนการศึกษา	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิจัยเชิงคุณภาพ	9	20.45	-	-	39	52.70
วิจัยเชิงพรรณนา	-	-	30	100.00		
วิจัยเชิงศึกษา	-	-	-	-	0	0.00
เปรียบเทียบ						
วิจัยเชิงศึกษา	5	11.36	-	-	5	6.76
ความสัมพันธ์/สหสัมพันธ์						
วิจัยเชิงทำนาย	7	15.91	-	-	7	9.46
วิจัยและพัฒนา	11	25.00	-	-	11	14.86
วิจัยกึ่งทดลอง	11	25.00	-	-	11	14.86
วิจัยเชิงประเมินผล	1	2.28	-	-	1	1.36
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.1.5 แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

เมื่อพิจารณาแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาภาพรวมพบว่าใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด(ร้อยละ 42.31) รองลงมาคือทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาล (ร้อยละ 17.98) และการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ 8.97)

วิทยานิพนธ์พบว่าใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 29.55) รองลงมา คือ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (ร้อยละ 15.91) และการดูแลต่อเนื่อง (ร้อยละ 13.64) การศึกษาอิสระใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา (ระบุได้มากกว่า 1 แนวคิด)

แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	2	4.55	31	91.20	33	42.31
เกณฑ์การประเมินงานวิจัยของ Stetler	-	-	1	3.45	1	1.28
สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของสภาการพยาบาล	1	2.27	-	-	1	1.28
การดูแลต่อเนือง	6	13.64	-	-	6	7.69
การวิจัยแบบมีส่วนร่วม	7	15.91	-	-	7	8.97
การปรับตัว	1	2.27	-	-	1	1.28
การจัดการความเสี่ยง	2	4.55	-	-	2	2.56
การเสริมพลังอำนาจ	3	6.81	1	3.45	4	5.13
ทฤษฎีระบบ	1	2.27	-	-	1	1.28
ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาล (คิง, โอเร็ม, รอย, เพนเดอร์)	13	29.55	-	-	13	17.98
หุ้นส่วนสุขภาพ	2	4.55	-	-	2	2.56
การประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง	1	2.27	-	-	1	1.28
การให้ความรู้รายบุคคลและกระบวนกลุ่ม	1	2.27	-	-	1	1.28
ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง	2	4.55	-	-	2	2.56
การประเมินโครงการ	1	2.27	-	-	1	1.28
คุณภาพชีวิต	1	2.27	-	-	1	1.28
รวม	44	100.00	34	100.00	78	100.00

4.1.1.6 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 17 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 22.97 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.86 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีปัญหากระดูกและข้อ จำนวน 7 เรื่องเท่ากัน ร้อยละ 9.46 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ	3	4.05
2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	7	9.46
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	11	14.86
4. ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง		
- ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี	1	1.35
- ผู้ป่วยโรคไต	1	1.35
- ผู้ป่วยที่มีช่วยเหลือตนเองไม่ได้และแผลกดทับ	1	1.35
5. ผู้ป่วย/ผู้เสี่ยงเป็นโรคมะเร็ง	5	6.76
6. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	17	22.97
7. ผู้ที่มีปัญหากระดูกและข้อ	7	9.46
8. ผู้ที่มีโรคระบบทางเดินหายใจ		
- โรคหอบหืด	3	4.05
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	4.05
- โรควัณโรค	3	4.05
9. ผู้ที่มีภาวะเส้นเลือดขาด : หญิงวัยทำงานที่ยืนตลอด	1	1.35
10. ผู้ที่ทำการฝึกทหาร : โรคที่เกิดจากความร้อน	1	1.35
11. ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า	2	2.70

ตารางที่ 9 (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
12. กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ		
- หญิงตั้งครรภ์	1	1.35
- เด็กและวัยรุ่น	6	8.11
- แรงงานต่างด้าว	1	1.35
รวม	74	100.00

2) อาชีพกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมพบว่าศึกษาโดยไม่ระบุอาชีพมากที่สุด(ร้อยละ 31.93) รองลงมา คือ ค้าขายและแม่บ้าน พ่อบ้านด้วยร้อยละที่เท่ากัน (ร้อยละ 12.76)และข้าราชการ เกษตรกรรมและ ลูกจ้างด้วยร้อยละที่เท่ากัน (ร้อยละ 11.70)

วิทยานิพนธ์จะไม่ระบุอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนมากที่สุด (ร้อยละ 22.07) รองลงมา คือ ค้าขายและแม่บ้าน พ่อบ้านด้วยร้อยละที่เท่ากัน (ร้อยละ 15.58) และลูกจ้าง (ร้อยละ 14.29) การศึกษาอิสระก็ไม่ระบุอาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่ชัดเจนด้วยเช่นเดียวกันดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง (ระบุได้มากกว่า 1 อาชีพ)

อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลูกจ้างเอกชนหรือในสถานประกอบการ	3	3.90	1	5.88	4	4.26
ข้าราชการ	9	11.69	2	11.76	11	11.70
เกษตรกรกรรม	10	12.99	1	5.88	11	11.70
ค้าขาย	12	15.58	-	-	12	12.76
ลูกจ้าง	11	14.29	-	-	11	11.70
แม่บ้าน พ่อบ้าน	12	15.58	-	-	12	12.76
นักศึกษา	3	3.90	-	-	3	3.19
ไม่ระบุ	17	22.07	13	70.60	30	31.93
รวม	77	100.00	17	100.00	94	100.00

3) เพศของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมพบว่าศึกษาโดยไม่ระบุเพศมากที่สุด(ร้อยละ 61.54) รองลงมา คือศึกษาทั้งชายและหญิง (ร้อยละ 33.85) และเพศชาย (ร้อยละ 4.61) ซึ่งวิทยานิพนธ์จะศึกษาทั้งชายและหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 56.41) รองลงมา คือ ไม่ระบุเพศ (ร้อยละ 41.03) และเพศชาย (ร้อยละ 2.56) ส่วนการศึกษาอิสระโดยมากไม่ระบุเพศในการศึกษาดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง (ระบุได้มากกว่า 1 อาชีพ)

เพศของกลุ่มตัวอย่าง	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชายและหญิง	22	56.41	-	-	22	33.85
ชาย	1	2.56	2	7.69	3	4.61
ไม่ระบุเพศ	16	41.03	24	92.31	40	61.54
รวม	39	100.00	26	100.00	65	100.00

4) การกำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมพบว่ากำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 98.65) โดยร้อยละ 97.73 ของวิทยานิพนธ์กำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการศึกษาระดับปริญญาโท กำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทุกเรื่อง ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการกำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กำหนด	43	97.73	30	100.00	73	98.65
ไม่กำหนด	1	2.27	-	-	1	1.35
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

5) วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ภาพรวมพบว่าเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงมากที่สุด (ร้อยละ 94.59) รองลงมา สุ่มเป็นระบบ (ร้อยละ 4.06) และสุ่มอย่างง่าย (ร้อยละ 1.35)

ร้อยละ 90.91 ของวิทยานิพนธ์เลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเช่นเดียวกับการศึกษาอิสระที่ทุกเรื่องเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจงเช่นกัน ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Non-Probability Sampling แบบเฉพาะเจาะจง	40	90.91	30	100.00	70	94.59
Probability sampling ด้วยการสุ่ม อย่างง่าย	1	2.27	-	-	1	1.35
Probability sampling ด้วยการสุ่ม เป็นระบบ	3	6.82	-	-	3	4.06
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.1.7 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ภาพรวมพบว่าใช้สถิติพรรณนามากที่สุด (ร้อยละ 47.67) รองลงมาเป็นสถิติวิเคราะห์ (ร้อยละ 40.70) และสถิติสำหรับการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ (ร้อยละ 11.63)

วิทยานิพนธ์ใช้สถิติวิเคราะห์มากที่สุด (ร้อยละ 60.71) รองลงมาเป็นสถิติพรรณนา (ร้อยละ 21.43) และสถิติสำหรับการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ (ร้อยละ 17.86) ส่วนการศึกษาอิสระมีเพียง 1 เรื่องที่ใช้สถิติวิเคราะห์ Paired-t-test ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ (ใช้ได้มากกว่า 1 สถิติ)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)	12	21.43	29	100.00	41	47.67
สถิติวิเคราะห์ (Analytic statistics)	34	60.71	1	6.67	35	40.70
-Point biserial correlation	1	1.79	-	-	1	1.62
-Pearson correlation	6	10.71	-	-	6	6.98
-ไค-สแควร์	3	5.36	-	-	3	3.49
-Regression	5	8.93	-	-	5	5.81
-t-test	8	14.29	-	-	8	9.30
-Paired-t-test	11	19.64	1	6.67	12	13.95
สถิติวิเคราะห์สำหรับการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Non-statistical analytic)	10	17.86	-	-	10	11.63
-Kolmogorov-Smirnor	1	1.79	-	-	1	1.62
-Mann-Whitney U test	1	1.79	-	-	1	1.62
-Wilcoxon	1	1.79	-	-	1	1.62
-Content analysis	7	12.50	-	-	7	8.14
รวม	56	100.00	30	100.00	86	100.00

4.1.2 การออกแบบการศึกษาที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

4.1.2.1 ระดับของกลุ่มเป้าหมาย

ภาพรวมพบว่าศึกษากลุ่มเป้าหมายในระดับบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 70.27) รองลงมา คือบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (ร้อยละ 14.86) และบุคคลและครอบครัว (ร้อยละ 6.76)

วิทยานิพนธ์ศึกษากลุ่มเป้าหมายในระดับบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 59.09) รองลงมาเป็นบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (ร้อยละ 20.46) และบุคคลและครอบครัว (ร้อยละ 11.36) และการศึกษาอิสระเช่นเดียวกัน คือ ศึกษากลุ่มเป้าหมายในระดับบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 86.67) รองลงมาเป็นบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (ร้อยละ 6.67) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามระดับของกลุ่มเป้าหมาย

ระดับของกลุ่มเป้าหมาย	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บุคคล	26	59.09	26	86.67	52	70.27
ครอบครัว	1	2.27	-	-	1	1.35
กลุ่มคน	-	-	1	3.33	1	1.35
บุคคลและครอบครัว	5	11.36	-	-	5	6.76
บุคคล ครอบครัวและกลุ่มคน	3	6.82	-	-	3	4.05
บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน	9	20.46	2	6.67	11	14.86
ไม่สามารถระบุได้เนื่องจากเป็นการทบทวนงานวิจัย	-	-	4	3.33	4	1.36
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.2 ประโยชน์ของผลการศึกษาที่จะนำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพ

ภาพรวมพบว่าประโยชน์ของผลการศึกษา นำไปใช้ในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (เป็นการตรวจวินิจฉัยให้ทราบตั้งแต่ในระยะเกิดโรค) และตติยภูมิ (เป็นการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรค) มากที่สุด (ร้อยละ 27.04) รองลงมาคือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (การป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค) (ร้อยละ 24.32) และการป้องกันระดับทุติยภูมิกับการป้องกันระดับตติยภูมิด้วยร้อยละที่เท่ากัน (ร้อยละ 20.27)

วิทยานิพนธ์พบว่าประโยชน์ของผลการศึกษา นำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพระดับปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 27.27) รองลงมา คือ การป้องกันระดับตติยภูมิ (ร้อยละ 25.00) และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 22.73) การศึกษาอิสระพบว่านำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพระดับทุติยภูมิ

และตติยภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) รองลงมา คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ (ร้อยละ 20.00) และการป้องกันระดับทุติยภูมิ (ร้อยละ 16.67) ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประโยชน์ของผลการศึกษาที่จะนำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพ

ประโยชน์ของผลการศึกษาที่จะนำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพ	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การป้องกันระดับปฐมภูมิ	12	27.27	6	20.00	18	24.32
การป้องกันระดับทุติยภูมิ	10	22.73	5	16.67	15	20.27
การป้องกันระดับตติยภูมิ	11	25.00	4	13.33	15	20.27
การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	-	-	3	10.00	3	4.05
การป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ	8	18.18	12	40.00	20	27.04
การป้องกันระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ	3	6.82	-	-	3	4.05
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.3 ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่อง

ภาพรวมแล้ว ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 54.05) รองลงมา ระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 41.90) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 4.05)

ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่องของวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 54.55) รองลงมา ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 40.90) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 4.55) การศึกษาอิสระพบว่าประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่องอยู่ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 73.33) รองลงมา ระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 23.34) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 3.33) ดังตารางที่ 17

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่อง

ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้อง ไปยังการดูแลต่อเนื่อง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (1-3 คะแนน)	2	4.55	1	3.33	3	4.05
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	18	40.90	22	73.33	40	54.05
มาก (7-10 คะแนน)	24	54.55	7	23.34	31	41.90
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.4 การประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาล

ภาพรวมแล้ว ความถี่ในการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีอยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 48.65) รองลงมาในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 39.19) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 12.16)

การประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีของวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 54.55) รองลงมาในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 36.36) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 9.09) การศึกษาอิสระพบว่าความถี่ในการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีอยู่ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 43.33) รองลงมาในระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 40.00) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 16.67) ดังตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีทางการพยาบาล

การประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎี (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (1-3 คะแนน)	4	9.09	5	16.67	9	12.16
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	16	36.36	13	43.33	29	39.19
มาก (7-10 คะแนน)	24	54.55	12	40.00	36	48.65
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.5 การค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ

การค้นคว้าวิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน)มากที่สุด (ร้อยละ 47.30) รองลงมาระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 35.14) และระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 17.56)

การค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติของวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 47.73) รองลงมาระดับน้อย (1-3 คะแนน)(ร้อยละ 27.27) และระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 25.00) การศึกษาอิสระพบว่าความถี่ในการค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติอยู่ระดับน้อย (1-3 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 76.67) รองลงมาระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 16.67) และระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 6.66) ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ

การค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปราย ความรู้ทางเวชปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (1-3 คะแนน)	12	27.27	23	76.67	35	47.30
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	21	47.73	5	16.67	26	35.14
มาก (7-10 คะแนน)	11	25.00	2	6.66	13	17.56
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.6 การวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

การวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 43.24) รองลงมาระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 32.43) และระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 24.33)

การวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนของวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 40.91) รองลงมาระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 31.82) และระดับน้อย (1-3 คะแนน)(ร้อยละ 27.27) การศึกษาอิสระพบว่าความถี่ในการวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนอยู่ระดับน้อย (1-3 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามการวิเคราะห์
สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน

การวิเคราะห์	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สังเคราะห์หรืออภิปราย ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ ชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)						
น้อย (1-3 คะแนน)	12	27.27	20	66.67	32	43.24
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	14	31.82	10	33.33	24	32.43
มาก (7-10 คะแนน)	18	40.91	0	0.00	18	24.33
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.7 คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 60.81) รองลงมา ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 37.84) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 1.35)

คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของวิทยานิพนธ์อยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 36.36) รองลงมา ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 34.09) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 2.27) การศึกษาอิสระพบว่าคุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอยู่ระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 56.67) ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงจำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามคุณค่าของ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน

คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้อง กับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (1-3 คะแนน)	1	2.27	0	0.00	1	1.35
ปานกลาง (4-6 คะแนน)	15	34.09	13	43.33	28	37.84
มาก (7-10 คะแนน)	28	36.36	27	56.67	55	60.81
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.8 สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ

โดยรวมสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏอยู่ในสมรรถนะที่ 2 ดูแล และให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารกและกลุ่มปัญหาซับซ้อน มากที่สุด (ร้อยละ 29.80) รองลงมาสมรรถนะที่ 1 พัฒนาการกำกับระบบการดูแลบุคคลกลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟู (ร้อยละ 17.14) และ สมรรถนะที่ 8 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ร้อยละ 15.92) โดยปรากฏสมรรถนะที่ 9 จัดการและ ประเมินผลลัพธ์ (ร้อยละ 3.67) น้อยที่สุด

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏของวิทยานิพนธ์อยู่ในสมรรถนะ ที่ 2 ดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารกและกลุ่ม ปัญหาซับซ้อนมากที่สุด (ร้อยละ 24.84) รองลงมาสมรรถนะที่ 1 พัฒนาการกำกับระบบการดูแล บุคคลกลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟู (ร้อยละ 22.29) และสมรรถนะที่ 5 ให้คำปรึกษาบุคคล ครอบครัวกลุ่มคนและชุมชนและสมรรถนะที่ 9 จัดการ และประเมินผลลัพธ์ด้วยร้อยละที่เท่ากัน (ร้อยละ 11.46) สมรรถนะที่ปรากฏน้อยที่สุด คือ สมรรถนะ ที่ 6 นำการเปลี่ยนแปลง (ร้อยละ 1.28)

การศึกษาอิสระพบว่าสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏอยู่ใน สมรรถนะที่ 2 ดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารกและ

กลุ่มปัญหาซับซ้อนมากที่สุด (ร้อยละ 38.64) รองลงมาสมรรถนะที่ 8 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์(ร้อยละ 35.22) และสมรรถนะที่ 5 ให้คำปรึกษาบุคคลครอบครัวกลุ่มคนและชุมชน(ร้อยละ 9.09) ดังตารางที่ 22

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ (ระบุได้มากกว่า 1 สมรรถนะ)

สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนที่ปรากฏ	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สมรรถนะที่ 1 พัฒนাজัดการกำกับ ระบบการดูแลบุคคลกลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านสร้างเสริม สุขภาพ ป้องกันรักษาโรคเบื้องต้น และฟื้นฟู	35	22.29	7	7.95	42	17.14
สมรรถนะที่ 2 ดูแลและให้การ พยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารก และกลุ่มปัญหาซับซ้อน	39	24.84	34	38.64	73	29.80
สมรรถนะที่ 3 ประสานงาน	13	8.28	1	1.14	14	5.71
สมรรถนะที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจ สอน ฝึกเป็นที่เลี้ยงการปฏิบัติ	16	10.19	6	6.82	22	8.98
สมรรถนะที่ 5 ให้คำปรึกษาบุคคล ครอบครัวกลุ่มคนและชุมชน	18	11.46	8	9.09	26	10.61
สมรรถนะที่ 6 นำการเปลี่ยนแปลง	12	1.28	-	-	12	4.90
สมรรถนะที่ 7 ให้เหตุผลทางจริยธรรม และตัดสินใจเชิงจริยธรรม	8	5.10	-	-	8	3.27
สมรรถนะที่ 8 ใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์	8	5.10	31	35.22	39	15.92
สมรรถนะที่ 9 จัดการและประเมินผลลัพธ์	18	11.46	1	1.14	19	3.67
รวม	157	100.00	88	100.00	245	100.00

4.1.2.9 ความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่

โดยรวมร้อยละ 82.43 มีความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ในระดับมาก โดยความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ของ **วิทยานิพนธ์** (ร้อยละ 75.00) และ **การศึกษานิพนธ์** อยู่ระดับมากเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 93.33) ดังตารางที่ 23

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษานิพนธ์จำแนกตามความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่

ความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษานิพนธ์		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (1-5 คะแนน)	11	25.00	2	6.67	13	17.57
มาก (6-10 คะแนน)	33	75.00	28	93.33	51	82.43
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.1.2.10 ความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

โดยรวม ร้อยละ 60.27 มีความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระดับมากโดยความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของ **วิทยานิพนธ์** (ร้อยละ 72.73) และ **การศึกษานิพนธ์** อยู่ระดับมากเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 66.67) ดังตารางที่ 24

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ความสามารถในการนำไปต่อยอด ในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	วิทยานิพนธ์		การศึกษาอิสระ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1-5 คะแนน	12	27.27	10	33.33	22	29.73
6-10 คะแนน	32	72.73	20	66.67	52	60.27
รวม	44	100.00	30	100.00	74	100.00

4.2 องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ

4.2.1 ประเด็นสุขภาพ

จากการวิเคราะห์งานทั้งหมดพบว่าสามารถจำแนกประเด็นภาวะสุขภาพออกเป็น 1) ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 22.97) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 14.86) โรคความดันโลหิตสูงและกระดูกและข้อ (ร้อยละ 9.46) ตามลำดับ 2) ภาวะสุขภาพทางจิต พบว่าศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างเดียว (ร้อยละ 2.70) ดังตารางที่ 25

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระจำแนกตามประเด็นสุขภาพ

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะสุขภาพทางกาย		
1. ไชมันในเลือดผิดปกติ	3	4.05
2. ความดันโลหิตสูง	7	9.46
3. โรคหลอดเลือดสมอง	11	14.86
4. โรคเรื้อรัง		
- เอชไอวี	1	1.35
- โรคไต	1	1.35
- แผลกดทับ	1	1.35
5. โรคมะเร็ง	5	6.76
6. โรคเบาหวาน	17	22.97
7. ภาวะกระดูกและข้อ	7	9.46
8. โรคระบบทางเดินหายใจ		
- หอบหืด	3	4.05
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	3	4.05
- วัณโรค	3	4.05
9. ภาวะเส้นเลือดขาด	1	1.35
10.โรคที่เกิดจากความร้อน	1	1.35
ภาวะสุขภาพทางจิต		
11.ภาวะซึมเศร้า	2	2.70
กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ		
- หญิงตั้งครรภ์	1	1.35
- เด็กและวัยรุ่น	6	8.11
- แรงงานต่างด้าว	1	1.35
รวม	74	100.00

4.2.2. ลักษณะการทบทวนวรรณกรรม

พบว่าสิ่งที่คล้ายคลึงกันในแต่ละการศึกษา คือ 1) การทบทวนอย่างละเอียดในภาวะสุขภาพ เช่น ความหมาย สาเหตุ กลไกการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค พยาธิสภาพ วิธีการรักษา ยาและการจัดการยา เป็นต้น 2) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพหรือการรับรู้ต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3) การดูแลหรือการพยาบาล การป้องกันการเกิดภาวะสุขภาพ 4) การวิเคราะห์บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่เกี่ยวข้อง

หากเป็นการศึกษาอิสระจะมีการทบทวนรูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงหรือรูปแบบการพัฒนา แนวปฏิบัติพยาบาลของโพลีและเบคหรือรูปแบบการพัฒนาแนวปฏิบัติของพยาบาลของสตีทเลอร์ สิ่งที่แตกต่างกันจะเป็นแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาประยุกต์ เช่น ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ทฤษฎีการพยาบาลของคิง แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเตอร์การวิจัยแบบมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วม การสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดการดูแลต่อเนื่อง แนวคิดการแสวงหาความช่วยเหลือ แนวคิดการจัดการรายกรณี คุณภาพชีวิต การจัดการความเสี่ยง การจัดการความรู้ ทฤษฎีระบบ

4.2.3 ลักษณะการออกแบบระเบียบวิธีศึกษา กรณีการศึกษาปัจจัยที่มีผล/สัมพันธ์/ทำนายต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม การศึกษาเชิงคุณภาพ การสังเคราะห์งานวิจัย การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม ประชากรและกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้ใช้บริการที่มีการกำหนดคุณลักษณะพร้อมเกณฑ์การคัดเลือก เกณฑ์การคัดออกและการคำนวณขนาดตัวอย่างที่ชัดเจน เครื่องมือวิจัยมักเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติวิเคราะห์ สำหรับการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมจะมีการวัดการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กำหนดคุณลักษณะตามหลัก PICO ผลการสืบค้นจะได้งานวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือระดับต่างๆ มีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีคัดเลือกงานวิจัยและกำหนดขั้นตอนการศึกษา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระบุสิ่งกระตุ้นให้ศึกษา ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนที่ 3 นำแนวปฏิบัติไปใช้และขั้นตอนที่ 4 วิเคราะห์ผลการใช้ บางงานกำหนดที่จะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้จริงกับผู้ใช้บริการ

4.2.4. องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพ สามารถจัดเป็นกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพทางกาย ประกอบด้วย ภาวะไขมันในเลือด ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน ภาวะกระดูกและข้อผิปกติ โรคระบบทางเดินหายใจ ภาวะเส้นเลือดขอดและโรคที่เกิดจากความร้อน

2. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า

3. กลุ่มเสี่ยงต่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่นและแรงงานต่างด้าว

4. การแสดงสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

1. ปัญหาสุขภาพทางกาย ได้แก่

1) ไขมันในเลือดผิดปกติ

1. **ลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ** พบว่าโดยมากอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง วิทยาลัย วิทยาลัย วิทยาลัย ประจำเดือน สมาชิกครอบครัวมีประวัติโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนวัยอันควร จบประถมศึกษา รายได้น้อยกว่า 25,000 บาทต่อเดือน เครียดระดับปานกลาง มีภาวะอ้วน ความดันโลหิตตัวบนเริ่มสูงกว่าปกติ เส้นฐานระดับไขมันคลอเรสเตอรอลปกติ เส้นฐานระดับไขมันชนิดร้ายแอลดีแอล มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค รับรู้ประโยชน์ต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพและรับรู้อุปสรรคระดับมาก รับรู้ความสามารถตนเองและความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรมระดับปานกลาง อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลจากสถานการณ์ระดับมาก มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมระดับมาก มีพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง (รับผิดชอบต่อสุขภาพระดับมาก กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง โภชนาการระดับปานกลาง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลระดับปานกลาง การพัฒนาจิตวิญญาณระดับปานกลางและจัดการความเครียดระดับปานกลาง (ยูภา โภผา. 2557: 86-89)

2. **ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับไขมันในเลือด** พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา ระดับความเครียด ความดันโลหิตตัวล่าง) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อการทำกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์) และปัจจัยความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมสุขภาพ ($p < 0.01$ และ $p < 0.05$) (ยูพา โภผา. 2557: 61-84) ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญพบว่าประกอบด้วยระดับการศึกษา ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง อิทธิพลระหว่างบุคคล ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยที่สัมพันธ์ทางลบอย่างมีนัยสำคัญ คือ ค่าความดันโลหิตตัวล่าง ระดับความเครียด (ยูภา โภผา. 2557: 89)

3. **การประเมินความเสี่ยงต่อระดับไขมันในเลือดผิดปกติ** การศึกษาพบว่า จะต้องวัดจากระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (LDL-C) เป็นลำดับแรก (พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 52) ต่อจากนั้นจึงประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ จากการซักประวัติ การตรวจ

ร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 51) เพื่อมาจำแนกระดับความเสี่ยง เช่น เพศ อายุ ลักษณะงาน การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ระดับความดันโลหิต ประวัติครอบครัว ประวัติโรคหัวใจ ภาวะเจ็บป่วยที่เทียบเท่าโรคหลอดเลือดหัวใจ ความเครียด ดัชนีมวลกาย (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 49-50; พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 52-53) หลังจากนั้นประเมินความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยงน้อย เสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 51; พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 53)

4. การกำหนดแนวทางดูแลรักษาระดับไขมันในเลือดสูง แนวทางการดูแลรักษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การปรับพฤติกรรมและการใช้ยา (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 51; พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 53) โดยการปรับพฤติกรรมจะใช้กับกลุ่มเสี่ยงน้อยและเสี่ยงปานกลาง (พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 55) การปรับพฤติกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การลดปัจจัยเสี่ยง การประเมินผลตนเองอย่างต่อเนื่อง (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 51; พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 55-59)

5. แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับไขมันในเลือด ประกอบไปด้วยกิจกรรมตั้งแต่การประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตัว ความรู้ที่ให้นั้นอาหาร การออกกำลังกายโดยกำหนดเป็นโปรแกรมการปฏิบัติพร้อมทั้งตั้งเป้าหมายค่าไขมัน LDL-C การเยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามประเมินและให้คำปรึกษา การเสริมแรงกระตุ้นเตือน การประเมินผลและการวางแผนติดตามต่อเนื่องตามลำดับ (สุธิดา ธีระพิทยานนท์. 2549: 52; พัทธนันท์ อยู่ยืนยง. 2553: 59)

2) ความดันโลหิตสูง

1. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาของผู้ใช้บริการ พบว่าปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สถานภาพสมรส การทำงาน ลักษณะงาน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและความรู้สึกในการรับประทานยา อิทธิพลของบุคคลรอบข้างและอิทธิพลจากสถานการณ์ (ธมนพรพรช บุญเจริญ. 2557)

2. เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูง (นันทน์ภัส สิริธิโกศล. 2550) จะต้องประกอบด้วยค่าดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และการบริโภคเกลือโซเดียม โดยปัจจัยที่มีอำนาจทำนาย ได้แก่ เพศ อายุและค่าดัชนีมวลกาย เครื่องมือแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) การตรวจร่างกาย 3) การประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง และ 4) การวัดความดันโลหิตสูง หลังจากนั้นแปลผลความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 มีความเสี่ยงน้อย หมายความว่า ผู้ให้บริการต้องให้คำแนะนำและติดตามการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมเสี่ยงเป็นระยะ

ระดับ 2 มีความเสี่ยงปานกลาง หมายความว่า ผู้ให้บริการต้องให้คำแนะนำและติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงสม่ำเสมอ

ระดับ 3 มีความเสี่ยงมาก หมายความว่า ผู้ให้บริการต้องให้คำแนะนำและติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใกล้ชิด

3. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (จุฑารัตน์ อินทะโชติ. 2551) ประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 1.1) ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 1.2) การประเมินการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.3) การประเมินความต่อเนื่องของการรับประทานยาลดความดันโลหิต 1.4) การประเมินพฤติกรรมรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติในการเสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความรู้กระตุ้นเตือนให้บันทึกความสม่ำเสมอและพฤติกรรมรับประทานยา เยี่ยมบ้าน เสริมสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาต่อเนื่อง ประเมินการใช้ยาลดความดันโลหิต ประเมินคำร้องขอของการรับประทานยาและประเมินคำร้องขอของความร่วมมือในการรับประทานยาทุกเดือน กระตุ้นทุก 3 เดือน จำนวน 3 ครั้ง

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ (ยุพา สุทธิมนัส. 2556) ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความรู้และสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล (ข้อมูลทั่วไป ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล 2) คู่มือสำหรับผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ 3) แบบบันทึกการดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ของผู้ดูแลและ 4) แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

5. โปรแกรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (พัชรภรณ์ ไซยสังข์. 2552; จุฑารัตน์ ภาคะนันท์. 2555; รัตน์ชรีญาภรณ์ คำราพิศ. 2555) พบว่ามี 3 โปรแกรม

โปรแกรม	แนวคิดที่ใช้	กระบวนการ
โปรแกรมที่ 1 โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่ประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองของโอเร็ม (พัชรภรณ์ ไซยสังข์. 2552)	การดูแลสุขภาพของตนเองของ โอเร็ม	ครั้งที่ 1 ชั้นสลายพฤติกรรม โดยสนับสนุนแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเสริมความรู้ที่โรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ครั้งที่ 2 ชั้นสร้างมนุษยสัมพันธ์และเกิดปฏิสัมพันธ์ จัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อวางแผนรับประทานยา เลือกรักษาอาหาร

โปรแกรม	แนวคิดที่ใช้	กระบวนการ
		<p>ครั้งที่ 3 ชั้นสร้างสรรค์ก่อเกิดความคิดริเริ่ม และชั้นระดมความคิดโดยแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อ ทบทวนความรู้การรับประทานยา การเลือก อาหารในแต่ละวันและการออกกำลังกาย</p> <p>ครั้งที่ 4 ชั้นระดมความคิดและชั้น ประเมินผลใช้ระยะเวลา 10 สัปดาห์วัด ความดันโลหิตและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ให้ผู้นำและสมาชิกระดมความคิดวิธีผ่อนคลายความเครียดร่วมกัน</p>
<p>โปรแกรมที่ 2 ใช้ปฏิสัมพันธ์ อย่างมีเป้าหมายตามทฤษฎี การบรรลุเป้าหมายของคิง (King. 1996) (รัตน์شريญา ภรณ์ คำราพิศ. 2555)</p>	<p>ทฤษฎีการบรรลุ เป้าหมายของคิง</p>	<p>ชุดที่ 1 “รู้จักโรคตั้งเป้าหมายแล้วไปด้วย กัน” สร้างสัมพันธ์ภาพสอบถามบันทึกผล ตรวจร่างกายและจดกราฟความดันโลหิต ลงในสมุดประจำตัวและเยี่ยมบ้านจัดกลุ่ม แลกเปลี่ยน “อยู่กับความดันอย่างไร ให้เป็นสุข” เพื่อร่วมกันกำหนดวิธีควบคุม ระดับความดันโลหิต</p> <p>ชุดที่ 2 “ครอบครัวเอาใจใส่เป้าหมาย เดียวกัน” เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการปฏิบัติ กิจกรรมชุดที่ 1 และปรับเปลี่ยนแก้ไข แนวทางทุกสัปดาห์</p> <p>ชุดที่ 3 “ชุมชนร่วมใจพิชิตเป้าหมายคลาย ความดันสูง” อภิปรายโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการดำเนิน กิจกรรมการพยาบาลระบบปฏิสัมพันธ์อย่าง มีเป้าหมายในกิจกรรมการพยาบาล</p> <p>ชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ด้วยการทำประชาคมใน ชุมชน</p>

โปรแกรม	แนวคิดที่ใช้	กระบวนการ
โปรแกรมที่ 3 โปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต (จุฬารัตน์ ภาตะนันท์. 2555)	ทฤษฎีการบรรลุเป้าหมายของคิง	1. การสร้างสัมพันธภาพและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิต 2. การกำหนดปัญหาและการวางแผนปัญหา ร่วมกัน เป้าหมายหลัก คือ ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป้าหมายย่อย คือ การมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในแต่ละด้าน โดยเปิดโอกาสให้เลือกวิธีปฏิบัติบันทึกผล ประเมินผลร่วมกัน วิเคราะห์การบรรลุเป้าหมาย

3) โรคหลอดเลือดสมอง

1. แนวปฏิบัติการพยาบาล

1.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็นแนว

ปฏิบัติการวินิจฉัย แนวปฏิบัติการจัดการนอกโรงพยาบาล (พรทิพย์ จอกกระจ่าย. 2549) และแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ณิชภาพร คงบันเทิง. 2551) โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. แนวปฏิบัติการวินิจฉัยนอกโรงพยาบาล โดย 1.1) การซักประวัติ อาการสำคัญ โดยเฉพาะเวลาเริ่มต้นอาการ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต และข้อมูลส่วนบุคคลที่อาจเป็นปัจจัยเสี่ยง 1.2) การตรวจร่างกายขั้นต้น โดยประเมินระดับการรับรู้สติ การเคลื่อนไหวแขนขา ขนาดรูม่านตา และปฏิกิริยาต่อแสง การกลอกตา ลักษณะและแบบแผนการหายใจและระดับออกซิเจนในเลือด สัญญาณชีพ 1.3) การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น เปิดทางเดินหายใจ ช่วยหายใจ ดูแลการไหลเวียนเลือด 1.4) การประเมินผู้ป่วยด้วย Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale หน้าเบี้ยว แขนอ่อนแรง พูดไม่ชัด ผิดปกติ 1 ใน 3 อย่างถือว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 72 และการรักษาเบื้องต้น

2. แนวปฏิบัติการจัดการนอกโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2.1) การดูแลบนรถพยาบาล ได้แก่ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง O₂ Sat > 95% , on NSS Lock หลีกเลี้ยงให้ Fluid มากเกินไป , ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 80 mg/dl ให้ 50% Glucose ถ้าสูงกว่า 300 mg/dl ให้ Insulin ยากันชัก ดูแลร่างกายให้อบอุ่น 2.2) การประสานจุดส่งต่อเพื่อเตรียมทีมแพทย์ เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เตรียมยาละลายลิ่มเลือด 2.3) การบันทึกการดูแลตั้งแต่ภายนอกจนถึงจุดส่งต่อห้องฉุกเฉิน

3. แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
แนวปฏิบัติแบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วยประวัติต่อไปนี้ คือ บิตามารดา เป็นโรคนี้อีกก่อน TIA สิบบุหรี เจ็บหน้าอก แขนขาอ่อนแรงชั่วคราว เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวานหรือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คำนวนBMI วัดความดันโลหิต ระดับคลอเรสเตอรอล และประเมินความเครียด ด้วยแบบของกรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 การพยาบาลประกอบด้วยการระบุความเสี่ยง การให้ความรู้และ ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1 เดือน ด้วยการให้ความรู้ เรื่องโรคโรคความดันโลหิตสูง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ภาวะแทรกซ้อนการสังเกต อาการผิดปกติ หลังให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซ้ำ หากพบว่าเสี่ยงให้คำปรึกษารายบุคคล หากไม่พบความเสี่ยงนัดผู้ป่วยทุก 3 เดือน

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การ รับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีดัชนีมวลกายเกิน (จันทรา น้ำดอกมะลิ. 2556) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การตรวจคัดกรองและประเมินระดับความเสี่ยงของดัชนีมวล ภายพฤติกรรมรับประทานอาหาร(จำนวนมื้ออาหาร/ ชนิดอาหาร/ลักษณะอาหาร) ระดับแรงจูงใจ (ความรุนแรงของโรค/โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรค/ความคาดหวังในผลลัพธ์) ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการ สร้างแรงจูงใจตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินได้ขั้นตอนที่ 3 การกระตุ้นเตือนและติดตามเยี่ยมบ้าน และขั้นตอนที่ 4 ประเมินผล

1.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล (ประทีป ปัญญา. 2551) ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) แบบประเมินความสามารถ การทำกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน 3) แบบส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยตามระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 10 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้ไป ยังเตียงและกลับมายังเก้าอี้ การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเข้าห้องน้ำ การอาบน้ำ การ เคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การสวมใส่เสื้อผ้า การกลั่นอุจจาระ การกลั่น ปัสสาวะ

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (วรนุช ทองไทย. 2555) ประกอบด้วย 5 ส่วนดังนี้ 1) การประเมินสมรรถนะและความรู้ของผู้ดูแล 2) การ แบ่งระดับศักยภาพและความรู้ผู้ดูแล 3) การเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาผู้ดูแลตามระดับความรู้และ สมรรถนะที่ประเมินได้ 4) การประเมินภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยแบบประเมิน PHQ-9 และ 5) กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะซึมเศร้าให้ผู้ป่วย

ประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ การและการแสดงที่ต้องเผื่อระวังการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม

2. การประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง (อัครารัตน์ วชิรเวทิตชัย. 2558) กรณีที่มีการดำเนินโครงการและประเมินผลโครงการ ในการประเมินต้องครอบคลุมการวิเคราะห์บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตเพราะทำให้ทราบประเด็นสำคัญในการพัฒนาโครงการระยะต่อไป ผลพบว่า 1) บริบทที่มีรพ.สต. เป็นเครือข่ายบริการปฏิบัติตามนโยบายให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน บุคลากรสุขภาพทำงานเป็นทีมจะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกคนได้รับการดูแลที่บ้าน แต่ยังคงมีปัญหาสารสนเทศระหว่างโรงพยาบาลและ รพ.สต. 2) ปัจจัยนำเข้าพบว่าแม้บุคลากรในทีมสุขภาพบางสาขาไม่เพียงพอ แต่จัดการได้ด้วยการหาวิธีปฏิบัติให้ได้ตามภาระงานและวัตถุประสงค์โครงการ 3) ด้านกระบวนการ ต้องเน้นให้แต่ละวิชาชีพเตรียมก่อนเยี่ยมบ้าน บันทึกข้อมูลลงแฟ้มครอบครัวและส่งต่อ 4) ด้านผลผลิตพบว่าช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่เปลี่ยนแปลงความรู้ในการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพึงพอใจต่อโครงการ ผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงความรู้การดูแลและพึงพอใจต่อโครงการ อัตราความครอบคลุมและอัตราส่งต่อดีขึ้น

3. ระบบการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจแบบมีส่วนร่วม (ชญาณิชฐ์ แก้วทนะนงค์. 2557) ประกอบด้วย 3 ระยะ 1) การรับรู้ปัญหาและร่วมแก้ไข 2) ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและบทบาทหน้าที่ใหม่ 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผล กิจกรรมประกอบด้วย การคัดกรองปัจจัยเสี่ยง ให้คำปรึกษา ให้ความรู้การปฏิบัติตัวโดยทีมสุขภาพที่เน้นปัญหาเฉพาะบุคคล มีระบบบันทึกจัดเก็บข้อมูล ติดตามผล ซึ่งพบว่าช่วยให้ทีมสุขภาพแสดงบทบาทเชิงวิชาชีพมากขึ้น การรับรู้ตนเองต่อกิจกรรมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลง

4. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม (นิตยา ทานันท์. 2557) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ร่วมกันรับรู้ปัจจัยเสี่ยง 2) ร่วมกันกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) ลงมือปฏิบัติจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วยครอบครัว/ผู้ดูแลและบุคลากรสาธารณสุข 4) ติดตามผลลัพธ์การจัดการความเสี่ยงกิจกรรมที่ร่วมกันออกแบบคือคู่มือป้องกันและแนวปฏิบัติการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านสำหรับบุคลากรสาธารณสุข

5. การดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (อ้อมใจ แก้วประหลาด. 2553) ประกอบด้วยกระบวนการวางแผนจำหน่ายการดูแลที่บ้านและการส่งต่อโดยในการวางแผนจำหน่ายนั้นควรเน้นเตรียมพร้อมครอบครัวและผู้ดูแลหลักให้มีศักยภาพทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ด้วยตนเองสำหรับการดูแลที่บ้านควรเน้นติดตามเยี่ยมบ้านที่มุ่งเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลหลักและครอบครัว การส่งต่อควรเน้นประสานข้อมูลโดยใช้แฟ้มครอบครัวเป็นกลไกสำคัญนอกจากนี้ ควรป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วย 4.1) เตรียมความพร้อมตั้งแต่ในโรงพยาบาลแบบทีมสุขภาพมีผู้

ประสานงานโดยตรงให้ครอบครัวเข้าร่วมจัดระบบวางแผนจำหน่ายและระบบประสานการดูแล ต่อเนื่อง 4.2) เน้นสร้างพลังครอบครัวและมีหน่วยบริการสุขภาพที่บ้านเพื่อสนับสนุนครอบครัวดูแล ผู้ป่วยระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำ

การดูแลข้างต้นจะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เนื่องจากปัญหาความต้องการ และความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (สิริชชา จิราจรรุภัทร. 2553) มีดังนี้ 1) ครอบครัวกับบุคลากรสุขภาพขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลวิธีเฝ้าระวังการประเมินอาการและ อาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนขาดการประสานงานเพื่อเตรียมพร้อมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้เป็นไป ตามแผนการรักษาขาดการรับฟังปัญหาความต้องการและความคาดหวังเมื่อผู้ป่วยและครอบครัว เผชิญโรคและขาดการมีส่วนร่วมจากสมาชิกครอบครัวทั้งหมด 2) สิ่งที่ต้องการในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ ความรู้การเจ็บป่วยและวิธีการดูแลผู้ป่วยทักษะปฏิบัติเมื่อกลับไปอยู่บ้านวิธีเตรียมความพร้อมผู้ป่วย และครอบครัวก่อนออกจากโรงพยาบาลและการช่วยเหลือสนับสนุนจากสมาชิกและบุคลากรสุขภาพ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน 3) ความคาดหวังการบริการเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่จัดหน่วย บริการเฉพาะที่หลากหลายมีแนวปฏิบัติพยาบาลแบบสหสาขาวิชาชีพสร้างความเชี่ยวชาญเฉพาะใน การสอนมีทีมสุขภาพสำหรับให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและมีระบบประสานการ ดูแลต่อเนื่องที่มีคุณภาพ

6. การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่อง (ฉบาไพโร ทองหล่อ. 2558) กระบวนการประกอบด้วย 1) ร่วมสะท้อนปัญหาและสร้างแรงจูงใจให้เห็น ความสำคัญในการรับประทานยาของผู้ป่วย 2) ออกแบบระบบการพยาบาลใหม่และ 3) แลกเปลี่ยน เรียนรู้สิ่งที่พัฒนาใหม่ หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วยและครอบครัวร่วมวางแผนการใช้ยาของตนกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเป็นหุ้นส่วนเกิดการประสานทั้งเชิงหน้าที่เป็นทีม เจ้าของใช้รายกรณีและดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ใช้ทรัพยากรเดิมที่มีมาสร้างนวัตกรรมจัดการยาลักษณะใหม่ และบันทึกรวมทั้งส่งต่อ การจัดยาด้วยสารสนเทศมากขึ้น

7. รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน (เจตจรรยา บุญญกุล. 2557) ประกอบด้วย 2 แนวทางคือ

1. แนวทางการวางแผนจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านคือ 1) ประเมิน ปัญหาสุขภาพและความพร้อมของผู้ป่วยผู้ดูแลหลัก 2) ให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักเรื่องโรคการ รักษาการใช้ยาการฟื้นฟูสมรรถภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

2. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมมี 3 แนวทาง คือ 1) แนวทางสำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมดจะเน้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองผู้ดูแล หลักกระตุ้นให้กำลังใจการบริหารข้อและการออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำออส.ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาความต้องการ ภาวะ

สุขภาพ รวมทั้งให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาทุก3เดือน บันทึกข้อมูลการเยี่ยมและรายงานผลทุกเดือน บุคลากรสุขภาพติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและสังคม สอน ฝึกทักษะการบริหารข้อ การออกกำลังกาย สนับสนุนความรู้ สื่อ คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ สนับสนุนความรู้แก่ผู้ป่วย ร่วมกับ อสม.ชุมชนประสานและเขียนโครงการขอสนับสนุนอุปกรณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพตามลักษณะผู้ป่วย อบรม.ขึ้นทะเบียนผู้พิการ3) แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยเน้นให้ผู้ดูแลหลักบริหารข้อและการออกกำลังกายทุกวันสม่ำเสมอ ช่วยผู้ป่วยทำทุกกิจกรรมอย่างใกล้ชิด ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรค ช่วยเหลือการรับประทานยาและพาไปพบแพทย์ตามนัด อสม.ประเมินปัญหาความต้องการ และภาวะสุขภาพผู้ป่วย ให้กำลังใจ อบรม.สนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย รวมทั้งอุปกรณ์ในชีวิตประจำวันและขึ้นทะเบียนผู้พิการ ทุกราย บุคลากรสุขภาพเยี่ยมบ้านร่วมกับ อสม.เพื่อประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพ ให้การพยาบาล ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการบริหารข้อ ทำกายภาพบำบัดหรือการออกกำลังกายให้ผู้ดูแลหลัก สนับสนุนความรู้ สื่อ คู่มือ และส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลหลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ และแหล่งประโยชน์ในชุมชนในกรณีเกิดปัญหาหรือกรณีฉุกเฉิน

4) โรคเรื้อรัง ประกอบด้วยเอชไอวี โรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ดังนี้

1. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการรับประทานยาในผู้ป่วย

เอชไอวี พบว่าได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เรื่องโรค ความสามารถในการดูแลตนเอง ความมีคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการไม่รับประทานยา ภาระงาน การมาตรวจตามนัด ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ (ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน. 2551: 46)

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้พบว่า ได้แก่

แรงกดทับ แรงเสียดทาน แรงเฉือน ความชื้น ยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว อายุ ภาวะโภชนาการ ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกายและโรคร่วม (พรทิพย์ ชูตินันท์. 2551: 63-64)

3. การประเมินภาวะสุขภาพ

3.1 ผู้ป่วยเอชไอวี ประเมินเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปและประเมินเพิ่มเติมอีก

3 ส่วน คือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานยา ความรู้โรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการไม่รับประทานยาและการรับรู้อุปสรรค (ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน. 2551: 48)

3.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวาน ประกอบด้วยการซักประวัติ

(เพศ อายุ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูง ไชมันสูง ระดับน้ำตาลในเลือด) และการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ค่าความดันโลหิต อากาศ

บวมรอบตา ดัชนีมวลกาย โปรตีนในปัสสาวะ ครีอาตินิน อัตรากรองที่โกลเมอรูลัส) เพื่อคัดกรอง (นิตยา แยมมี. 2550: 40)

3.3 ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ประเมินจากลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ด้วยแบบประเมินของบราเดน 6 ด้าน คือ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดทานและแรงเฉือน หลังจากนั้นแบ่งความเสี่ยงเป็น 3 ระดับ คือ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ปานกลางและต่ำ (พรทิพย์ ชูตินันท์. 2551: 64, 72)

4. โปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดให้ระดับน้ำตาลหลังอดอาหารไม่เกิน 130 มก./ดล. ระดับ HBA1C ต่ำกว่าร้อยละ 7 LDL น้อยกว่า 100 มก./ดล. HDL มากกว่า 50 มก./ดล. ไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มก./ดล. คอเลสเตอรอลน้อยกว่า 135 มก./ดล. 2) การควบคุมพลังงานจากอาหาร โดยโปรตีน 0.6-0.8 กรัม/กก./วัน อาหารเค็ม 3-5 ก./วัน ฟอสฟอรัส 5.5 มก./วัน โปตัสเซียม 40 มก./กก./วัน เหล็กและโพแทสเซียม ความดันโลหิตไม่เกิน 130/80 มม.ปรอท ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 25 กก./ม² ส่งเสริมออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ (นิตยา แยมมี. 2550: 40-43)

5. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยเอดส์รับประทานยา จัดแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มกับต้นแบบผู้ป่วยเอดส์ ฝึกคลายเครียดและบันทึกการรับประทานยา ให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อให้เข้าถึงยาต้านไวรัส วางแผนระบุปัญหา/อุปสรรค แก้ไขปัญหา จัดการเวลา ใช้อุปกรณ์เตือนความจำ (ปราชญา ศุภฤกษ์โยธิน. 2551: 53, 56)

6. การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ โดยทั่วไปให้จัดท่าและเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด ดูแลผิวหนังเพื่อปรับปรุงเนื้อเยื่อให้แข็งแรง ไม่บาดเจ็บ ลดแรงเสียดทานและแรงเฉือน ดูแลโภชนาการและการใช้ยา โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ให้ความรู้และเยี่ยมบ้าน สำหรับกลุ่มที่เสี่ยงสูงและเสี่ยงปานกลางจะเพิ่มเติมการพยาบาล เช่น การจัดหาที่นอนลม การสวมรองเท้าหุ้มส้น การนั่งรถเข็น การให้ญาติตรวจสอบการขยับถ่าย เป็นต้น (พรทิพย์ ชูตินันท์. 2551: 65, 71-75)

5) โรคมะเร็ง

1. การประเมินกลุ่มเสี่ยง การค้นหาปัญหา ความต้องการและการจัดการดูแลผู้ป่วยโรค ฌัญญูณิชา ศรีจัตูรัส (2557: 48) ระบุว่าการค้นหาความเสี่ยงต่อมะเร็งด้านต้องครอบคลุมลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว การรับรู้สุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อันตรายของโรค ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการใช้บริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายพบว่าปัญหาประกอบด้วย 1) ปัญหาด้านผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานทางกายและใจ มีภาวะแทรกซ้อนและปัญหาการสื่อสาร 2) ปัญหาด้านผู้ดูแล คือ เครียด ไม่มีเวลา ขาดทักษะการดูแล 3) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายสูง หายงาน ขาดรายได้และมีหนี้สิน

4) ปัญหาด้านระบบบริการสุขภาพ คือ ไม่ได้รับข้อมูล บริการใช้เวลานาน ขั้นตอนยุ่งยากซับซ้อน ไม่มียาแก้ปวดที่แรงพอในสถานีนามัย การส่งต่อมีข้อจำกัด เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา ดูแลไม่ทั่วถึง ขาดความชำนาญและไม่สนใจ ความต้องการในการดูแล คือ ให้มีแพทย์ในชุมชน มีเจ้าหน้าที่บริการที่บ้าน ขยายขอบเขตการให้ยาแก้ปวด ให้กำลังใจ ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยและเงินช่วยเหลือ (สุมาณี ศรีกำเนิด. 2551: บทคัดย่อ)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก มี 4 ระยะ ระยะที่ 1 การคัดกรองและการเชื้อเชิญสตรีกลุ่มเสี่ยง ระยะที่ 2 การให้สุศึกษา ระยะที่ 3 การเยี่ยมบ้านและระยะที่ 4 การติดตามและเฝ้าระวังให้มารับบริการ (นภาพร ลิ้มโตโสภณพานิช. 2551: บทคัดย่อ)

2.2 แนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลต่อเนืองที่บ้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง แบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ประเมินก่อนเตรียมจำหน่าย แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัจจัยเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินของ Donohue (2004) หากเสี่ยงมากจะสอน สาธิตและสาธิตย้อนกลับ เสี่ยงปานกลางจะสอนและสาธิต เสี่ยงน้อยจะทบทวนความรู้ ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อ ขั้นตอนที่ 3 ให้คำแนะนำตามคู่มือสอนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ขั้นตอนที่ 4 แจกคู่มือการปฏิบัติตน ขั้นตอนที่ 5 ประเมินเพื่อส่งต่อหน่วยปฐมภูมิ และเยี่ยมบ้าน ในการเยี่ยมบ้าน หากระดับความรุนแรงของภาวะ Neutropenia อยู่เกรด 1 และ 2 จะติดตามเยี่ยมวันที่ 7 และ 14 หากความรุนแรงอยู่เกรด 3 และ 4 จะติดตามเยี่ยมวันที่ 3, 7 และ 14 ความรุนแรงประเมินจากอุณหภูมิร่างกาย อาการในช่องปาก ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบทางเดินอาหาร (ชวนพิศ จิตตะมาภัย. 2552: 50-56)

3. การให้ความรู้และคำแนะนำ การส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมต้องครอบคลุมการให้ความรู้และวิธีตรวจเต้านมด้วยตนเองวิธีปฏิบัติตน การให้สุศึกษาตามปัญหาที่พบ (ด้านความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติ) สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การใช้แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจโดยใช้กระบวนการกลุ่ม การเสริมแรงและการกระตุ้นเตือน ประเด็นของการให้ความรู้ที่สำคัญคือ ความรู้ในวิธีการรักษา การดูแลตนเองหลังผ่าตัดและระหว่างให้ยาเคมีบำบัด การให้คำแนะนำเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การจัดการอาการเหนื่อย ล้า นอนไม่หลับ อาการข้างเคียงอื่นๆ วิธีจัดการปัญหา เช่น ออกกำลังกาย ฝึกสมาธิ ชีกง ลดอาการซึมเศร้า (ณัฐธัญญา ศรีจัตุรัส. 2557: 48)

4. การดูแลต่อเนืองเพื่อส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมและติดตามผลการรักษา ณัฐธัญญา ศรีจัตุรัส (2557: 50) ระบุว่าควรจัดอบรมจัดกิจกรรมหรือรณรงค์สร้างกระแสต่อเนือง จัดนิทรรศการแบบเคลื่อนที่ ให้สตรีและครอบครัวมีส่วนร่วมคัดกรอง การติดตาม

ผลการรักษา ได้แก่ ให้คำแนะนำผู้ใช้บริการและผู้ดูแลเพื่อจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน โดยสอนวิธี นวดกดจุด ให้คำแนะนำวิธีแก้ปากแห้ง ท้องผูก อ่อนเพลียและแผลเรื้อรังที่กระพุ้งแก้มหลังให้เคมีบำบัด การเดิน การออกกำลังกายเพื่อลดความเหนื่อยล้า เพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย ส่งเสริม ครอบครัวให้ใกล้ชิดเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและผลข้างเคียงจากการรักษา ส่งเสริมการคิดบวกและ เข้มแข็งเพื่อสู้ชีวิต

5. การประเมินผลการให้ความรู้และคำแนะนำ ญัฎฐณิชา ศรีจัตุรัส (2557: 49) ได้แก่ การประเมินความสามารถของสตรีแกนนำที่สามารถให้ความรู้เรื่องนี้ การประเมิน พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้และทัศนคติต่อการตรวจเต้านม การสนับสนุนจาก สมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านม ความสะดวกในการ ตรวจด้วยตนเองและการได้รับข้อมูลข่าวสาร

