
บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. การพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
2. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร
4. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
5. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อลดการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานกลุ่มสำนักงาน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร
6. การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับนโยบาย คนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ		
	3. เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ที่อยู่ในวิชาชีพพยาบาล		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล	กองทัพ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ศ.ดร.เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.จรรยา	เสียงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.อมริสา	ต้นสฤติย์	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ดร.กนกวรรณ	ศิลปกรรมพิเศษ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	รวีวรกุล	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ
บรรณาธิการ	รศ.ดร.พัชรภาพร	เกิดมงคล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการร่วม	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพลินพิศ	บุญมาลิก	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ลลิตา	แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล
บรรณาธิการประจำฉบับ	รศ.ดร.ขวัญใจ	อำนาจสัตย์เชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์	ละก้าปิ่น	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.อาภาพร	เผ่าวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.สุรินทร์	กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.นพวรรณ	เปียเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.กนกวรรณ	สุวรรณปฏิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	ดร.มล.อาบกก	ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
	รศ.ดร.สุธีพร	มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
	ผศ.ดร.นาตา	ลักันหทัย	Johns Hopkins University
	รศ.ดร.จินตนา	อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์
	ผศ.ดร.กรรณิการ์	ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน
	รศ.ดร.ชุลีกร	ด้านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
	รศ.ดร.ยุวดี	วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์	บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
	ผศ.ดร.ดาว	เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา
	ผศ.ดร.เบญจมาศ	พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม
	ผศ.ดร.นิสากร	กรุ้งไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา
	ผศ.ดร.นรลักษณ์	เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	ผศ.ดร.ทัศนีย์	อรรธการส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

บทบรรณาธิการ

เรียนสมาชิกและผู้อ่านทุกท่าน วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีที่ 37 เดือนกันยายน – เดือนธันวาคม 2566 วารสารพยาบาลสาธารณสุข ฉบับนี้นำเสนอบทความวิจัย 5 เรื่อง และบทความวิชาการ 1 เรื่อง ที่เป็นประเด็นสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการพยาบาลและการสาธารณสุข ประกอบด้วย การวิจัยเกี่ยวกับแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน และการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีตันในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานโรงพยาบาลเอกชน และการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ของบุคลากรในโรงพยาบาล รวมทั้งบทความวิชาการเรื่องการประยุกต์กระบวนการพยาบาลกับนโยบายหมอครอบครัว

วารสารพยาบาลสาธารณสุขเป็นวารสารวิชาการระดับชาติที่อยู่ในฐานข้อมูล TCI มีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านเป็นผู้ประเมินบทความและเป็นการประเมินแบบปกปิด (Double-blind peer review) ซึ่งขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ นอกจากนี้วารสารมีระบบจริยธรรมในการเผยแพร่บทความตามเกณฑ์มาตรฐานของการเผยแพร่ งานวิจัยของสภาการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 และตามประกาศศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย มีผลตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566

ตามที่กองบรรณาธิการมีการพัฒนาวารสารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับความสนใจของผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้องส่งผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารนี้ โดยใน ปี พ.ศ. 2567 นี้วารสารจะมีการเปิดรับผลงานวิชาการของพยาบาล ที่ต้องการจะขอกำหนดตำแหน่งระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ ตามหลักเกณฑ์ ก.พ. ซึ่งครอบคลุมประเภทงานวิจัย งานวิเคราะห์วิจารณ์ และงานกรณีศึกษา ตามที่ประกาศในแนวทางการจัดทำผลงานวิชาการฯ ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมและสอบถามได้ที่เจ้าหน้าที่วารสาร โทร 095-701-3182 สุดท้ายนี้ ขออำนวยการให้ทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรง มีสุขภาพะที่ดีตลอดปีใหม่และตลอดไป พบกันใหม่ปี 2567 นะคะ

รศ.ดร.ขวัญใจ อำนางสัตว์เชื้อ

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 3

เดือนกันยายน – เดือนธันวาคม 2566

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566 ISSN 0857 - 5371

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 37 No.3 September – December 2023

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

การพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวัง โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตพื้นที่ อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี	Developing and Feasibility testing of Practice Guideline for Surveillance of Stroke in community, Panomthuan district, Kanchanaburi province	1
นิสิต จงศุภวิศาลกิจ ทิพวันย์ เตียรหมโรจน์	Nisit Jongsupavisarnkit Tippawan Tiankaroj	
ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วน ปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มี โรคความดันโลหิตสูงร่วม	EFFECTS OF OREM’S NURSING THEORY APPLICATION PROGRAM TO PREVENT PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE FOR OLDER ADULTS WITH DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION	20
ธัญชนก เฉลิ้มชัย ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ พัชรพร เกิดมงคล เพลินพิศ บุญยมาลิก	Thananchanok Chalermchai Kwanjai Amnatsatsue Patcharaporn Kerdmongkol Plernpit Boonyamalik	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทาง
สุขภาพต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ
ในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

Correlation between Health Literacy
and Preventive Behaviors of
COVID-19 among Elderly in Elderly
Club, Bangkok metropolis

35

ธนวัฒน์ รวมสุข
อารยา ทิพย์วงศ์
กนกวรรณ ดั่งกลัด
สุธรรม นันทมงคลชัย

Tanawat Ruamsook
Araya Tipwong
Kanokwan Duangklad
Suthum Nanthamongkolchai

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล
เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคาม
ด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

Model Development of Nursing Service
to Solve Health Problems Caused by
Ergonomic Health Hazards in Hospital
Personnel, Chaophya Abhaibhubejhr
Hospital Prachinburi Province

48

อภันตรี ประยูรวงษ์
วัชรวีร์ วชิรพันธ์ธรรม
รสสุคนธ์ ศรีสนิท
เยาวเรศ ก้านมะลิ
ปราณี ผลมานะ

Apuntree Prayunvong
Watcharawee Wachiraphantham
Rossukon Srisanit
Yaowaret Kanmali
Pranee Phonmana

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย		หน้า
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ของพนักงานกลุ่มสำนักงาน โรงพยาบาล เอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร	THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM TO REDUCE LOW BACK PAIN OF OFFICE WORKERS IN A PRIVATE HOSPITAL, BANGKOK	72
สุพินดา ฉลวย สุรินทร์ กลัมพากร จุฑาธิป ศีลบุตร	Supinda Chaluay Surintorn Kalampakorn Jutatip Sillabutra	
การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล กับนโยบาย คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน	The Application of the Nursing Care Process to the 3 Doctors for Every Thai Family Policy	93
เกตุกมล ทิพย์ทิมพวงศ์ ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนาพิสุทธิ ราตรี เทียงจิตต์	Ketkarn Thipthimwong Narongsak Noosorn Supapen Panawatthanapisuit Ratree Theangjit	
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ		106
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข		113
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ		114
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ		115

บทความวิจัย

การพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวัง โรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเขตพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

นิสิต จงศุภวิศาลกิจ*
ทิพวันย์ เทียรธโรจน์**

บทคัดย่อ

อัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ซึ่งการแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในชุมชนภายใต้แนวทางการจัดการสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วม งานวิจัยนี้ ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การสร้างสัมพันธภาพ การชี้แจงวัตถุประสงค์ การคืนข้อมูลความเสี่ยงรายบุคคลและกลุ่มบ้าน การชวนคิด ชวนคุย การสร้างข้อตกลงและสัญญาใจ การคัดเลือก Mr. Stroke และการสรุปและนัดหมายการติดตามผล ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ระยะที่ 3 ประเมินความเป็นไปได้ของประเมินผลและความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้รับการสุ่มแบบเป็นระบบเพื่อเข้าร่วมกิจกรรม ความรู้ ทักษะ ทักษะการรู้เท่าทันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, Thai CVD risk score, และความพึงพอใจ ต่อการเข้าร่วมกิจกรรมถูกเก็บข้อมูลโดยนักวิจัยด้วยแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่มจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมในระยะที่ 1 จำนวน 10 คน

ผลการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางที่พัฒนาขึ้นระดับความรู้ ($t=-8.80$) ทักษะ ($t=-16.65$) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ($t=15.21$) และ Thai CVD risk score ($t=2.43$) ของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.005$) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมฯ อยู่ในระดับดีมาก ($\text{mean}=4.53$, $\text{SD}=0.54$) ในขณะที่ผลการศึกษาในระยะที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการช่วยให้ประชาชนมีความรู้ และเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ในชุมชน และเพื่อให้การนำแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าชุมชนควรเข้าร่วมกิจกรรม การมีส่วนร่วมของผู้นำและคนในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินกิจกรรมประสบความสำเร็จ โดยสรุปแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้มีความเป็นไปได้ในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อย่างไรก็ตามก็ต้องให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความยั่งยืน

คำสำคัญ: แนวทางปฏิบัติ/ การเฝ้าระวัง/ โรคหลอดเลือดสมอง/ ชุมชน

* ผู้รับผิดชอบหลัก: นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

Developing and Feasibility testing of Practice Guideline for Surveillance of Stroke in a community, Panomthuan district, Kanchanaburi Province

Nisit Jongsupavisarnkit*

Tippawan Tiankaroj**

ABSTRACT

The morbidity and mortality rates of Stroke have consecutively risen worldwide, including Thailand. It is recognized that community engagement played a significant role for an effective Stroke surveillance. This mixed-method study aimed to develop and examine the feasibility of practice guidelines for the surveillance of Stroke in a community. This study consisted of 3 phases. First, the guideline was developed by the researcher, applying the model of community health engagement. The 8 steps of practice guideline were (1) ice-braking, (2) informing objectives, (3) reporting individual health-related data, (4) returning community risk assessment, (5) conducting a group discussion, (6) obtaining permission, (7) selecting a representative of Stroke, and (8) summarizing and making appointments. Second, a total of fifty-four subjects, who met the inclusion criteria were systematically randomized to engage in the practice guidelines for the surveillance of Stroke. Knowledge, attitude, behaviors related to Stroke, Thai CVD risk score, and satisfaction of engagement in the program were assessed by the researcher using questionnaires before and after implementation. Third, the feasibility of using the guideline was collected from 10 subjects who voluntarily joined a focus group discussion.

According to t-test analysis, knowledge, attitude, stroke risk behavior, and Thai CVD risk scores of those subjects after participation in the practice guidelines for the surveillance of Stroke were significantly improved than before participation ($p < .001$). In addition, it showed that overall satisfaction of samples joining in the program was very good (mean=4.53, SD=0.54). The qualitative results showed that most subjects agreed that this guideline was feasible to help people monitor and surveillance Stroke. They also stated that all people in the community should be invited to participate in the program, and the engagement of community leaders played a significant role in the achievement of the program.

Overall, this practice guideline was feasible to improve knowledge, attitudes, and behaviors by monitoring and surveillance by the community. However, some content and activities should be varied to tailor to the context of different communities before delivering to people effectively.

