

การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) ต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

Development of a Home Ward Care Model to Improve Health Literacy in Patients with Hypertension, Chaiyo Hospital.

(Received: March 23,2026 ; Revised: March 26,2026 ; Accepted: March 29,2026)

ศิรินทร์ทิพย์ ทองศักดิ์¹
Sirinthip Thongsuk¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนา และประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ดำเนินการในเดือนกันยายน พ.ศ. 2568 - มีนาคม พ.ศ. 2569 รวม 7 เดือน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายจำนวน 25 คน และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่มแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกทางคลินิก และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบก่อนหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "รูปแบบ Chaiyo Home-CARE Model" ประกอบด้วย การประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเอง การวางแผนและพัฒนาสื่อความรู้ การให้ความรู้และพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคนิค Teach-back และ Line OA การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามแนวคิด 3 หมอ การสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และการประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ ผลการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นเป็นระดับ ปานกลาง ($\bar{X} = 97.57$, S.D. = 8.01) คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 84.97$, S.D. = 3.69) ค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลง และผู้ป่วยสามารถควบคุม ความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 56.67 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบระดับมาก ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.10) และทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.06$, S.D. = 0.13) การทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพ คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง และตัวชี้วัด ทางคลินิกทุกรายการมีความแตกต่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน ความรู้ด้านสุขภาพ โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This research was a Research and Development study aimed at investigating problems, developing, and evaluating a home ward care model for hypertensive patients' health literacy at Chaiyo Hospital, Ang Thong Province. The study was conducted from September 2025 to March 2026, spanning a total of 7 months. The sample consisted of 25 multidisciplinary team members and network partners who participated in model development, and 30 hypertensive patients in the Home Ward system. Research instruments included focus group guidelines, a general information questionnaire, health literacy assessment, self-care behavior assessment, a clinical indicator record form, expert appropriateness evaluation form, and satisfaction assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired t-test for pre-post comparisons.

The results revealed that the developed model, named the "Chaiyo Home-CARE Model" (Home Ward Care for Adequate health literacy and self-care to Reduce blood pressure through Empowerment), comprised six main steps: health literacy and self-care behavior assessment; planning and educational material development; health literacy development using Teach-back technique and Line OA; home visits

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลไชโย

and community follow-up based on the Three Doctors concept every two weeks; interprofessional communication and network coordination; and outcome evaluation and monitoring following the PDCA cycle. Evaluation of model appropriateness by three experts indicated a high level of suitability across all domains (Mean = 4.49, S.D. = 0.38). Post-implementation evaluation revealed that overall health literacy scores increased from a low level to a moderate level (Mean = 97.57, S.D. = 8.01), overall self-care behavior scores increased to a moderate level (Mean = 84.97, S.D. = 3.69), both systolic and diastolic blood pressure decreased significantly, and the proportion of patients achieving blood pressure control increased to 56.67 percent. Patient satisfaction with the care model was at a high level (Mean = 3.87, S.D. = 0.10), and multidisciplinary team and network partner satisfaction was also at a high level (Mean = 4.06, S.D. = 0.13). Statistical testing demonstrated that health literacy scores, self-care behavior scores, and all clinical indicators showed statistically significant differences before and after model implementation at the .05 level.

Keywords: Home Ward care model, health literacy, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของประชากรจำนวนมาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกประมาณ 1.28 พันล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.00 ของประชากรโลก โดยพบว่าร้อยละ 46.00 ของผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้ และเพียงร้อยละ 42.00 เท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา¹ การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงแบบดั้งเดิมที่เน้นการรักษาในโรงพยาบาลพบข้อจำกัดหลายประการ หลายประเทศจึงพัฒนารูปแบบการดูแลที่บ้าน โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า Hospital at Home สามารถลดอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำลงร้อยละ 19.00 และลดค่าใช้จ่ายลงร้อยละ 32.00²

ประเทศไทยเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงร้อยละ 24.47 และพบว่าร้อยละ 30.20 ของผู้ป่วยขาดความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอในการดูแลตนเอง³ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย Home Ward เป็นหนึ่งในกลยุทธ์สำคัญภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2569⁴ และการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงด้วยรูปแบบ Home Ward ส่งผลให้ระดับ

ความดันโลหิตลดลงและคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น⁵

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย 3 มิติหลัก ได้แก่ Functional, Interactive และ Critical Health Literacy⁶ การศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มควบคุมความดันโลหิตได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ต่ำถึง 2.50 เท่า⁷ ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม⁸ และทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ DiClemente⁹ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน อย่างเป็นระบบ รูปแบบ Home Ward เป็นรูปแบบการดูแลให้กับผู้ป่วยในที่บ้าน โดยทีมสหวิชาชีพให้การดูแลอย่างเป็นระบบและมีการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง¹⁰ กรมการแพทย์ได้พัฒนาระบบ A-MED Home Ward โดยมีการบูรณาการกับระบบ HIS ของโรงพยาบาลและรองรับการสื่อสารผ่านช่องทาง Telehealth¹¹

อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน 7,234 คน ในปี พ.ศ. 2565 และมีผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเพียงร้อยละ 46.30 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับชาติ โรงพยาบาลไชโยเริ่มดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ติดตาม

อาการที่บ้าน โดยการบันทึกค่าความดันโลหิต แบบ Self-Report และนำผลการบันทึกนั้นมารายงาน เมื่อมาพบแพทย์ตามนัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 แต่ยังคงพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 62.50 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลตนเองอยู่ในระดับ ปานกลางถึงต่ำ ร้อยละ 34.60 ไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 68.20 ไม่ออกกำลังกายตามที่แนะนำ และร้อยละ 28.40 ไม่สามารถบันทึกข้อมูลในระบบได้ด้วยตนเอง¹² รูปแบบเดิมยังขาดการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ ขาดเทคนิคการสอนที่หลากหลาย และขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างแท้จริง

จากสถานการณ์และปัญหาที่กล่าวมา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงแบบผู้ป่วยในที่บ้านที่มีประสิทธิภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัดแต่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจำนวนมาก การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาวะแทรกซ้อน และลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ โดยการพัฒนาและทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้านที่บูรณาการการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองและทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นพื้นฐาน ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงและพัฒนาาระบบ Home Ward ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ตลอดจนเป็นต้นแบบสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

วิธีการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) ในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory) ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโพรชาสกาและดิคลีเมนเต (Prochaska and DiClemente's Transtheoretical Model) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam's Health Literacy Concept) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาแบบ ADDIE Model ทำการศึกษาในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 7 เดือน การดำเนินงานวิจัยแบ่งเป็น 5 ระยะ ได้แก่ ระยะการวิเคราะห์ (Analysis) ระยะการออกแบบ (Design) ระยะการพัฒนา (Development) ระยะการนำไปใช้ (Implementation) และระยะการประเมินผล (Evaluation) โดยมีการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร การวิจัยนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบ

Home Ward ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล วิชาชีพ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ Home Ward โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

2) กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ แบ่งตามขั้นตอนการวิจัย ดังนี้ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ความต้องการ และพัฒนารูปแบบ จำนวน 20 คน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบ Home Ward กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนการประเมินประสิทธิผล จำนวน 30 คน โดยคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมโครงการ Home Ward โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกที่ผู้วิจัยกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 6 ชุด ดังนี้ 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 3) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ 4) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง 5) แบบบันทึกทางคลินิก 6) แบบประเมินความพึงพอใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ทางสุขภาพ การดูแลตนเอง ก่อนหลังพัฒนาแนวทาง ด้วยสถิติ Paired t-test
- 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยวิเคราะห์

แบบสามเส้า จัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นย่อย และพิจารณาความเป็นประเด็นหลัก ที่สะท้อนถึงสาเหตุและปัญหาเพื่อการพัฒนาารูปแบบ