6) โรคเบาหวาน

1. ลักษณะส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของผู้เป็นเบาหวาน พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุ 40-69 ปี จบประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ รายได้ 10,000-20,000 บาท อาศัย อยู่กับสามีหรือภรรยาหรือบุตร อาชีพเกษตรกรหรืออยู่บ้าน มีโรคร่วม (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. 2551: 78-79; จริญญา ทรัพย์เรือง. 2553: 56-57; วิจิตร วรธนวุฒิ. 2553: 58-59; จิราพร เดชมา. 2553: บทคัดย่อ; พัชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 46-47; บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60; มัตถก ศรีคล้อ. 2557: 54-55; มานิดา เดชากุล. 2557: บทคัดย่อ; นันทวรรณ ยิ้มประเสริฐ. 2558: 62; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55; ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 49)

ภาวะสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ป่วยด้วยเบาหวานไม่เกิน 10 ปี (โสมนัส ว่องไว วุฒิกุลเดช. 2551: 79-80; จิราพร เดชมา. 2553: บทคัดย่อ; วิจิตร วรธนวุฒิ. 2553: 58-59; บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55; ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 50) มีอ่อนเพลีย (พัชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 48-50) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคร่วม (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. 2551: 79-80; วิจิตร วรธนวุฒิ. 2553: 58-59; บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55; ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 50) สมาชิกในครอบครัวไม่เป็นเบาหวานหรือไม่มีประวัติ พันธุกรรม ไม่มีแผลที่เท้า (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. 2551: 79-80)

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง (FBS) 110-150 mg/dl (จริญญา ทรัพย์เรือง. 2553:58-61; บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63; ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 50) และระหว่าง 120-200mg/dl (มัตถก ศรีคล้อ. 2557: 55-57; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55; นันทวรรณ ยิ้มประเสริฐ. 2558: 63) HbA1C 7-7.20 (มัตถก ศรีคล้อ. 2557: 55-57; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55) ค่าดัชนีมวล ภายปกติ (บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63) และมากกว่าปกติ (BMI 23.5-28.4) (จริญญา ทรัพย์เรือง. 2553:58-61; สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55) ไม่มีปัญหามองเห็น (บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63)

เบาหวานขึ้นจอประสาทตาในระดับเล็กน้อย (mild) (ไพร์ตัน กาทาด. 2559: 50) ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์ จากยา (บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63) จำนวนยา 3-4 ชนิดยามากกว่า 7 เม็ดต่อวันรับประทานยา มากกว่า 4 ครั้งต่อวัน จัดยาได้ถูกต้อง (บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 60-63) บุตรช่วยดูแลเท้ามีเฉพาะยา กินไม่เคยตรวจความเสี่ยงต่อการเกิดแผลที่เท้าเคยตรวจด้วย monofilament (มัตถก ศรีคล้อ. 2557: 55-57) นัดตรวจเดือนละ 1-2 ครั้งและตรวจตามนัด (สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55) ไม่เคยใช้ยาอื่น นอกจากยาเบาหวาน (จริยา ทรัพย์เรือง. 2553:58-61; พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 48-50) สูบบุหรี่ 10-12 มวนต่อวันไม่มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรมากกว่า 4,000 กรัม (พิชรินทร์ วิมลโรจน์. 2554: 48-50) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (จริยา ทรัพย์เรือง. 2553:58-61; พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 48-50)

ความเครียดพบว่าระดับปานกลาง โดยมีอาการมึนงงหรือเวียนศีรษะ นอน ไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจและปวดเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่ (จริยา ทรัพย์เรือง. 2553: 66-67) หงุดหงิดรำคาญใจและนอนไม่หลับ (พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 52-53)

2. พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้เป็นเบาหวาน

2.1 การบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วนโดยพบพฤติกรรมบริโภคอาหารทอดที่ ระดับความเสี่ยงปานกลาง บริโภคอาหารจานเดียวไขมันสูงที่ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภคอาหารปรุง ด้วยกะทิที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง บริโภคอาหารหวานที่ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภคขนมหวานที่ ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภคขนมปรุงจากกะทิที่ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภคขนมมีส่วนผสมของแป้งและ เนยที่ระดับความเสี่ยงปานกลาง บริโภคนมและผลิตภัณฑ์นมรสหวานที่ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภค ผลไม้หวานที่ระดับความเสี่ยงต่ำ บริโภคเครื่องดื่มรสหวานหรือผสมคาเฟอีนที่ระดับความเสี่ยงต่ำถึง มาก (จริยา ทรัพย์เรือง. 2553: 62-63) และอาหารทอด (พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 52)

2.2 การออกกำลังกายการออกกำลังกายที่ปฏิบัติมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ เดิน วิ่งและขี่จักรยาน เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกายมากที่สุด คือ ไม่มีเวลา ชี้แจงและไม่มีอุปกรณ์ ใช้ เวลาออกกำลังกายทั้งมากกว่าและน้อยกว่า 30 นาที ปฏิบัติมากกว่าและน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ออกกำลังกายในการประกอบอาชีพและงานอดิเรกบ้างแต่ไม่ถึงกับเหนื่อย (จริยา ทรัพย์เรือง. 2553: 64-66; พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 52-53) การใช้ร่างกายในการประกอบอาชีพพบว่าไม่ได้ออกกำลังกาย เพราะนั่งหรือยืน การใช้ร่างกายในการทำงานบ้านหรืองานอดิเรกพบว่าไม่ได้ออกกำลังกายเพราะนั่งหรือยืน (พิชรินทร์วิมลโรจน์. 2554: 52-53)

2.3 การใช้ยาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในระดับสูงมากที่สุด รองลงมา มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องในระดับปานกลางและต่ำ (บุษกร มงคลนิมิตร. 2554: 63-65)

2.4 การดูแลเท้าพบว่าความรู้การดูแลสุขภาพเท้า มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 9.73-10.47 (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. 2551: 81) พฤติกรรมการดูแลเท้าระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.45

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) (มัดถก ศรีคล้อ. 2557: 57-58) ความสามารถในการประเมินสภาพ
เท้ามีค่าเฉลี่ย 15.50-15.93 (คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 20 คะแนน) (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช.
2551: 81) รับรู้พลังอำนาจในการดูแลเท้าระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 64.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22) (มัดถก
ศรีคล้อ. 2557: 60)

2.5 การปรับตัวเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้เป็นเบาหวานมีระดับการปรับตัว
หลังเบาหวานขึ้นจอประสาทตาโดยรวม (ด้านความสัมพันธ์กับเครือญาติ ด้านสภาพแวดล้อมในบ้าน
ด้านจิตใจ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมในครอบครัว ด้านอาชีพการงานและด้าน
ความสัมพันธ์ทางเพศ) ระดับปานกลาง (ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 51)

2.6 ความเชื่อด้านสุขภาพผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาท
ตามีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมระดับดี โดยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ รับรู้แรงจูงใจของการ
ปฏิบัติ รับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคในระดับดี แต่รับรู้อุปสรรค
ของการปฏิบัติระดับปานกลาง (ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 56)

2.7 การสนับสนุนทางสังคมผู้ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตารับรู้
สนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า) โดยรวมระดับดี (ไพรัตน์ กาพาด.
2559: 61)

2.8 การรับรู้ต่อการเป็นเบาหวานและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมรับรู้
ตนเองต่อการเป็นเบาหวานระดับดี โดยรับรู้ว่าก่อนเข้ายาต้องได้รับความเห็นชอบจากบุคลากรสุขภาพ
ต้องระมัดระวังการรับประทานอาหารและการอธิบายของบุคลากรสุขภาพมีผลต่อการกลับไป
รับประทานยารับรู้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้เป็นเบาหวานระดับดีโดยเฉพาะการให้กำลังใจ การดูแล
เอาใจใส่จากครอบครัวและการชักชวนผู้เป็นเบาหวานให้ออกกำลังกาย รับรู้ปฏิสัมพันธ์กับบุคลากร
สุขภาพระดับดีโดยพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้คำแนะนำการควบคุมระดับน้ำตาล ระหว่าง
เยี่ยมบ้าน พยาบาลควรบอกผลการตรวจร่างกาย และพยาบาลควรแนะนำการปฏิบัติตัวที่ยังไม่รับรู้
ปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรท้องถิ่นระดับดีโดยบุคลากรท้องถิ่นเป็นบุคคลสำคัญที่ให้คำแนะนำการควบคุม
ระดับน้ำตาลได้ (สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 55-56)

3. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อน

ผู้เป็นเบาหวานที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาพบว่าเพศ อายุ ระดับ
น้ำตาลในเลือด การมีโรคร่วม ระยะเวลาการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ
สัมพันธ์กับการปรับตัวอย่างมีนัยสำคัญ (ไพรัตน์ กาพาด. 2559: 63-65) สำหรับผู้เป็นเบาหวานทั่วไป
พบว่าการมองเห็นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง (บุษกร มงคลนิมิต. 2554: 63-65)
ขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ เส้นรอบเอว ความดันโลหิตซิสโตลิก อายุดัชนีมวล
กายและการบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน (จริยา ทรัพย์เรือง.2553: 72)

สำหรับปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน ความดันโลหิตซิสโตลิกและเส้นรอบเอว(จิริยา ทรัพย์เรือง.2553: 72) และความสามารถในการควบคุมโรคของตนเอง (จิราพร เดชมา. 2553: บทคัดย่อ) ส่วนปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานมี 4ปัจจัย คือ น้ำตาลในเลือดสูงภาวะแทรกซ้อนทางตาทางไตทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้า ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนทางตา คือ ระยะเวลาที่เป็นโรค ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต คือ ฐานะทางเศรษฐกิจและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้า คือ อายุ การรับรู้ต่อบทบาทของคนในครอบครัวในการจัดการโรคให้ผู้ป่วยเบาหวานและความเครียด (จิราพร เดชมา. 2553: บทคัดย่อ)

4. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ (จิริยา ทรัพย์เรือง. 2553: 76-79)

ส่วนที่ 1 การตรวจร่างกาย ประกอบด้วยเส้นรอบเอวและค่าความดันโลหิต

ส่วนที่ 2 ประเภทอาหารที่รับประทาน (อาหารมัน ทอดและหวาน โดยให้ตอบความถี่การรับประทานในรอบสัปดาห์)

5. การจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิธีจัดการความเสี่ยง มีดังนี้ (พัชรินทร์ วิณโรจน์. 2554: 52-53)

- 1) ติดตามอุบัติการณ์ ความชุกและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน
- 2) คัดกรองทั้งแบบตั้งรับตามนโยบายและเชิงรุกด้วยวิธีการทำงานตามปกติ แต่ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการ
- 3) ลงบันทึกในรายงานการคัดกรองของโปรแกรม JHCIS และโปรแกรมคัดกรองความเสี่ยง
- 4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในชุมชน
- 5) หน่วยงานสุขภาพระดับจังหวัด อำเภอและตำบลดำเนินงานจัดการความเสี่ยงโรคเบาหวานร่วมกับท้องถิ่น
- 6) จัดสรรงบประมาณจัดการความเสี่ยงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 7) บุคลากรในหน่วยงานและในชุมชนดำเนินงานจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานผสมกับการปฏิบัติงานปกติ
- 8) ใช้แบบคัดกรองด้วยวาจาและการตรวจเลือดในการจัดการความเสี่ยง
- 9) ใช้ JHCIS และโปรแกรมออนไลน์เป็นระบบบันทึกข้อมูลการคัดกรอง
- 10) ใช้กระบวนการพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในชุมชนด้วยการประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการแพทย์ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติพยาบาล

และการประเมินผลการปฏิบัติพยาบาล การประเมินประกอบด้วยการใช้แบบคัดกรองและการตรวจร่างกาย (ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง วัดความยาวรอบเอว หาค่าดัชนีมวลกาย วัดความดันโลหิตและวัดค่าน้ำตาลจากการเจาะปลายนิ้ว) การวินิจฉัยใช้การจัดระดับความเสี่ยงเพื่อจัดกลุ่มติดตามเยี่ยมและโครงการป้องกันความเสี่ยง กิจกรรมป้องกันความเสี่ยงหลากหลายร่วมกับเยี่ยมบ้านรายบุคคล

6. รูปแบบการดูแลผู้เป็นเบาหวาน

6.1 รูปแบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยใช้แบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (สุภาพร นันทศักดิ์. 2559: 83-86) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์รูปแบบการดูแลเดิมจากการสอบถามภาวะสุขภาพและปฏิสัมพันธ์ของผู้เป็นเบาหวานกับผู้ดูแลและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สอบถามปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้เป็นเบาหวานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องและศึกษาลักษณะการให้บริการของบุคลากรสุขภาพและบุคลากรในหน่วยงานท้องถิ่น

ขั้นตอนที่ 2 ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสะท้อนคิดผลวิเคราะห์ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกันเสนอแนะแนวทางปรับปรุงและออกแบบการบริการใหม่

ขั้นตอนที่ 3 เสนอโครงสร้าง องค์กรประกอบและรายละเอียดของรูปแบบการดูแลใหม่ ดังนี้

องค์ประกอบ	รูปแบบการดูแลใหม่
องค์ประกอบที่ 1 การจัดการแผนและนโยบาย	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบาย แผนงาน งบประมาณระดับหน่วยงานที่ระบุกลุ่มผู้เป็นเบาหวานเพื่อวางเป้าหมายดำเนินงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวบนข้อมูลอุบัติการณ์ ปัญหาอุปสรรคของ รพ.สต. มีแนวปฏิบัติในการดูแลโดยเฉพาะ กำหนดตัวชี้วัดแนวปฏิบัติการดูแลให้ผู้เป็นเบาหวาน
องค์ประกอบที่ 2 การจัดการข้อมูลสุขภาพ	<ol style="list-style-type: none"> สร้างฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS ที่สามารถนำข้อมูลผู้เป็นเบาหวานมาเป็นแนวทางวางแผนดูแล นำข้อมูลจากฐานข้อมูลในโปรแกรม JHCIS มาวิเคราะห์เพื่อแยกประวัติหรือทำสัญลักษณ์เฉพาะ จัดระดับความรุนแรงของโรคเพื่อวางแผนและจัดทำโครงการให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่ม สร้างระบบฐานข้อมูลทั้งผู้เป็นเบาหวานทั่วไปและผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่

องค์ประกอบ	รูปแบบการดูแลใหม่
	<p>สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพื่อเชื่อมโยงอย่างมีระบบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย</p> <p>5. นำหลักการให้คำปรึกษาบันทึกในโปรแกรม JHCIS เพื่อจัดระดับความรุนแรงและใช้ให้คำแนะนำ</p> <p>6. ส่งต่อข้อมูลผู้เป็นเบาหวานไปหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อเป็นข้อมูลเพื่อตัดสินใจกำหนดแผนสุขภาพระดับตำบล</p>
<p>องค์ประกอบที่ 3 มาตรฐานการดูแลรักษา</p>	<p>1. กำหนดมาตรฐานการดูแลที่สอดคล้องกับข้อมูลพื้นฐานของผู้เป็นเบาหวาน</p> <p>2. ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดอบรมความรู้เชิงลึกการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของผู้เป็นเบาหวาน รวมทั้งอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเมื่อควบคุมน้ำตาลไม่ได้เป็นเวลานานและการบริหารยา</p> <p>3. ประสานกับโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดประชุมผู้ปฏิบัติงานเพื่ออภิปรายกรณีศึกษาผู้เป็นเบาหวานเป็นระยะเพื่อค้นหาการปฏิบัติพยาบาลที่ดี รวมทั้งต่อยอดความรู้และเสริมศักยภาพการปฏิบัติงาน</p> <p>4. ประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดประชุมหรือนำเสนอกรณีศึกษาที่น่าสนใจระหว่างวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลที่มีประสิทธิภาพร่วมกัน</p>
<p>องค์ประกอบที่ 4 แนวทางการดูแลรักษา</p>	<p>1. แยกระดับความรุนแรงของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้</p> <p>2. ออกแบบนวัตกรรมเพื่อดูแล ส่งเสริม ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในช่วงระยะเวลา รอดตรวจ</p> <p>3. นำข้อมูลผู้เป็นเบาหวานมาบันทึกในแฟ้มประวัติและในฐานข้อมูลเพื่อนำมาตั้งเป็นข้อสังเกตในการให้คำแนะนำป้องกันภาวะแทรกซ้อนสำหรับมาตรวจครั้งต่อไป</p> <p>4. แยกนัดเฉพาะกลุ่ม</p> <p>5. ออกแบบคู่มือการดูแลตนเองที่มีเนื้อหาเฉพาะเจาะจงโดยเฉพาะปัญหาการดูแลตนเองที่พบบ่อย</p> <p>6. ออกแบบระบบเยี่ยมบ้านโดยลำดับเยี่ยมตามความรุนแรงของปัญหา</p> <p>7. จัดอบรม อสม. เรื่องการดูแลผู้เป็นเบาหวานนี้ปีละอย่างน้อย 1 ครั้ง</p> <p>8. มอบหมายให้ อสม. สังเกตอาการและอาการนำของภาวะแทรกซ้อนและระดับน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลง</p>
<p>องค์ประกอบที่</p>	<p>1. ค้นหาบุคคลต้นแบบเพื่อนำการพูดคุยหรือทำกิจกรรมร่วมกัน</p>

องค์ประกอบ	รูปแบบการดูแลใหม่
5 การส่งเสริมการดูแลตนเอง	2. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อทำกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เป็นเบาหวานและร่วมกับผู้ดูแล โดยพยาบาลเป็นผู้ประสาน เสริมการสอนสุขภาพ การสังเกตภาวะแทรกซ้อนและให้ความรู้เรื่องยา 3. จัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้เป็นเบาหวาน บุคลากรสุขภาพและบุคลากรท้องถิ่น เพื่อหาแนวทางส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
องค์ประกอบที่ 6 การใช้ประโยชน์ทรัพยากร	1. นำเสนอโครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นแสวงหาวิธีการจัดการและผลกระทบกรณีจัดการไม่สำเร็จ 2. ประสานส่งต่อข้อมูลการตรวจรักษากับหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อรับรู้ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 3. ออกแบบกิจกรรมและโครงการที่เน้นใช้ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนในชุมชนที่มุ่งประโยชน์ที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 4. ควรประสานร่วมมือให้เป็นผู้เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพของชุมชนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

6.2 รูปแบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยหุ้นส่วนสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน (วิจิตร วรรณวุฒิ. 2553: 90-92)

1) ร่วมมือสร้างหุ้นส่วนสุขภาพด้วยการประชุมย่อยและประชุมรวมทั้งทาง การและไม่ทางการกิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ ร่วมกันรับทราบสถานการณ์เบาหวานในชุมชน ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้เป็นเบาหวาน บทบาทที่แต่ละฝ่ายปฏิบัติอยู่แล้วและ ยังไม่ได้ปฏิบัติ นำเสนอความต้องการและความคาดหวังของแต่ละฝ่ายให้ร่วมกันรับทราบ กำหนด ข้อตกลงที่มีจุดมุ่งหมายร่วม เสนอบทบาทใหม่ที่จะช่วยให้บรรลุเป้าหมาย ผลลัพธ์ที่คาดหวัง คือ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายแสดงบทบาทใหม่ด้วยการจัดการปัญหาของตนเองและเติมเต็มศักยภาพซึ่งกันและ กันจนเกิดความรู้สึกเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ

2) ร่วมกันกำหนดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้มีความชัดเจน ดังนี้

พยาบาลผู้ให้คำปรึกษา	รับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้เป็นเบาหวานรายบุคคล ค้นหาปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคได้และส่งต่อข้อมูลให้กับทีมสุขภาพ
พยาบาลผู้จัดการ	ประเมินและรักษาผู้ป่วยในเบื้องต้น ส่งต่อข้อมูลและประสานการดูแลไปยังแพทย์ในรายที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน
พยาบาลผู้ประสานงาน	ประสานการดูแลผู้ป่วยในทีมสหสาขาวิชาชีพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประจำวันตามการตัดสินใจของผู้เป็นเบาหวานแต่ละราย
ทีมสหสาขาวิชาชีพ	กำหนดทิศทาง กำกับและติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้เป็นเบาหวานของโรงพยาบาลและสถานีนอมาัย
พยาบาลวิชาชีพ	วางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ดูแลและประสานสถานีนอมาัยในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
ผู้เป็นเบาหวาน	ปรับพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นและเข้าร่วมกับทีมสุขภาพ
ผู้ดูแล	เข้าร่วมในกระบวนการดูแลผู้เป็นเบาหวานร่วมกับทีมสุขภาพ เช่น สนับสนุนการออกกำลังกายที่เหมาะสม จัดอาหารสำหรับผู้เป็นเบาหวาน
อสม.	ดูแลผู้เป็นเบาหวานเบื้องต้นที่บ้านและเป็นเครือข่ายจิตอาสาประจำครัวเรือน

3) การดำเนินกิจกรรมและประเมินผลความก้าวหน้าไปสู่เป้าหมาย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านความรู้และทักษะของการเป็นผู้จัดการสุขภาพ ส่วนที่ 2 วางแผนให้ผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลร่วมตัดสินใจผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ส่วนที่ 3 จัดบริการที่บ้านให้ผู้เป็นเบาหวานที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และขาดผู้ดูแล ส่วนที่ 4 สร้างเครือข่ายการดูแลผู้เป็นเบาหวานในครัวเรือนและส่วนที่ 5 ปรับระบบเยี่ยมติดตามประเมินผลผู้เป็นเบาหวานที่บ้าน

4) ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้บนแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (มานิตาเดชากุล, 2557:269-277) สันเคราะห์จากปัจจัยที่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับค่าระดับน้ำตาลในเลือด คือ ระดับการศึกษาของผู้เป็นเบาหวานและการรับรู้ของผู้ดูแล ข้อเสนอ มีดังนี้

1. มีระบบการประเมินความรู้พื้นฐานและจัดวิธีการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับระดับการศึกษาของผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

2. กำหนดนโยบาย/แผนระดับหน่วยงานที่ระบุกลุ่มผู้เป็นเบาหวานที่เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวบนข้อมูลอุบัติการณ์และความชุก

3. สร้างระบบสารสนเทศหรือฐานข้อมูลที่ใช้ข้อมูลผู้เป็นเบาหวานเพื่อเป็นแนวทางวางแผนดูแล

4. จัดอบรมความรู้เชิงลึกในการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระของผู้เป็นเบาหวานรวมทั้งอวัยวะที่ได้รับผลกระทบเมื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในระยะเวลาอันยาวนานและการบริหารยาเบาหวานและยาอื่นที่เกี่ยวข้องให้พยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลของผู้เป็นเบาหวาน

5. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างผู้เป็นเบาหวานด้วยกันและครอบครัวแล้วเสริมด้วยการสอนสุขศึกษาของพยาบาลการตรวจร่างกายโดยแพทย์และการให้ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร

6. ควรออกแบบระบบเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยให้ความสำคัญกับระดับการศึกษาของผู้เป็นเบาหวานเนื่องจากมีนัยสำคัญทางสถิติ

7. นำประวัติส่วนบุคคลประวัติครอบครัวการตรวจร่างกายผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมาแยกแยะรายการปัญหา (Problem list) แล้วกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามลำดับความสำคัญเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้านรายบุคคลแบบครอบครัวเป็นศูนย์กลางโดยเน้นการเพิ่มระดับความสัมพันธ์ระหว่างผู้เป็นเบาหวานและผู้ดูแลเนื่องจากความสัมพันธ์ของผู้ดูแลมีผลต่อวิธีการดูแลผู้เป็นเบาหวาน

8. ควรพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้โดยเฉพาะการสังเกตอาการนำของภาวะแทรกซ้อนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

9. ค้นหาผู้เป็นเบาหวานต้นแบบเพื่อเป็นแรงจูงใจให้ผู้เป็นเบาหวานรายอื่นๆ ปรับปรุงตนเอง

7. แนวปฏิบัติการพยาบาลแบ่งได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

7.1 แนวปฏิบัติการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควรมุ่งจัดการพฤติกรรม 2 ส่วน คือ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายทั้งนี้ควรจัดการ 3 ระดับ คือ การจัดการตนเอง การจัดการทีมสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อม ดังนี้ (นันทวรรณ ยิ้มประเสริฐ, 2558: 57)

	การจัดการตนเอง	การจัดการทีมสุขภาพ	การจัดการสิ่งแวดล้อม
การควบคุมอาหาร	1) ทานอาหารกากใยสูง มังสวิรัต คาร์โบไฮเดรตต่ำ โปรตีนปลาโอเมก้าสูง ผลไม้และผักใบเขียว 2) ทานอาหารแนะนำของ สมาคมโรคเบาหวาน	1) ให้ความรู้โรคเบาหวาน และวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง แก่ผู้ใช้บริการ สร้าง จิตสำนึกให้รับผิดชอบ ตนเองเพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมและคงความ	1) สนับสนุนครอบครัว ประกอบอาหารที่เหมาะสม กับโรค 2) สนับสนุนแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับกลุ่ม เพื่อนโรคเดียวกันที่

	การจัดการตนเอง	การจัดการทีมสุขภาพ	การจัดการสิ่งแวดล้อม
	สหรัฐอเมริกาและควบคุมสัดส่วนอาหาร 3) หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารไม่ตรงเวลา ทานอาหารก่อนนอน 4) ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ	ต่อเนื่องของผู้ใช้บริการให้ควบคุมอาหาร 2) เสริมแรง โดยให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เรื่องการปฏิบัติตัวและให้กำลังใจ 3) เยี่ยมบ้านเพื่อให้ความรู้ฝึกทักษะจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมอาหาร	ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกายด้วยตนเองที่บ้านที่เกิดประโยชน์ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระยะยาว โดยระยะเวลาออกกำลังกาย 30-60 นาที 150 นาที/สัปดาห์ ต่อเนื่องอย่างน้อย 12 สัปดาห์ เช่น ไร่ไม่พลอง โยคะ สมาธิ เคะลิออนไหวไทย ชีกง แอโรบิก	1) ให้ความรู้และสาธิตเชิงปฏิบัติการการใช้สมุดบันทึกการออกกำลังกาย และคู่มือการปฏิบัติตัวในการออกกำลังกาย 2) ส่งเสริมสมรรถนะการออกกำลังกาย 3) ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ 4) ให้แรงเสริมบวก	1) ประเมินปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการออกกำลังกาย 2) ใช้แผ่นซีดีบันทึกประสบการณ์การออกกำลังกายของตัวแบบผู้เป็นเบาหวาน 3) ให้ครอบครัว เพื่อนและชุมชนสนับสนุนการออกกำลังกาย

7.2 แนวปฏิบัติการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรดำเนินการ 5 ระยะ (ธนวรรณเมหาพิทอง. 2551:71-76) ดังนี้

ระยะที่ 1 คัดกรองผู้เป็นหวานที่ไม่ตระหนักรู้ต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยคัดกรอง 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ระยะเวลาการเป็นโรค ระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนที่ 2 ความถี่และระดับความรุนแรงของภาวะนี้ที่มีต่อระบบประสาทอัตโนมัติและอาการสมองขาดกลูโคส

ระยะที่ 2 สร้างความตระหนักรู้ต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำด้วยการให้ความรู้แบบเสริมพลังอำนาจ 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 ให้ความรู้โรคเบาหวานและภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (ปัจจัย
อาการ อาการแสดง ระดับความรุนแรง) ด้วยแผ่นพับ

ขั้นตอนที่ 2 ให้สำรวจความพึงพอใจต่อตนเองและเป้าหมายการควบคุม
ระดับน้ำตาล

ขั้นตอนที่ 3 สอนกระบวนการแก้ปัญหาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและ
ฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มเกี่ยวกับวิธีเผชิญปัญหา การ
สำรวจความรู้สึกและการดูแลตนเอง

ขั้นตอนที่ 5 ค้นหาแรงสนับสนุน การสร้างแรงจูงใจและสอนการใช้สมุด
บันทึกอาการ

ระยะที่ 3 ประเมินปัจจัย อาการและระดับความรุนแรงของภาวะน้ำตาลใน
เลือดต่ำด้วยตนเองด้วยแบบประเมิน ซึ่งใช้ได้ทั้งผู้เป็นเบาหวาน ครอบครัวและผู้ให้บริการ

ระยะที่ 4 แก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อมีภาวะนี้
ระดับเล็กน้อย ปานกลางและรุนแรง ซึ่งใช้ได้ทั้งผู้เป็นเบาหวาน ครอบครัวและผู้ให้บริการ