Key Words: Practice Guideline/ Surveillance/ Stroke/ Community

Article info: Received: October 9, 2023, Revised: November 1, 2023, Accepted: November 14, 2023

*Corresponding Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Panomthuan District Public Health Office, Kanchanaburi Province

Advanced Practice Nurse, Panomthuan District Public Health Office, Kanchanaburi Province

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก มีการประมาณการณั้ค่าใช้จ่ายเพื่อใช้ในการดูแลโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกว่าสูงถึง 721,000 ล้านดอลลาร์สหรัฐ โดยระหว่างปี 2533 - 2562 พบว่าประชากรทั่วโลกมีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 70 เปอร์เซ็นต์ และ 43 เปอร์เซ็นต์ของประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง¹ จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าระหว่างปี 2560 ถึง 2563 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เท่ากับ 278.49, 303.20, 318.89 และ 328 ต่อแสนประชากรตามลำดับ เช่นเดียวกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วย acute stroke ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี 2561-2564 เท่ากับ 10.60, 10.24, 10.34, และ 10.58 ตามลำดับ²

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย สัมพันธ์กับอัตราป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัยผู้ที่รอดชีวิตจากโรคนั้จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อาทิเช่น ผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระแก่คนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระยะยาว

จากการจัดเก็บข้อมูลรายงานสถิติสาธารณสุขระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2564 ของอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี เท่ากับ 132, 160 และ 199 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 57.14 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแบบขาดเลือด (Ischemic stroke) ร้อยละ 88 ผู้ป่วยที่เดินทางเข้ามาได้รับการรักษาทันเวลามีเพียง ร้อยละ 52.38 นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลสาเหตุที่เข้าถึงบริการล่าช้าพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากขาดความรู้เรื่องสัญญาณเตือนร้อยละ 76.92 ขณะมีอาการอยู่ล่าช้าไม่มีผู้นำส่งรพ.ร้อยละ 15.38 และมีอาการขณะนอนหลับร้อยละ 7.69 ซึ่งทำให้เสียโอกาสในการเข้าถึงการรักษาที่ทันเวลา

จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) พนมทวนได้มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cerebrovascular diseases risk: CVD risk) ในกลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมาอย่างต่อเนื่อง จากรายงานผลการประเมิน CVD risk ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงจำนวน 2,517 คน ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ.2566 พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.39 มีผลการประเมินความเสี่ยงอยู่ในระดับ 1 (ระดับเสี่ยงต่ำ) ร้อยละ 14.78 มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 2 (ระดับเสี่ยงปานกลาง) ร้อยละ 1.3

มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 3 (ระดับเสี่ยงสูง) ร้อยละ 0.36 มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 4 (ระดับเสี่ยงสูงมาก) และร้อยละ 0.12 มีผลการประเมินอยู่ในระดับ 5 (ระดับเสี่ยงสูงอันตราย) โดยผู้ป่วยกลุ่มที่มีค่าคะแนน CVD Risk >30 (ระดับ 4, ระดับเสี่ยงสูงมาก) จะได้รับการติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงและลงพิกัดบ้านในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของหน่วยบริการ (Hosxp database) เพื่อสะดวกในการประสานงานเพื่อติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังมีการประชาสัมพันธ์ในชุมชน เรื่องการตระหนักรู้ภาวะหลอดเลือดสมอง (Stroke awareness) การประชาสัมพันธ์หมายเลขโทรศัพท์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน EMS 1669 การพัฒนาความรู้ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ระบบการจัดการภาวะหลอดเลือดสมองฉุกเฉิน (Stroke fast track) ตลอดจนการทบทวนความรู้ให้กับแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย Stroke เนื่องจากการจัดการแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกันในการรณรงค์แก่ประชาชน ครอบครัว ชุมชน ติดตามเฝ้าระวังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community engagement) ซึ่งเป็นระบบและกลไกการดำเนินงานสาธารณสุขเชิงรุกในการติดตามสถานการณ์สุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและอันตรายต่อสุขภาพ หรือนำข้อมูลไปใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วมของการประชาชนในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่เป็นยุทธศาสตร์หลักในกรอบการทำงานขององค์การอนามัยโลกด้านบริการสุขภาพที่เน้นให้คนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากประเทศภาคีสมาชิกในปี พ.ศ. 2559³ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักและความรู้สึกต้องการที่จะเขามามีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือโครงการในการจัดการปัญหาสุขภาพนั้นๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของตน⁴ โดยมีการวางแผนกำกับดูแลการให้บริการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบในการตอบสนองการแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Responsive) และเหมาะสม (appropriate) กับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงเพื่อให้เกิดผลกระทบและผลลัพธ์ในด้านบวก⁵ การจัดการสุขภาพแบบชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 5 ระดับเรียงจากน้อยไปมาก ได้แก่ 1) การให้ข้อมูลแก่ชุมชน (Inform) ซึ่งในระดับนี้จะเกิดช่องทางในการติดต่อสื่อสารกับชุมชน 2) การให้ความคิดเห็น (Consult) หมายถึงชุมชนเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมหรือมีบทบาทต่อการดำเนินกิจกรรม ชุมชนมีการให้ข้อคิดเห็นและมีพัฒนาการของความสัมพันธ์กับชุมชนที่ดี 3) การมีส่วนร่วม (Involve) หมายถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและเริ่มให้ความสำคัญกับประเด็น ปัญหาด้านสุขภาพในชุมชน 4) การให้ความร่วมมือ (Collaborate) หมายถึงความร่วมมือร่วมใจ โดยในระดับนี้จะมีหุ้นส่วนด้านสุขภาพเกิดขึ้น และเกิดความไว้วางใจระหว่างกันมากขึ้น 5) การเป็นผู้นำร่วมกัน (Shared Leadership) เป็นระยะที่การมีส่วนร่วม

ร่วมและความสัมพันธ์ของบุคคลมีความเข้มแข็งมากที่สุด เกิดความไว้วางใจกันของทั้งสองฝ่าย⁶

จากแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า หากประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียในชุมชนสามารถเฝ้าระวังตนเอง และบุคคลอื่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคหลอดเลือดสมองได้ ย่อมอาจลดอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ นอกจากนี้การที่ชุมชนรับรู้ข้อมูลร่วมกันเป็นการช่วยเฝ้าระวังการป่วยและสามารถส่งต่อสถานพยาบาลได้ทันเวลา หากพบบุคคลใดก็ตามมีอาการสงสัย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของพัฒนาและทดสอบความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอพนมทวน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วมขึ้นเพื่อข้อเสนอแนะในการยกระดับการให้บริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน และการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ให้มีความรวดเร็ว ทันเวลาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อ.พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
- เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการนำแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในชุมชน อ.พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี
- เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อ.พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

คำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

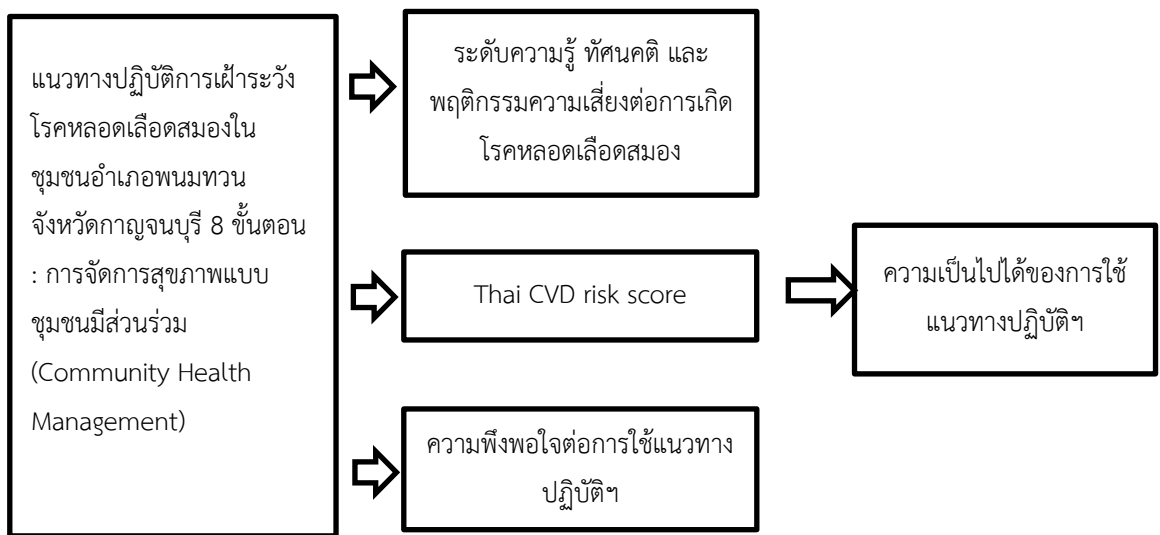
แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อ.พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ระดับ CVD risk score และความพึงพอใจสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

รูปแบบงานวิจัย แบบผสมผสาน mixed methods study โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพรวมถึงความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวทางการจัดการสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community health engagement) ขององค์การอนามัยโลก⁷ ที่กำหนดไว้ 4 ระดับ คือ ระดับ 1 ได้รับการบอกกล่าว (Community-oriented) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในระยะนี้คือเพื่อมุ่งเน้นให้ชุมชนได้รับแจ้งข้อมูลข่าวสาร (Inform) และเคลื่อนไหวอย่างมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาระยะสั้นในทันทีด้วยการสนับสนุนที่แข็งแกร่งจากภายนอก ระดับ 2 ชุมชนเป็นฐาน (Community-based) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในระยะนี้คือเพื่อให้ชุมชนได้รับคำปรึกษา (consult) และมีส่วนร่วม (involved) ในการปรับปรุงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยใช้ทรัพยากรภายในชุมชนเป็นหลัก และรับการสนับสนุนจากภายนอกบางส่วนระดับ 3 การจัดการโดยชุมชน (Community-managed) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในระยะนี้คือเพื่อส่งเสริมการร่วมมือ

ของประชาชนกับผู้นำของชุมชน (collaboration) ในการลำดับความสำคัญและการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาจากประชาชนเอง โดยมีหรือไม่มีการสนับสนุนจากภายนอก ระดับ 4 ชุมชนเป็นเจ้าของ (Community-owned) วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในระยะนี้คือ เพื่อให้การดำเนินการของชุมชนได้รับการระดมกำลังอย่างเต็มที่และชุมชนมีอำนาจในการพัฒนา

ระบบเพื่อการกำกับดูแลตนเอง กำหนดและจัดลำดับความสำคัญ ดำเนินการแก้ไขปัญหาและพัฒนากลไกที่ยั่งยืนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียและกลุ่มสนับสนุนภายนอก โดยเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่าย โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงไว้ในภาพที่ 1 ประกอบด้วย 3 ระยะ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวทางปฏิบัติของผู้วิจัย ประชากรที่ศึกษา (Study population)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในระยะที่ 1 ประกอบด้วย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชนในพื้นที่อำเภอพนมทวนจำนวนทั้งสิ้น 60 คน ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การประมาณจากจำนวนประชากรไว้ที่ 30 %⁸ ได้จำนวน 18 คน (จำนวนประชากรทั้งหมด 60 ท่าน $\times$ 30 / 100) และดำเนินการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purpose sampling) กลุ่มตัวอย่างได้รับเชิญเข้าร่วมประชุมอภิปราย เสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติ จำนวน 3 ครั้ง โดยแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ได้รับการพัฒนาขึ้นจากแนวคิดของการจัดสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Community health engagement) ขององค์การอนามัยโลก 4 ระดับ โดยแบ่งช่วงกิจกรรมเป็น 8 ขั้นตอน (ระยะเวลา รวม 1 ชั่วโมง 30 นาที)

ระยะที่ 2 ระยะทดสอบประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพและความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

การทดสอบประสิทธิภาพของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อายุ 35 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลทุ่งสมอ อำเภอนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power 3.1 โดยกำหนดค่า Effect size = 0.5 (Large effect size) α err prob = 0.05 Power (1- β prob) = 0.95 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคำนวณเท่ากับ 45 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์/ขาดหายของข้อมูล (Drop out) ผู้วิจัยจึงกำหนดการสุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 (เท่ากับ 9 คน) ต้องได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน และกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1. เป็นผู้มีความสามารถในการอ่าน เขียน ภาษาไทย 2. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ 3. พักอาศัยประจำอยู่ในเขตอำเภอนมทวน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จะได้รับการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปจนครบตามจำนวนที่คำนวณได้ กลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้จะได้รับการเชิญเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นโดยได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยก่อนตัดสินใจลงนามเข้าร่วมการศึกษาโดยสมัครใจ