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

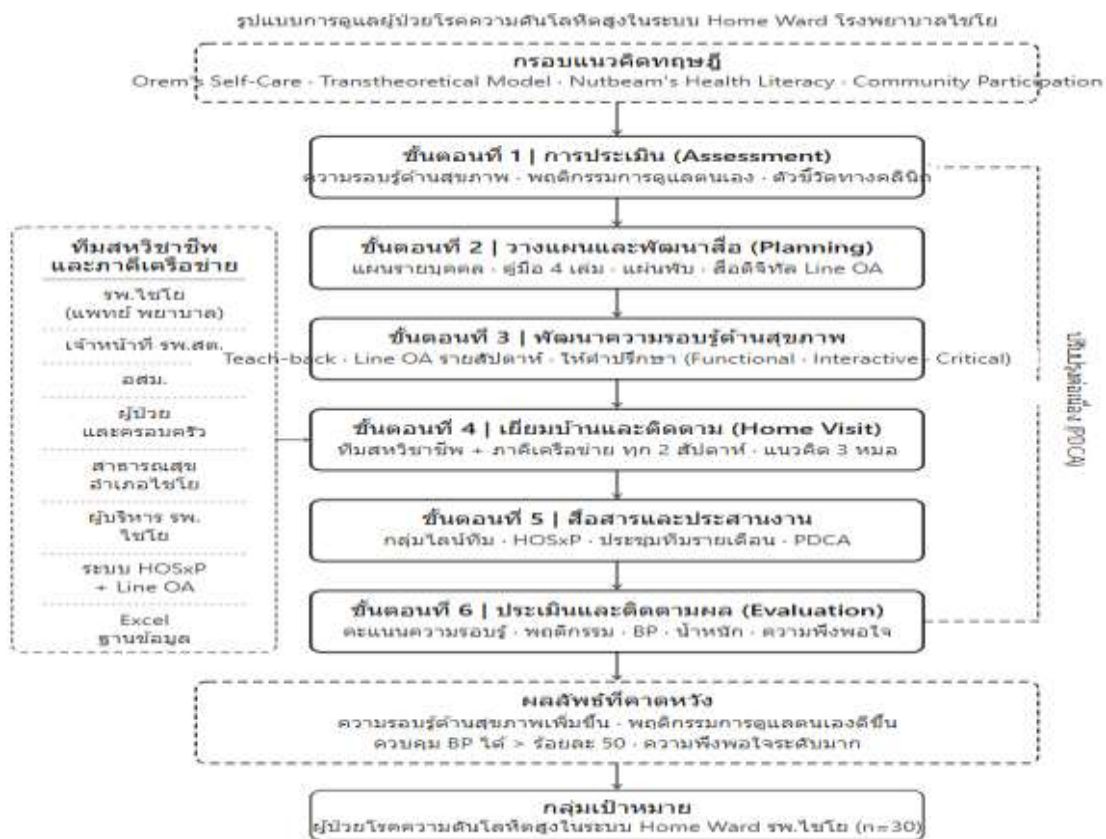
ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ (ระยะ Analysis) การศึกษาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน พบว่าโรงพยาบาลไชโยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมระบบการติดตามค่าความดันโลหิตสูงที่บ้าน (Home Ward) เพิ่มขึ้นจาก 78 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เป็น 96 ราย ในปี พ.ศ. 2567 โดยมีปัญหาสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ป่วยและครอบครัว พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ด้านกระบวนการดูแล ยังขาดแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นระบบ การสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง และสื่อการสอนไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) ด้านระบบและทรัพยากร การบูรณาการระบบข้อมูล HOSxP กับการดูแลในชุมชนยังไม่สมบูรณ์ และขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพ และ 4)

ด้านภาคีเครือข่าย การประสานงานระหว่างโรงพยาบาลไชโย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังขาดความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายมีความต้องการให้พัฒนารูปแบบการดูแลที่ครอบคลุม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ การพัฒนาสื่อและคู่มือ การให้ความรู้ด้วยเทคนิค Teach-back การเยี่ยมบ้านตามแนวคิด 3 หมอ การสื่อสารผ่าน Line OA และการประเมินผลตามวงจรคุณภาพ