ระยะที่ 5 เยี่ยมบ้านแบ่งการเยี่ยมตามลักษณะผู้เป็นเบาหวาน คือ
ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดูแลตนเองได้ แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้บางเรื่อง เช่น การฉีดยาอินซูลิน การ
ควบคุมระดับน้ำตาลและช่วยเหลือตนเองได้ สิ่งที่ปฏิบัติไม่แตกต่างกันในผู้เป็นเบาหวานทั้ง 3
ลักษณะ คือ การวัดสัญญาณชีพ การเจาะเลือดปลายนิ้ว การติดตามการรับประทานอาหารและยา
การจดบันทึกอาการและวิธีการดูแลตนเอง การดูแลสุขภาพองค์รวม การขอรับความช่วยเหลือทาง
ระบบ EMS สิ่งที่ต้องปฏิบัติเฉพาะในผู้เป็นเบาหวานที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และดูแลตนเองได้ในบางเรื่อง
คือ เทคนิคการฉีดยา การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล

**7.3 แนวปฏิบัติการเสริมพลังอำนาจในการรับประทานอาหารและยา
กรณีควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้**การดำเนินการประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้ (รังสิมา ไชยพงศ์. 2557: 73)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินลักษณะส่วนบุคคล การตรวจร่างกายเบื้องต้น
การวัดความรู้และพฤติกรรมดูแลตนเองในการรับประทานอาหารและยาเพื่อแยกแยะผู้เป็น
เบาหวานออกเป็นกลุ่มต่างๆ คือ ความรู้ดี ความรู้ระดับต่ำ พฤติกรรมดูแลตนเองระดับดีและ
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับต่ำ

ขั้นตอนที่ 2 เสริมพลังอำนาจตามผลประเมินที่พบ ดังนี้

ความรู้ดีหรือ พฤติกรรมการดูแล ตนเองระดับดี	ให้ความรู้รายบุคคล 4 ครั้ง: อาการข้างเคียงของยาความแตกต่างของอาการ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง/ต่ำและการแก้ปัญหาการควบคุมความหิวเพื่อลด เบาหวาน ถามตอบเรื่องยาอาหารและประเมนผล
ความรู้ระดับต่ำหรือ พฤติกรรมการดูแล ตนเองระดับต่ำ	เสริมพลังอำนาจด้วยกระบวนการกลุ่ม: 1) ค้นพบสภาพจริง (ซักประวัติ ตรวจ ร่างกาย ทบทวนความรู้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ตนเอง)และสะท้อนคิด อย่างมีวิจารณญาณ (ตอบคำถามการดูแลตนเองที่ดี/ไม่ดี เรียนรู้จากกลุ่ม สาธิต/สาธิตย้อนกลับ บันทึกพันระสัญญาเพื่อดูแลตนเอง) 2) ตัดสินใจเลือก การปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (เล่าประสบการณ์ เรียนรู้จากคนต้นแบบ วิเคราะห์ตนเอง กลุ่มสนับสนุน สาธิต/สาธิตย้อนกลับ บันทึกพันระสัญญาเพื่อ ดูแลตนเอง) 3) คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (เล่าประสบการณ์ หา แนวทางร่วมกัน สาธิต/สาธิตย้อนกลับ บันทึกพันระสัญญาเพื่อการดูแล ตนเอง) และ 4) ประเมินผล สรุปบทเรียน

7.4 แนวปฏิบัติการป้องกันและการดูแลแผลที่เท้าดำเนินการ 2 ระยะ ดังนี้

(เพ็ญศรี ธารมดี. 2551: 55-67)

ระยะที่ 1 ประเมินระดับความเสี่ยงและพฤติกรรมดูแลเท้าโดย
บุคลากรสุขภาพเพื่อแยกแยะระดับความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินของ Foot Care Clinic University
Diagnostic Center Medical University of South Carolina ซึ่งแบ่งเป็น 4 หมวด คือ การ
ไหลเวียนโลหิต ระบบประสาท การติดเชื้อที่เท้าและความผิดปกติของรูปร่างเท้าการประเมิน
พฤติกรรมดูแลเท้า หากไม่เหมาะสมจะให้ความรู้ 5 เรื่อง คือ การรักษาความสะอาดผิวหนัง การ
ตรวจเท้าเพื่อหาความผิดปกติ การป้องกันการเกิดแผล การส่งเสริมการไหลเวียนเลือดและการรักษา
บาดแผล

ระยะที่ 2 เยี่ยมบ้านตามผลประเมินความเสี่ยงกรณีเสี่ยงเล็กน้อยจะ
เยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน เสี่ยงปานกลางเยี่ยมบ้านทุก 1 เดือนและเสี่ยงสูงเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์โดยมี
คู่มือการดูแลสุขภาพเท้าเป็นแนวทาง สำหรับผู้เป็นเบาหวานที่มีพฤติกรรมดูแลเท้าไม่เหมาะสมจะให้
ความรู้ทั้ง 5 เรื่องเช่นเดียวกับระยะที่ 1 แต่จะเน้นอย่างมีแบบแผน 2 ครั้ง

การดูแลอื่นๆที่ใช้ระหว่างเยี่ยมบ้าน เช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การ
ให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบ การดูแลองค์รวมและดูแลสภาพแวดล้อมทั่วไปของบ้าน

หากผู้เป็นเบาหวานมีแผลที่เท้าแบ่งการดูแลออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้
(วันทนา แก้ววงษ์. 2551: 55-63, 132-137)

ระยะที่ 1 การประเมินสภาพเท้า ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ลักษณะเท้า (สภาพเล็บเท้า ผิวหนังเท้า ความผิดปกติของโครงสร้างเท้าที่ดัดแปลงจากฉันทานุกรณ จารุชยนิวัฒน์ (2546)) การตรวจเท้าที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของ ADA (2003) (การไหลเวียนเลือด ปลายประสาท) บาดแผลที่เท้าที่ดัดแปลงจากทวิลาภ ตันสวัสดิ์ (2546) และ Oyibo (2001) และการดูแลรักษาบาดแผลที่เท้าที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของ Beckert และคณะ (2006)

ระยะที่ 2 การให้การดูแล แบ่งเป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ และสำหรับผู้เป็นเบาหวานหรือผู้ดูแล ดังนี้

แนวปฏิบัติการดูแลแผลที่เท้า			
	สำหรับบุคลากรสุขภาพ และผู้เป็นเบาหวานหรือผู้ดูแล	สำหรับผู้เป็นเบาหวานหรือผู้ดูแล	สำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะ
การประเมินแผล	-ประเมินแผล ลักษณะ ตำแหน่ง สารคัดหลั่ง ขอบแผล รอบแผล ภาวะติดเชื้อ -วัดขนาดแผลส่วนที่กว้างที่สุด ยาวที่สุดและลึกที่สุด		-แยกระดับความรุนแรง หากระดับ 1 และ 2 ให้ทำแผล ระดับ 3 ให้ส่งพบแพทย์ -หากพบเนื้องอกให้กำจัดเนื้องอกก่อนวัดขนาดแผล
วิธีการทำแผล	-เตรียมอุปกรณ์ทำแผลที่ผ่านขั้นตอนปราศจากเชื้อ -ทำแผลตามขั้นตอน -เปลี่ยนแปลงวันละ 1-2 ครั้ง		-สังเกตเนื้อแผล หากมีสีชมพูหรือแดง มีสารคัดหลั่งเล็กน้อยถึงปานกลางให้ล้างแผลด้วยน้ำเกลือจนสะอาด หากเนื้อแผลดำหรือเหลือง สารคัดหลั่งจำนวนมาก ให้กำจัดเนื้องอกแล้วล้างแผลด้วยน้ำเกลือและใช้น้ำยาเบตาดีนเช็ดในแผล หากเนื้อแผลดำและขาดเลือดให้ล้างแผลด้วยน้ำเกลือจนสะอาด -ให้ความรู้โรคเบาหวานและ

แนวปฏิบัติการดูแลแผลที่เท้า		
สำหรับบุคลากรสุขภาพ และผู้เป็นเบาหวานหรือ ผู้ดูแล	สำหรับผู้เป็น เบาหวานหรือผู้ดูแล	สำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะ
		ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับ เท้า
การปฏิบัติ เพื่อส่งเสริม การหายของ แผล	<ul style="list-style-type: none"> -การลงน้ำหนักที่ ถูกต้อง -การตรวจสภาพแผล ประจำวัน -การดูแลสุขภาพเท้า เพื่อป้องกันการเกิด แผลเพิ่มเติม -การควบคุมน้ำตาลใน เลือด -การใช้ยาที่ถูกต้อง และการสังเกต ผลข้างเคียงจากยา -การเลือกรับประทาน อาหาร 	
การให้ คำแนะนำ		<ul style="list-style-type: none"> -การควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดควรน้อยกว่า 180 mg% -การดูแลสุขภาพเท้า ประจำวัน -การสอนวิธีทำแผล -การจัดหาอุปกรณ์ลดแรง กดบนแผล -การให้ความรู้เรื่องยา อาหาร อาหารแลกเปลี่ยน

แนวปฏิบัติการดูแลแผลที่เท้า			
	สำหรับบุคลากรสุขภาพ และผู้เป็นเบาหวานหรือ ผู้ดูแล	สำหรับผู้เป็น เบาหวานหรือผู้ดูแล	สำหรับบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะ
การประเมินผล	-บันทึกลักษณะแผล สารคัด หลั่ง ขอบแผล อาการติดเชื้อ		-เยี่ยมบ้านจนแผลหาย -ความรุนแรงที่ต้องส่งต่อ -ความรู้ พฤติกรรมการดูแล สุขภาพและการดูแลสุขภาพ เท้า
การดูแลและ การให้ คำแนะนำ	เชื้อ		

7.5 โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้เป็นเบาหวาน

1. โปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลกระบวนการกลุ่มประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคและการดูแลสุขภาพเท้า 3 ครั้ง สื่อที่ใช้คือ ใบงานและตัวแบบ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลประกอบด้วยคู่มือการดูแลสุขภาพเท้าและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. 2551: 68-82)

2. โปรแกรมส่งเสริมการดูแลเท้าที่สร้างบนแนวคิดเสริมพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นพบสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองและ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพสื่อที่ใช้ คือ ประสพการณ์จริงและตัวแบบโดยให้ร่วมกันลงมือปฏิบัติด้วยการแลกเปลี่ยนประสพการณ์ ฝึกดูแลเท้าทั้งที่สถานบริการและจากการเยี่ยมบ้าน (บุษกร มงคลนิมิต. 2554: 67-65; มัตถก ศรีคล้อ.2557: 46-62)

7) กระตุกและข้อ

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ 1) สรีระข้อเข่า 2) ดัชนีมวลกาย 3) ผู้ดูแล 4) การปรับสภาพที่อยู่อาศัยและความเครียด (เสาวณีย์ สิงหา.2557)

2. แนวปฏิบัติการพยาบาล

2.1 แนวปฏิบัติเพื่อชะลอความรุนแรงข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การซักประวัติประกอบด้วย เพศ อายุ ปัจจัยที่ทำให้ข้ออักเสบ ตำแหน่งข้อที่อักเสบ

อาการปวดข้อตอนเช้า ความรุนแรงของข้ออักเสบ ช่วงเวลาที่ปวดมาก ความสัมพันธ์การปวดกับการเคลื่อนไหว การดำเนินโรค การรักษาที่ได้รับ โรคทางกรรมพันธุ์ 2) การตรวจร่างกายท่าทางการเดิน การคลำ การกดเจ็บตามแนวข้อ การตรวจหา Crepitus การปวดในข้อ ข้อฝืดและข้อบวมน้ำ 3) การประเมินระดับความรุนแรงประกอบด้วย (3.1) การประเมินความเจ็บปวด ประกอบด้วย ปวดขณะเดิน บนที่ราบ ปวดขณะขึ้นบันได ปวดขณะนอนกลางคืน ปวดขณะนั่งพัก ปวดขณะนั่งยองๆ (3.2) การประเมินภาวะข้อฝืด ประกอบด้วยข้อฝืดตลอดเวลาที่เคลื่อนไหว ฝืดขณะลุกจากท่านั่งเป็นทำยืน (3.3) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 4) โปรแกรมชะลอความรุนแรงของข้ออักเสบ คือ อาหาร ออกกำลังกาย การลดแรงกดต่อข้อเข่าและการประคบด้วยสมุนไพร (ธนัชฐา อังคาระอาพันธ์. 2549)

2.2 แนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การประเมินระดับความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และค่าดัชนีมวลกาย 2) ความรุนแรงของอาการปวดเข่า ได้แก่ ระยะเวลาปวดเข่าและการใช้ยาบรรเทาอาการ 3) การตรวจร่างกายด้วยการดูและการคลำ 4) ความปวดจากการทำกิจกรรม 10 กิจกรรม 5) ความวิตกกังวล ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติแยกตามระดับความรุนแรงที่วินิจฉัยได้ ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้และสอนเรื่องข้อเข่าเสื่อม การออกกำลังกาย การประคบสมุนไพร การควบคุมน้ำหนัก การคลายเครียดและเยี่ยมบ้าน 2) แนวปฏิบัติของผู้สูงอายุและครอบครัว ได้แก่ การออกกำลังกาย วิธีการลดแรงกดต่อข้อ การจัดสิ่งแวดล้อมครัวเรือน (บุษบงก์ วิเศษพลชัย. 2550)

2.3 แนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลัง ประกอบด้วย 1) แนวปฏิบัติการเตรียมพร้อมบุคลากร รถพยาบาลและอุปกรณ์ 2) แนวปฏิบัติการรับแจ้งเหตุ ได้แก่ การสื่อสาร และข้อมูลที่เป็นต้องถามจากผู้แจ้งเหตุ 3) แนวปฏิบัติ ณ จุดเกิดเหตุ ได้แก่ การประเมินสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมและการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ (บทบาทเจ้าหน้าที่ทุกระดับในทีมปฏิบัติการ วิธีใส่เฟือกคอ การจัดทำผู้บาดเจ็บ วิธีการเคลื่อนย้าย) 4) แนวปฏิบัติการส่งมอบผู้บาดเจ็บและบันทึกรายงาน ได้แก่ หลักพิจารณาเลือกนำส่งสถานพยาบาลและบันทึกส่งมอบผู้บาดเจ็บและ 6) แนวปฏิบัติเมื่อสิ้นสุดการออกปฏิบัติการ (จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. 2550)

2.4 แนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ประกอบด้วย

1) การประเมินปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เพศอายุดัชนีมวลกายการสูบบุหรี่การออกกำลังกายลักษณะงานระยะเวลาการทำงานต่อวันประวัติปวดหลังมาก่อนหน้าประวัติอุบัติเหตุประวัติอาการด้านกระดูกและกล้ามเนื้อประวัติเอ็กซเรย์ระดับความปวดอาการปวดหลังส่วนล่างการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างและพฤติกรรมป้องกันการเกิด

อาการปวดหลังส่วนล่างเครื่องมือประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย (1) มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลขให้ความสำคัญกับการค้นหาอาการปวดหลังส่วนล่างโดยเฉพาะ ใช้เวลาน้อยในการประเมิน (2) แบบประเมินออสเวสต์รีเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือสูงแต่มีรายละเอียดในการประเมินค่อนข้างมากและไม่เจาะจงเฉพาะ (อ้อย ไพรพนาพันธ์. 2557)

2) การพยาบาลเพื่อป้องกันหรือลดอาการปวดหลังส่วนล่าง กรณีเสี่ยงน้อย จะให้คำแนะนำและติดตามทางโทรศัพท์ โดยใช้สื่อ คือ คู่มือการปฏิบัติตนการสาธิตและสาธิตย้อนกลับวิธีป้องกันหรือลดอาการปวด การใช้ตัวแบบที่ดี กรณีเสี่ยงปานกลางจะให้การพยาบาลเหมือนกรณีเสี่ยงน้อย แต่เพิ่มความถี่การให้คำแนะนำและโทรศัพท์ กรณีเสี่ยงมากจะเพิ่มความถี่การให้คำแนะนำและโทรศัพท์ติดตามมากขึ้นอีก

3. การสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (วิภาวี ชูแก้ว. 2558) กระบวนการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

1) สร้างความเป็นหุ้นส่วนสุขภาพด้วยการประสานผู้เกี่ยวข้องกำหนดแผนงานและกิจกรรม ด้วยการนำเสนอข้อมูลและสภาพการณ์ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมแก่ผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ และบุคลากรชุมชน ด้วยการสนทนารายคน รายกลุ่มไม่เป็นทางการ ไปจนกระทั่งทำประชาคม ให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์สภาพการณ์ที่เกิดและสะท้อนคิดบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันคิดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมที่เป็นไปได้มากที่สุดภายใต้บุคลากร งบประมาณและเวลาที่เอื้ออำนวย

2) สร้างระบบรองรับการทำงานภายใต้บทบาทหลักและบทบาทรองในกิจกรรมที่ร่วมกันคิด ระยะนี้ยังคงเน้นพูดคุย ประชุมร่วมกันแบบไม่เป็นทางการเพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้ร่วมปฏิบัติและแผนดำเนินกิจกรรม วิธีสื่อสาร ประสานและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างดำเนินกิจกรรมผลลัพธ์ของกิจกรรม บทบาทหน้าที่เฉพาะของแต่ละคน บทบาทที่ต้องช่วยเหลือกัน พันธะสัญญาในการทำงานร่วมกันและสิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไข เมื่อพบอุปสรรคและปัญหา

3) ติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมสุขภาพ

4) พัฒนาความต่อเนื่องของหุ้นส่วนด้วยการสร้างความมั่นใจในศักยภาพและการทำงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้เกี่ยวข้องแสดงความคิดเห็นการปรับแผนดำเนินงาน ทบทวนปัญหาและสะท้อนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อสนับสนุนให้การทำงานร่วมกันคงอยู่

8) โรคระบบทางเดินหายใจ

ประกอบด้วยโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและวัณโรค ดังนี้

8.1 โรคหอบหืด

1) ปัจจัยการเกิดโรคหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ และระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด ปัจจัยด้านมารดา/ผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนเด็กอายุ 1-5 ปีในครอบครัว และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเกิดโรคหอบหืดของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทรรศนีย์ นาคราช. 2550)

2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงกรณีผู้ป่วยเด็ก ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ อายุ เพศ และระดับการวินิจฉัยโรคหอบหืด ข้อมูลผู้ดูแล/ครอบครัว ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ การศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวและรายได้ ข้อมูลสิ่งแวดล้อมและบริเวณบ้าน ได้แก่ ลักษณะบ้าน การหุงต้ม การประกอบอาหาร จำนวนสมาชิกบ้านและสมาชิกที่สูบบุหรี่ ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงความรุนแรงของโรคและพฤติกรรมกำบังการเกิดโรคหอบหืดซ้ำ (ทรรศนีย์ นาคราช. 2550) กรณีผู้ใหญ่ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติหอบหืดในครอบครัว ปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ/ใช้หวัดการเปลี่ยนแปลงของอากาศ การออกกำลังกายหักโหม สารต่างๆ เช่น ฝุ่น ขนสัตว์ ควันบุหรี่ อาหารทะเล การถูกสัตว์กัด การใช้ยา เช่น แอสไพริน ยาแก้อักเสบ และอาการที่เปลี่ยนแปลง เช่น หัวเราะมาก โกรธ มีความกังวล) ข้อมูลความรุนแรงของโรคหอบหืดในรอบเดือนที่ผ่านมาสมรรถภาพปอด PEFr (ของค่ามาตรฐาน) และข้อมูลสมรรถนะแห่งตนในผู้เป็นโรคหอบหืดซ้ำ (สายัน พิงตระกุล. 2551)

3) แนวปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในผู้ใหญ่โรคหอบหืดซ้ำ ประกอบด้วยแนวทางการให้คำปรึกษาของพยาบาล แนวทางการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ใช้บริการและครอบครัว และแนวทางการเยี่ยมบ้าน โดยเน้นให้ผู้บริการสร้างประสบการณ์ใหม่ด้วยตนเองร่วมกับครอบครัวจากแหล่งเรียนรู้ 4 แหล่ง คือ ความสำเร็จจากการลงมือทำด้วยตนเองการสังเกตตัวแบบอื่นในและนอกครอบครัวการชักจูงด้วยคำพูดการสนับสนุนสภาวะของร่างกายและอารมณ์ (สายัน พิงตระกุล. 2551:85)

สมรรถนะ แห่งตน	แนวทางการให้คำปรึกษาของ พยาบาล	แนวทางเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้ให้บริการและครอบครัว
ระดับมาก	1.ให้บอกเล่าวิธีรับประทานยาและวิธีใช้ยาสูดพ่นที่ทำให้อาการดีขึ้น 2.ให้บอกวิธีออกกำลังกายที่ปฏิบัติเป็นประจำพร้อมทั้งชมเชยและเพิ่มปริมาณและเวลาออกกำลังกายให้มากขึ้น 3.กรณีสูบบุหรี่ เข้าคลินิกลดบุหรี่ ถ้าไม่สูบบุหรี่ให้บอกวิธีหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ที่	1.รับประทานยาเม็ดและยาสูดพ่นได้ถูกต้อง 2.ออกกำลังกายสม่ำเสมอเหมาะสมกับสภาพร่างกายและอาการดังนี้ -ใช้ยาสูดดมก่อนออกกำลังกาย 15-20 นาที หรือใช้ยาขยายหลอดลมประมาณ 60 นาที

สมรรถนะ แห่งตน	แนวทางการให้คำปรึกษาของ พยาบาล	แนวทางเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้ให้บริการและครอบครัว
	<p>ได้ผลในทุกโอกาส</p> <p>4. ชักถามวิธีป้องกันและควบคุมอาการ หอบหืดกำเริบที่ได้ผลและให้คำชมเชย ให้ปฏิบัติต่อไปอย่างเคร่งครัดเพื่อลด จำนวนครั้งในการหอบ การควบคุม อาการเบื้องต้นคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - หยุดกิจกรรม จัดทำนั่งโน้มตัวไปข้างหน้า - ควบคุมอัตราการหายใจ สูดลมหายใจเข้าช้าๆ และหายใจออกทางปากช้าๆ พร้อมเขม่าท้อง - ใช้ยาสูดพ่นเมื่อมีอาการ 	<p>- อบอุ่นร่างกายอย่างน้อย 10 นาทีก่อน ออกกำลังกายกีฬาที่ดีคือการว่ายน้ำ</p> <p>- หลีกเลียงวันที่อากาศเย็นแห้งหรือมีหมอก</p> <p>- หลีกเลียงกีฬาที่ทำให้เกิดฝุ่น ละออง</p> <p>- หลีกเลียงเล่นกีฬาบริเวณที่มีมลภาวะ หรือจราจรหนาแน่น</p> <p>- งดออกกำลังกายขณะเป็นหวัด ติดเชื้อทางเดินหายใจ</p> <p>- ถ้าหอบระหว่างออกกำลังกายให้หยุดพักทันที ถ้ายังมีอาการหายใจลำบากให้ใช้ยาสูดดมทันที</p> <p>- cool down ประมาณ 10 นาทีก่อนหยุดออก กาย</p> <p>3. กรณีสูบบุหรี่ สามารถเข้าคลินิกงด บุหรี่</p> <p>กรณีไม่สูบบุหรี่ สามารถหลีกเลี่ยงควัน บุหรี่ได้</p> <p>4. เมื่อเริ่มหอบ แนนหน้าอก หายใจไม่ออก ไอ หายใจเสียงหวีด ให้หายใจลึกๆ ช้าๆ นอนพักหรือศีรษะสูง พักผ่อน งด กิจกรรม หากใช้ยาแก้หอบหรือยาขยาย หลอดลมไม่ดีขึ้นให้รีบพบแพทย์</p> <p>ครอบครัว</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้กำลังใจ และชมเชยเมื่อผู้เป็นหอบ หืดปฏิบัติได้อย่างน้อย 1 ข้อ 2. กระตุ้นให้ผู้เป็นหอบหืดปฏิบัติครบทุก ข้อและร่วมปฏิบัติคู่กับผู้ที่ เป็นหอบหืด 3. กรณีสมาชิกสูบบุหรี่ให้งดบุหรี่ หรือถ้า

สมรรถนะ แห่งตน	แนวทางการให้คำปรึกษาของ พยาบาล	แนวทางเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้ให้บริการและครอบครัว
ระดับปานกลาง	<p>แนะนำเหมือนระดับมากทั้งหมดและ</p> <p>1. ถามวิธีปฏิบัติหรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สำเร็จให้คำชมเชย ให้กำลังใจปฏิบัติต่อไปและยกตัวอย่างความสำเร็จของคนอื่นให้ฟังเพิ่มเติม</p> <p>2. ถามประสบการณ์การรับประทานอาหารอิมมากไปหรือนอนหลับหลังรับประทานอาหารน้อยกว่า 3 ชั่วโมงที่เป็นสาเหตุให้มีอาการหอบ ให้คิดวิธีการหลีกเลี่ยงและพูดคุยจูงใจให้ปฏิบัติ</p> <p>3. เยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนครั้งเพื่อร่วมกับครอบครัว ค้นหาและวางแผนแก้ไขร่วมกัน</p>	<p>เลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ให้สูบบุหรี่นอกบ้าน</p> <p>ปฏิบัติเหมือนระดับมากทุกข้อและ</p> <p>1. ส่งเสริมความสามารถปฏิบัติตนเองและผู้อื่นในการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์โดยบอกว่าแพทย์ห้ามดื่มเพราะจะทำให้มีอาการกำเริบและหลีกเลี่ยงงานสังสรรค์ที่มีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</p> <p>2. ไม่รับประทานอิมมากเกินไปหรือนอนหลับหลังรับประทานอาหารน้อยกว่า 3 ชั่วโมง</p> <p>ครอบครัว</p> <p>1. ห้ามไม่ให้ผู้เป็นโรคหอบที่ติดดื่มแอลกอฮอล์ และไม่ชักชวนให้ดื่ม</p> <p>2. กระตุ้นเตือนไม่ให้ผู้ที่เป็นโรคหอบที่รับประทานอาหารอิมมากเกินไปทุกมื้อ</p>
ระดับน้อย	<p>แนะนำเหมือนระดับปานกลางทั้งหมดและ</p> <p>1. ให้บอกเล่าประสบการณ์ที่สามารถประเมินอาการที่รุนแรงของตนเอง และมาพบแพทย์ได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง อาการเริ่มแรกคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก - ไอ ระยะเวลาแรกอาจไม่มีเสมหะ - หายใจเสียงหวีดโดยเฉพาะกลางคืนหรือเข้ามิด <p>2. ให้บอกเล่าอาการหอบที่ตรงกับที่แพทย์ประเมินและให้ความมั่นใจในสิ่งที่ผู้ประเมินได้ พูดโน้มน้าวให้สังเกตและ</p>	<p>ปฏิบัติเหมือนระดับปานกลางทุกข้อและ</p> <p>1. เล่าประสบการณ์ที่สามารถประเมินอาการที่รุนแรงของตนเองและมาพบแพทย์ได้ก่อนที่จะมีอาการรุนแรง อาการเริ่มแรกคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก - ไอ ระยะเวลาแรกอาจไม่มีเสมหะ - หายใจเสียงหวีดโดยเฉพาะกลางคืนหรือเข้ามิด <p>2. เล่าอาการหอบของตนเองที่ตรงกับแพทย์ประเมินและให้ความมั่นใจในสิ่งที่ปฏิบัติ พูดโน้มน้าวให้ไปสังเกตและประเมินตนเองอย่างเคร่งครัด</p>

สมรรถนะ แห่งตน	แนวทางการให้คำปรึกษาของ พยาบาล	แนวทางเสริมสร้างสมรรถนะ ผู้ให้บริการและครอบครัว
	ประเมินตนเองเคร่งครัด 3.เยี่ยมบ้านอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้งเพื่อร่วมกับครอบครัว ค้นหาและ วางแผนร่วมกัน	<u>ครอบครัว</u> 1.สังเกตการหายใจผิดปกติที่บ่งชี้การ หอบหืดซ้ำได้ คือ ปีกจมูกบาน หายใจ โดยใช้กล้ามเนื้อคอและช่วยจัดการ อาการหอบหืดเบื้องต้น โดย -จัดทำนอนฟูบ หรือคีระสูง -จัดบริเวณให้อากาศถ่ายเทสะดวกและ ปลอดโปร่ง -ให้ดื่มน้ำมากๆ ชม. ละ 1 แก้วเต็ม อาจ เป็นน้ำซูปหรือเครื่องดื่มน้ำอุ่นๆ หรือน้ำ ผลไม้ -เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นหรือน้ำธรรมดา เปลี่ยนเสื้อผ้าให้แห้งสะอาด นุ่ม สบาย ตัว เพราะเวลาหอบจะเหงื่อออกมา กรณีไม่มียาอยู่ที่บ้านพบแพทย์ทันที ถ้า ดูแลเบื้องต้นด้วยตัวเองแล้วไม่ดีขึ้น