ประชาชนที่ใช้ในแนวทางปฏิบัติ การประเมินความเป็นไปได้ของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น โดยทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลาก จำนวน 11 คน (สัดส่วน 1 ต่อ 5 จากกลุ่มตัวอย่าง 54 คน) เพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มโดยสมัครใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ถูกดำเนินการภายใต้เงื่อนไขที่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เลขที่ EC.NO.17/2566 ลงวันที่ 28 สิงหาคม 2566

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนที่ถูกพัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ได้แก่ 1.แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการประเมินกลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คนที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ส่วนที่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง (เมตร) รอบเอว (เซนติเมตร) ระดับความดันโลหิต ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพื่อสามารถใช้ในการประเมิน CVD risk score ที่พัฒนาโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข⁹ ส่วนที่ 2) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของน้องจิตต์ ดวงเนตรและเดือนเพ็ญ ศรีชา¹⁰ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ให้เลือก 2 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน โดยใช้เกณฑ์ ของ วิเชียร เกตุสิงห์ (2538: 10) โดยร้อยละ 80 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 50.00 – 79.99 (7-9 คะแนน) หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 0.00 – 49.99 (0-6 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง ส่วนที่ 3) แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมินทัศนคติของความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากพฤติกรรมของ จันทรา ทรงตะ¹¹ ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ กำหนดคะแนนแบบการประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ คือ เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วย โดยแบ่งระดับผลการประเมิน ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (22-27 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (17-21 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 (9-16 คะแนน) หมายถึง ทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับต่ำ¹² ส่วนที่ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือด

สมอง ของน้องจิตต์ ดวงเนตรและเดือนเพ็ญ ศรีชา¹⁰ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 17 ข้อ กำหนดคะแนนแบบมาตราส่วนการประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ระดับ ดังต่อไปนี้ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ (5 วันขึ้นไป) ปฏิบัติเป็นบางครั้ง (2 - 4 วัน/สัปดาห์) และไม่ปฏิบัติ (น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์) โดยแบ่งระดับผลการประเมิน ดังนี้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (20-35 คะแนน) หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 (36-48 คะแนน) มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (49-60 คะแนน) มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง¹² และส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรีที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยได้กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนไว้ 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน หมายถึงระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจดีมาก 4 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจดี 3 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจปานกลาง 2 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจน้อย 1 คะแนน หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ยประเมินผลความพึงพอใจไว้ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึงระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง ระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับดี ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจ/

ความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจระดับ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึงระดับความพึงพอใจ/ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยที่สุด : ซึ่งดำเนินการตรวจความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ของ แบบ ส อ บ ถ ม (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พบว่า ค่า IOC (Index of item objective congruence) ในทุกรายข้อคำถามมีค่ามากกว่า 0.5 ในขณะที่การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) พบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาที่ได้จากการใช้สูตรของครอนบัก (Cronbach's Alpha coefficient) ของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ 0.73

2. แบบสัมภาษณ์เพื่อการถอดบทเรียน (After Action Review) เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ที่ได้รับการสุ่มเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus

group) ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม ได้แก่

1. เป้าหมายหรือความคาดหวังของท่านต่อประสิทธิผลของการนำแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในชุมชนคืออะไร
2. เป็นไปตามเป้าหมายหรือความคาดหวังหรือไม่ เพราะอะไร
3. มีสิ่งที่เกินเป้าหมายหรือความคาดหวัง เพราะอะไร
4. สิ่งที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมายหรือความคาดหวัง หรือปัญหาที่พบ เพราะอะไร
- 5.ท่านจะนำแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนกลับไปทำอะไรต่อ หรือปรับปรุงการทำงานอย่างไร ซึ่งการสนทนากลุ่มในการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนาจำนวน 1 ครั้งภายใน 1 เดือนหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง และมีการอัดเสียงของการสนทนากลุ่มเพื่อใช้ในการถอดเทป วิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ (Inform)	-แนะนำตัวเจ้าหน้าที่ ตกลงบริการเรื่องระยะเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น	5 นาที
ขั้นตอนที่ 2 การชี้แจงวัตถุประสงค์ (Inform)	- ชี้แจงวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ดังนี้ 1.เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้ทราบถึงความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของตนเอง 2.เพื่อให้ชุมชนทราบถึงสถานการณ์ความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของคนในชุมชนตนเอง 3.เพื่อให้ชุมชนมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง	5 นาที

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
	4.เพื่อให้ชุมชนสามารถเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือเพื่อนสมาชิกเมื่อพบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน	
ขั้นตอนที่ 3 การค้นหาข้อมูลความเสี่ยงรายบุคคล (Inform)	- การค้นหาข้อมูลจากการวิเคราะห์ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแยกตามกลุ่ม 5 สี โดยใช้โปรแกรมการประเมินของ Thai CVD Risk ซึ่งมีปัจจัยที่จะใช้ประเมินได้แก่ 1) อายุ 2) เพศ 3) การสูบบุหรี่ 4) การป่วยโรคเบาหวาน 5) ระดับความดันโลหิตตัวบน 6) รอบเอว 7) ส่วนสูง (แจกใบประเมิน CVD RISK รายบุคคล ทีมเจ้าหน้าที่ช่วยประเมินรายบุคคล) พร้อมให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยง (3อ.2ส.)	15 นาที
ขั้นตอนที่ 4 การค้นหาข้อมูลสถานการณ์ความเสี่ยงของกลุ่มบ้าน (Consult)	- สรุปผลการประเมินความเสี่ยงในภาพรวมของชุมชน เพื่อแสดงให้เห็นว่า ในกลุ่มบ้านที่อยู่ร่วมกัน มีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค Stroke เท่าใด ถ้าพบข้อมูลว่า เคยมีผู้ป่วย Stroke มาแล้ว ให้สัมภาษณ์/อภิปรายถึงความเป็นไปได้ว่า คนที่เคยป่วยแล้วจะมีโอกาสกลับมาป่วยได้อีกหรือไม่ (ซักถาม/อภิปรายความคิดเห็นจากกลุ่ม) หากผู้ป่วยจริงหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจริงในกลุ่มให้ชวนคุยถึงเหตุการณ์ที่ ว่าสิ่งใดเป็นปัจจัยเสี่ยง ผู้ป่วยมีอาการเริ่มต้นอย่างไร และขั้นตอนการดำเนินการหลังมีอาการว่าทำอย่างไร	15 นาที
ขั้นตอนที่ 5 การชวนคิด ชวนคุย (Consult, Involve, Collaborate)	- เปิดวิดีโอเรื่อง Stroke (ใช้เวลา 3-5 นาที) จบแล้วชวนคุยด้วยคำถาม 5 ข้อดังนี้ คำถามข้อที่ 1 เมื่อได้ยินคำว่า Stroke ท่านรู้สึกอย่างไร คำถามข้อที่ 2 ท่านคิดว่า Stroke เกิดขึ้นได้อย่างไร ท่านเองมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นหรือไม่ คำถามข้อที่ 3 สัญญาณเตือนมีอาการอย่างไรบ้าง และจะทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการ คำถามข้อที่ 4 เราจะมีวิธีป้องกัน Stroke ได้อย่างไร คำถามข้อที่ 5 ชุมชนและผู้เกี่ยวข้องจะป้องกันแก้ไขอย่างไร เจ้าหน้าที่ชวนคุยในแต่ละประเด็น และสรุปคำตอบที่ได้ในทุกประเด็น	20 นาที

ตารางที่ 1 แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา (นาที)
ขั้นตอนที่ 6 การสร้างข้อตกลงและสัญญาใจ (Involve, Collaborate)	- การลงชื่อทำสัญญาร่วมกัน (Community commitment) เพื่อการดูแลกันในกลุ่มบ้าน และการลงชื่อเพื่อเลือกบ้านที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ เช่น มีผู้มีอาการสงสัย Stroke แล้วต้องรีบนำส่งรพ. โดยใช้เครื่องมือ 2 ชิ้น ได้แก่ ข้อตกลงชุมชนและสัญญาใจ โดยข้อตกลงจะเป็นการลงชื่อร่วมกันของทุกคนในชุมชนนี้ สำหรับสัญญาใจ ให้แต่ละบ้านคัดเลือกเองว่า ตนเองสามารถช่วยดูแลบ้านใครได้แล้วใครที่เราสามารถช่วยเหลือได้ สมาชิกทุกคนลงลายมือชื่อในข้อตกลงและพันธะสัญญาจนครบ	10 นาที
ขั้นตอนที่ 7 การคัดเลือก Mr. Stroke (Shared Leadership)	- ดำเนินการคัดเลือกบุคคลที่มีภาวะผู้นำ ในการทำหน้าที่เสมือนหัวหน้ากลุ่มของชุมชน ซึ่งใช้ชื่อเราจะเรียกว่า Mr. Stroke โดยมีหน้าที่สำคัญคือ คอยดูแล ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในกลุ่มเรื่อง Stroke ตลอดจนเป็นผู้ที่สามารถติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในรพ.สต. /รพ. เมื่อพบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลารวมถึงเป็นผู้นำส่งผู้ป่วยเองในกรณีที่สมารถทำได้ ระบุเบอร์โทร. Mr. Stroke ในใบสัญญาณเตือนที่ติดไว้ที่บ้าน	10 นาที
ขั้นตอนที่ 8 การสรุปและนัดหมายการติดตามผล	- สรุปผลที่ได้จากการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนในแต่ละครั้ง - นัดหมายวันและเวลาในการติดตาม ประเมินผล ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่ได้ตกลงไว้	10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

ข้อมูลทั้งหมดที่เก็บได้จากของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามจะถูกนำมาวิเคราะห์ดังนี้ 1. ข้อมูลทั่วไป และความพึงพอใจวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปร ได้แก่ ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และระดับ

ค่า CVD risk เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้สถิติ paired t-test (วัดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม) และ 3) การวิเคราะห์ผลการถอดบทเรียนเพื่อหาความเป็นไปได้เชิงคุณภาพในการนำแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองไปใช้ในชุมชนโดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์จากเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Content analysis) ซึ่งได้จากการถอดเทปเสียง

แบบคำต่อคำโดยผู้วิจัยอีกท่านที่ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มเพื่อป้องกันความลำเอียงของข้อมูล จากนั้นมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลก่อนดำเนินการกำหนดคำสำคัญ (keywords) และประเด็นสำคัญ (themes) จากผู้วิจัยทั้งสองท่านอย่างเป็นอิสระต่อกัน แล้วจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาอภิปรายสรุปผลการวิเคราะห์ร่วมกันอีกครั้ง โดยผลการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพในครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ในการอภิปรายสนับสนุนผลการการศึกษาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในประเด็นที่สอดคล้องกันต่อไป

ผลการวิจัย (Results)

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.22 เป็นผู้หญิง อายุเฉลี่ย 54 ปี ส่วนสูงเฉลี่ย 1.59 เมตร เส้นรอบเอวเฉลี่ย 93.29 เซนติเมตร (36.73 นิ้ว) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตค่าบน 131 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 31.48 และสูบบุหรี่ร้อยละ 11.11

2. การเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ พฤติกรรม เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และ Thai CVD risk score ก่อนและหลังการใช้แนวทางปฏิบัติ

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Mean 10.93, S.D. 1.03) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Mean 8.57, S.D. 1.77) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) และพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยระดับทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มมากขึ้น (Mean 23.81, S.D. 1.33) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Mean 16.56, S.D. 2.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ในขณะที่ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองลดลง (Mean 34.30, S.D. 1.81) เมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Mean 41.56, S.D. 3.06) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ ค่าคะแนน Thai CVD Risk score ของกลุ่มตัวอย่าง (Mean 9.86, S.D. 8.03) มีค่าเฉลี่ยลดลงเมื่อเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (Mean 10.35, S.D. 8.23) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.19$) ดังแสดงไว้ใน Table 2