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) (ระยะ Design และ Development) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีชื่อว่า "รูปแบบ Chaiyo Home -CARE Model" ซึ่งมาจาก Home Ward Care for Adequate health literacy and self-care to Reduce blood pressure through Empowerment ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลตนเอง (Assessment) 2) การวางแผนและพัฒนาสื่อความรู้ (Planning and Material Development) 3) การให้ความรู้และพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Development) ด้วยเทคนิค Teach-back และ Line OA 4) การเยี่ยมบ้านและติดตามผู้ป่วยในชุมชน (Home Visit and Follow-up) ตามแนวคิด 3 หมอ ทุก 2 สัปดาห์ 5) การสื่อสารและประสานงานทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย (Interprofessional Communication) และ 6) การประเมินผลและติดตามผลลัพธ์ (Evaluation and Outcome Monitoring) ตามวงจรคุณภาพ ในระยะพัฒนา ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือประกอบรูปแบบครบถ้วน ได้แก่ แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 30 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรม

ดูแลตนเอง 25 ข้อ คู่มือการปฏิบัติงาน 4 เล่ม สื่อแผ่นพับภาพประกอบ 5 หัวข้อ ระบบ Line OA ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกำหนดอาหาร เพื่อส่งสื่อความรู้พร้อมการติดตามอาการ และระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกับ HOSxP โรงพยาบาลไชโย จากนั้นดำเนินการอบรมทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 2 ครั้ง และทดลองนำร่อง (Pilot Test) กับผู้ป่วย 5 ราย ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2568 ก่อนนำไปใช้จริง ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมากทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.49 (S.D. = 0.38) ด้านที่ได้คะแนนสูงสุด คือ ด้านความเป็นประโยชน์ (\bar{X} = 4.75) และด้านที่ได้คะแนนต่ำสุดคือ ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (\bar{X} = 4.17) เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าการจัดหาทรัพยากรในระยะยาวยังต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผลการนำรูปแบบไปใช้ (ระยะ Implementation) ผู้วิจัยดำเนินการนำรูปแบบ "Chaiyo Home -CARE Model" ไปใช้เต็มรูปแบบในช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2569 รวมระยะเวลา 3 เดือน กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในระบบ Home Ward โดยดำเนินการเยี่ยมบ้านรวมทั้งสิ้น 180 ครั้ง เฉลี่ยผู้ป่วยละ 6 ครั้ง มีอัตราการเข้าร่วมประชุมทีมเฉลี่ยร้อยละ 90.00 และมีความครบถ้วนของข้อมูลในระบบฐานข้อมูลร้อยละ 100.00 รูปแบบ "Chaiyo Home -CARE Model" ได้รับความยอมรับจากผู้บริหารโรงพยาบาลไชโยและสาธารณสุขอำเภอไชโยให้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward อย่างเป็นทางการ ได้รูปแบบดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบขั้นสมบูรณ์การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) โรงพยาบาลไชโย จังหวัดอ่างทอง

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (ระยะ Evaluation) กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน ประสิทธิภาพ จำนวน 30 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) อายุเฉลี่ย 62.90 ปี (SD = 8.69) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) มีคู่สมรสเป็นผู้ดูแลหลักทุกราย มีโรคร่วมไข่มັນในเลือดสูง (ร้อยละ 73.33) และเบาหวาน (ร้อยละ 56.67) และเข้าร่วม Home Ward เฉลี่ย 2.77 เดือน (SD = 1.14) ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

3.1) ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ก่อนการพัฒนาแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพรวมเฉลี่ย 60.07 คะแนน (SD = 4.73) อยู่ในระดับต่ำ หลังการพัฒนาแบบมีคะแนนเพิ่มขึ้น