4) รูปแบบการพยาบาลการป้องกันและการดูแลอาการหอบหืดซ้ำในเด็ก
วัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับความคิดในทีมสุขภาพถึง
ชุมชน ขั้นตอนที่ 2 รวมจิตดูแลแก้ไขปัญหาหอบหืดซ้ำจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและขั้นตอนที่ 3 ร่วม
ดำเนินการดูแลและป้องกันอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง (ทรรศนีย์ นาคราช. 2550) กิจกรรมการป้องกัน
อาการหอบหืดซ้ำดังนี้

ผู้ดูแล	พยาบาลในรพ.และในชุมชน	อสม.	บุคลากรในชุมชน
-ป้องกันเด็กเป็นหวัด	ประเมิน วินิจฉัยและ	-ให้ คำ แ น ะ น ำ	-เก็บขยะ
-จัดการห้องนอน	ให้คำแนะนำที่เหมาะสม	รายบุคคล	-ลดปริมาณฝุ่น
-จัดการบุหรี่ปู่น ขยะ	กับเด็กเป็นรายบุคคล	-ให้คำแนะนำรายกลุ่ม	-พัฒนาสิ่งแวดล้อม
สิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน	ส่งต่อที่เชื่อมโยงการดูแลเด็ก ระหว่าง	-สังเกตอาการนำของหอบหืด	ชุมชน
-ให้ยาเด็กอย่างถูกต้อง	หน่วยงานต่างๆ ในรพ. และชุมชน	-ให้คำแนะนำการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง	
-รักษาเด็กต่อเนื่อง		-เยี่ยมบ้านเด็กหอบหืดซ้ำ	
-ทำให้คนในครอบครัวมีความรู้ใกล้เคียงกับตนเอง			

8.2 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของผู้ป่วย และผู้ดูแล

1) การรับรู้เกี่ยวกับโรค วราภรณ์ ตรีวิชา (2557)อธิบายว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้โรคที่คล้ายคลึงกัน คือ รับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย ต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต ต้องรับประทานยาพ่นยาขยายหลอดลมเป็นประจำ โรคทำให้ปอดไม่สามารถทำงานได้มีประสิทธิภาพเหมือนเดิม โรคส่งผลให้เกิดภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน เมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ส่งผลกระทบต่อร่างกายเกิดความทุกข์ทรมานเนื่องจากหายใจหอบเหนื่อยซึ่งอาจส่งผลทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว

2) การรับรู้เกี่ยวกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน วราภรณ์ ตรีวิชา (2557)อธิบายว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลล้วนมีประสบการณ์และเคยเผชิญกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันจึงเข้าใจ และรับรู้ใน 3 ส่วน คือ (1) อาการนำ ผู้ป่วยสังเกตจากไอเสมหะเหนียวข้นมากขึ้น ไอมาก ถี่และบ่อยกว่าปกติหายใจดังวี๊ด เริ่มหายใจไม่ออก หายใจไม่เต็มอึด รู้สึกหงุดหงิด เหงื่อออกเป็นเม็ดๆ ตามร่างกาย หลังจากนั้นไม่นานจะเกิดภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน ส่วนผู้ดูแลสังเกตจากผู้ป่วยไอถี่ขึ้น เหงื่อออกมากกว่าปกติและผู้ป่วยบอกล่าอาการนำของตนเองหลังจากจัดการอาการที่เกิดกับตน แต่อาการนำไม่ได้เกิดขึ้นเสมอไปจนบางครั้งทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ตั้งตัวไม่ทัน (2) อาการในภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน เมื่อไม่สามารถจัดการอาการนำได้ ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงขึ้นจนเข้าสู่ภาวะนี้ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะรู้สึกทุกข์ทรมานกับอาการเหนื่อยหอบหายใจไม่เต็มอึด นอนราบไม่ได้ ขยับเขยื้อนตัวไม่ได้ แน่นหน้าอกเหมือนใจจะขาด ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะ

พยายามแก้ไขภาวะนี้ด้วยตนเอง แต่เนื่องจากอาการรุนแรงมากขึ้นก็จะไม่สามารถแก้ไขได้และจะบอกให้ผู้ดูแลหรือเพื่อนบ้านนำส่งโรงพยาบาล (3) ปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน ได้แก่ ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง ฝุ่นงานก่อสร้างสภาพอากาศหรือการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

2. ปัญหา และความต้องการในการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันของผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลใกล้ชิดมีผู้ดูแลเป็นครั้งคราวหรือไม่มีผู้ดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความรู้การดูแลตนเองต้องการระบบเยี่ยมบ้านจากบุคลากรสุขภาพเพราะจะช่วยจัดการได้ตั้งแต่เกิดอาการนำแก้ปัญหาอาการเฉพาะหน้า สร้างความเชื่อมั่นและลดความเครียด (วารสารณ ตรีวิชา. 2557)

3. ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุทำให้ขาดความคล่องตัว การรักษาไม่ต่อเนื่อง การไม่สามารถตรวจพบอาการนำและประเมินความรุนแรงของภาวะนี้ได้ด้วยตนเอง ขาดผู้ดูแลใกล้ชิดหรือไม่มีผู้ดูแลอยู่คนเดียว การไม่สามารถป้องกันการเกิดภาวะนี้จากสาเหตุที่ป้องกันได้ การเดินทางที่ไม่สะดวก ห่างไกลความกลัวและความไม่มั่นใจ (วารสารณ ตรีวิชา. 2557)

4. การประเมินระดับความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิต นิยมใช้แนวทางของ GOLD guideline ประเมินอาการทางคลินิกพร้อมกับสมรรถภาพปอด ดังนี้ (สุวัจนารักษ์ตีฎุมินทร์. 2555)

	ระดับที่ 1 : Mild	ระดับที่ 2 : Moderate	ระดับที่ 3 : Severe	ระดับที่ 4 : Very Severe
อาการทาง คลินิก	-ไม่มีหอบเหนื่อย ขณะพัก -ไม่มีExacerbation	-หอบเหนื่อยเล็กน้อย -ไม่มีExacerbation	-หอบเหนื่อย มากขึ้นจน รบกวนกิจวัตร ประจำวัน -Exacerbation รุนแรงมาก	-หอบเหนื่อย ตลอดเวลา -Exacerbation บ่อย รุนแรงมาก
สมรรถภาพ ปอด	-FEV1 >80% ของค่ามาตรฐาน	-FEV1 >50-79% ของค่ามาตรฐาน	-FEV1 >30-49% ของค่ามาตรฐาน	-FEV1 <30% ของค่ามาตรฐาน -FEV1 >50% ของค่ามาตรฐาน ร่วมกับหายใจ ลำบากเรื้อรัง

การประเมินคุณภาพชีวิตใช้แบบประเมินCAT (COPD Assessment test) เป็นเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่สั้น กระชับ ใช้งานง่ายมีความคงที่ดี ครอบคลุมผลกระทบของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ในทุกด้าน มีการแปลเป็นฉบับภาษาไทยของนัฐพล ฤทธิ์ทยมัยและสุรีย์ สมประดีกุล (สุวจนา ภักดีภูมินทร์. 2555)

5. แนวทางจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันที่บ้านของผู้ป่วย แบ่งเป็นการจัดการได้ 3 ระยะ ดังนี้(วรารณ ตรีวิชา. 2557)

1) การจัดการระยะเกิดอาการนำ อาการนำของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันไปควรแนะนำให้จิบน้ำอุ่น กำจัดเสมหะด้วยการไอออกมาแรงๆ รับประทานยา พ่นยาขยายหลอดลม จำกัดกิจกรรมตนเอง เป็นต้น

2) การจัดการระยะเกิดภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันอาการในภาวะนี้ เช่น หายใจไม่เต็มอิ่มรุนแรงมากขึ้น แน่นหน้าอกเหมือนใจจะขาด ขยับเขยื้อนตัวไม่ได้ ควรแนะนำให้จำกัดกิจกรรม จิบน้ำอุ่น รับประทานยาและพ่นยาขยายหลอดลม ให้รับประทานยาเพรดนิโซโลน 5 มิลลิกรัม 6 เม็ดทันที

3) การจัดการระยะที่ยังไม่เกิดอาการนำแนะนำให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องพร้อมกับหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น เช่น การสูบบุหรี่ การหลีกเลี่ยงควันจากการเผาขยะ

ฝุ่น การเปลี่ยนงานที่มีฝุ่นการปรับกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้ช้าลงไม่ให้เป็นหวัดหรือรักษาให้หาย โดยเร็วออกกำลังกาย ผีกหายใจ เป็นต้น

6. โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อป้องกันการกำเริบของภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดควรเลือกดำเนินการในผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระดับปานกลางและรุนแรงเนื่องจากการเชื่อมสมรรถภาพของปอดที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตและต้องการการฟื้นฟูส่วนผู้ที่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับมากมักอยู่ในระยะท้ายของโรคที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง (สุวัจนา ภักดิ์ภูมินทร์. 2555)

โปรแกรมประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจลำบากด้วยแบบประเมินภาวะหายใจลำบาก(DVAS) ทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง peak flow meter และทดสอบการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจด้วยเป่า – ดูดขวดน้ำ การให้ความรู้เรื่องโรคเป็นรายบุคคลใช้แผนการจัดการตนเองเมื่อสภาพแวดล้อมไม่อำนวย การฝึกหายใจแบบห่อปากและการเป่า-ดูดขวดน้ำที่ใช้คือคู่มือการดูแลตนเองและขวดน้ำ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1, 2, 5, 8 และ 12(ประเสริฐ สีนวน. 2557)

8.3 วัณโรค

1. การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ธัญพร ปานสุวรรณ (2555) อธิบายว่าการแสวงหาความช่วยเหลือแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเจ็บป่วยธรรมดาคล้ายหวัด : ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นหวัดไม่รุนแรงจึงดูแลตนเองปรึกษาคนใกล้ชิด ไปร้านขายยาและคลินิกเพื่อบรรเทาอาการ 2) ระยะอาการเรื้อรัง ไม่หายและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน: ผู้ป่วยตระหนักว่าอาการไม่ธรรมดา แต่ยังคงปฏิบัติเช่นเดียวกับระยะเจ็บป่วยธรรมดาคล้ายหวัดร่วมกับหาความช่วยเหลือจากโรงพยาบาล การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม 3) ระยะอาการรุนแรง น่ากลัว :ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นการรบกวนตนเองโดยไปโรงพยาบาล การสนับสนุนสิทธิการรักษาและการรักษาอาการที่เรื้อรังและ/หรือรุนแรงจากบุคคลรอบข้าง ความรู้วัณโรค

2. การประเมินเพื่อวางแผนการเยี่ยมบ้านประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้ (ไพรัช ม่วงศรี. 2554; จุฬารัตน จิตดอน.2558)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ การประกอบอาชีพ โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วย สภาพแวดล้อมของบ้าน)

ส่วนที่ 2 การตรวจร่างกาย (น้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่ลดลงในรอบ 6 เดือน รอบเอวและระบบอื่นที่เกี่ยวข้อง)

ส่วนที่ 3 การรักษาวัณโรค(ผลเสมหะ ผลเอกซเรย์ปอด การพบแพทย์ตามนัด ประวัติการรับประทานยา และอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา)

ส่วนที่ 4 การประเมินความเครียด

ส่วนที่ 5 ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนและการจัดการกับความวิตกกังวล)

ส่วนที่ 6 ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค (การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การรับประทานยาที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไอและการไปตรวจตามนัด)

ส่วนที่ 7 ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อ (การไอที่ถูกต้อง การทำลายเชื้อในเสมหะ การทำความสะอาดภาชนะที่รองรับเสมหะ การทำความสะอาดเครื่องนอน การใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกในครอบครัว)

ส่วนที่ 8 การรับรู้ต่อการปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชน

3. การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรค

เป็นการเยี่ยมในระยะเข้มข้นของการรักษา (2-3 เดือนแรกจนกว่าจะตรวจเสมหะแล้ว ไม่พบเชื้อวัณโรค) เยี่ยมทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งจนครบ 8 ครั้ง โดยเยี่ยมครั้งแรกให้เร็วที่สุด

ไพรัช ม่วงศรี (2554) ออกแบบกระบวนการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองเพิ่มมากขึ้นใน 3 ด้านคือ การส่งเสริมการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่ายออกจากร่างกาย การพักผ่อน การจัดการกับความวิตกกังวล) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อการหายของโรค (การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การจัดการอาการข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไอ การไปตรวจตามนัด) การส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (การไอที่ถูกต้อง) ผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรสุขภาพในชุมชนโดยเฉพาะ อสม. มีส่วนร่วมตัดสินใจดูแลสุขภาพผู้ป่วย ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ครอบครัว และ อสม.
2. การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยและสภาพครอบครัวเพื่อค้นหาความพร้อมในการดูแลตนเองในแต่ละด้านด้วยการตรวจร่างกายผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา สภาพแวดล้อม ความถูกต้องในการใช้ยา การจัดการปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา
3. การวินิจฉัยทางการพยาบาล
4. การวางแผนทางการพยาบาล
5. การปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
6. ประเมินผลและปรับแผนเยี่ยมบ้านครั้งให้เหมาะสม สำหรับการเยี่ยมบ้านครั้งสุดท้าย จะประเมินผลเสมหะอีกครั้ง

จุฬารวรรณ จิตตอน (2558) ออกแบบการเยี่ยมบ้านภายใต้แนวคิดการจัดการกรณีศึกษาและทฤษฎีการพยาบาลของคิงดังนี้

1) กำหนดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านให้เพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่องกันตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1-8
2) แต่ละสัปดาห์กำหนดวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านและกิจกรรมการพยาบาลขณะเยี่ยมบ้าน

3) กิจกรรมการพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านจะเป็นไปตามกระบวนการพยาบาล คือ **ขั้นประเมิน** ขั้นลงมือปฏิบัติพยาบาลและขั้นประเมินผลการพยาบาล ดังนี้

ขั้นประเมิน

1. การรับรู้การรักษากิจการปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชน
2. พฤติกรรมการรับประทานยา (ช่วงเวลารับประทานยาครั้งสุดท้าย สีปัสสาวะสังเกตการเก็บยาตรวจนับเม็ดยาการใช้สมุนไพรอาจข้างเคียงจากการรับประทานยา)

3. ภาวะสุขภาพ (อัตราการหายใจ ความดันโลหิต ซีพจรรยาหนักตัวอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ ตาเหลือง ผื่นหรือตุ่มบนผิวหนัง การไอ การขาดเสมหะ กำจัดเสมหะ

4. สภาพทั่วไปของบ้าน (สิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านการระบายอากาศ การเข้าถึงของแสงแดดในบ้านและห้องนอน)

5. ความเสี่ยงต่อการรับเชื้อจากผู้ป่วยของสมาชิกในครอบครัว (จำนวนสมาชิกในบ้าน จำนวนคนที่นอนในห้องเดียวกับผู้ป่วย จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้เป็นโรคเบาหวาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเสฟติด ผู้ที่มีรูปร่างผอม ร่างกายอ่อนแอ คนที่ไอบากกว่า 3 สัปดาห์)

6. พฤติกรรมสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย: การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ การขาดยา การพบแพทย์หรือรับยาตามนัด บุคคลที่ทำหน้าที่หารายได้หลักในครอบครัว ความเครียด ความวิตกกังวลของผู้ป่วย

7. สัมพันธภาพของผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและคนในชุมชน

ขั้นลงมือปฏิบัติ

1. นำข้อมูลจากการประเมินและการตรวจร่างกายมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล
2. พุดคุยเพื่อวางแผนสิ่งที่จะปฏิบัติร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัวและอสม. ตามปัญหาที่พบและตกลงร่วมกันถึงสิ่งที่สมควรได้รับการแก้ไขตามลำดับก่อนหลัง กำหนดเป้าหมายและวิธีที่แต่ละฝ่ายต้องปฏิบัติโดยเน้นลดและจัดการปัญหาที่สำคัญจำเป็นในผู้ป่วยทุกราย ดังนี้

อันดับแรก การรับประทานยาอย่างถูกต้อง

อันดับสอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น (การใส่หน้ากากอนามัย)

อันดับสาม การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำเพื่อให้ส่งเสริมร่างกายแข็งแรง

ขั้นประเมินผลการพยาบาล

1. ประเมินจากการให้ข้อมูล ทวนถามทุกฝ่ายถึงสิ่งที่ต้องร่วมกันแก้ไขให้ผู้ป่วยในปัญหาทั้ง 3 ลำดับ
2. สอบถามความสะดวกของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว และ อสม. เพื่อนัดเยี่ยมบ้านครั้งต่อไป

9) ภาวะเส้นเลือดขาด

1. ปัจจัยเสี่ยงและอาการของภาวะหลอดเลือดดำขาด ประกอบด้วยเพศหญิง ทำการยืน รองเท้าสูงเกิน 1.5 นิ้ว ประวัติครอบครัว น้ำหนักเกิน จำนวนการคลอดบุตรมาก อาการคือ เมื่อยล้ากล้ามเนื้อ ปวดตึงบริเวณขา ตะคริว คันขาและข้อเท้า สีผิวข้อเท้าเข้มขึ้น (สุกัลยา เสือชุมแสง. 2557: 47-49)

2. การประเมินภาวะสุขภาพ

2.1 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัดจะต้องพิจารณาความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัญหาและความต้องการทางร่างกายและจิตใจ ทักษะการเผชิญความเครียด ระยะผ่าตัดจะต้องสัมภาษณ์เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการ ระยะหลังผ่าตัดจะต้องประเมินความปวดและความเข้าใจเรื่องยา ระยะหลังผ่าตัดจนตรวจต่อเนื่องจะต้องประเมินปัญหาและความต้องการเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. 2550: 143-144)

2.2 หญิงยืนทำงาน

ประเมินจากการสังเกตทำยืนทำงาน ความสูงรองเท้า ประวัติพันธุกรรม เพศ อายุ น้ำหนักตัว จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์และตรวจร่างกายด้วย Brodie-trendelenberg test แล้วคัดแยกเป็นกลุ่มเสี่ยงน้อย ปานกลางและมาก (สุกัลยา เสือชุมแสง. 2557: 49-54)

3. แนวทางดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับการผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัดจะรักษาแบบประคับประคอง เตรียมร่างกายและจิตใจ ให้ข้อมูลวิธีการตรวจ วิธีการรักษา สะท้อนความรู้สึกของผู้ป่วยต่อเหตุการณ์ที่ประสบ สอนเทคนิคผ่อนคลาย วิธีเผชิญเหตุการณ์ ให้ระบายความรู้สึก แจกเอกสารความรู้และวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน ระยะผ่าตัดดูแลจัดท่านอนคว่ำแบบมาตรฐาน ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ ระยะหลังผ่าตัดจะให้ความรู้วิธีดูแลตนเอง การใช้ยาบรรเทาปวด ใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ บรรเทาอาการปัสสาวะไม่ออก และกระตุ้นการถ่ายปัสสาวะ บันทึกปัสสาวะ ดูแลให้รับประทานอาหารเพื่อป้องกันท้องผูก แนะนำการออกกำลังกายและวิธีคลายความวิตกกังวล เตรียมผู้ป่วยกลับบ้านอย่างเป็นระบบให้สามารถกลับไปทำกิจวัตรประจำวันได้ นัดตรวจซ้ำ ระยะหลังผ่าตัดจะแนะนำวิธีป้องกันการเป็นซ้ำ ติดตาม

เยี่ยมทางโทรศัพท์ ทั้งนี้แนวทางแก้ไขปัญหาในทุกๆระยะ คือ สื่อสารข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพทั้งกับบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว (เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. 2550: 144-145)

4.รูปแบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคริตส์ดวงทวารที่รับการผ่าตัด

ประกอบด้วย 3 รูปแบบ คือ แบบที่ 1 นอนโรงพยาบาลวันเดียวที่พยาบาลเป็นเจ้าของใช้ (Primary nursing) โดยให้ความสำคัญกับวางแผนการดูแลครอบคลุมมิติกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ แบบที่ 2 นอนโรงพยาบาลก่อนหนึ่งวันและดูแลผู้ป่วยรายกรณี (Care management team) โดยให้ความสำคัญกับการประสานการทำงานกับทีมสุขภาพด้วยแผนการดูแล และแบบที่ 3 ผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกที่เน้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยซึ่งเชี่ยวชาญทางคลินิก (เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. 2550: 145) ขั้นตอนบริการประกอบด้วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะมาตรวจต่อเนื่องที่โรงพยาบาล โดยปัญหาที่พบในระยะก่อนผ่าตัด คือ ห้องตรวจไม่พอ ขาดการประเมินแรกรับ ขาดการเตรียมผู้ป่วย แนวปฏิบัติต่างกัน ผู้ป่วยไม่รู้เรื่องโรคและการรักษา คุณภาพชีวิตไม่ดี กลัวการผ่าตัด ปัญหาที่พบในระยะก่อนผ่าตัด คือ กำหนดผ่าตัดไม่แน่นอน ขาดการเตรียมผู้ป่วย แนะนำไม่ละเอียด ปัญหาที่พบในระยะผ่าตัด คือ ขาดการเตรียมผู้ป่วย ผู้ป่วยกลัว เจ็บ และไม่สุขสบายจากการนอนคว่ำ ปัญหาที่พบในระยะหลังผ่าตัด คือ ขาดการเตรียมเรื่องอาหาร จำหน่ายล่าช้า ผู้ป่วยปวดแผล ปัสสาวะลำบาก ไม่รู้วิธีดูแลตนเอง ปัญหาที่พบในการตรวจต่อเนื่อง คือ ขาดการเตรียมผู้ป่วยกลับมาตรวจ ขาดการป้องกันการเป็นซ้ำ มาตรวจก่อนนัด ไม่รู้ผลข้างเคียงของยา วิธีดูแลแผล ปวดแผล กลัวอักเสบและกลัวเป็นซ้ำและปัญหาพร้อมๆกัน คือ ขาดการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. 2550: 141-143)

10) โรคที่เกิดจากความร้อน

1) แนวปฏิบัติสำหรับผู้ฝึก ครูฝึกและผู้ช่วยครูฝึกทหาร ดังนี้ (รัตนา ลิ้ม

อารีย์ธรรม. 2550)

1. ชักประวัติก่อนฝึก ประกอบด้วยประวัติการเจ็บป่วยจากความร้อนและการเจ็บป่วยอื่นๆ การดื่มสุรา การใช้ยา การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ

2. ตรวจร่างกายและประเมินอาการตามระยะความรุนแรงของโรค 6 ระยะ (ก่อนฝึก ขณะฝึก และหลังฝึก) ดังนี้ ระยะ 0 ไม่มีอาการ ระยะ 1 บวมที่ขา เท้า ไม่มีไข้ (น้อยกว่า 38 c) ระยะ 2 วิงเวียน หน้ามืด เป็นลม มีไข้ (น้อยกว่า 38 c)

3. การประเมินความเสี่ยงจากข้อ 1 และ 2 :

- ไม่เสี่ยง = ไม่มีประวัติ ไม่มีอาการตามระยะความรุนแรงของโรค

- เสี่ยง = มีประวัติ และ/หรือมีอาการตามความรุนแรงของโรค (อย่างไร

อย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง)

4. วินิจฉัยแยกความรุนแรงของโรคและปฐมพยาบาลตามความเสี่ยงและ
ระยะความรุนแรงของโรค

ระยะความรุนแรง ของโรค	การปฐมพยาบาล	
ไม่เสี่ยง	1. ฝึกได้ตามปกติ	2. ประเมินอาการต่อ
เสี่ยง	1. แยกฝึก	2. ประเมินอาการต่อ
0 = ไม่มีอาการของโรค	1. ฝึกได้ตามปกติ	2. ประเมินอาการต่อ
1 = บวมจากความร้อน	1. หยุดพักฝึก นำเข้าที่ร่ม	2. นอนราบ ยกขาสูง 3. ลดความร้อน
2 = ลมแดด	1. หยุดพักฝึก นำเข้าที่ร่ม	2. นอนหัวต่ำ คลายเสื้อผ้า 3. ลดความร้อน
3 = กระตุกเกร็ง	1. หยุดพักฝึก นำเข้าที่ร่ม	2. นอนหัวต่ำ คลายเสื้อผ้า 3. ลดความร้อน
กล้ามเนื้อจากความร้อน	4. ดื่มน้ำผสมเกลือซ้ๆ	5. นวดมือ เท้าที่เกร็ง
4 = ตะคริวจากความร้อน	1. หยุดพักฝึก นำเข้าที่ร่ม	2. นอนหัวต่ำ คลายเสื้อผ้า 3. ลดความร้อน
5 = โรคเพลียจากความ ร้อน	4. ดื่มน้ำผสมเกลือซ้ๆ	5. นวดกล้ามเนื้อที่ปวด 6. ไม่ตื่นส่งหน่วยรักษา
6 = โรคลมร้อน	1. หยุดฝึกทันที นำเข้าที่ร่ม	2. ถอดเสื้อผ้า/รองเท้า นอนหัวต่ำ ยกขาสูง
	3. ลดความร้อนพ่นละอองน้ำที่ตัว/พัตน้ำให้ระเหย	
	4. ถ้ารู้สึกตัวดื่มน้ำผสมเกลือซ้ๆ	5. รีบส่งหน่วยรักษา/ลดความร้อน ตลอดทาง

2) แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพ ดังนี้ (รัตนา ลิ้มอารีย์ธรรม. 2550)

1. ประเมินอาการโดยวัดสัญญาณชีพ
2. ปฐมพยาบาล ดังนี้
 - อุณหภูมิสูงกว่า 38.5 °C รีบลดอุณหภูมิทันที โดยถอดเสื้อผ้า พ่นน้ำ
เป็นละอองไปที่ตัว รีบส่งหน่วยรักษา ลดความร้อนตลอดนำส่ง
 - ชีพจร (เต้นเร็วกว่า 140 ครั้งต่อนาที หรือเต้นไม่สม่ำเสมอ) รีบส่งหน่วยรักษา

- การหายใจ (เร็วกว่า 40 ครั้งต่อนาที)หรือหายใจลำบาก หอบเหนื่อย
 รุจุมูกบาน ลูกกระเดือกเลื่อนขึ้นลง กระจกไพบลาธา์โยนตามจังหวะการหายใจ รับประทานออกซิเจนและ
 ส่งหน่วยรักษา

- ความดันโลหิตต่ำกว่า 100/60 มม.ปรอท ให้น้ำเกลือNSS. 250-500
 มล.ต่อชม.หากความดันโลหิตมากกว่า160/100มม.ปรอท รับประทานส่งหน่วยรักษา

2. ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ

1) ภาวะซึมเศร้า

1. โปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลโรคซึมเศร้า แบ่งเป็น
 4 ครั้ง ดังนี้ (ชญาภัส มิ่งขวัญใจ. 2558: 56-58)

ครั้งที่	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล
1	การให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	1.เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแล 2.เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความหมาย อากาารสำคัญ การรักษา สัญญาณเตือนภัยที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือเบื้องต้น บทบาทของครอบครัว	ให้ความรู้	1.การให้ความสนใจ 2.การให้ความร่วมมือ 3.แบบประเมินความรู้ในการดูแล
2.	คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขึ้นอยู่กับผู้ดูแล	เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิดความเชื่อที่มีต่อโรคซึมเศร้า	เล่าเรื่องเพื่อเปลี่ยนทัศนคติ	1.การให้ความสนใจ 2.แบบประเมินทัศนคติ
3.	การปฏิบัติตนในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	เพื่อให้มีความสามารถในการปฏิบัติกรดูแล	สอนแนวการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย	1.การให้ความสนใจ 2.แบบประเมินการปฏิบัติ
4.	สรุปและประเมินผล	เพื่อสรุปและทบทวนความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการดูแล	สรุปและทบทวนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการดูแล	1.การให้ความร่วมมือ 2.การให้ความสนใจ 2.แบบสอบถามความรู้