Table 2 Comparison of knowledge, attitudes and risk behaviors related to stroke of Subject and after the completion of the practice guidelines

Variables	Level	n	%	Mean	S.D.	<i>t</i>	p-value	
knowledge	Before	Good	14	25.93	8.57	1.77	-8.80	<0.001
		Intermediate	35	64.81				
		Low	5	9.26				
	After	Good	49	90.74	10.93	1.03		
		Intermediate	5	9.26				
		Low	0	0.00				
Attitude	Before	High	1	1.85	16.56	2.61	-16.65	<0.001
		Intermediate	28	51.85				
		Low	25	46.30				
	After	High	50	92.59	23.81	1.33		
		Intermediate	4	7.41				
		Low	0	0.00				
Risk behaviors	Before	High	2	3.70	41.56	3.06	15.21	<0.001
		Intermediate	51	94.44				
		Low	1	1.85				
	After	High	38	70.37	34.30	1.81		
		Intermediate	16	29.63				
		Low	0	0.00				
Thai CVD Risk Score		Before		10.35	8.23	2.43	.019*	
		After		9.86	8.03			

3. ความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติการ เฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนอำเภอ พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับดีมาก (Mean 4.53, S.D. 0.54) เช่น การปฏิบัติงานของ

เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อมูลหรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี (Mean 4.58, S.D. 0.58), เจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพ เป็นมิตร และเป็นกันเอง (Mean 4.61, S.D. 0.51) และคิดว่าโครงการนี้มีประโยชน์ต่อประชาชน/ชุมชน (Mean 4.53, S.D. 0.56) ดังแสดงไว้ใน Table 3

Table 3 Satisfactions of participation in the surveillance practice guideline for stroke in community, Panomthuan district, Kanchanaburi Province (n=56)

Item	Mean	S.D.	Level of Satisfactions
1. This project is beneficial to support community health	4.53	0.56	Very good
3. Knowledge gained from participation in this project is more useful for applying in daily life	4.44	0.58	Good
4. Contents applied to the program is appropriate	4.43	0.65	Good
5. Duration of participating in the program is appropriate	4.39	0.68	Good
6. Public relation for application to the program is appropriate	4.44	0.60	Good
7. Place of undertaking the program is appropriate	4.37	0.66	Good
8. Giving an information of staff is clear	4.58	0.58	Very good
9. Staff is gentle and friendly	4.61	0.51	Very good
10. Overall satisfaction for participating in the program	4.53	0.54	Very good

4.ความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติในการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ความเป็นไปได้ที่คาดหวัง: ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นไปได้อันน่าพอใจที่เกิดจากการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนคือการที่ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมฯได้เข้ารับการรักษาทันเวลา หากเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุนได้แก่

“...อยากให้เมื่อเกิดเหตุแล้ว ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ไปรักษาทันภายใน 2 ชั่วโมง.. [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 1]” “...เมื่อมีเคสในชุมชน คนในครัวเรือนสามารถส่งผู้ป่วยได้ทัน stroke fast track อย่างน้อย 50%... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5]”

และ “...ถ้าเกิดอาการผิดปกติ คนในครอบครัวสามารถรับรู้ได้ทันและขอความช่วยเหลือจากชุมชนได้ [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 2]”

อย่างไรก็ดี ผลการศึกษา พบว่าหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว ยังคงมีคนในชุมชนที่มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถส่งไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ทันเวลา ไม่ครบถ้วนทุกคน เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่มีผู้ดูแล

“...ผู้ป่วยยังไปรักษาไม่ทันเวลาเป็นส่วนใหญ่และยังมีผู้ป่วยที่เคยเป็นแล้วกลับเป็นซ้ำ เพราะยังเข้าใจว่ารออาการน่าจะดีขึ้น เพราะอาการไม่มาก ยังใช้ชีวิตประจำวันได้...ผู้ป่วยความดันฯ ขาดยา รักษาไม่สม่ำเสมอ ขาดความรู้ บางส่วนอยู่คนเดียว รอญาติ [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 6]”

ความเป็นไปได้ของกลุ่มเป้าหมาย:
ประชาชนทุกคนควรเข้าร่วมกิจกรรม
ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสะท้อนเห็น
ประโยชน์ของการได้รับความรู้จากการเข้าร่วม
กิจกรรม และเห็นว่าแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
มีความเป็นไปได้ที่จะให้ประชาชนทุกคนเข้าร่วม
กิจกรรม ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

“...อาจปรับกิจกรรมการให้ความรู้
ไม่ให้น่าเบื่อ...เฉพาะเจาะจงกลุ่มในการทำชุมชน
stroke และหาทางให้เข้ามาทำกิจกรรมให้ได้
[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5]” “...ไปทำต่อให้ครบทุกหมู่
และอบรม อสม. เพิ่มเพื่อช่วยทำกิจกรรมใน
ชุมชน.. [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4]” “...ไม่ต้องทำ
เฉพาะกลุ่มเสี่ยง แต่ทำครอบคลุมให้เป็นกิจกรรม
ปฏิบัติ เป็นสิ่งที่ทุกบ้านต้องรู้... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่
7 และ 8]” “...คนที่เข้าร่วมเป็นแต่กลุ่มเสี่ยง แต่
คนไม่เสี่ยงก็มีโอกาสเกิด Stroke เช่นกัน ยาก
ให้ทำแบบไม่ต้องระบุกลุ่ม [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่
11]”

**ความเป็นไปได้ของการนำไปใช้: ผู้นำ
ชุมชน และความร่วมมือของชุมชน**
ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้เห็น
ว่าความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติ นั้น
ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของชุมชนโดยเฉพาะผู้นำ
และความร่วมมือในการช่วยเหลือกันในชุมชนต่อ
การดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

“...ในชุมชนมีผู้ที่เคยเป็นโรคหลอดเลือด
สมองมาก่อนมาเข้าร่วมเป็นตัวอย่างและเล่า
ประสบการณ์ตรงให้ฟัง เป็นที่สนใจของ
กลุ่ม [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5]” “...ผู้นำที่เข้ามามี
บทบาทในชุมชน Stroke จะให้ผลที่ยั่งยืนกว่า

ผู้นำชุมชน/ อสม. บางคนสอนแทนเจ้าหน้าที่ได้
เลย [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 3]”

ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา:
**ตัวแทนผู้ดูแลพื้นที่รับผิดชอบควรเป็นผู้นำที่
เหมาะสม** ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างสะท้อนให้
เห็นว่าความเป็นไปได้ของการใช้แนวทางปฏิบัติ
นั้นขึ้นอยู่กับทางเลือก Mr. Stroke ที่ควร
คัดเลือกบุคคลที่เหมาะสม สะดวกในการติดต่อ
ดังตัวอย่างข้อมูลสนับสนุน ได้แก่

“...การคัดเลือก Mr. Stroke พบว่า
คัดเลือกคนที่ไม่ได้อยู่ในกิจกรรม ทำให้
การคัดเลือกไม่ราบรื่น... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 4]”
“...Mr. Stroke เป็นคนขี้ๆบ้านสะดวกกว่า...
[ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 10]” “การคัดเลือก
Mr. Stroke บางชุมชนทำไม่ได้จริงๆ อาจต้องมี
แนวทางที่จะใช้เวทีผู้นำในการคัดเลือก และขอ
ข้อมูลมาให้คนในชุมชนรับทราบว่า ใครจะ
ช่วยเหลือเขาได้... [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 9]”

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

จากผลการศึกษาโดยรวมพบว่า
แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคหลอดเลือดสมอง
ในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการส่งผล
ให้การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม
กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทาง
ปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
ทางบวกต่อระดับความรู้ ทักษะ พฤติกรรมเสี่ยง
ต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการได้รับการแนะนำ
อธิบาย ให้ความเห็น หรือแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นไปตามขั้นตอนของ
การมีส่วนร่วมคือ การแจ้งข้อมูล (inform) และ

การปรึกษาหารือ (Consult) ซึ่งกระบวนการดังกล่าวเป็นการประเมินสถานะสุขภาพ คินข้อมูลภาพรวมและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับสถานะสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถอธิบายได้จากรูปแบบ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมว่า ทักษะเป็นตัวกลางทำให้เกิดความรู้และพฤติกรรม¹³ ดังนั้นความรู้และทักษะจึงมีผลต่อพฤติกรรม ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีทักษะเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ดี โดยพบว่าหากบุคคลมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ทักษะที่ดีต่อการปฏิบัติหน้าที่ใดใดของตนแล้ว จะมีผลทำให้มีความรู้ความเข้าใจที่ดีและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องตามมาด้วยเช่นกัน^{14,15} สัมพันธ์กับผลการเปลี่ยนแปลง Thai CVD risk score ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มีค่าเฉลี่ยลดลงหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความเป็นไปได้ในการก่อประโยชน์ต่อตนเองและชุมชน ซึ่งควรมีการขยายกลุ่มเป้าหมายในการเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว (K2: ความเป็นไปได้ของกลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทุกคนควรเข้าร่วมกิจกรรม)

นอกจากนี้ผลการศึกษาเชิงคุณภาพโดยรวมสะท้อนให้เห็นว่าแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมชุมชนมาขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงในชุมชน สอดคล้องกับผล

การประเมินความพึงพอใจโดยรวมต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ที่อยู่ในระดับดีมาก (mean=4.53 SD=0.54) อย่างไรก็ตามก็ติดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เห็นว่าการแก้ปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่ไม่มีผู้ดูแล และกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการคัดกรองว่าเสี่ยงหรือไม่เป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้ชุมชนลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ (K2: ความเป็นไปได้ของกลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทุกคนควรเข้าร่วมกิจกรรม) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิลาภา จิระรัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรณะอมร และศรีสุตา รัตมีพงศ์¹⁶ ที่พบว่าการจัดการสุขภาพผ่านกิจกรรมหรือศักยภาพของชุมชนควรดำเนินการให้เกิดขึ้นจนเป็นธรรมชาติของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคม เพื่อให้การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนำไปใช้สร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันของตนได้ เช่นเดียวกับประเด็นของการไม่ควรกำหนดให้เฉพาะกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมตามแนวทางปฏิบัติฯ ที่พัฒนาขึ้นเท่านั้น แต่ควรเป็นทุกบุคคลในชุมชน รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้นำและการคัดเลือก Mr. Stroke ที่ควรเป็นบุคคลที่เหมาะสม คล่องตัวในการช่วยประสานงานได้ตลอดเวลา (K4: ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา: ตัวแทนผู้ดูแลพื้นที่รับผิดชอบควรเป็นผู้ที่เหมาะสม) สอดคล้องกับผลการศึกษาของนิลาภา จิระรัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรณะอมร และศรีสุตา รัตมีพงศ์¹⁶ ที่พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัย โดยการดำเนินการขององค์กรหลักในพื้นที่โดยชุมชนมีการดูแลกันเองร่วมคิด ร่วมวางแผน กับหน่วยงานหลักในพื้นที่จะช่วยสร้างกระบวนการตัดสินใจตาม

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวมตามความหมาย “สุขภาพ” ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เป็นกระบวนการจัดการสุขภาพเป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต โดยต้องมีการพัฒนาทุนทางสังคมให้มีทักษะ และความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำงานร่วมกันโดยเกิดประโยชน์สำหรับชุมชนเอง

จากการดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนครั้งนี้ คือ การให้ความร่วมมือของประชาชน เจ้าหน้าที่ และผู้นำชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เป็นผู้ประสานงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกขั้นตอน อีกทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านอื่นๆในครั้งนี้ได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในชุมชนครั้งนี้ คือ ความยากง่ายของเนื้อหาความรู้ที่ให้แก่ประชาชน ควรมีการปรับให้ง่าย เข้าใจมากขึ้น อีกทั้งวิธีการให้ความรู้อาจปรับเปลี่ยนเป็นวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การบรรยาย เช่น เกม การตอบคำถาม เพื่อลดความเบื่อหน่ายในการเข้าร่วมกิจกรรม สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ “...อาจปรับกิจกรรมการให้ความรู้ไม่ให้น่าเบื่อ....เฉพาะเจาะจงกลุ่มในการทำชุมชน stroke และหาทางให้เข้ามาทำกิจกรรมให้ได้ [ผู้ให้ข้อมูลท่านที่ 5]” (K2: ความเป็นไปได้ของกลุ่มเป้าหมาย: ประชาชนทุกคนควรเข้าร่วมกิจกรรม)

การศึกษาครั้งนี้มีจุดแข็งได้แก่ กระบวนการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเป็นการออกแบบที่สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ 4 ขั้นตอนขององค์การอนามัยโลก ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวเกิดจากการมีส่วนร่วมระดมสมองของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริง และผู้นำชุมชนในพื้นที่ทำให้สามารถปรับเทคนิควิธีการปฏิบัติจริงที่คล่องตัวมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้มีจุดอ่อนที่สำคัญคือ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลทำให้ขาดการประเมินประสิทธิผลของแนวทางที่พัฒนาขึ้นต่อผลลัพธ์ในระยะยาว นอกจากนี้ การควบคุมปัจจัยตัวกวนด้านสิ่งแวดล้อมอาจยังไม่พอซึ่งสามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ในระยะสั้นได้เช่น การจัดการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ควรมีการปรับปรุงขั้นตอนวิธีการดำเนินกิจกรรมตามข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้โดยดำเนินการประชุมร่วมกับผู้มีส่วนได้เสียในการจัดการสุขภาพชุมชนโดยรวมเพิ่มเติม อีกทั้งควรนำแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาปรับปรุงแล้วไปดำเนินการในการสร้าง “ชุมชนปลอดโรคหลอดเลือดสมอง” ในพื้นที่อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรีให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิผลของแนวทางปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระยะยาวและกำหนดการทดลองในพื้นที่ที่มีลักษณะแตกต่างกันเพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามสภาพสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่นเพื่อให้สามารถพัฒนาเป็นรูปแบบในการดำเนินงานและขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนจากหน่วยงานที่มีผลประโยชน์ต่อการศึกษา (Conflict of interest) แต่อย่างไรก็ดีผู้วิจัยขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรีที่สนับสนุนการดำเนินการให้สำเร็จลุล่วง อีกทั้งขอขอบคุณคำแนะนำเพื่อปรับปรุงกระบวนการศึกษาวิจัยจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรรณพ สนิธิไชย และอาจารย์ ดร.กัณตภณ เชื้ออ้อ มา ณ โอกาสนี้

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*. 2022;17(1):18–29.
2. Thiamkao S. Scenario of stroke. *Thai J Nuerology*. 2021;37(4):54–60.
3. World Health Organization. Community Health Management A problem-solving approach [Internet]. 2006. 76 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/116500/dsa709.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Odugleh-Kolev A, Parrish-Sprowl J. Universal health coverage and community engagement. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):660–1.
5. Barker KM, Ling EJ, Fallah M, Vandebogert B, Kodl Y, Macauley RJ, et al. Community engagement for health system resilience: Evidence from Liberia’s Ebola epidemic. *Health Policy Plan*. 2020;35(4):416–23.

6. Committee C and TSA (CTSA) CCEKF. Principles of Community Engagement [Internet]. NIH Publication No. 11-7782. 2011. <http://www.cdc.gov/phpo/pce/>. Available from: http://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/pdf/PCE_Report_508_FINAL.pdf

7. World Health Organization. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. In Geneva; 2020. p. 1–48. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>

8. Sri-saad B. Basic statistics. 10th ed. Thailand: Suweeriyasarn; 2020. 228 p.

9. Ministry of Public Health. A handbook of risks assessment to develop Ischemic Heart disease and Cerebrovascular for Village Health Volunteers. 2nd ed. Thailand: The Printing Office Agency to assist veterans in Royal Shu patham.; 2017.

10. Nualnetr N, Srikha D. Knowledge on the stroke and behaviors to reduce the risk of stroke among risk persons in Samliam Community, Muang District, Khon Kaen Province. J Med Technol Phys Ther. 2012;24(3):318–26.

11. Songteh J. Health behaviors contributing to risks of coronary heart

disease among Thai Muslim in the Meesuwan 3 community. Thammasat University; 2011.

12. Bloom BS, Hastings T, Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971.

13. Kumtip P, Jitpanya C. Relationships Among Knowledge, Belief, And Behavioral Awareness In Young Adult At High Risk Of Stroke. J Police Nurse. 2014;06(2):44–55.

14. Kompilo N. Knowledge, Attitude and Risk behaviours of Stroke among people with hypertension in Maeta hospital, Maeta district, Lampang province. Thammasat University; 2016.

15. Tijayoung S. The Factors Influencing Preventive Behaviors Amongst Risk Group Stroke Patients. Christian University; 2014.

16. Jirattanawanna N, Wattanaamorn S, Ratsamepong S. Community Participation in Health Promotion. Mahachula Acad J. 2019;6:365–81.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุ โรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม

ธนัญชนก เกลิมชัย*

ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ** พัชรพร เกิดมงคล***เพลินพิศ บุญมาลิก***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ที่อยู่ในชุมชนแห่งหนึ่งในเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 28 คน ซึ่งได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 28 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือการวิจัยได้แก่โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน และแบบสอบถามซึ่งมีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.8 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square, Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .0001$) และในกลุ่มทดลอง มีค่าน้ำตาลปลายนิ้ว น้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .0001$) ดังนั้น การพยาบาลโดยการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน/ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม/ โรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Email: Kwanjai.amn@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

EFFECTS OF OREM’S NURSING THEORY APPLICATION PROGRAM TO PREVENT PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE FOR OLDER ADULTS WITH DIABETES MELLITUS AND HYPERTENSION

Thananchanok Chalermchai*

Kwanjai Amnatsatsue ** Patcharaporn Kerdmongkol *** Plempit Boonyamalik***

ABSTRACT

This quasi-experimental research with 2 group pre-post test design aimed to examine effect of the program applying Orem’s nursing theory to prevent peripheral arterial disease among older adults with diabetes mellitus and hypertension, living in Bang Sue, Bangkok Metropolitan. An experimental group (n=28) received a 8-week Orem’s nursing theory applying program and a comparison group (n=28) received a usual care. Research instrument consisted of a program applying Orem’s nursing theory to prevent peripheral arterial disease and questionnaire with CVI=0.8 and Cronbach’s alpha =0.85. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, analytical statistics included Chi-square test, Paired t-test and Independent t-test.

After intervention, it was reveal that the experimental group had significantly higher scores on Knowledge and behavior related to peripheral arterial disease prevention than before and than the comparison group ($p < .0001$). In addition, the experimental group had significantly lower scores on blood sugar than before and than the comparison group ($p < .0001$). The findings support that the program applied Orem’s nursing theory is appropriate for nursing care of older adults with diabetes mellitus and hypertension to prevent risks of peripheral arterial disease.

Key Words: Perpheral arteral disease/ Orem’s nursing theory/ Diabetes melltitus and Hypertension.

Article info: Received: May 13, 2023, Revised: June 4, 2023, Accepted: November 20, 2023

* Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. Email: Kwanjai.amn@mahidol.ac.th

*** Associate Professor Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

**** Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งเกิดจากด้านในของผนังหลอดเลือดแดงใหญ่มีความเสื่อมหรือเกิดการอักเสบทำให้เกิดรอยแผลด้านใน มีการสะสมของคราบไขมันและหินปูนในหลอดเลือด ทำให้รูของหลอดเลือดแดงแคบลง โดยเฉพาะที่บริเวณขา อาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง (atherosclerosis)¹ พบอุบัติการณ์จาก 164 ล้านคน เป็น 202 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 โดยความชุกจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น² ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป³ ผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จะมีอาการปวดขาอย่างรุนแรงเป็นพักๆ ในขณะเดิน (Intermittent claudicating) ทำให้เดินได้ช้าลง ระยะทางสั้นลง ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตลดลง⁴

สถิติดังกล่าว พบว่าผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคร่วมหลายอย่าง เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และการสูบบุหรี่ ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย ทั้งหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ การเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ ไปเลี้ยงอวัยวะที่สำคัญได้แก่ สมอง หัวใจ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้⁵ และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ที่ไปเลี้ยงขาและเท้า เป็นสาเหตุทำให้ถูกตัดนิ้วเท้า

เท้าและขา ก่อให้เกิดความทุพพลภาพ และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันร่วมกับโรคเบาหวานจะมีโอกาสถูกตัดขามากกว่าผู้ไม่เป็นเบาหวานถึง 7 ถึง 15⁶

สถิติผลการสำรวจภาวะสุขภาพในเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานครเบื้องต้น พบว่า พ.ศ. 2562 มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและมีโรคความดันโลหิตสูงร่วม คิดเป็นร้อยละ 31.41 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตบางซื่อ และพบผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 10.65 และนอกจากนี้พบว่า ร้อยละ 80 ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยา เป็นต้น ซึ่งส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตไม่ได้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดส่วนปลายตีบตัน และอันตรายถึงแก่ชีวิต⁶ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดถึงร้อยละ 63 และอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองตามมาถึง ร้อยละ 68 และ 42 ตามลำดับ⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เกิดจากปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และมีประวัติการสูบบุหรี่เป็นระยะเวลานาน และมักกลับมาเป็นซ้ำหลังจากทำการรักษา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเหล่านี้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค

อยู่ในระดับปานกลาง⁸ ร้อยละ 65.9 ของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง ยังมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ไม่ถูกต้อง⁹ การศึกษาในต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันแล้วทั้งที่ ได้รับและ ไม่ได้ได้รับการรักษาไม่รู้จักโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน¹⁰ เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและมีความรู้ น้อยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรค¹¹ เป้าหมายในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน รวมทั้งต้องเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถอยู่ได้อย่างปกติสุข ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้สูงอายุสามารถควบคุมและป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันได้ ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ ความรู้ว่าเป็นระบบการพยาบาลที่จะช่วยให้ผู้ป่วย มีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและชะลอการเกิดความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²

อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบว่ามีการศึกษาถึงการป้องกันปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันและชะลอภาวะแทรกซ้อนให้มี ประสิทธิภาพ โดยประยุกต์แนวคิด ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อวางแผนกิจกรรมโปรแกรมร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มเพื่อ
ป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีตันสำหรับผู้สูงอายุ
โรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม

1. การสอน โดยให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง ยา อาหาร และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดส่วนปลาย
2. การชี้แนะ โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อปฏิบัติตัวถูกต้องและไม่ถูกต้อง
3. การสนับสนุน สร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยสอบถามปัญหาและให้กำลังใจ ช่วยเหลือในส่วนที่ยังปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง
4. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ติดตามทางโทรศัพท์ และเยี่ยมบ้าน

ตัวแปรตาม

- ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีตัน
- พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีตัน
- ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในช่วง 60 - 70 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการศึกษา

(Inclusion criteria)

- 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป และมีระดับน้ำตาลในเลือด FBS > 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร > 3 ครั้ง หรือ HbA1C > 7 % ภายใน 1 ปีและได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
- 2) มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย
- 3) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประเมินโดยแบบวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index) มีคะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

4) ไม่มีภาวะสมองเสื่อม โดยผลประเมินจากแบบประเมินภาวะสมองเสื่อม (Thai Mental State Examination: TMSE) ได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 23 คะแนน

5) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และสามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ พักอาศัยในชุมชน และมีที่อยู่ที่แน่นอน ที่ยินดีให้ติดตามเยี่ยมบ้านได้

6) ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นและหรือได้รับการรักษา โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย ตีบตัน โรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ มีแผลหรือภาวะเท้าขาดเลือดรุนแรงจนไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ได้รับการผ่าตัดขาหรือเท้า (amputation) ที่ไม่สามารถเดินได้

เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนให้ทำการวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ผู้สูงอายุตัวอย่างที่มีการเจ็บป่วยระหว่างการเก็บข้อมูล ไม่สามารถติดต่อหรือสื่อสารทางโทรศัพท์ได้ และเป็นผู้ป่วยติดเตียง จะคัดออกจากการเป็นตัวอย่างโดยยุติการเก็บข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองโครงการวิจัย เลขที่ MUPH MUPH 2020-069 ลงวันที่ 17 เมษายน 2563 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการเก็บข้อมูลและประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าร่วมโครงการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจ

ของกลุ่มตัวอย่างก่อนให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม และ
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม¹³ รวมระยะเวลาดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ผู้สูงอายุประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง การให้ผู้สูงอายุประเมินความเสี่ยงต่อการโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและฝึกทักษะการออกกำลังกายเพื่อบริหารหลอดเลือดแดงส่วนปลาย การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ และการติดตามเยี่ยมบ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลทั่วไป
- 2) ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ คะแนนรวม 20 คะแนน คะแนนรวมมาก

หมายถึงมีความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมาก

3) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเป็น จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20 - 80 คะแนนรวมที่ยิ่งสูงคือมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการวิจัยส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความครอบคลุมและความเหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน คำนวณค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.8 หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขไปทดลองเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 ราย คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลภายหลังที่โครงการผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์แล้ว ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยมีการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือน ธันวาคม 2564

โดยดำเนินการวิจัย 8 สัปดาห์ จัดกิจกรรมตามโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง

โรคเบาหวาน พัฒนาศักยภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พัฒนาศักยภาพการดูแลและเท้าด้วยตนเอง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยการชั่งน้ำหนัก วัดระดับความดันโลหิต เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถาม มีการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเพื่อให้ผู้สูงอายุประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานบรรยายประกอบกับการให้ชมวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฝึกทักษะการตรวจประเมินระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง กิจกรรมสอนและสาธิตย้อนกลับ การตรวจประเมินสุขภาพขาและเท้า การออกกำลังกายในการบริหารขาและเท้า การใช้และการบันทึกคู่มือป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง

โรคความดันโลหิตสูง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง การให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงที่ โดยวิธีการบรรยายประกอบกับการให้ชมวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ฝึกทักษะการประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แนะ กิจกรรมสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับการออกกำลังกายในการบริหารขาและเท้า

หลังจากจบกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 2

โทรศัพท์ติดตามโดยผู้วิจัย ใช้เวลา 15 - 20 นาที ต่อครั้ง เป็นขั้นตอนการประเมินตนเอง เพื่อติดตาม และให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ การรับประทานอาหาร ยา การออกกำลังกาย พร้อมทั้งการให้กำลังใจในการปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ผ่านมา เพื่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมให้ความรู้ใน

การป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยวิธีการบรรยายประกอบกับการให้ชมวีดิทัศน์ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดแดง ส่วนปลายตีบตัน กิจกรรมสอนสาธิตและสาธิต ย้อนกลับ การออกกำลังกายในการเพิ่ม การไหลเวียนเลือดส่วนปลาย โดยใช้อุปกรณ์ สำหรับการบริหารขาและเท้า ได้แก่ กระดาด หนังสือพิมพ์เก่า ลูกบอลยาง พร้อมสนับสนุน อุปกรณ์ให้ผู้สูงอายุนำกลับไปบริหารขาและเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดส่วนปลายที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับ

การดูแลตนเองทั่วไปในผู้สูงอายุ และการป้องกัน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง โดยวิธีการบรรยายประกอบกับการให้ ชมวีดิทัศน์ความรู้ เรื่องการดูแลตนเองทั่วไป ในผู้สูงอายุ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำรงชีวิตประจำวันในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เปิดโอกาสให้พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ชักถามปัญหา อุปสรรค ที่เกิดขึ้นในการดูแลตนเอง ทบทวนความรู้ในการ ป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน

สัปดาห์ที่ 5 หลังจากจบกิจกรรมใน

สัปดาห์ที่ 4 โทรศัพท์ติดตาม โดยผู้วิจัย ใช้เวลา

15-20 นาทีต่อครั้ง เป็นขั้นตอนการประเมินตนเอง เพื่อติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรค ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ การรับประทาน อาหาร ยา การออกกำลังกาย พร้อมทั้งการให้ กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ที่ผ่านมา เพื่อความต่อเนื่องของการปฏิบัติกิจกรรม

สัปดาห์ที่ 6 - 7 การติดตามเยี่ยมบ้าน

ใช้เวลาในการติดตามเยี่ยม 30 นาทีต่อราย เป็นขั้นตอนการ ส่งเสริมกระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาในการสนับสนุนการปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวม

ข้อมูลภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ด้วย แบบสอบถาม ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิตและ เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

กลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวม

ข้อมูลก่อนทดลองด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการป้องกัน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายและพฤติกรรม ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดง ส่วนปลายตีบตัน ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และ เจาะน้ำตาลปลายนิ้ว

สัปดาห์ที่ 2 - 7 ได้รับการบริการจากสถาน

บริการสุขภาพตามปกติ

สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามและชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต และเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ร่วมกับการให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน พร้อมมอบสมุดคู่มือการดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันและอุปกรณ์สำหรับการบริหารขาและเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window version 18 (License Mahidol University) ใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ค่าน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ใช้ Independent t-test เปรียบเทียบคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน ค่าน้ำตาล

ปลายนิ้ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.0001$

ผลการวิจัย

ภายหลังวิจัย 8 สัปดาห์ พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนทั้งสิ้น 56 คน มีการสูญหายระหว่างกิจกรรม (Drop out) จำนวน 4 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลและย้ายที่อยู่อาศัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 28 คน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีข้อมูลส่วนบุคคลใกล้เคียงกันในเรื่องเพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 87.5 และ 85.71 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย (65.11 ปี, SD = 2.807 และ 66.64 ปี, SD= 3.118 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 71.43 และ 57.14 ตามลำดับ) ยกเว้นรายได้ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,553.57 บาท สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4,475.00 บาท สำหรับระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 3.07 ปี, SD=1.331 และกลุ่มเปรียบเทียบ 3.61 ปี , SD=1.227 ดังตารางที่ 1

Table 1: Demographic use related characteristics by intervention status. (n = 56)

Demographic Data	Intervention group (n = 28)		Compasion group (n = 28)		p-value
	number	%	number	%	
Gender					.163 ^a
Male	3	10.71	4	14.29	
Femal	25	89.29	24	85.71	
Age (years)					.033 ^b
60-65	18	64.29	10	35.71	
66-70	10	35.71	18	64.29	
	$\bar{X}$ = 65.11, SD=2.807		$\bar{X}$ = 66.64, SD=3.118		
Education level					3.930 ^a
Uneducated	-	-	1	3.57	
Primary school	20	71.43	16	57.14	
Secondary	8	28.57	11	39.28	
Monthly income	$\bar{X}$ = 6,553.57		$\bar{X}$ = 4,475.00		0.131 ^b
Duration of Diabetic	$\bar{X}$ = 3.07, SD=1.331		$\bar{X}$ = 3.61, SD=1.227		0.123 ^b

a = Chi-square, b = t-test

กลุ่มทดลอง

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2 และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.93, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.23, p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 และค่าเฉลี่ยน้ำตาลปลายนิ้วหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2 และลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

กลุ่มเปรียบเทียบ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ

Table 2 Compared the difference of the means of knowledge and behaviors on the prevention of peripheral arterial disease of the experimented group and the compassion group before and after the program.

		Before		After		p-value
		Mean	SD	Mean	SD	
experimented group (n=28)	Knowledge	6.86	4.40	17.93	1.51	<0.001
	Behaviors	53.46	6.736	63.29	6.01	<0.001
	DTX	169.86	58.05	124.71	20.36	<0.001
Compassion group (n=28)	Knowledge	10.29	3.17	13.71	2.37	<0.001
	Behaviors	56.68	8.31	54.32	10.50	<0.001
	DTX	180.54	57.54	162.04	38.38	0.008

Table 3 Compared the mean score of Knowledge and behaviors on the prevention of peripheral arterial disease (PAD) and blood sugar between experimented group and compassion group after experimental comparison with satatistics Independent t-test.

Variable		d	Mean	t	p-value
Knowledge	experimented group(n=28)	54	4.22	7.93	<0.0001
	Compassion group(n=28)	45.88			
	experimented group(n=28)	54	11	5.23	<0.001
	Compassion group(n=28)	42.99			
DTX	experimented group(n=28)	54	-0.43	3.49	0.001
	Compassion group(n=28)	54			

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม ในการป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุโคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเส้นเลือดแดงส่วนปลายตีบตันที่ดีขึ้น

เนื่องจากในโปรแกรมมีการสอนให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองด้านอาหาร ยา การออกกำลังกาย และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และสอนทักษะการตรวจประเมินขาและเท้าด้วยตนเองที่บ้าน การบริหารขาและเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย การอ่านค่าและแปลผลระดับน้ำตาลปลายนิ้วและระดับความดันโลหิตของตนเอง ให้กำลังใจและคอยกระตุ้นผู้สูงอายุให้คงความพยายามที่จะดูแลตนเอง ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามและการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์การบริหารขาและเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียน ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้และพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองที่ดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ คือการตรวจตามนัดและรับการรักษาตามสถานพยาบาลประจำ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยและสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณา ดวงแก้ว¹³ และเกตุณิชาณี แว่นแก้ว¹⁴ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความรู้และมีความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Collins และคณะ¹⁵ ที่ทำการศึกษาวิจัยพบว่าการบริหารขาและเท้าควบคู่กับการให้ความรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยงและการควบคุมอาหาร สามารถที่จะช่วยควบคุมโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมโดยรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และมีระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) อธิบายได้ว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันเพิ่มมากขึ้น และระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลง โดยในโปรแกรมมีขั้นตอนดังนี้ การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันด้วยตนเอง การให้ความรู้ และสอนทักษะการตรวจประเมินขาและเท้าด้วยตนเองที่บ้าน การบริหารขาและเท้าเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของหลอดเลือดส่วนปลาย การอ่านค่าและแปลผลระดับน้ำตาลปลายนิ้วและระดับความดันโลหิตของตนเอง ให้กำลังใจและคอยกระตุ้นผู้สูงอายุให้คงความพยายามที่จะดูแลตนเอง ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามและการติดตามเยี่ยมบ้าน พร้อมสนับสนุนอุปกรณ์การบริหารขาและเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองได้ มีการโทรสอบถาม ให้คำปรึกษาในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กำลังใจและส่งเสริมความคงอยู่ของพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องในการดูแลตนเองที่บ้าน จึงทำให้ค่าคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น และระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกชกร ธรรมนำสี¹⁶ ที่พบว่า การให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเยี่ยมบ้าน การสนับสนุนและการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อสิ้นสุดการทดลองค่าเฉลี่ยความรู้และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยนี้ ทำให้ทราบว่าโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน มีผลต่อการเพิ่มความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้นของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม เนื้อหาเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมและบริบทของชุมชน และผู้สูงอายุมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น นอกจากนี้การออกแบบเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

1. ระยะเวลาในการวิจัยมีจำกัด ไม่มีระยะติดตามผลเพื่อดูความคงทนของการดูแลตนเองและขาดการประเมินผลทางคลินิกร่วมด้วย เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)