เป็น 97.57 คะแนน (SD = 8.01) อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 37.50 คะแนน และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนความรู้ด้านสุขภาพหลังการพัฒนาแบบสูงกว่าก่อน การพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 53.003, p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่าทุกมิติ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ (Functional Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 20.77 เป็น 33.93 คะแนน ($t = 54.831, p < 0.001$) มิติที่ 2 ความรู้เชิงโต้ตอบ (Interactive Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 20.13 เป็น 32.63 คะแนน ($t = 53.496, p < 0.001$) และมิติที่ 3 ความรู้เชิงวิพากษ์

(Critical Health Literacy) เพิ่มขึ้นจาก 19.17 เป็น 31.00 คะแนน “Chaiyo Home -CARE Model” ($t = 47.424, p < 0.001$)

3.2) ด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการพัฒนาารูปแบบ ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองรวมเฉลี่ย 64.03 คะแนน (SD = 4.92) อยู่ในระดับปานกลาง หลังการพัฒนาารูปแบบมีคะแนนเพิ่มขึ้นเป็น 84.97 คะแนน (SD = 3.69) อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยของผลต่าง 20.93 คะแนน และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired Samples t-test พบว่า คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองหลังการพัฒนาารูปแบบสูงกว่าก่อนการพัฒนาารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 19.992, p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ด้านการรับประทานยา ($t = 14.365, p < 0.001$) ด้านการควบคุมอาหาร ($t = 11.029, p < 0.001$) ด้านการจัดการความเครียด ($t = 14.174, p < 0.001$) และด้านการติดตามตรวจสุขภาพ ($t = 15.042, p < 0.001$) ส่วนด้านการออกกำลังกายมี

คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.247, p = 0.003$) ซึ่งเป็นด้านที่ยังคงอยู่ในระดับต่ำทั้งก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบ

3.3) ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก หลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (SBP) ลดลงจากเฉลี่ย 167.00 เป็น 135.30 มิลลิเมตรปรอท ($d = -31.70, t = -7.465, p < 0.001$) ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (DBP) ลดลงจากเฉลี่ย 99.70 เป็น 78.13 มิลลิเมตรปรอท ($d = -21.57, t = -6.990, p < 0.001$) น้ำหนักตัวลดลงจากเฉลี่ย 69.77 เป็น 68.30 กิโลกรัม ($d = -1.47, t = -15.832, p < 0.001$) และดัชนีมวลกายลดลงจากเฉลี่ย 27.05 เป็น 26.48 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($d = -0.57, t = -15.685, p < 0.001$) ทุกตัวชี้วัดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ (SBP < 140 และ DBP < 90 มิลลิเมตรปรอท) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 56.67 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home Ward) (n=30)

รายการ	\bar{x}	S.D.	ระดับ	d	t	p-value
คะแนนรวมความรู้ด้านสุขภาพ						
- ก่อนการพัฒนาารูปแบบ	60.07	4.73	ต่ำ	37.50	53.003	<0.001*
- หลังการพัฒนาารูปแบบ	97.57	8.01	ปานกลาง			
คะแนนรวมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง						
- ก่อนการพัฒนาารูปแบบ	64.03	4.92	ปานกลาง	20.93	19.992	<0.001*
- หลังการพัฒนาารูปแบบ	84.97	3.69	ปานกลาง			
ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก SBP (มิลลิเมตรปรอท)						
- ก่อนการพัฒนาารูปแบบ	167.00	20.79		-31.70	-7.465	<0.001*
- หลังการพัฒนาารูปแบบ	135.30	10.52				
ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก DBP (มิลลิเมตรปรอท)						
- ก่อนการพัฒนาารูปแบบ	99.70	14.90		-21.57	-6.990	<0.001*
- หลังการพัฒนาารูปแบบ	78.13	9.13				