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลกำหนดให้มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิตดังนี้

- 1.1 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจะส่งต่อเพื่อรักษา
- 1.2 กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางจะตรวจร่างกาย (กระดูกและข้อเข่า) และสัญญาณชีพ
 - 1) กรณีสัญญาณชีพผิดปกติ (ชีพจรเต้นเร็ว ไม่สม่ำเสมอ เจ็บแน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูงกว่า 140/90 mmHg) ส่งต่อเพื่อวินิจฉัย
 - 2) กรณีข้อและกระดูกบวม อักเสบ จะให้นั่งบริหารร่างกาย หลังจากนั้นให้เข้ากลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ 2 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง
 - 3) กรณีสัญญาณชีพผิดปกติและข้อและกระดูกปกติ ให้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์และกลุ่มนันทนาการ 2 สัปดาห์ๆละ 2 ครั้ง รวมทั้งออกกำลังกายเดินเร็วสัปดาห์ๆละ 2 ครั้งๆละ 30 นาที
 - 4) ประเมินซ้ำคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองของกรมสุขภาพจิต

3. กลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพ

1) สตรีตั้งครรภ์

1. โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรกโดยประยุกต์แบบจำลองเพนเตอร์เน้นส่งเสริม 3 ด้านได้แก่การรับรู้ประโยชน์การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองโปรแกรมประกอบด้วย แผนการสอนรายบุคคลและครอบครัว คู่มือส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกิจกรรม 5 ครั้ง และติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไป ประกอบด้วยระยะที่ 1 ระยะตั้งครรภ์ ประเมินข้อมูลทั่วไปตรวจร่างกายและการรับรู้ความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ระยะที่ 2 ระยะหลังคลอด ประเมินข้อมูลมารดาและทารก การได้รับยาแก้ปวดของมารดา กระตุ้นตามหลัก 3 ด. และประเมินประสิทธิภาพการดูดนมแม่ของทารกแบบ LATCH SCORE สอนหรือทบทวนเทคนิคการให้นมบุตรช่วยเหลือ ชมเชยให้กำลังใจ ระยะที่ 3 ติดตามระยะหลังคลอด 1-4 สัปดาห์ โดยการติดตามเยี่ยมและประเมินพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

3. รูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก (พัชรี รัตมีแจ่ม. 2552) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ 1)ระยะฝากครรภ์ในไตรมาสที่ 2 ประเมินความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คัดกรองเต้านม หัวนมและแก้ไข สอนหายใจเพื่อบรรเทาอาการปวด 2)ระยะหลังคลอดทันทีนำเด็กมาให้มารดาโอบกอดและให้นมบุตรครั้งแรกสำหรับรายคลอดปกติ

3)ระยะหลังคลอด ช่วยเหลือให้ทารกดูตนเองบ่อยๆ ให้ความรู้การเลี้ยงดูลูกด้วยนมแม่สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ประเมินปัญหาที่ก่อนกลับบ้าน 4)ระยะหลังจำหน่าย นัดเพื่อประเมินการให้นมลูกอย่างต่อเนื่อง ทูกรายติดตามทางโทรศัพท์ภายใน 7 วันหลังคลอด

2) เด็กและวัยรุ่น

1. **ปัจจัยที่ทำให้เด็กอ้วน** แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านเด็ก ได้แก่ สุขภาพ ความสามารถในการรับรส อารมณ์และจิตใจ 2) ปัจจัยจากครอบครัว ได้แก่ พันธุกรรม การถ่ายทอดความรู้ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ร้านอาหารในโรงเรียนและชุมชน พฤติกรรมการบริโภคของครอบครัว วัฒนธรรมการบริโภคในท้องถิ่น การเลียนแบบ พฤติกรรมการบริโภคแบบตะวันตก และสื่อต่างๆ (จันทิรา ไชยศรี. 2557)

2. **ปัจจัยที่มีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเด็กวัยรุ่น** ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสื่อที่กระตุ้นอารมณ์ทางเพศ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน การอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายที่ได้ในแต่ละวัน (จารุวรรณ ศรีเวียงยา. 2558)

3. **การประเมินภาวะอ้วนในเด็ก** ควรใช้เกณฑ์การเจริญเติบโตของเพศชาย เพศหญิงอายุ 5- 18 ปี เพื่อคัดแยกประเภทภาวะอ้วนในเด็กประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินจิตสังคม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การสังเกตพฤติกรรมการบริโภคของเด็ก และครอบครัวสิ่งแวดล้อม (จันทิรา ไชยศรี. 2557)

4. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็กประกอบด้วย

4.1 การใช้ครอบครัวเป็นฐานที่เน้นดำเนินการกับผู้ปกครอง คือ การให้ความรู้การจดบันทึกรายการอาหารที่เด็กรับประทานและการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ

4.2 การใช้โรงเรียนเป็นฐาน คือ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การควบคุมการรับประทานอาหาร การให้ความรู้แก่เด็ก ผู้ปกครองและครู และการให้คำปรึกษาเด็กโดยเสริมพลังอำนาจ

4.3 การใช้ชุมชนเป็นฐาน คือ การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะส่งเสริมการออกกำลังกายแก่เด็ก ครอบครัวและชุมชน การให้ความรู้โดยทีมสุขภาพ การใช้ตัวแบบการอภิปรายกลุ่ม การกระตุ้นทางอารมณ์ และการเยี่ยมบ้าน (จันทิรา ไชยศรี. 2557)

5. **แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ (อัจฉราภา ประเทศา. 2557)

ส่วนที่ 1 ประเมินทักษะผู้ดูแลต่อเด็กด้านการปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือด้านการเรียน และการปรับอารมณ์เด็ก

ส่วนที่ 2 แยกแยะระดับทักษะผู้ดูแล 3 ระดับได้แก่ระดับน้อย ระดับปานกลาง ระดับมาก

ส่วนที่ 3 การพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลเด็กประกอบด้วย 1) การให้ความรู้เรื่องโรคสมาธิสั้น 2) การอบรมการใช้เทคนิคนวดการชม การให้รางวัลและการลงโทษ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมหรือสร้างบรรยากาศในการเรียน 4) การฝึกให้ผู้ดูแลควบคุมอารมณ์ตนเอง วิธีหยุดอารมณ์โกรธและความคับข้องใจของเด็ก และ 5) การประยุกต์ใช้เทคนิคในสถานการณ์ต่างๆ

6. รูปแบบการพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กวัยเรียนในชุมชน แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) การสร้างความเป็นหุ่นส่วนสุขภาพโดยการประสานความร่วมมือเพื่อกำหนดแผนงานและโครงการร่วมกัน 2) การสร้างระบบการทำงานของหุ่นส่วนสุขภาพและ 3) การพัฒนาความต่อเนื่องของหุ่นส่วนสุขภาพด้วยโครงการต่างๆ เช่น โครงการบ้านปลอดภัย โครงการโรงเรียนสีขาวและโครงการชุมชนปลอดภัยไร้อุบัติเหตุ (ยุพิน สาเรือง. 2557)

7. โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมทักษะชีวิตการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของเด็กวัยรุ่น ประกอบด้วยการใช้สถานการณ์จำลอง กระบวนการกลุ่ม การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม เกมส์ การแสดงบทบาทสมมติและการฝึกทักษะ 6 ครั้งๆ ละ 50 นาที(ปารีชาติ เกิดฤทธิ. 2558)

3) แรงงานต่างด้าว

1. สวัสดิการสุขภาพ ความเชื่อสุขภาพ การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าแรงงานต่างด้าวที่ทำงานในสถานประกอบการส่วนใหญ่เจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ต้องการรับบริการสุขภาพในช่วงที่เจ็บป่วย เลือกรับบริการสุขภาพที่สถานบริการที่ใกล้ที่พักอาศัย เลือกใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเป็นอันดับแรกและแม่เมื่อเจ็บป่วยรุนแรง มีความเชื่อสุขภาพโดยรวมและรายด้านระดับปานกลาง (ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านการให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อและด้านอิทธิพลความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลแวดล้อม) การรับรู้การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้านระดับปานกลาง (ด้านสิทธิรับบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านประสบการณ์การใช้บริการสุขภาพ (ขวัญมนัสพรพรรณสุผล. 2558: 43-48)

หญิงแรงงานต่างด้าวชาวเมียนมาร์ที่ตั้งครรภ์แรกมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารดังนี้ (ชูขวัญ เสงชัยโย. 2558)

1) แหล่งซื้ออาหารส่วนมากได้จากร้านค้าตามตลาดนัดที่อยู่ใกล้ที่พักและที่ทำงาน เลือกรับประทานอาหารตามสภาพแวดล้อม 2 ลักษณะ คือ 1) กินตามมีตามเกิด ทำให้บางรายน้ำหนักตัวมากกว่าปกติและคลออดยาก

2) เลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ เช่น หมู ไก่ ผักใบเขียว ปลา ตามสภาพความเป็นอยู่ ซึ่งทำให้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3) รับประทานอาหารตามความเชื่อ ดังนี้ 1) กินดีได้กดี ซึ่งได้รับการถ่ายทอดประสบการณ์จากมารดาที่ประเทศพม่าและเพื่อนร่วมงาน 2) กินของแสลงไม่ดีกับลูก ของแสลงนี้ หมายถึง อาหารความเชื่อเดิมจากประเทศพม่า

2. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .407) โดยมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .802) ด้านสุขภาพร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 3.46 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .839) ด้านจิตใจ (ค่าเฉลี่ย 3.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .726) และด้านสิ่งแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย 3.45 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .839) ระดับปานกลาง (ขวัญมนัส พรรณสุผล. 2558: 50)

3. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ

พบว่าการรับรู้สิทธิบริการสุขภาพและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพร่วมกัน อธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 28.80 โดยการรับรู้สิทธิบริการสุขภาพอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 6.0 และการสื่อสารข้อมูลสุขภาพอธิบายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพได้ร้อยละ 8.4 (ขวัญมนัส พรรณสุผล. 2558: 56)

4. การแสดงสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ชุมชน

1. สมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51) เพื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการให้คำปรึกษาด้านการให้การดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.35) รองลงมา คือ ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็นพี่เลี้ยงภาคปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.42) และด้านการประสานงาน (ค่าเฉลี่ย 4.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.62) ส่วนด้านที่รับรู้ต่ำที่สุด คือ ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ค่าเฉลี่ย 4.22 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.78) (กิชรา มาศโอสถ. 2560: 59)

2. ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ปัจจัยทำนายสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในแต่ละด้าน ดังนี้ (กิชรา มาศโอสถ. 2560: 69-77)

	ปัจจัยทำนาย	อำนาจทำนาย
ด้านการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแล บุคคล กลุ่มคน ครอบครัวและชุมชน	รายได้รวม ลักษณะงาน	ร้อยละ 11.2
ด้านการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วย เรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก และกลุ่มอื่นในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน	ความเครียด	ร้อยละ 4.8
ด้านการประสานงาน	ความเครียดภาวะผู้นำ	ร้อยละ 5.8
ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน การฝึก การเป็น พี่เลี้ยง	ภาวะผู้นำ	ร้อยละ 8.9
ภาคปฏิบัติ		
ด้านการให้คำปรึกษาด้านการให้การดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน	ประสบการณ์การทำงาน ภาวะผู้นำ	ร้อยละ 6.0
ด้านการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการ ตัดสินใจเชิงจริยธรรม	ความเครียดลักษณะงาน	ร้อยละ 8.0
ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	ลักษณะงาน	ร้อยละ 5.7
ด้านการจัดการและประเมินผลลัพธ์	ความเครียด ภาวะผู้นำ	ร้อยละ 6.0
ภาพรวม	ความเครียดลักษณะงาน	ร้อยละ 11.2

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลภาวะสุขภาพของวิद्यานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ.ศ. 2550-2559 ทั้งหมดจำนวน 88 เรื่อง และสามารถเข้าถึงเล่มรายงานวิจัยได้ทั้งระบบการยืมโดยตรงจากห้องสมุดหรือผ่านทางฐานข้อมูลระบบคอมพิวเตอร์ ทั้งหมด 74 เรื่อง จำแนกเป็นวิद्यานิพนธ์ 44 เรื่องและการศึกษาอิสระ 30 เรื่อง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานและแบบสังเคราะห์งานวิद्यานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ตรวจสอบความแม่นยำตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. **คุณลักษณะของวิद्यานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ**

1.1 ลักษณะทั่วไปของการศึกษา

วิद्यานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่นำมาสังเคราะห์มีทั้งหมด 74 เรื่อง จำแนกเป็นวิद्यานิพนธ์ 44 เรื่องและการศึกษาอิสระ 30 เรื่อง โดยการศึกษาอิสระมีการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารจำนวน 10 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 3.33 ตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2557 มากที่สุด รองลงมา คือ ปี พ.ศ. 2558 และปี พ.ศ. 2556 ในภาพรวมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 3 คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ร้อยละ 18.92) และการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 13.51) และความน่าเชื่อถือระดับ 5 เป็น การวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพ (ร้อยละ 67.57) เมื่อพิจารณาวัตถุประสงค์การศึกษาในภาพรวมพบว่าเป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 41.88) รองลงมาคือการพัฒนารูปแบบการดูแล (ร้อยละ 17.57) และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม (ร้อยละ 16.22) รูปแบบการวิจัยส่วนใหญ่เป็นวิจัยเชิงพรรณนามากที่สุด (ร้อยละ 52.70) รองลงมา คือวิจัยและพัฒนา และวิจัยกึ่งทดลองด้วยร้อยละเท่ากัน (ร้อยละ 14.86) และวิจัยเชิงทำนาย (ร้อยละ 9.46) แนวคิดที่ใช้

เป็นแนวทางในการศึกษา วิทยานิพนธ์พบว่าใช้ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 29.55) ส่วนการการศึกษาอิสระใช้รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมากที่สุด (ร้อยละ 91.20) งานวิจัยส่วนใหญ่จะทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 17 เรื่อง (22.97) รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 เรื่อง (ร้อยละ 14.86) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและผู้ที่มีปัญหากระดูกและข้อ จำนวน 7 เรื่องเท่ากัน (ร้อยละ 9.46) ตามลำดับ

1.2 การออกแบบการศึกษาที่เชื่อมโยงกับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาจะเป็นกลุ่มเป้าหมายเป็นระดับบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 70.27) รองลงมา คือบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (ร้อยละ 14.86) และบุคคลและครอบครัว (ร้อยละ 6.76) ประโยชน์ของผลการศึกษานำไปใช้ในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (เป็นการตรวจวินิจฉัยให้ทราบตั้งแต่ในระยะเกิดโรค เน้นการป้องกันในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว) และตติยภูมิ (เป็นการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรค) มากที่สุด (ร้อยละ 27.04) รองลงมาคือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (การป้องกันตั้งแต่ยังไม่เกิดโรค) (ร้อยละ 24.32) ในส่วนวิทยานิพนธ์พบว่าประโยชน์ของผลการศึกษานำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพระดับปฐมภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 27.27) การศึกษาอิสระพบว่านำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิมากที่สุด (ร้อยละ 40.00) ภาพรวมแล้วมีการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎีอยู่ในระดับมาก (7-10 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 48.65) รองลงมา ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 39.19) และระดับน้อย (1-3 คะแนน) (ร้อยละ 12.16) และมีการค้นคว้าวิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติในภาพรวมอยู่ในระดับน้อย (1-3 คะแนน) มากที่สุด (ร้อยละ 47.30) รองลงมา ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) (ร้อยละ 35.14) และระดับมาก (7-10 คะแนน) (ร้อยละ 17.56)

ในส่วนของสมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ศึกษาในสมรรถนะที่ 2 ดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารกและกลุ่มปัญหาซับซ้อนมากที่สุด (ร้อยละ 29.80) รองลงมาสมรรถนะที่ 1 พัฒนাজัดการกำกับระบบการดูแลบุคคลกลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟู (ร้อยละ 17.14) และสมรรถนะที่ 8 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (ร้อยละ 15.92) โดยปรากฏสมรรถนะที่ 9 จัดการและประเมินผลลัพธ์ (ร้อยละ 3.67) น้อยที่สุด งานวิจัยส่วนใหญ่ร้อยละ 82.43 มีความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ในระดับมาก โดยความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ และสามารถนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระดับมากโดยความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ร้อยละ 60.27

2. องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

จากการวิเคราะห์งานทั้งหมดพบว่าสามารถจำแนกประเด็นภาวะสุขภาพออกเป็น 1) ภาวะสุขภาพทางกาย พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับโรคเบาหวานมากที่สุด (ร้อยละ 22.97) รองลงมาเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 14.86) โรคความดันโลหิตสูงและกระดูกและข้อ (ร้อยละ 9.46) ตามลำดับ 2) ภาวะสุขภาพทางจิต พบว่าศึกษาเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าอย่างเดียว (ร้อยละ 2.70) กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพ (ร้อยละ 10.81) ดังนี้

2.1 ภาวะสุขภาพทางกาย ที่ทำการศึกษาดังนี้

2.1.1 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมไขมันในเลือด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา ระดับความเครียด ความดันโลหิตตัวล่าง) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ (การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อการทำกิจกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลจากสถานการณ์) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยระดับการศึกษา ความมุ่งมั่นปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง อิทธิพลบุคคล ความรู้สึกต่อพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ ความดันโลหิตตัวล่าง ความเครียด การประเมินความเสี่ยงต่อระดับไขมันในเลือดผิดปกติต้องวัดจากระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่หนาแน่นต่ำเป็นลำดับแรก จากนั้นประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นจากประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ แนวทางดูแลรักษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การปรับพฤติกรรม และการใช้ยา แนวปฏิบัติพยาบาลส่งเสริมการควบคุมไขมันในเลือดประกอบด้วย การประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตัว ความรู้ที่ให้นั้นอาหาร การออกกำลังกายโดยเป็นโปรแกรมปฏิบัติพร้อมตั้งเป้าหมายค่าไขมัน LDL-C เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์ติดตามและให้คำปรึกษา เสริมแรงกระตุ้นเตือน ประเมินผลและวางแผนติดตามต่อเนื่องตามลำดับ

2.1.2 ความดันโลหิตสูง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรับประทานยา ได้แก่ สถานภาพสมรส ลักษณะงานการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถและความรู้สึกในการรับประทานยา อิทธิพลบุคคลรอบข้างและสถานการณ์ เครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะนี้ประกอบด้วยดัชนีมวลกาย อายุ เพศ และการบริโภคโซเดียม แนวปฏิบัติพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย การประเมินและแนวปฏิบัติในการสร้างแรงจูงใจให้รับประทานยาต่อเนื่อง แนวปฏิบัติพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ประกอบด้วย การประเมินความรู้และสมรรถนะแห่งตน การใช้คู่มือ การบันทึกผลการดูแลโดยผู้ดูแล โปรแกรมควบคุมความดันโลหิตสูงประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมดูแลตนเองที่ประยุกต์ทฤษฎีโอเรียม โปรแกรมปฏิสัมพันธ์อย่างมี

เป้าหมายตามทฤษฎีคิงและโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต

2.1.3 โรคหลอดเลือดสมอง มีแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัย
นอกโรงพยาบาล (การซักประวัติ: อาการสำคัญ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติเจ็บป่วยในอดีต และ
ปัจจัยเสี่ยงอื่น, การตรวจร่างกายขั้นต้น: การรู้สติ การเคลื่อนไหวแขนขา รูปร่างตาและปฏิกิริยาต่อ
แสง การกลอกตา ลักษณะและแบบแผนหายใจและระดับออกซิเจนในเลือด สัญญาณชีพ, การ
ช่วยเหลือเบื้องต้น: เปิดทางเดินหายใจ ช่วยหายใจ ดูแลการไหลเวียนเลือด, การประเมินอาการ
ผิดปกติ 1 ใน 3 อย่าง คือ หน้าเบี้ยว แขนอ่อนแรง พูดไม่ชัด) และการรักษาเบื้องต้น **แนวปฏิบัติ
จัดการนอกโรงพยาบาล** (การดูแลบรรเทาพยาบาล: ดูแลทางเดินหายใจ ให้สารน้ำ วัดระดับน้ำตาลใน
เลือด ป้องกันชัก อบอุ่นร่างกาย, ประสานส่งต่อ, บันทึกผล) **แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง** ประกอบด้วยแนวเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลและเพื่อเฝ้า
ระวังภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย

การประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองจะต้องครอบคลุมการ
วิเคราะห์บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตเพราะทำให้ทราบประเด็นสำคัญการพัฒนา
โครงการระยะต่อไป การดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วยกระบวนการ
วางแผนจำหน่าย (เตรียมพร้อมศักยภาพครอบครัวและผู้ดูแลหลัก) การดูแลที่บ้าน (เพิ่มศักยภาพ
ผู้ดูแลหลักและครอบครัว) และการส่งต่อ (ใช้แฟ้มครอบครัวเป็นกลไกสำคัญประสาน) ระบบการ
พยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยาต่อเนื่องประกอบด้วยร่วมสะท้อนปัญหาและสร้าง
แรงจูงใจเห็นความสำคัญการรับประทานยา ออกแบบระบบการพยาบาลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่
พัฒนาใหม่ รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านประกอบด้วยแนวทางวางแผนจำหน่าย (ประเมิน
ปัญหาสุขภาพและความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ให้ความรู้โรค การรักษา การใช้ยา การฟื้นฟู
สภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อน) และแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม (ผู้ป่วยที่
ช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด เน้นฟื้นฟูสภาพด้วยตนเอง ผู้ดูแลหลักกระตุ้นบริหารข้อและออกกำลังกาย
ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ บุคลากรสุขภาพติดตามเยี่ยม
บันทึกการเยี่ยม สนับสนุนความรู้ สื่อ ให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำ ขึ้นทะเบียนผู้พิการ, ผู้ป่วยที่
ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย: ผู้ดูแลหลักบริหารข้อและออกกำลังกาย ช่วยทำกิจกรรมใกล้ชิด
ควบคุมปัจจัยเสี่ยง ช่วยเหลือรับประทานยา พาพบแพทย์ตามนัด บุคลากรสุขภาพประเมินปัญหา
ความต้องการและภาวะสุขภาพ สนับสนุนสื่อ คู่มือ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์ในชีวิตประจำวัน
และขึ้นทะเบียนผู้พิการ หาแหล่งประโยชน์ในชุมชนในกรณีเกิดปัญหาหรือกรณีฉุกเฉิน)

ส่วนโรคหลอดเลือดหัวใจพบว่าระบบการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ระยะ 1) รับรู้ปัญหาและร่วมแก้ไข 2) ร่วมกำหนดกิจกรรมและ

บทบาทหน้าที่ใหม่ 3) ดำเนินกิจกรรมและประเมินผล (คัดกรองปัจจัยเสี่ยง ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ เฉพาะบุคคล สร้างระบบบันทึกข้อมูล ติดตามผล) รูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ร่วมรับรู้ปัจจัยเสี่ยง 2) ร่วมกำหนดบทบาทใหม่ในการประเมินหรือวิเคราะห์ความเสี่ยง 3) ลงมือจัดการความเสี่ยงโดยผู้ป่วย ครอบครัว/ผู้ดูแล และ ทีมสุขภาพ 4) ติดตามผลลัพธ์ แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้มีดัชนีมวลกายเกินประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) คัดกรองและประเมินความเสี่ยงของดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระดับแรงจูงใจ (ความรุนแรงของโรค/โอกาสเสี่ยงเป็นโรค/ความคาดหวังในผลลัพธ์) 2) สร้างแรงจูงใจ 3) กระตุ้นเตือนและเยี่ยมบ้านและ 4) ประเมินผล

2.1.4 โรคเรื้อรัง พบว่า ศึกษาในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จนเกิดแผลกดทับ ในส่วนของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีพบว่าศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยเอชไอวี ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เรื่องโรค ความสามารถดูแลตนเอง คุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะตน การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงการไม่รับประทานยา ภาระงาน การตรวจตามนัด ความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ได้แก่ แรงกดทับ แรงเสียดทาน แรงเฉือน ความชื้น ยาที่มีผลต่อการเคลื่อนไหว อายุภาวะโภชนาการ ความดันโลหิต อุดมไขมันร่างกายและโรคร่วม การประเมินสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปและเพิ่มเติม คือ การรับรู้สมรรถนะการรับประทานยา ความรู้โรคเอดส์ การรับรู้ประโยชน์การรับประทานยา การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงการไม่รับประทานยา และการรับรู้อุปสรรค

การประเมินสุขภาพของโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวานประกอบด้วย การซักประวัติ (เพศ อายุ ระยะเวลาเป็นเบาหวาน กรรมพันธุ์ การสูบบุหรี่ ประวัติความดันโลหิตสูง ไขมันสูง ระดับน้ำตาลในเลือด) และการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ความดันโลหิต อาการบวมรอบตา ดัชนีมวลกาย โปรตีนในปัสสาวะ ครีเอตินิน อัตรากรองที่โกลเมอรูลัส) การประเมินสุขภาพผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นผิวหนัง การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดทานและแรงเฉือน โปรแกรมสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวานประกอบด้วย 1) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เข้มงวดและ 2) การควบคุมพลังงานจากอาหาร ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ส่งเสริมออกกำลังกาย งดสูบบุหรี่ การพยาบาลส่งเสริมผู้ป่วยเอดส์รับประทานยาประกอบด้วย แลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มกับต้นแบบ ฝึกคลายเครียดและบันทึกการรับประทานยา ให้คำปรึกษารายบุคคล วางแผนระบุปัญหา/อุปสรรค แก้ไขปัญหา จัดการเวลา ใช้อุปกรณ์เตือนความจำ การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับใน

ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ให้จัดทำ ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด แรงเสียดทานและแรงเฉือน ดูแลผิวหนัง ดูแลโภชนาการและการใช้ยา ให้ความรู้และเยี่ยมบ้าน

2.1.5 โรคมะเร็ง พบว่า ในการประเมินกลุ่มเสี่ยง การหาปัญหา ความต้องการและการจัดการดูแลต้องครอบคลุมลักษณะส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัว การรับรู้สุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อันตรายของโรค ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการใช้บริการสุขภาพ แนวปฏิบัติพยาบาลประกอบด้วย*แนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก* (ระยะที่ 1 คัดกรอง ระยะที่ 2 ให้สูขศึกษา ระยะที่ 3 เยี่ยมบ้านและระยะที่ 4 ติดตามให้มารับบริการ) และ*แนวปฏิบัติดูแลต่อเนื่องที่บ้าน* เพื่อป้องกันติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (ระยะที่ 1 ประเมินก่อนเตรียมจำหน่าย 5 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความรู้การติดเชื้อ ขั้นตอนที่ 3 ให้คำแนะนำตามคู่มือสอน ขั้นตอนที่ 4 แจกคู่มือปฏิบัติตน ขั้นตอนที่ 5 ประเมินเพื่อส่งต่อ) *การให้ความรู้และคำแนะนำ* ครอบคลุมเรื่องโรค สาธิตตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้แรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด การสร้างแรงจูงใจและมั่นใจโดยกระบวนการกลุ่ม *การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งเต้านมและติดตามผลการรักษา* ควรจัดอบรม จัดกิจกรรมหรือณรงค์สร้างกระแสต่อเนื่อง จัดนิทรรศการเคลื่อนที่ ให้สตรีและครอบครัวร่วมคัดกรอง ติดตามผลการรักษาเรื่องการจัดการคลื่นไส้อาเจียน สอนนวดกดจุด แก้กปากแห้ง ท้องผูก อ่อนเพลีย แผลเรื้อรังระงับกำหลังให้เคมีบำบัด การเดิน การออกกำลังกาย ส่งเสริมครอบครัวใกล้ชิด ส่งเสริมการคิดบวกและเข้มแข็งเพื่อสู้ชีวิต