2. ในการศึกษาครั้งนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการศึกษาจึงใช้ได้ในกลุ่มประชากรที่ใกล้เคียงกัน แต่ไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มประชากรอื่นได้

สรุปผลการศึกษา

สรุป โปรแกรมการการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อป้องกัน โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตันสำหรับ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูง ร่วมมีความสำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล สำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการ เกิดโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายตีบตัน เนื่องจากผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม ความรู้และการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

การนำผลวิจัยไปใช้ จากผลการวิจัย พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำ โปรแกรมไปจัดทำเป็นแนวปฏิบัติสำหรับการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอและป้องกันโรคหลอดเลือดแดงส่วน ปลายตีบตัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว ของโปรแกรมฯ ควรเพิ่มการประเมินผลทาง คลินิกร่วมด้วยเช่น ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) และควรมีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ที่หลากหลาย เช่น ในกลุ่มอายุอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ประธานชุมชน ในเขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร และ คณะกรรมการชุมชนทุกท่านที่ให้ความ อนุเคราะห์และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

References

1. Falconer, T. M., Eikelboom, J. W., Hankey, G. J., & Norman, P. E. (2008). Management of peripheral arterial disease in the elderly: focus on cilostazol. *Clinical Interventions in Aging*, 3(1), 17-23.
2. Fowkes, F. G. R., Rudan, D., Rudan, I., Aboyans, V., Denenberg, J. O., McDermott, M. M., ... & Criqui, M. H. (2013). Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis. *The lancet*, 382(9901), 1329-1340.
3. Federman, D. G., Bravata, D. M., & Kirsner, R. S. (2004). Peripheral arterial disease. A systemic disease extending beyond the affected extremity. *Geriatrics*, 59(4), 26-29.
4. Liles, D. R., Kallen, M. A., Petersen, L. A., & Bush, R. L. (2006). Quality of life and peripheral arterial disease. *Journal of Surgical Research*, 136(2), 294-301.
5. Criqui, M. H., & Aboyans, V. (2015). Epidemiology of peripheral artery disease. *Circulation research*, 116(9), 1509-1526.
6. Mutiranura, P. (2011). *Emergency in vascular surgery*. Bangkok: Augshonsumpan.

7. Ford, J. D., Courtois, C. A., Steele, K., Hart, O. V. D., & Nijenhuis, E. R. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(5), 437-447.
8. Shammas, N. W. (2007). Epidemiology, classification, and modifiable risk factors of peripheral arterial disease. *Vascular health and risk management*, 3(2), 229-234.
9. Samoh M. *Health beliefs and self-care of hypertension patients Tumbol Puyud Amphoe Muang Changwat Pattani [master's thesis]*. Songkhla: Prince of Songkla University; 2551. 111 p. (in Thai).
10. Diniz, J. N., & Pires, R. C. C. P. (2010). Perception of the peripheral arterial occlusive disease in Fontaine class I or II patients included in a Family Health Program. *Jornal Vascular Brasileiro*, 9, 124-130.
11. Benjawan Sopittapan (2016). Knowledge and self-care practice in patients with Peripheral arterial occlusive disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* Vol. 29 No.2 (July - December) 2018
12. Orem DE, Taylor SG and Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. St Louis: Mosby, 2001.
13. Kritsana Dounkaew (2016). *Effect of Educative supportive nursing system on self-care behaviors fasting plasma glucose and level of diabetic retinopathy in type 2 diabetic mellitus patients* from <http://hcuir.lib.hcu.ac.th:8080/xmlui/handle/123456789/320fill.pdf>
14. Ketchayanee Waenkaew (2014). Effects of a Supportive Educative Nursing Program on Knowledge and Self-care Behaviors of Older Adults with Heart Failure. *J Public Health* 2017; 47(1): 105-114
15. Collins, T. C., Beyth, R. J., Nelson, D. B., Petersen, N. J., Suarez-Almazor, M. E., Bush, R. L., ... & Ashton, C. M. (2007). Process of care and outcomes in patients with peripheral arterial disease. *Journal of general internal medicine*, 22, 942-948.
16. Kotchakorn Thamnamsilp (2015). Effect of Self-Care promoting program on self-care behavior among older adult with Uncontrolled Hypertension in Bangkok metropolitan. *Journal of Public Health Nursing*, 29(2), 44-55.

บทความวิจัย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

ธนวัฒน์ รวมสุก* อารยา ทิพย์วงศ์**

กนกวรรณ ดั่งกลัด*** สุธรรม นันทมงคลชัย****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ งานวิจัยเชิงพรรณนาเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 400 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี และความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ 0.307 ทั้งนี้ ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพ โดยเน้นการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ในช่องทางต่างๆ เพิ่มขึ้น เช่น สื่อต่าง ๆ การประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการ การขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเผยแพร่ข้อมูล เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดีและทั่วถึงมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ทางสุขภาพ/ โควิด 19/ ผู้สูงอายุ/ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต E-mail: tanawat.rua@kbu.ac.th

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

***หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข 38 จีดี-ทองคำ บำเพ็ญ สำนักอนามัย

****รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Correlation between Health Literacy and Preventive Behaviors of COVID-19 among Older persons in a senior citizen club, Bangkok Metropolis

Tanawat Ruamsook* Araya Tipwong**

Kanokwan Duangklad *** Suthum Nanthamongkolchai****

ABSTRACT

The elderly are more at risk of infected with COVID-19 than another group. Encouraging health literacy among the elderly will help them prevent COVID-19 infected and reduce the risk of disease. This research was descriptive research. The study aimed to explore the correlation between health literacy and preventive behavior of Coronavirus disease 2019. The sample consist of 400 elderlies in elderly club, Bangkok metropolis selected using a multi-stage random sampling method. A questionnaire was used to collect data on respondent demographics and health literacy and preventive behavior of Coronavirus disease 2019 by answering a Older persons are more at risk of COVID-19 infection than other age group. Health literacy is recommended for the older persons to prevent and reduce risk for COVID-19 infection. This descriptive research was conducted to examine the correlation between health literacy and preventive behavior of COVID-19 among older persons living in Bangkok. A total of 400 subjects were recruited from senior citizen clubs in Bangkok Metropolitan using a multi-stage random sampling method. A self-report questionnaire was used to collect data on subjects' demographics, health literacy, and preventive behavior of COVID-19. Data were analyzed using descriptive statistic and Pearson's Product Moment Correlation.

It was found that the subjects reported having good level of health literacy and preventive behavior of COVID-19. Health literacy had a positive association with preventive behavior of COVID-19 ($r=0.31$; $p<0.05$). The findings support that health literacy should be promoted for older persons, focusing on accessibility of health care service and related information to prevent Coronavirus disease 2019 through various channels such as media, public relations from government agencies, and health volunteers to have better understanding and more comprehensive behavior to preventive behavior of Coronavirus disease 2019.

Key word: Health literacy/ COVID-19/ Older persons/ Preventive behavior

Article info: Received: August 17, 2023, Revised: August 26, 2023, Accepted: September 05, 2023

* Corresponding author, Nursing instructor, Faculty of nursing, Kasem Bundit University. E-mail: tanawat.ruak@kbu.ac.th

** Nursing instructor, College of Nursing and Health, Suansunandha Rajabhat University.

*** Head of Nurse, Public Health Center 38 Jeed – Thongkham Bampen, Health Department

**** Associate Professor, Faculty of Public Health, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 ในปัจจุบันทำให้หลายประเทศทั่วโลก ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดโดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบทางด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชากรทั่วโลกเกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 จากรายงานการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ขององค์การอนามัยโลก (ข้อมูล ณ ปี 2021) พบว่ามีประชากรที่เจ็บป่วยและเป็นผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 จำนวน 2,544,792 ราย และเสียชีวิต จำนวน 175,694 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.90 ของผู้ป่วยทั้งหมด¹

สำหรับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทย จากรายงานของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ข้อมูล ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564) พบว่ามีผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 จำนวน 2,839 ราย รักษาหายและแพทย์ให้กลับบ้าน 2,490 ราย ผู้ป่วยยืนยันที่เสียชีวิต 50 ราย โดยผู้ป่วยยืนยันโรคโควิด 19 ที่พบในประเทศไทย มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 36 ปี โดยอายุต่ำสุดคือ 1 เดือน และอายุที่มากที่สุด คือ 97 ปี โดยพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง รวมไปถึงมีประวัติมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคภูมิแพ้ ปอดอุดกั้นเรื้อรัง และมีโรคร่วมอื่นเป็นต้น² โดยผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเมื่อได้รับเชื้อไวรัสโควิด 19 จะส่งผลให้มีอาการที่รุนแรงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในระบบทางเดินหายใจ และในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จะทำให้เกิดปอดอักเสบขึ้นรุนแรง และเสียชีวิตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ¹ จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความเสี่ยง

ต่อการติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุด รวมไปถึงมีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง ร้อยละ 19.0³

การสูงอายุ เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อน ทั้งทางด้านร่างกาย สุขภาพจิต และทางด้านสังคม ที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกาย เชื้อชาติ ฐานะ สุขภาพจิต และทัศนคติของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล⁴ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุจะส่งผลต่อสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงและมีความเสื่อมถอยจากความชรา ที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคไม่ติดต่อ ที่จำเป็นต้องให้การรักษาและการดูแลด้านสุขภาพเป็นเวลานานเป็นปัญหา ที่ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุและเป็นภาระต่อครอบครัว ส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรต่างๆ ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม⁵ และเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 ยิ่งส่งผลให้โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และจากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19 (ร้อยละ 15.1) มีการติดเชื้อที่ปอดชั้นรุนแรงและเสียชีวิตได้⁶

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อโรคโควิด 19 ในเขตกรุงเทพมหานครที่ผ่านมา พบว่า ในเขตกรุงเทพมหานครมีผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 มากที่สุดและทุกกลุ่มวัย โดยมีผู้สูงอายุที่ติดเชื้อโควิด 19 ประมาณ 23,279 คน โดยคิดเป็นร้อยละ 13.6 ของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคโควิด 19⁷ ซึ่งผู้สูงอายุบางส่วนยังคงต้องมีการดำเนินชีวิต ประกอบอาชีพ และปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆอยู่อย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีการแพร่ระบาด

ของโรคโควิด 19 นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่าพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง รวมไปถึงระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับพื้นฐาน^{8,9} ทั้งนี้อาจนำไปสู่ความเสี่ยงของผู้สูงอายุในการติดเชื้อโควิด 19 เพิ่มมากขึ้นได้ต่อไป

ความรู้ทางสุขภาพ คือ ความรอบรู้และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลที่ใช้ในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผ่านกระบวนการเข้าถึง เข้าใจ ตอบสนองคำถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อ¹⁰ เปรียบเสมือนทักษะที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ และความรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcome) ได้อย่างเหมาะสม หากผู้สูงอายุที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะนำไปสู่การดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่เหมาะสม¹¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพฤติกรรม การดูแลตนเอง กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความรู้ทางสุขภาพไม่ดี จะมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม^{12,13}

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยในบทบาทพยาบาลวิชาชีพเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่น จึงมีความสนใจในการศึกษาความรู้ทางสุขภาพ

เกี่ยวกับโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร เนื่องจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้⁸ รวมไปถึงผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการเข้าร่วมกิจกรรม และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกิจกรรมกลุ่มที่อาจมีการสัมผัสหรือติดเชื้อโควิด 19 ได้ง่ายขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดในการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข¹⁰ และกรอบแนวคิดของ Nutbeam¹⁴ และ Sorensen¹⁵ ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในด้านความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร และพื้นที่ใกล้เคียงเกี่ยวกับโรคโควิด 19 และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุได้ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