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < .05

3.4) ด้านความพึงพอใจ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจต่อการดูแลรูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 58.10 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 3.87) โดยด้านบุคลากรได้คะแนนสูงสุด (\bar{X} = 20.00) รองลงมาด้านกระบวนการให้บริการ (\bar{X} = 19.80) และด้านผลลัพธ์ที่ได้รับ (\bar{X} = 18.30) ตามลำดับ ส่วนทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย จำนวน 25 คน มีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 60.93 คะแนน (คะแนนเฉลี่ยต่อข้อ 4.06) โดยด้านผลลัพธ์ได้คะแนนสูงสุด (\bar{X} = 20.80) รองลงมาด้านรูปแบบการทำงาน (\bar{X} = 20.13) และด้านการพัฒนาศักยภาพ (\bar{X} = 20.00) ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ ผลการศึกษาสถานการณ์โดยการสนทนากลุ่มกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย พบปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบ Home Ward ทั้งด้านผู้ป่วยและครอบครัว ด้านกระบวนการดูแลด้านระบบและทรัพยากร และด้านการประสานงานกับภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภมณญาณี โชติการณ์ และคณะ ที่พัฒนาระบบ Home Ward จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยพบปัญหาสำคัญเช่นเดียวกัน คือบุคลากรขาดความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ และระบบติดตามผู้ป่วยที่บ้านขาดคุณภาพ¹³ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในทุกด้าน¹⁴ และสอดคล้องกับ Sohrabi และคณะ ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพต่ำสัมพันธ์กับการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์¹⁵ ความต้องการที่ทีมสหวิชาชีพระบุไว้ สะท้อนให้เห็นว่าการพัฒนา

รูปแบบที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ต้น สอดคล้องกับ วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่พบว่าปัญหาหลักของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือบุคลากรไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่และผู้ป่วยขาดการติดตามอย่างต่อเนื่อง¹³ การพัฒนารูปแบบและผลการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคือ “Chaiyo Home -CARE Model” ที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญในระดับมากทุกด้าน สอดคล้องกับวลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่รูปแบบ 3SAP Home Ward Model ได้รับการประเมินคุณภาพในระดับสูงมาก สะท้อนว่ารูปแบบที่ ออกแบบอย่างเป็นระบบมีความเป็นไปได้สูงในการนำไปปฏิบัติจริง¹³ ด้านที่ได้รับการประเมินสูงสุดคือ ด้านความเป็นประโยชน์ เนื่องจากรูปแบบมุ่งพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งสามมิติผ่านเทคนิค Teach-back และ Line OA สอดคล้องกับ Shao และคณะ ที่วิเคราะห์ห่อภิมาณพบว่าการแทรกแซงด้านความรู้ด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพสูงในโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยสำคัญคือเครื่องมือที่เหมาะสมและระยะเวลาเพียงพอ¹⁵ ด้านความเป็นไปได้ได้คะแนนต่ำสุดแต่ยังอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการจัดหาทรัพยากรในระยะยาวยังต้องการการสนับสนุน สอดคล้องกับภมณญาณี โชติการณ์ และคณะ ที่พบว่าการพัฒนาาระบบ Home Ward ที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ¹³

การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ หลังการใช้รูปแบบ “Chaiyo Home -CARE Model” ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับ ปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสามมิติ สอดคล้องกับ Ebrahimi และคณะ ที่พบว่า การแทรกแซงด้านความรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีทำให้คะแนนความรู้เพิ่มขึ้น¹⁵ อย่างไรก็ตาม คะแนนยังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่ง