2.1.6 โรคเบาหวาน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด และภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับน้ำตาลในเลือด โรคร่วม ระยะเวลาเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อสุขภาพ *ปัจจัยที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด* ได้แก่ เส้นรอบเอว ความดันโลหิต ซีเอสโตลิก อายุ ดัชนีมวลกายและบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน *ปัจจัยทำนายระดับน้ำตาลในเลือด* ได้แก่ การบริโภคอาหารไม่ได้สัดส่วน ความดันโลหิตซีเอสโตลิกและเส้นรอบเอวและความสามารถควบคุมโรค *ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อน* คือ น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะแทรกซ้อนทางตา ทางไต ทางระบบประสาทและการเกิดแผลที่เท้า *ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนทางตา* คือ ระยะเวลาเป็นโรค *ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนทางไต* คือ ฐานะเศรษฐกิจและระยะเวลาเป็นโรค *ปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนระบบประสาทและแผลที่เท้า* คือ อายุ การรับรู้บทบาทครอบครัวและความเครียด

การประเมินความเสี่ยงต่อเบาหวานชนิดที่ 2 แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การตรวจร่างกาย (เส้นรอบเอว ความดันโลหิต) 2) ประเภทอาหาร (มัน ทอด หวาน) *การจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรค* คือ 1) ติดตามอุบัติการณ์ ความชุกและภาวะแทรกซ้อน 2) คัดกรองทั้งตั้งรับและรุก 3) ลงบันทึกในฐานข้อมูล 4) จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 5) หน่วยงานสุขภาพทุกระดับร่วมจัดการ 6)

จัดสรรงบประมาณ 7) ผลงานงานจัดการความเสี่ยงกับงานปกติ 8) ใช้แบบคัดกรอง 9) ใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูลคัดกรอง 10) ใช้กระบวนการพยาบาลป้องกันการเกิดโรค

รูปแบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานมีทั้งพัฒนาจากแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ใช้แนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพ (1. ร่วมมือสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ 2. ร่วมกำหนดการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน 3. ดำเนินกิจกรรมและประเมินความก้าวหน้าสู่เป้าหมาย) สร้างข้อเสนอเชิงนโยบาย (1. มีระบบประเมินความรู้พื้นฐานและจัดวิธีให้ความรู้ที่สอดคล้อง 2. กำหนดนโยบาย/แผนระดับหน่วยงาน 3. สร้างและใช้ระบบสารสนเทศหรือฐานข้อมูล 4. อบรมความรู้เชิงลึกการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระผู้เป็นเบาหวาน 5. จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองเสริมด้วยสอนสุขศึกษา 6. ออกแบบระบบเยี่ยมบ้าน 7. นำประวัติมาแยกแยะรายการปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย 8. พัฒนาศักยภาพ อสม. 9. ค้นหาผู้เป็นเบาหวานต้นแบบ) แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยแนวปฏิบัติควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แนวปฏิบัติป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แนวปฏิบัติเสริมพลังอำนาจรับประทานอาหารและยากรณีคุมน้ำตาลไม่ได้ แนวปฏิบัติป้องกันและดูแลแผลที่เท้า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมผู้เป็นเบาหวานประกอบด้วยการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลและการดูแลเท้าแบบเสริมพลังอำนาจ

2.1.7 ภาวะกระดูกและข้อผิดปกติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ สรีระข้อเข่า ดัชนีมวลกาย ผู้ดูแล สภาพที่อยู่อาศัยและความเครียด *แนวปฏิบัติการพยาบาลประกอบด้วยแนวปฏิบัติเพื่อชะลอความรุนแรงข้อเข่าเสื่อม แนวปฏิบัติเพื่อการดูแล แนวปฏิบัติเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลัง แนวปฏิบัติป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน การสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อมประกอบด้วย 1) สร้างหุ้นส่วนสุขภาพด้วยการประสานผู้เกี่ยวข้องกำหนดแผนงานและกิจกรรม 2) สร้างระบบรองรับการทำงานภายใต้บทบาทหลักและบทบาทรองในกิจกรรมที่ร่วมกันคิด 3) ติดตามเยี่ยมบ้านด้วยทีมสุขภาพ และ 4) พัฒนาความต่อเนื่องของหุ้นส่วนด้วยการสร้างความมั่นใจในศักยภาพ*

2.1.8 โรกระบบทางเดินหายใจ ประกอบด้วยโรคหอบหืด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และวัณโรค ปัจจัยที่มีผลเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก (อายุ เพศ และ ความรุนแรงโรค) ปัจจัยมารดา/ผู้ดูแล (อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนเด็กในครอบครัว) และปัจจัยสิ่งแวดล้อม *แนวปฏิบัติเสริมสร้างสมรรถนะในผู้ใหญ่หอบหืดซ้ำประกอบด้วยแนวทางให้คำปรึกษาของพยาบาล แนวทางเสริมสร้างสมรรถนะผู้ใช้บริการและครอบครัวและแนวทางเยี่ยมบ้าน รูปแบบการพยาบาลป้องกันและดูแลหอบหืดซ้ำในเด็กวัยก่อนเรียน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) สร้างสัมพันธภาพกับความคิดในทีมสุขภาพถึงชุมชน 2) รวมจิตดูแลแก้ไขปัญหาหอบหืดซ้ำจากผู้เกี่ยวข้องและ 3) ร่วมดูแลและป้องกันชัดเจนต่อเนื่อง*

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน ได้แก่ ควันบุหรี่ ฝุ่นละออง สภาพอากาศ บุหรี่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ *เงื่อนไขที่มีผลต่อการจัดการภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลัน* ได้แก่ ความผู้สูงอายุ การรักษาไม่ต่อเนื่อง การไม่สามารถตรวจพบอาการนำ ขาดผู้ดูแล การไม่สามารถป้องกันเหตุที่ป้องกันได้ การเดินทางไม่สะดวก ห่างไกล กลัวและไม่มั่นใจ การประเมินความรุนแรงของโรคและคุณภาพชีวิตให้ประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับสมรรถภาพปอด *แนวทางจัดการแบ่งได้ 3* ระยะ คือ ระยะเกิดอาการนำ (จิบน้ำอุ่น ไอแรงๆ รับประทานยา พ่นยา จำกัดกิจกรรม) ระยะเฉียบพลัน (จำกัดกิจกรรม จิบน้ำอุ่น รับประทานยา พ่นยา ทานยาเพรดนิโซโลนทันที) ระยะยังไม่เกิดอาการนำ (หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ปรับกิจกรรมประจำวันให้ช้าลง ไม่ให้เป็นหวัดหรือรักษาให้หายโดยเร็ว ออกกำลังกาย ฝึกหายใจ) *โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด* ประกอบด้วย การประเมินภาวะหายใจลำบาก ทดสอบสมรรถภาพปอด ทดสอบการทำงานกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ให้ความรู้รายบุคคล ฝึกหายใจแบบห่อปากและเป่า-ดูดขวดน้ำ

วิธโรค พบว่ามีการแสวงหาความช่วยเหลือ 3 ระยะ คือ 1) ระยะเจ็บป่วยธรรมดา คล้ายหวัด 2) ระยะอาการเรื้อรัง ไม่หายและรบกวนชีวิตประจำวัน 3) ระยะอาการรุนแรง นำกลัว *การประเมินเพื่อเยี่ยมบ้าน* ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ตรวจร่างกาย 3) การรักษา 4) ความเครียด 5) ความสามารถดูแลตนเองประจำวัน (การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน และการจัดการความวิตกกังวล) 6) ความสามารถดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการหายของโรค (การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การรับประทานยา การปฏิบัติตัวเมื่อไอและการตรวจตามนัด) 7) ความสามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อ (การไอที่ถูกต้อง การทำลายเชื้อในเสมหะ การทำความสะอาดภาชนะรองรับเสมหะ การทำความสะอาดเครื่องนอน การใช้ชีวิตร่วมกับสมาชิกครอบครัว) 8) การรับรู้ต่อการปฏิบัติของครอบครัว บุคลากรสุขภาพและชุมชน *การเยี่ยมบ้านที่ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมจะเน้นให้ผู้ป่วยดูแลตัวเอง 3* ด้าน คือ การส่งเสริมดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การขับถ่ายออกจากร่าง การพักผ่อน การจัดการกับความวิตกกังวล) การส่งเสริมดูแลตนเองเพื่อการหายของโรค (การรับประทานยาอย่างถูกต้อง การจัดการอาการข้างเคียงของยา การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการไอ การไปตรวจตามนัด) การส่งเสริมดูแลตนเองเพื่อป้องกันแพร่กระจายเชื้อ (การไอที่ถูกต้อง) *การเยี่ยมบ้านที่ใช้แนวคิดการจัดการกรณีศึกษาและทฤษฎีการพยาบาลของคิงจะเยี่ยมบ้านให้* เพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับและต่อเนื่องกันแต่ละสัปดาห์ กำหนดวัตถุประสงค์เยี่ยมบ้านและกิจกรรมการพยาบาลขณะเยี่ยมบ้านโดยเป็นไปตามกระบวนการพยาบาล

2.1.9 ภาวะเส้นเลือดอุดตัน พบว่า *ปัจจัยเสี่ยง* ได้แก่ เพศหญิง ท่าการยืน รองเท้าสูง ประวัติครอบครัว น้ำหนักเกิน จำนวนคลอตบุตรมาก โดยอาการ คือ เมื่อยล้ากล้ามเนื้ออ่อน ปวดตึงขา ตะคริว คันขาและข้อเท้า สิวข้อเท้าเพิ่มขึ้น *การประเมินผู้ป่วย* ริดสีดวงทวารระยะก่อนผ่าตัด

จะต้องพิจารณาความรุนแรงของอาการและอาการแสดง ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค ปัญหาและความต้องการทางร่างกายและจิตใจ ทักษะเผชิญความเครียด ระยะผ่าตัดต้องค้นหาปัญหาและความต้องการ ระยะหลังผ่าตัดต้องประเมินความปวดและความเข้าใจเรื่องยา ระยะหลังผ่าตัดจนตรวจต่อเนื่องต้องป้องกันการกลับเป็นซ้ำ *รูปแบบการดูแลต่อเนื่องมี 3 รูปแบบ* 1) นอนโรงพยาบาลวันเดียวที่พยาบาลเป็นเจ้าของไข้ ดูแลครอบคลุมมิติกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ 2) นอนโรงพยาบาลก่อนหนึ่งวันและดูแลผู้ป่วยรายกรณี เน้นประสานทีมสุขภาพด้วยแผนการดูแล และ 3) ผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอกที่เน้นพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยซึ่งเชี่ยวชาญทางคลินิก

2.1.10 โรคที่เกิดจากความร้อน พบว่า *แนวปฏิบัติสำหรับผู้ฝึก ครูฝึกและผู้ช่วยครูฝึกทหารประกอบด้วย* ซักประวัติก่อนฝึก ตรวจร่างกายและประเมินอาการ วินิจฉัยแยกความรุนแรงและปฐมพยาบาล *แนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพประกอบด้วย* วัตถุประสงค์สัญญาณชีพและปฐมพยาบาล (ถอดเสื้อผ้า ฟั่นน้ำเป็นละอองไปที่ตัว สังเกตชีพจร การหายใจและความดันโลหิต)

2.2 ภาวะสุขภาพทางจิต พบว่า *โปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพกับครอบครัวผู้ดูแลโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าประกอบด้วย* การให้ความรู้ การเปลี่ยนความคิดความเชื่อที่มีต่อโรค การเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลและการสรุปบทวน *แนวปฏิบัติการพยาบาลจะมีการคัดกรองหากพบภาวะนี้รุนแรงจะส่งต่อ หากมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยและปานกลางจะตรวจร่างกายและสัญญาณชีพ*

2.3 กลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหสุขภาพ แบ่งเป็น สตรีตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่นและแรงงานต่างด้าว ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกโดยประยุกต์แบบจำลองเพนเดอร์พบว่าเน้นส่งเสริม 3 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โปรแกรมประกอบด้วยแผนการสอนรายบุคคลและครอบครัว *แนวปฏิบัติพยาบาลส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ขึ้นไปประกอบด้วย* 1) ระยะตั้งครรภ์ ประเมินข้อมูลทั่วไป ตรวจร่างกายและการรับรู้ความสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 2) ระยะหลังคลอด ประเมินมารดาและทารก การได้รับยาแก้ปวดของมารดา กระตุ้นตามหลัก 3 ด. และประสิทธิภาพการดูดนมแม่ของทารก สอนหรือทบทวนเทคนิคให้นมบุตร ช่วยเหลือ ชมเชยให้กำลังใจ 3) ติดตามหลังคลอด *รูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก* แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ระยะฝากครรภ์ไตรมาส 2 ประเมินความตั้งใจเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คัดกรองเต้านมหัวนมและแก้ไข สอนหายใจบรรเทาปวด 2) ระยะหลังคลอดทันที นำเด็กมาให้โอบกอดและให้นมบุตรครั้งแรกสำหรับรายคลอดปกติ 3) ระยะหลังคลอด ให้ทารกดูดนมบ่อยๆ ให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ประเมินปัญหาก่อนกลับบ้าน 4) ระยะหลังจำหน่าย ประเมินการให้นมลูกต่อเนื่อง

เด็กและวัยรุ่นพบว่าปัจจัยทำให้เด็กอ้วน ได้แก่ ปัจจัยด้านเด็ก (สุขภาพ ความสามารถรับรส อารมณ์และจิตใจ) ปัจจัยครอบครัว (พันธุกรรม การถ่ายทอดความรู้) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ร้านอาหารใน โรงเรียนและชุมชน พฤติกรรมบริโภคของครอบครัว วัฒนธรรมบริโภคในท้องถิ่น การเลียนแบบและสื่อ ต่าง ๆ) ปัจจัยมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงสื่อกระตุ้น อารมณ์เพศ ปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียน การอยู่กับผู้ปกครอง ค่าใช้จ่ายรายวัน การประเมิน ภาวะอ้วนในเด็กประกอบด้วย การชั่งประวัติ การตรวจร่างกาย การประเมินจิตสังคม การตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การสังเกตพฤติกรรมบริโภคของเด็กและครอบครัว สิ่งแวดล้อม แนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อจัดการภาวะอ้วนในเด็กประกอบด้วย การใช้ครอบครัวเป็นฐาน การใช้โรงเรียนเป็นฐานและการใช้ ชุมชนเป็นฐาน แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น ประกอบด้วย 1) ประเมินทักษะผู้ดูแลต่อเด็กด้านปรับพฤติกรรม การใช้ชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือการเรียนและการปรับ อารมณ์เด็ก 2) แยกแยะระดับทักษะผู้ดูแล 3) การพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลเด็ก รูปแบบการพัฒนา ्हุ่นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บให้แก่วัยเรียนในชุมชนแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) สร้างความเป็น ्हุ่นส่วนสุขภาพโดยประสานกำหนดแผนงานและโครงการ 2) การสร้างระบบการทำงานของหุ่นส่วน สุขภาพและ 3) การพัฒนาความต่อเนื่องหุ่นส่วนสุขภาพด้วยโครงการ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมทักษะชีวิตการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมของวัยรุ่น ประกอบด้วย การใช้สถานการณ์ จำลอง กระบวนการกลุ่ม การระดมสมอง การอภิปรายกลุ่ม เกมส์ การแสดงบทบาทสมมติและการฝึก ทักษะ

แรงงานต่างด้าว พบว่า แรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการมีความเชื่อสุขภาพโดยรวม และรายด้านระดับปานกลาง (ด้านบริโภคอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านจัดการความเครียด ด้านสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านการให้ความสำคัญกับความคิดความเชื่อและด้าน อิทธิพลความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลแวดล้อม) การรับรู้การ เข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมและรายด้านระดับปานกลาง (ด้านสิทธิรับบริการสุขภาพ ด้านสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ด้านประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพ) ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ ได้แก่ การ รับรู้สิทธิสุขภาพและการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ

5.2 การอภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้อภิปรายตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยดังนี้

5.2.1 คุณลักษณะของวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์ เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่นำมาสังเคราะห์มีทั้งหมด 74 เรื่อง จำแนก เป็นวิทยานิพนธ์ 44 เรื่องและการศึกษาอิสระ 30 เรื่อง ซึ่งเกณฑ์การสำเร็จการศึกษาของนักศึกษาที่เลือก

ทำการศึกษาศิษระต้องมีผลงานทั้งหมดหรือบางส่วนจะต้องได้ดีพิมพ์ในวารสารหรือสิ่งพิมพ์ทางวิชาการหรือเสนอต่อที่ประชุมวิชาการที่มีรายงานการประชุม (Proceeding) อย่างน้อย 1 เรื่อง แต่จากการศึกษาพบว่าหลักสูตรที่มีการผลักดันให้นักศึกษาที่ทำการศึกษาศิษระตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารถึง 10 เรื่อง (จาก 30 เรื่อง) คิดเป็นร้อยละ 3.33 ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีต่อนักศึกษาและหลักสูตร เพราะการเผยแพร่ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการที่ได้มาตรฐานทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ นับเป็นเป็นตัวชี้วัดการประกันคุณภาพการศึกษา ระดับหลักสูตรในองค์ประกอบที่ 2 บัณฑิต ตัวบ่งชี้ที่ 2.2 (ปริญญาโท) ผลงานของนักศึกษาและผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเผยแพร่ ซึ่งผลงานของผู้สำเร็จการศึกษาต้องมีร้อยละของผลรวมถ่วงน้ำหนักของผลงานที่ตีพิมพ์เผยแพร่ต่อผู้สำเร็จการศึกษา ร้อยละ 40 ขึ้นไป (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. 2560) จึงเป็นสิ่งที่หลักสูตรควรที่เร่งพัฒนาในตัวบ่งชี้นี้ ส่วนผลดีต่อนักศึกษานั้นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์จากวารสารจะผ่านการประเมินคุณภาพ โดยคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง (peer reviewer) การตรวจสอบนี้เป็นเวทีให้นักศึกษาได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อค้นพบกับนักวิชาการ เกิดการเรียนรู้กระบวนการทัศน์ในการคิด วิเคราะห์ ที่จะนำไปสู่การออกแบบวิจัยที่ดีขึ้น (รัตนศิริ ทาโต. 2551)

ภาพรวมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่มีระดับความน่าเชื่อถือระดับ 3 คือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ร้อยละ 18.92) และการวิจัยกึ่งทดลอง (ร้อยละ 13.51) ถือว่าเป็นระดับงานวิจัยที่น่าเชื่อถือได้ในการนำมาทบทวนวรรณกรรม ซึ่งงานวิจัยที่ควรนำมาทบทวนวรรณกรรมควรเป็นงานวิจัยที่มีระดับ 1-3 เพราะเป็นงานวิจัยที่มีการออกแบบงานวิจัยและควบคุมตัวแปรได้เป็นอย่างดี (Melynk and Fineout - overholt. 2005 อ้างถึงในฟองคำ ติลกสกุลชัย. 2549) กลุ่มเป้าหมายที่ทำการศึกษาคือกลุ่มเป้าหมายเป็นระดับบุคคลมากที่สุด (ร้อยละ 70.27) รองลงมา คือบุคคลครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (ร้อยละ 14.86) น่าจะเนื่องด้วยกลุ่มผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายที่นักศึกษาปฏิบัติงานด้วยโดยตรง ทำให้สามารถเข้าถึงผู้ใช้บริการได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการศึกษา อีกทั้งสัดส่วนของนักศึกษาที่เลือกทำการศึกษาศิษระมีจำนวนมาก การพัฒนาแนวปฏิบัติพยาบาลจึงมีปริมาณมากตามมา ซึ่งลักษณะสำคัญของการศึกษาศิษระ คือ หลังจากค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือแล้วจะต้องสร้างขั้นตอนการปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้จริง ทดลองใช้จริงกับผู้ใช้บริการ วัดผลการใช้ที่เกิดกับสุขภาพและบริบทชีวิตของทั้งผู้ใช้และผู้ให้บริการและปรับปรุงแนวปฏิบัติที่เกิดประโยชน์กับผู้ใช้บริการและทีมสุขภาพต่อไป (Melynk & Fineout-Overholt. 2011: 4) นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่เลือกศึกษายังสอดคล้องวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ต้องการให้นักศึกษาสามารถบริหารจัดการการบริการพยาบาลให้กับกลุ่มเป้าหมายทุกระดับ ได้แก่บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน อย่างเป็นระบบโดยมีการแสวงหาความรู้ใหม่จาก 3 ส่วน คือ “การพยาบาล” “เวชปฏิบัติ” และ “ชุมชน” ด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพและการวิจัยปฏิบัติการ โดยการวิจัยทั้ง 3 ลักษณะนี้ต่างช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับลักษณะปัจจัย ความสัมพันธ์ของปัจจัยเชิงลึกใน

มิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ใช้บริการ มิติครอบครัว มิติผู้ให้บริการ คือ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและมิติสิ่งแวดล้อมที่มีผลภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (Creswell. 2014: 11) ทำให้นักศึกษาสามารถคิดรอบด้านครอบคลุม 3 ส่วนและคิดเป็นระบบที่จะต้องช่วยเหลือผู้ใช้บริการซึ่งมีความเป็นบุคคลของตนเองบนบริบทครอบครัวและชุมชนให้สามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพและการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพด้วยองค์ความรู้เรื่องโรคและการจัดการโรคตามขอบเขตวิชาชีพ

ประโยชน์ของผลการศึกษานำไปใช้ในการป้องกันระดับทุติยภูมิ (เป็นการตรวจวินิจฉัยให้ทราบตั้งแต่ในระยะเกิดโรค เน้นการป้องกันในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว) และตติยภูมิ (เป็นการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเพื่อลดอาการแทรกซ้อนจากโรค) มากที่สุด (ร้อยละ 27.04) ทำให้เห็นว่าการวิจัยส่วนใหญ่มุ่งไปที่ผู้ใช้บริการซึ่งมีปัญหาสุขภาพลักษณะใดลักษณะหนึ่งได้รับประโยชน์ในแง่การป้องกันไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของการป้องกันสุขภาพระดับทุติยภูมิที่มุ่งไปยังการจัดการโรคของผู้ใช้บริการหลังจากได้รับการวินิจฉัยเพื่อไม่ให้โรครุนแรงมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดความพิการ โดยการจัดการนั้นมุ่งเน้นการใช้ยา การปรับพฤติกรรมผู้ใช้บริการและการฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะ แต่ถ้าเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิจะต้องลดปัจจัยเสี่ยงทุกระดับที่จะนำไปเกิดโรคซึ่งต้องอาศัยความรู้จากหลายศาสตร์ ดำเนินการแบบประชากรเป็นฐานหรือชุมชนเป็นฐานและประยุกต์ใช้ศาสตร์เหล่านั้นอย่างชัดเจน (Raingruber. 2014: 15-16)

5.2.2 สังเคราะห์องค์ความรู้การจัดการดูแลภาวะสุขภาพจากวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ ที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในช่วง พ. ศ. 2550-2559 พบว่าลักษณะภาวะสุขภาพที่จัดการดูแลประมวลได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ภาวะสุขภาพกาย 2) ภาวะสุขภาพจิต และ 3) กลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพ โดยปัญหาด้านสุขภาพกายเป็นปัญหาที่มีความสำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบันและอนาคต มีความหลากหลายและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน ขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตใจมีเพียงประเด็นเดียว คือ ภาวะซึมเศร้า ส่วนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพมี 3 กลุ่ม คือ แรงงานต่างด้าว สตรีตั้งครรภ์ เด็กและวัยรุ่น ปัญหาด้านสุขภาพกายที่มีการศึกษาค่อนข้างชัดเจนและหลากหลายน่าจะเนื่องจากเป็นสถานการณ์จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติงาน ตรงความสนใจของนักศึกษาและหน่วยงาน ตลอดจนสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพประการสำคัญ คือ เป็นปัญหาซับซ้อนที่ตรงกับขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ระบุว่าหมายถึง การกระทำการพยาบาล บริหารปัญหาสุขภาพหรือผู้ใช้บริการที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่หรือของประเทศ (สภาการพยาบาล. 2552: 29) ส่วนปัญหาสุขภาพจิตใจมีการศึกษาไม่มากนัก แทรกอยู่ในหัวข้อการประเมินสุขภาพขั้นสูงของ 1 รายวิชา นอกนั้นในรายวิชาที่เกี่ยวข้องจะเน้นจัดการโรคด้วยความรู้ทางเวชปฏิบัติเป็นหลัก

(มคอ. 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. 2555) สำหรับกลุ่มเสี่ยงยังมีการศึกษาไม่มากนักเนื่องด้วยการกำหนดความสำคัญของการศึกษาไปที่ภาวะสุขภาพควบคู่กับความสำคัญของกลุ่มเสี่ยงมีความยากและซับซ้อนมากกว่า ประกอบกับการเข้าไปศึกษากลุ่มเสี่ยงต้องใช้การทำงานเชิงรุกมากกว่ากลุ่มผู้ใช้บริการที่มีปัญหาสุขภาพชัดเจน

การจัดการดูแลภาวะสุขภาพที่พบสะท้อนการให้ความสำคัญกับบางสมรรถนะ โดยเฉพาะสมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารกและกลุ่มอื่นในชุมชนชนที่มีปัญหาซับซ้อน (Direct Care) และสมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) (สภาการพยาบาล. 2552: 30- 32) เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่มุ่งให้การพยาบาลระดับบุคคลและเน้นการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามที่กล่าวแล้วข้างต้น

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. สำหรับการบริหารหลักสูตร

1.1 นำผลการวิจัยสำคัญที่พบ โดยเฉพาะการออกแบบวิธีการศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ลักษณะภาวะสุขภาพที่ควรจัดการดูแล แนวทางการจัดการดูแลภาวะสุขภาพเป็นข้อมูลสำหรับการวางระบบการจัดการเรียนการสอนในแต่ละปีการศึกษา รวมถึงการพัฒนาหลักสูตรในรอบการปรับปรุงครั้งต่อไป

1.2 ขยายกลุ่มเป้าหมายของการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระให้สมดุลทั้งผู้ใช้บริการระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน โดยเฉพาะระดับครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพบุคคลและได้รับอิทธิพลจากสุขภาพบุคคลในบริบทของสุขภาพชุมชน

1.3 เพิ่มแบบการศึกษาของการวิจัยเชิงปริมาณ การวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปฏิบัติการให้มีความหลากหลายโดยยึดหลักว่าต้องมีความลุ่มลึกหรือการบูรณาการของ 3 ส่วน คือ “การพยาบาล” “เวชปฏิบัติ” และ “ชุมชน” ในแต่ละการศึกษาอย่างชัดเจน นอกจากนี้ ควรโน้มน้าวให้ออกแบบการจัดการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้ครอบคลุมมากขึ้น

1.4 ขยายประเด็นภาวะสุขภาพหลักของการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระด้านปัญหาสุขภาพจิตใจและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงทางสุขภาพให้เพิ่มมากขึ้น โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับประเด็นหลักด้านสุขภาพกายเพื่อสร้างเนื้อหาของความรู้ใหม่ในมิติสุขภาพแต่ละมิติได้ครอบคลุมขณะเดียวกันประเด็นย่อยในแต่ละมิติสุขภาพควรกำหนดให้หลากหลายพร้อมกันไปด้วย

1.5 วางแผนบริหารการเรียนการสอนในรายวิชาต่างๆ อย่างเป็นลำดับและเพิ่มความเข้มข้นของการทำความเข้าใจกลุ่มผู้ใช้บริการทั้งระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชนและวิธีบูรณาการ “การพยาบาล” “เวชปฏิบัติ” และ “ชุมชน” ทั้งในวิชาภาคทฤษฎีและปฏิบัติเพื่อให้สามารถกำหนดประเด็นการทำวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีความเป็นไปได้สูงที่จะเข้าไปศึกษากลุ่มเป้าหมายที่สนใจ ซึ่งจะช่วยให้หลักสูตรได้รับการพัฒนาปรับปรุงจากความรู้ที่ถูกรสร้างโดยวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างต่อเนื่อง

1.6 ควรนำผลงานของการศึกษาอิสระไปต่อยอดในการทำวิจัยให้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน

2. สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 วางแผนการสังเคราะห์งานวิจัยด้วยระเบียบวิธีที่มีความลุ่มลึกมากขึ้น เช่น การวิเคราะห์ทอภิมานเพื่อให้มีการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการเป็นเป้าหมายอย่างชัดเจน ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ทราบขนาดอิทธิพลและตัวแปรที่มีผลต่อความแปรปรวนของค่าดัชนีมาตรฐานของภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการที่กำหนด ซึ่งจะทำให้ได้ข้อสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการมากขึ้น

2.2 ควรมีการศึกษาระยะยาวของการสังเคราะห์งานวิจัย ซึ่งอาจใช้รูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหาเช่นเดิมหรือรูปแบบที่ลุ่มลึกมากขึ้น โดยอาจแยกวิเคราะห์เฉพาะวิทยานิพนธ์ออกจากการศึกษาอิสระเพื่อค้นหาความรู้เชิงลึกจากวิธีวิจัยที่มีแบบแผนการศึกษาต่างกัน

2.3 ศึกษาเชิงลึกด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาซ้ำ โดยเลือกศึกษาประเด็นที่มีความสำคัญสูง เช่น ค้นหาการจัดการดูแลภาวะสุขภาพผู้ให้บริการในแง่การประเมิน การวินิจฉัยและการให้การดูแล ซึ่งจะทำให้ได้การดูแลเฉพาะโรคหรือเฉพาะปัญหาสุขภาพที่นำไปต่อยอดด้วยการสร้างรูปแบบการดูแลหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดจากการสังเคราะห์งานวิจัย

บรรณานุกรม

- กรรณา ประมูลสินทรัพย์. (2556). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งแรก.**วิทยานิพนธ์ หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- กิชรา มาศโอสถ. (2560). **ปัจจัยทำนายนายการรับรู้สมรรถนะตนเองในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.**วิทยานิพนธ์ หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ขวัญมนัส พรรณสุผล. (2558). **คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในสถานประกอบการอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.**วิทยานิพนธ์ หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บัณฑิตวิทยาลัย. (2556). **คู่มือวิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระ ฉบับปรับปรุงครั้ง 5 ประจำปีการศึกษา 2556.** มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- งานวิจัยและเผยแพร่คณะศิลปศาสตร์สถาบันการพลศึกษาวิทยาเขตมหาสารคาม. (2557). **รายงานสังเคราะห์งานวิจัยคณะศิลปศาสตร์ที่ได้รับการเผยแพร่ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2556.** รายงานวิจัย.
- จรรย์า ทรัพย์เรือง. (2553). **การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จันทร์ธา น้ำดอกมะลิ. (2555). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีภาวะดัชนีมวลกายเกิน.**การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จันทร์ธาไชยศรี. (2557). **แนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นเลิศเพื่อการจัดการภาวะอ้วนในเด็ก :** **สังเคราะห์งานวิจัย.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- จิราพร เดชมา. (2553). การศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้เป็นเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จาวรรรณ ศรีเวียงยา. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สังกัดสำนักเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เจตจรรยา บุญญกุล. (2557). รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบางโหลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จุฑารัตน์ ผู้พิทักษ์กุล. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณคอและกระดูกสันหลังจากอุบัติเหตุ ณ จุดเกิดเหตุจนนำส่งสถานพยาบาลของศูนย์หัวเฉียวพิทักษ์ชีพชน – ปอเต็กตึ๊ง-โรงพยาบาลหัวเฉียว. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จุฑารัตน์ ภาคะนันท์. (2555). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จุฬารรรณ จิตดอน. (2558). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาด้วยระบบยาระยะสั้น อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- จุฑารัตน์ อินทะโชติ. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ฉบาไพโร ทองหล่อ. (2558). การพัฒนาระบบการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมเพื่อการรับประทานยา
ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ อุดตัน.วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม.
 (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัว
 ฉีเยวเฉลิมพระเกียรติ.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2549). การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์ หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต
สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยทักษิณ. ภาควิชาการประเมินผลและวิจัย
 คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- เฉลิมขวัญ คล้ายมาลา. (2550). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวาร
หนักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวฉีเยวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชญานิษฐ์ แก้วทะนงงค์. (2557). การพัฒนาระบบการดูแลผู้มีภาวะเสีงโรคหลอดเลือดหัวใจ
แบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการ
 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวฉีเยวเฉลิมพระ
 เกียรติ.
- ชวนพิศ จิตมาภัย. (2552). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อป้องกัน
การติดเชื้อในผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด. การศึกษาอิสระหลักสูตร
 พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยหัวฉีเยวเฉลิมพระเกียรติ.
- ชาญวิทย์ พรนภดล,ณัฐกานต์ วิชुरย์และศิริรินดา จันทรเพ็ญ. (2556). การศึกษาความเชื่อถือได้และ
 ความแม่นยำของแบบสัมภาษณ์ Diagnostic interview for children and
 adolescents-revised (DICA-R-P และ DICA-R-A) ฉบับภาษาไทยเพื่อการวินิจฉัยโรค
 อารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) ในวัยรุ่น.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ,
 58(2): 135-146.
- ชูขวัญ เสงชัยโย. (2558). พฤติกรรมการบริโภคอาหารขณะตั้งครรภ์แรกของหญิงแรงงานต่างด้าว
ชาวเมียนมาร์ที่มารับบริการแผนกสูติกรรมหลังคลอด รพ.สมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์
 หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยหัวฉีเยวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- ณัฐธัญญา ศรีจตุรัส. (2557). **การสังเคราะห์วิทยานิพนธ์และการศึกษาอิสระที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมในประเทศไทย**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ณิชาพร คงบันเทิง. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ทรรศนีย์ นาคราช. (2550). **การพัฒนากระบวนการการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์. (2553). เครื่องมือการเก็บข้อมูล. สืบค้นจาก <http://www.drmanage.com/index.php?lay=show&ac=article&id=538662815>
- ชนวรรณ เมาทือทอง. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ธมนพรรัช บุญเจริญ. (2557). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับประทานยาในทหารที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ธนัชฐา อังคารระอาพันธ์. (2549). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการชะลอความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ธัญพร ปานสุวรรณ. (2555). **การแสวงหาความช่วยเหลือของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ก่อนเข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรค โรงพยาบาลสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นงลักษณ์ วิรัชชัย. (2542). **การวิเคราะห์อภิมาน**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นางลักษณ์ วิรัชชัยและสุวิมล ว่องวานิช. (2542). **การสังเคราะห์งานวิจัยทางการศึกษาด้วยการวิเคราะห์ทอิกมานและการวิเคราะห์เนื้อหา**. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ กระทรวงศึกษาธิการ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- นภาพร ลิ้มโตโสภณพานิช. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง : กรณีศึกษาคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง**. การศึกษาอิสระ หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นิตยา ทานันท์. (2557). **การจัดการความเสี่ยงผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำที่บ้านแบบมีส่วนร่วมโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน**.วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นิตยา แยมมี. (2550). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไต**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นันทวรรณ ยิ้มประเสริฐ. (2558). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการพฤติกรรมด้านอาหารและการออกกำลังกายในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- นันทน์ภัส สิทธิโกศล. (2550). **การพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน**.วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บุญศรี พรหมมาพันธ์. (2557) **การสังเคราะห์งานวิจัยจากวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับการวัดและประเมินผลการศึกษาสาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช**. **วารสารศึกษาศาสตร์มสธ.**, 7(1 (ม.ค. – มิ.ย.): 38-50.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- บุษกร มงคลนิมิตร. (2554). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของพยาบาลเวชปฏิบัติต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- บุษบงก์ วิเศษพลชัย.(2550). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมในชุมชน**.การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ประทีป ปัญญา.(2551).**การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองเป็นอัมพาตครึ่งซีกที่บ้าน**.การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ประเสริฐ สีนวน. (2557). **ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเพื่อป้องกันการกำเริบของภาวะหายใจลำบากของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ปราชญา ศุภฤกษ์ไยธิน. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยเอดส์ในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีให้สม่ำเสมอและต่อเนื่อง**. การศึกษาอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ปาริชาติ เกิดฤทธิ์. (2558). **ผลของโปรแกรมทักษะชีวิตเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พรทิพย์ จอกกระจาย. (2549). **แนวปฏิบัติการวินิจฉัยและการจัดการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายนอกโรงพยาบาลโดยใช้ผลการวิจัย**.การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พรทิพย์ ชูตินันท์. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- พัชรภักดิ์ ไชยสังข์. (2552). **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พัชรินทร์วิณโรจน์. (2554). **การจัดการความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พัชรี รัศมีแจ่ม. (2552). **การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรก กรณีศึกษาโรงพยาบาลหัวเฉียว.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พัชรินทร์ อยู่ยืนยง. (2553). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการควบคุมระดับไขมันในเลือดผู้มีภาวะไขมันในเลือดสูงในกลุ่มเสี่ยงน้อยและเสี่ยงปานกลาง.** การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เพ็ญศรี ธารมดี. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าของเกษตรกรเบาหวาน.** การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ไพรัตน์ กาพาด. (2559). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในชุมชนภาคกลาง.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ไพรัช ม่วงศรี. (2554). **ประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่.** วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- นิตยา แยมมี. (2550). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2 จากเบาหวานเพื่อชะลอการเสื่อมของไต**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ยุพิน สาเรือง. (2557). **การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กวัยเรียนในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ยุพา สุทธิมนัส. (2556). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ยุภา โปผา. (2557). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติที่ไม่สามารถควบคุมได้**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ยมนา ชนะนิลและเรื่องอุไร อมรไชย. (2555). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะทางวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลโดยการวิเคราะห์อภิमान. **วิจัยและประเมินผลอุบลราชธานี, 1.1** (กค.-ธค.): 74-84.
- มัตถก ศรีคล้อ. (2557). **ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสร้างการดูแลทำต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมของการดูแลทำของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- มานิดา เดชากุล. (2557). **การสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้เป็นเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รสสุคนธ์ สืบสังข์. (2552). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน ในรพ.บางนา 1**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- รังสิมา ไชยพงศ์. (2557). การพัฒนาแนวปฏิบัติการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและยาของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รัตนา ลิ้มอารีย์ธรรม. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติของผู้ทำการฝึกทหารเพื่อป้องกันโรคที่เกิดจากความร้อนในการฝึกทหารใหม่. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รัตน์ชรีญาภรณ์ คำราพิศ. (2555). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนโดยใช้ระบบปฏิสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพพยาบาลของคิง. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รัตน์ศิริ ทาโต (2551). แหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการทางพยาบาลศาสตร์. วารสารพยาบาลสภาภาคไทย. 1(1): 1-16
- รัชณี นามจันทร์. (2553). การทบทวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วารสารสภาการพยาบาล, 25(4): 109-125.
- วรรณช ทองไทย. (2555). แนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้า. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วารภรณ์ตรีวิชา. (2557). แนวทางการจัดการกับภาวะหายใจยากลำบากเฉียบพลันด้วยตนเองที่บ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วันทนา แก้ววงษ์. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วิจิตร วรธนวุฒิ. (2553). การพัฒนาหุ่นส่วนสุขภาพสำหรับผู้เป็นเบาหวานโดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- วิภาวี ชูแก้ว. (2558). **กระบวนการสร้างหุ่นส่วนสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม ชุมชน พัทธมิตรธรรม ตำบลสำโรงใต้ อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ศิริยุพา พูลสุวรรณ. (2541). **การศึกษาประสิทธิภาพของสื่อการสอนโดยการวิเคราะห์ห่อภิมาณ**. ปริญญาานิพนธ์การศึกษาดุขฎีบัณฑิต สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ.
- สภาการพยาบาล. (2552). **ประกาศสภาการพยาบาลเรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาต่างๆ**. http://www.tnc.or.th/files/2010/02/page-125/_20344.pdf
- สายัณ พึ่งตระกูล. (2551). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล เพื่อสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ ผู้ให้บริการในชุมชนที่เป็นโรคหอบหืดซ้ำ**.การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สิริชชา จิรจรรุภัทร. (2553).**การศึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง**.วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุกัลยา เสือชุมแสง. (2557). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดดำ ขอดในหญิงที่ยืนทำงาน**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุธิดา ธีระพิทยานนท์. (2549). **การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การควบคุมระดับไขมันในเลือดของเจ้าหน้าที่องค์การค้ำของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริม สวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย หัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- สุมานี ศรีกำเนิด. (2551). **การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุวัจน่า ภักดีภูมินทร์. (2555). **การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุวิมล ว่องวานิช. (2545). **เคล็ดลับการทำวิจัยในชั้นเรียน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรไทย.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2531). **วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ**. : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โสมนัส ว่องไววุฒิกุลเดช. (2551). **ประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มและการให้ความรู้เป็นรายบุคคลต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเท้าและสภาพเท้าของทหารที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2**. วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- เสาวณีย์ สิงหา.(2557). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมในเขตเทศบาลตำบลแพรงษาอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ โดยประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของคิง**.วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2557). **คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษาฉบับปีการศึกษา 2557**. สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2560). **คู่มือการประกันคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษาฉบับปีการศึกษา 2557**. สำนักมาตรฐานและประเมินผลอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.
- สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. (2555). **รายงานการคัดสรร วิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยการเรียนการสอนปีการศึกษา 2555**. มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. รายงานฉบับสมบูรณ์. หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2547. (2547). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2552. (2552). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- อัครรัตน์ วชิรเดวีชญ์. (2558) .**การประเมินผลโครงการสุขภาพดีเริ่มที่บ้านโรงพยาบาลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี : กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อ้อมใจ แก้วประหลาด. (2553). **การศึกษาการดูแลต่อเนื่องที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก.**วิทยานิพนธ์หลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อ้อย ไพโรพนาพันธ์.(2557).**แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล.**การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). **รายงานการวิจัยฉบับที่ 115 เรื่อง การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย.** สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- อัจฉรา คำมะทิตย์ และ มัลลิกา มากรัตน์. (2559).**การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ: วิธีการปฏิบัติที่ละขั้นตอน.** วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 3 (3) กันยายน - ธันวาคม: 246-259.
- อัจฉราภา ประเทศา. (2557). **แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อเพิ่มทักษะการดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคสมาธิสั้น.** การศึกษาอิสระหลักสูตร พย.ม. (สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) สมุทรปราการ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- อุทุมพร จามรมาน. (2531). **การสู่มตัวอย่างทางการศึกษา.** กรุงเทพฯ: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Cook, D.J., Mulrow, C.D. & Haynes, R.B. (1997). Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. *Ann Intern Med*, 126(5):376-80.
- Cooper, H.& Hedges, L.V. (1997). Research synthesis as a scientific enterprise. In H.Cooper & L.V. Hedges (Eds.). *The handbook of research synthesis* (pp. 3-14). New York: Russel Sage Foundation.
- Creswell, J.W. (2014). **Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches.** 4th. Los Angeles: SAGE Publications, Inc.

บรรณานุกรม (ต่อ)

- Donald et al. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. **International Journal of Nursing Studies**, 52: 436–451.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). **Meta-analysis in social research**. Beverly Hills, CA: Sage.
- Kanda et al. (2015). Effectiveness of community-based health services by nurse practitioners: Protocol for a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open** 5(6):e006670.
- Krippendorff, K. (1980). Validity in content analysis. In E. Mochmann Ed.), *Computerstrategien für die kommunikationsanalyse* (pp. 69-112). Frankfurt, Germany: Campus.
Retrieved from http://repository.upenn.edu/asc_papers/291.
- Maughan (2003). The Impact of School Nursing on School Performance: A Research Synthesis. *The Journal of School Nursing*, 19(3): 163-171.
- Mack, N., Woodsong, C., Macqueen, K.M., Guest, G. & Namay, E. (2011). **Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide**. Family Health International. U.S.A Retrieved from : <https://www.fhi360.org>.
- Martínez-González et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a Systematic review and meta-analysis. **BMC Health Services Research**, 14: 214. Retrieved from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-214>.
- Melnyk, B. & Fineout-Overholt, E. (2011). **Evidence-based practice in nursing & healthcare: A Guide to best practice**. 2nd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Raingruber, B. (2014). *Contemporary Health Promotion in Nursing Practice*. California: Jones & Bartlett learning.
- Stanik-Hutt, E. et al (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. **Journal for Nurse Practitioners**. 9(8): 492-500.e13. Retrieved from: http://www.medscape.com/viewarticle/810692_3

บรรณานุกรม (ต่อ)

Swan et al. (2015). Quality of primary care by advanced practice nurses: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5): 396–404.
Retrieved from: <http://www.mc.vanderbilt.edu>.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก
แบบบันทึกข้อมูลการสังเคราะห์งานวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลการสังเคราะห์งานวิจัย

1. ชื่อเรื่อง.....
2. ชื่อนักศึกษา.....
3. รหัสนักศึกษา.....
4. ปีที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่.....
5. ลักษณะงาน
 - วิทยานิพนธ์ การศึกษาอิสระ
6. ระดับงานวิจัย
 - การวิจัยที่มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบหรือการวิเคราะห์เมตาจากงานวิจัยเชิงทดลองหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (ความน่าเชื่อถือระดับ 1) งานวิจัยเชิงทดลองหรือแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม(ความน่าเชื่อถือระดับ 2)
 - การวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มเข้ากลุ่ม(ความน่าเชื่อถือระดับ 3)
 - การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (ความน่าเชื่อถือระดับ 3)
 - การวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(ความน่าเชื่อถือระดับ 5)
 - การวิจัยเชิงบรรยายและการวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้จากการวิจัยเดี่ยว (ความน่าเชื่อถือระดับ 5)
 - หลักฐานจากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะหรือผู้ทรงคุณวุฒิ
7. วัตถุประสงค์การศึกษา(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - การสร้างเครื่องมือ
 - การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 - การอธิบายลักษณะการทำนาย
 - การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม
 - การวิจัยเชิงประเมินผลโครงการ
 - การพัฒนารูปแบบการดูแล
 - การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล
 - การทำความเข้าใจการให้ความหมาย
 - การสร้างความรู้ใหม่ด้วยการสังเคราะห์งานวิจัย
 - อื่นๆระบุ.....

8. แบบแผนการศึกษา

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> วิจัยเชิงคุณภาพ | <input type="checkbox"/> วิจัยเชิงศึกษาเปรียบเทียบ |
| <input type="checkbox"/> วิจัยเชิงศึกษาความสัมพันธ์/สหสัมพันธ์ | <input type="checkbox"/> วิจัยเชิงทำนาย |
| <input type="checkbox"/> วิจัยและพัฒนา | <input type="checkbox"/> วิจัยกึ่งทดลอง |
| <input type="checkbox"/> วิจัยเชิงประเมินผล | <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... |

9. แนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

- รูปแบบการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของศูนย์ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
- เกณฑ์การประเมินงานวิจัยของStetler
- สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนของสภาการพยาบาล
- การดูแลต่อเนื่อง
- การวิจัยแบบมีส่วนร่วม
- การปรับตัว
- การจัดการความเสี่ยง
- การเสริมพลังอำนาจ
- ทฤษฎีหรือแบบจำลองทางการพยาบาล ระบุ.....
- หุ้นส่วนสุขภาพ
- การให้ความรู้รายบุคคลและกระบวนกลุ่ม
- ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง
- การประเมินโครงการ
- อื่นๆระบุ.....

10. อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างเอกชนหรือในสถานประกอบการ | <input type="checkbox"/> ข้าราชการ |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม | <input type="checkbox"/> ค้าขาย |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง | <input type="checkbox"/> แม่บ้าน พ่อบ้าน |
| <input type="checkbox"/> นักศึกษา | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |

11. เพศของกลุ่มตัวอย่าง

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ชาย | <input type="checkbox"/> หญิง | <input type="checkbox"/> ชายและหญิง |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

12. การกำหนด Inclusion criteria และ Exclusion criteria เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> กำหนด | <input type="checkbox"/> ไม่กำหนด |
|--------------------------------|-----------------------------------|

13. วิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

Non-Probability Sampling แบบ.....

Probability samplingแบบ.....

14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

สถิติพรรณนา

สถิติวิเคราะห์

Point biserial correlation

Pearson correlation

ไค-สแควร์

Regression

t-test

Paired-t-test

อื่นๆระบุ.....

สถิติวิเคราะห์สำหรับการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ (Non-statistical analytic)

Kolmogorov-Smirnor

Mann-Whitney U test

Wilcoxon

Content analysis

อื่นๆระบุ.....

15. ระดับของกลุ่มเป้าหมาย

บุคคล

ครอบครัว

กลุ่มคน

บุคคลและครอบครัว

บุคคล ครอบครัวและกลุ่มคน

บุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน

อื่นๆระบุ.....

16. ประโยชน์ของผลการศึกษานำไปใช้ในเชิงป้องกันสุขภาพ

การป้องกันระดับปฐมภูมิ

การป้องกันระดับทุติยภูมิ

การป้องกันระดับตติยภูมิ

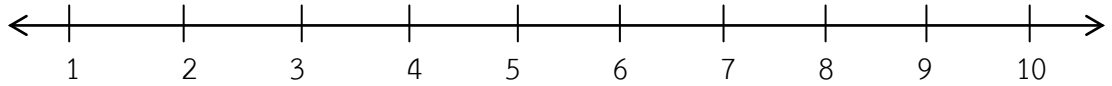
การป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

การป้องกันระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

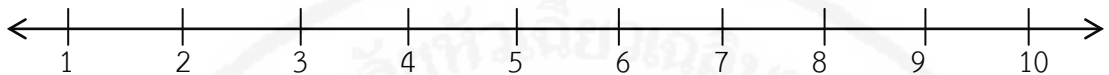
การป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและ

ตติยภูมิ

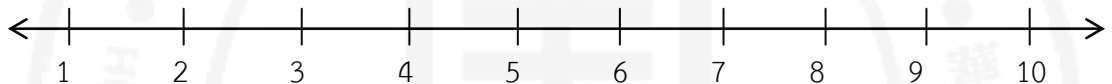
17. ประโยชน์ของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังการดูแลต่อเนื่อง (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



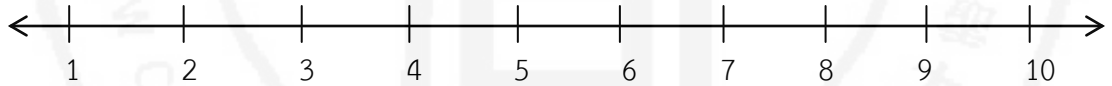
18. ความลุ่มลึกในการประยุกต์ใช้แนวคิดหรือทฤษฎี (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



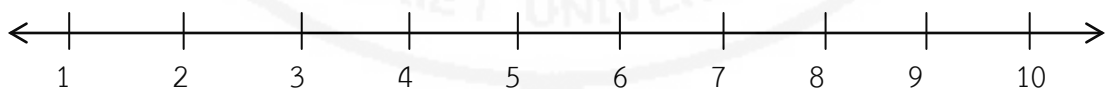
19. ความลุ่มลึกในการประยุกต์ใช้หรือวิเคราะห์แนวคิดหรือทฤษฎีทางการแพทย์ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



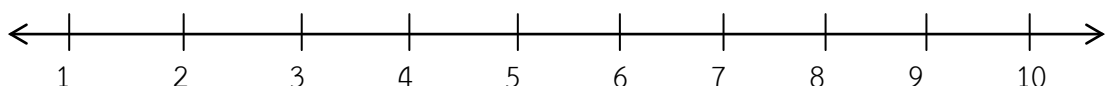
20. ความลุ่มลึกในการค้นคว้า วิเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ทางเวชปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



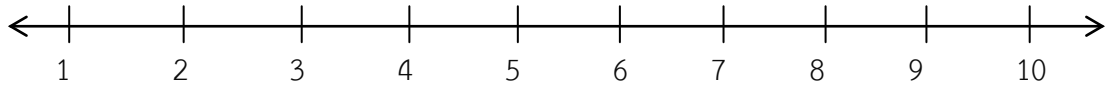
21. ความลุ่มลึกในการวิเคราะห์ สังเคราะห์หรืออภิปรายความรู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



22. คุณค่าของผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องไปยังอัตลักษณ์การปฏิบัติการพยาบาลด้วยหัวใจ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



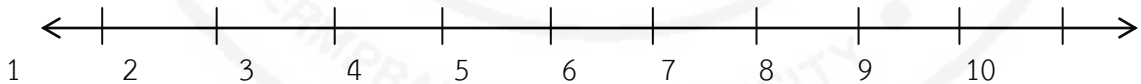
23. คุณค่าของผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของสาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



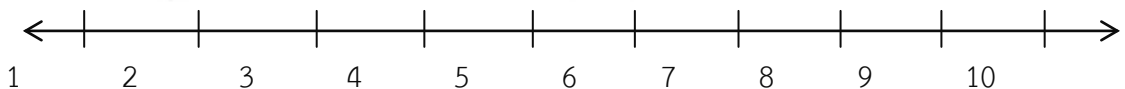
24. สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ปรากฏ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สมรรถนะที่ 1 พัฒนาจัดการกำกับระบบการดูแลบุคคลกลุ่มคน ครอบครัวและชุมชนด้านสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษาโรคเบื้องต้นและฟื้นฟู
- สมรรถนะที่ 2 ดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุมารดาและทารกและกลุ่มปัญหาซับซ้อน
- สมรรถนะที่ 3 ประสานงาน
- สมรรถนะที่ 4 เสริมสร้างพลังอำนาจ สอน ฝึกเป็นพี่เลี้ยงการปฏิบัติ
- สมรรถนะที่ 5 ให้คำปรึกษาบุคคลครอบครัวกลุ่มคนและชุมชน
- สมรรถนะที่ 6 นำการเปลี่ยนแปลง
- สมรรถนะที่ 7 ให้เหตุผลทางจริยธรรมและตัดสินใจเชิงจริยธรรม
- สมรรถนะที่ 8 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
- สมรรถนะที่ 9 จัดการและประเมินผลลัพธ์

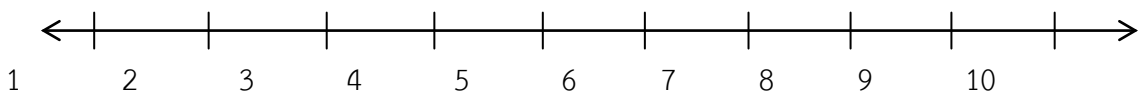
25. ความสามารถในการนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยใหม่ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



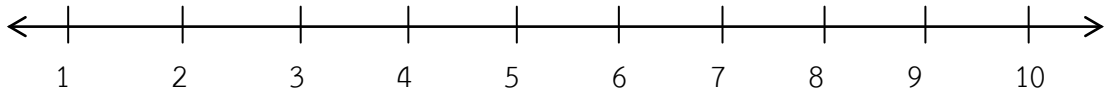
26. ความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



27. ความสามารถในการนำไปต่อยอดในการพยาบาลอื่น (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



28. ความสามารถในการนำไปต่อยอดเชิงนโยบาย (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)



29. ประเด็นสุขภาพที่ศึกษา.....

30. ลักษณะการทบทวนวรรณกรรม

.....

.....

31. ลักษณะการออกแบบระเบียบวิธีศึกษา

.....

.....

32. ลักษณะภาวะสุขภาพที่จัดการดูแล

ภาวะสุขภาพ ที่จัดการดูแล	ลักษณะที่จัดการดูแล
1.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
2.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

ภาวะสุขภาพ ที่จัดการดูแล	ลักษณะที่จัดการดูแล
3.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
4.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
5.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
6.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
7.	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



ภาคผนวก ข
ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

คณะผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม
ประวัติการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลครอบครัว) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
ชื่อ-สกุล	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย
ประวัติการศึกษา	สาธารณสุขดุษฎีบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สค.ม. (ประชากรศาสตร์) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ประกาศนียบัตรเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
สถานที่ติดต่อ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
ชื่อ-สกุล	อาจารย์พัชรี รัศมีแจ่ม
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ อนุมัติบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

ชื่อ-สกุล	พตต.หญิง ดร.ปิยะรัตน์ สมันตรัตน์
ประวัติการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลหลักสูตรนานาชาติ) มหาวิทยาลัยมหิดล พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก) มหาวิทยาลัยมหิดล พย.บ. (การพยาบาลและผดุงครรภ์) วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ
สถานที่ติดต่อ	กลุ่มวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