อาจเนื่องมาจากระยะเวลาเข้าร่วมโครงการเฉลี่ยเพียงสองเดือนเศษ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุสูง การศึกษาระดับประถมศึกษา และทักษะการใช้โทรศัพท์ระดับปานกลาง สอดคล้องกับจิราภรณ์ อริยสิทธิ์ ที่พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับ อายุ ระดับการศึกษา และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพ¹⁴ ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการรับประทานยาดีขึ้นมากที่สุด การเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์ประกอบกับการติดตามผ่าน Line OA ช่วยสร้างวินัยและความต่อเนื่อง สอดคล้องกับอินทรวง นาคทอง ที่พบว่าโปรแกรมการพยาบาลที่ผสมผสานการดูแลที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน¹³ และสอดคล้องกับ Mbutia และคณะ ที่พบว่า การเยี่ยมบ้านสม่ำเสมอทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ดีขึ้น¹⁵ ส่วนด้านการออกกำลังกายที่มีคะแนนลดลงและยังคงอยู่ในระดับต่ำ อาจอธิบายได้จากลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วม และการลดลงอาจสะท้อนความตระหนักรู้ที่เพิ่มขึ้นว่าพฤติกรรมของตนยังไม่ถึงเกณฑ์ที่ควรปฏิบัติ ด้านตัวชี้วัดทางคลินิก ผู้ป่วยมีค่าความดันโลหิตทั้ง ซิสโตลิกและไดแอสโตลิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละศูนย์เป็นมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับ Sadeghi และคณะ ที่พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้านทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง¹⁵ และสอดคล้องกับอินทรวง นาคทอง ที่พบผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นหลังใช้โปรแกรมการพยาบาล¹³ ด้านความพึงพอใจ ทั้งผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจในระดับมาก โดยผู้ป่วยให้คะแนนสูงสุดกับด้านบุคลากรส่วนที่ทีมงานให้คะแนนสูงสุดกับด้านผลลัพธ์ โดยเฉพาะความภาคภูมิใจในงาน สะท้อนว่าการเห็นผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นเป็นแรงจูงใจสำคัญ สอดคล้องกับ วลัยรัตน์ สุวรรณหมัด และคณะ ที่

พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพอยู่ในระดับมาก อันเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้รูปแบบการดูแลมีความยั่งยืน¹³

ข้อเสนอแนะ

1. ควรปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยศึกษาความพร้อมด้านบุคลากร เทคโนโลยี และลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยก่อนนำไปใช้ รวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับตั้งแต่เริ่มต้น

2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โดยให้นักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญร่วมออกแบบทำออกกำลังกายที่ปลอดภัยและปฏิบัติได้จริงในบ้าน

3. ควรจัดอบรมเสริมทักษะการใช้สมาร์ทโฟนและ Line OA แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรับสื่อความรู้และสื่อสารกับทีมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในรูปแบบดิจิทัล เพื่อให้การติดตามผู้ป่วยมีความครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน

5. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลที่บ้านแบบบูรณาการ

6. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทที่แตกต่างกัน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง บุคลากรโรงพยาบาลไชโยและภาคีเครือข่าย ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจ

คุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลไชโย นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดอ่างทอง ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บ
ข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2568 Feb 19]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Leff B, Burton L, Mader SL, Naughton B, Burl J, Inouye SK, et al. Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Ann Intern Med.* 2005;143(11):798-808.
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2560-2569. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
5. สมพร จันทร์เพ็ญ, วิไลวรรณ ทองดี, สุภาพร ศรีสว่าง. ผลของการดูแลแบบ Home Ward ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก.* 2565;23(2):45-54.
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259-67.
7. McNaughton CD, Cawthon C, Kripalani S, Liu D, Storrow AB, Roumie CL. Health literacy and mortality: A cohort study of patients hospitalized for acute heart failure. *J Am Heart Assoc.* 2014;4(5):e001799.
8. Orem DE. *Nursing: Concepts of practice.* 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
9. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5.
10. Shepperd S, Iliffe S, Doll HA, Clarke MJ, Kalra L, Wilson AD, et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD007491.
11. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน Home Ward. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
12. โรงพยาบาลไชโย. รายงานสรุปผลการดำเนินงาน Home Ward ประจำปีงบประมาณ 2566. อ่างทอง: โรงพยาบาลไชโย; 2566.
13. ธรรมนูญ โขติการณ, ธีรศักดิ์ ภูจอมแจ้ และ วิภาวี เหล่าจตุรพิศ. (2567). การพัฒนารูปแบบระบบการบริการแบบดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน (Home Ward) โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน,* 9(4), 654-665.
14. จิราภรณ์ อริยสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ.* 2566;20(3):117-23.
15. Sohrabi, M., Karami, M., Mirmoeini, R. S., & Cheraghi, Z. (2022). The relationship between health literacy and hypertension control: A cross-sectional study. *Journal of Tehran Heart Center,* 17(4), 243-248.