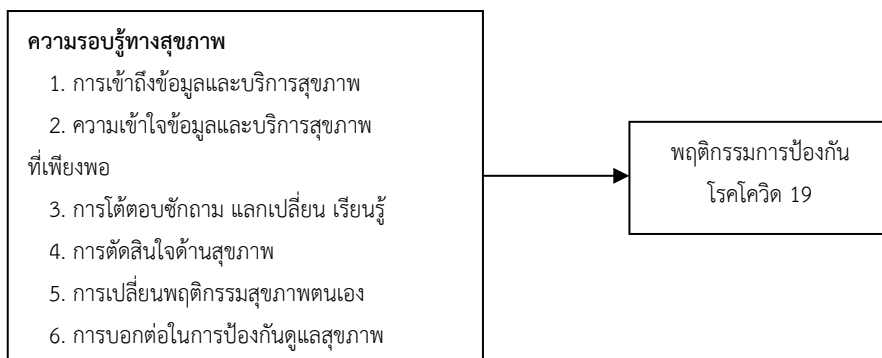
สมมติฐานการวิจัย

ความรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางสุขภาพของ Nutbeam¹⁵ และกระบวนการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 6

องค์ประกอบ¹⁰ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในการสร้างข้อความของเครื่องมือการวิจัยและใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



รูปภาพที่1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2564

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีถิ่นพำนักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานครจำนวน 33,017 ราย

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการเปิดค่าจากตารางของ Krejcie and Morgan¹⁶ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 379 คน และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีก ร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 418 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ภายใต้ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัยที่มีจำนวน 68 ศูนย์ จึงมีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการทำการสุ่มแบบหลายชั้นตอน ได้แก่ 1) สุ่มจากศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 6 เขตฯละ 1 ศูนย์ สุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากแบบไม่แทนที่ได้จำนวนทั้งสิ้น 6 ศูนย์ 2) สุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวนแห่งละ 66 – 67 คน โดยสุ่มจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมในวันที่ผู้วิจัยลงเก็บรวบรวมข้อมูล จนครบจำนวนที่กำหนดไว้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) อายุ ตั้งแต่ 60 – 75 ปี และมีสัญชาติไทยทั้งเพศชายและเพศหญิง
- 2) มีถิ่นพำนักอาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร
- 3) เป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานคร

4) มีทักษะในการพูด อ่าน เขียน และสื่อสารได้

5) สามารถเดินทางออกไปภายนอกบ้านไม่ติดเตียง

6) สนุกใจเข้าร่วมการวิจัยภายหลังได้รับการชี้แจงกระบวนการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ผู้สูงอายุลาออกจากการเป็นสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุระหว่างการเก็บข้อมูล

2) ผู้สูงอายุย้ายที่อยู่อาศัยออกจากพื้นที่ที่กำหนดระหว่างการเก็บข้อมูล

3) ผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลได้ในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล เช่น ไม่สบายหรือโรคประจำตัวกำเริบ

เกณฑ์ การยุติ การเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

เมื่อรู้สึกอึดอัดใจ ไม่สบายใจและหรือเกิดความเครียดขณะตอบแบบสอบถาม ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้หลักในปัจจุบัน โรคประจำตัว พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโควิด 19 จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นเติมคำและเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด 19 จำนวน 20 ข้อ พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาจากแบบสอบถามการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย¹⁰ ลักษณะคำตอบ ลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด คะแนน 20 – 100 คะแนน คะแนนสูง คือ มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ระดับดี และคะแนนน้อย คือ มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ระดับไม่ดี ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.80

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของวิญญูทัศน บัญทัน¹⁷ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ ส่วนใหญ่ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ คะแนน 15 – 60 คะแนน คะแนนสูง คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับดี และคะแนนน้อย คือ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ระดับไม่ดี ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.79

แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดสอบกับผู้สูงอายุที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย

โดยไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เอกสารเลขที่ COA. 1-002/2021 ลงวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย ประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่งที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 6 แห่ง ในการเป็นผู้ช่วยการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอธิบายแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ทราบก่อนดำเนินการ

ระยะขอความสมัครใจ ผู้วิจัยและผู้ช่วยการวิจัย เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่มีกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและทำความเข้าใจ และเกิดความสมัครใจเข้าร่วม ก่อนเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนและเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ประมาณ 15 – 30 นาที ทั้งนี้ดำเนินการตามมาตรการของการป้องกันโรคโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive research) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้ สถิติ Pearson's Product Moment Correlation ในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยพบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์มีจำนวน 400 ฉบับ (ร้อยละ 95.7) ซึ่งเป็นจำนวนที่อยู่ในเกณฑ์ที่คำนวณได้ สามารถวิเคราะห์ผลได้ดังนี้

1. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.3 และเพศชาย ร้อยละ 29.7 อายุอยู่ระหว่าง 60 – 65 ปี ร้อยละ 45.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 67.3 ± 5.3 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 50.4 ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 72.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 45.2 แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ได้รับจากเบี้ยผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.2 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 57.2

เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.0 รองลงมา คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 19.8 ไม่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ร้อยละ 92.5 ลักษณะครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 55.3 และครอบครัวขยาย ร้อยละ 44.7 มีผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชนที่อยู่อาศัย ร้อยละ 79.5 และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโควิด 19 และการป้องกัน ร้อยละ 86.3 โดยส่วนใหญ่ได้รับการจากเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 85.2 รองลงมา คือ จากบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 65.2 และ สื่อต่างๆ ร้อยละ 20.9

2. ด้านความรู้ทางสุขภาพ ในการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 55.3 คะแนนต่ำสุด เท่ากับ 40 คะแนน และคะแนนสูงสุด เท่ากับ 100 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 70.3 ± 11.6 คะแนน (Table 1)

Table 1 Number and percentage of sample classified by level of health literacy to prevent COVID-19 (n = 400)

Level of health literacy to prevent COVID-19	n	%
Good (74 – 100 points)	221	55.3
Moderate (47 – 73 points)	159	39.7
Low (20 – 46 points)	20	5.0
Total	400	100

Mean = 70.3, S.D. = 11.6

3. เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพการติดต่อซักถาม/แลกเปลี่ยน/เรียนรู้ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อในการป้องกัน

ดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ย 11.4 ± 2.7 , 11.3 ± 2.5 , 11.9 ± 2.1 , 16.8 ± 2.4 , 11.6 ± 2.5 ตามลำดับ และมีความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 15.6 ± 3.1 คะแนน (Table 2)

Table 2 Mean, Standard deviation, and level of health literacy to prevent COVID-19 each aspect (n = 400)

Health literacy to prevent COVID-19	$\bar{X}$	SD	Level
Access information relevant to health and service	11.4	2.7	Good
Understand information relevant to health and service	15.6	3.1	Moderate
Interaction, asking questions, exchanging, learning	11.3	2.5	Good
Decisions making relevant to health and service	11.9	2.1	Good
Changing one's own health behavior	16.8	2.4	Good
Referring to health care prevention	11.6	2.5	Good

4. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 เท่ากับ 60 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 53.8 คะแนน $\pm$ 6.1 คะแนน (Table 3) ต่ำสุด เท่ากับ 30 คะแนน และคะแนนสูงสุด

Table 3 Number and percentage of sample classified by level of preventive behaviors of COVID-19(n = 400)

Level of preventive behaviors of COVID-19	n	%
Good (45 – 60 points)	215	53.8
Moderate (33 – 44 points)	182	45.5
Low (15 – 29 points)	3	0.7
Total	400	100

Mean = 53.5, S.D. = 6.1

5. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p < .001$) โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .307 (Table 3)

Table 3 Correlation between health literacy and preventive behaviors of COVID-19 (n = 400)

Health literacy	Correlation coefficient (r)	<i>p</i> - value
	Preventive behaviors of COVID-19	
Health literacy to preventive behaviors of COVID-19	.307	< .001

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผล ได้ดังนี้ ความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในระดับดีหรือมีคะแนนเฉลี่ยที่สูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในระดับดีเช่นเดียวกัน ทั้งนี้สามารถอธิบายตามแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ¹⁵ ได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่ดีนั้น อันเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องของสุขภาพส่วนบุคคล เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่ดีเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผลการศึกษาของ Pechrapa K. Et al.¹⁹ ที่พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพในการ

ดูแลตนเองอยู่ในระดับดี และผลการศึกษา ด้านพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 สอดคล้องกับผลการศึกษาของนงศณพัชร มณีอินทร์ และคณะ²⁰ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก แต่เมื่อพิจารณารายด้านแล้ว ยังมีองค์ประกอบด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอาจต้องมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลและบริการด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 มากขึ้นเพื่อการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

จุดแข็งของงานวิจัย

ผลของการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ชมรมผู้สูงอายุมีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ซึ่งมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุขได้อย่างมีมาตรฐาน หากผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นผู้มีพละกำลัง (active aging) สามารถนำไปถ่ายทอดและดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

จุดอ่อนของงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเท่านั้น ทำให้ไม่ทราบข้อมูลของผู้สูงอายุอื่นๆเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันโควิด 19 จึงไม่สามารถใช้อ้างอิงในกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆทั่วไปได้

สรุป

ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 อยู่ในระดับดี รวมไปถึงความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 อยู่ในระดับดี แต่ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนหนึ่งที่ยังมีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19

อยู่ในระดับไม่ดี ถึง ปานกลาง โดยศูนย์บริการสาธารณสุขหรือคณะกรรมการชมรมฯ จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโควิด 19 ตามช่องทางต่างๆเพิ่มมากขึ้น เช่น การประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆ การฝึกให้ผู้สูงอายุในชมรมฯ มีทักษะในการเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ ก่อนการตัดสินใจใช้ข้อมูลด้านสุขภาพนั้นๆ เป็นต้น รวมไปถึงมีการให้ผู้สูงอายุมีการเข้าเป็นสมาชิกในชมรมเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับทราบข้อมูลและมีพฤติกรรมในการป้องกันโควิด 19 ที่ดีและทั่วถึงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุเพิ่มเติม ซึ่งจะช่วยให้ทราบข้อมูลและสามารถเป็นใช้อ้างอิงในกลุ่มผู้สูงอายุได้

2. ควรมีการศึกษารูปแบบ/กิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด 19 ให้กับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการฝึกทักษะและส่งเสริมให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 ให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

Reference

1. World Health Organization. Coronavirus 2019 situation [Internet]. 2021 [cited 2022 August 25]. Available from: <https://covid19.who.int/>
2. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Coronavirus 2019 [Internet]. 2021 [cited 2022 August 25]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>. (in Thai).
3. World Health Organization Thailand. Coronavirus 2019 situation Thailand [Internet]. 2021 [cited 2022 August 25]. Available from: <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
4. Sasat S. Gerontological Nursing: Common Problems and Caring Guideline. 3rd edition. Bangkok: Active print Co., Ltd. 2011. (in Thai).
5. Pankong P. Health status of elderly in Tron District, Uttaradit Province. Journal of the Department of Medical Services. 2016; 42(6): 119 - 23. (in Thai).
6. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, Ji R, Wang H, Wang Y, Zhou Y. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020 May; 94: 91-95. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.017. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32173574; PMCID: PMC7194638.
7. Department of Older Person. Aging in Thailand. [internet]. 2017 [cited 2022 August 25]; Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/857>. (in Thai)
8. Kespichayawattana J, Wiwatwanich S, Wanvaja C. Health literacy of older adults in senior citizen club, Bangkok metropolis. Journal of Demography. 2020; 36(2): 37 – 52. (in Thai).
9. Kamkum N, Kespichayawattana J. Study of Health literacy of Older Person, Bangkok Metropolis. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2020; 21(3): 382 – 91. (in Thai).
10. Department of Health. Health literacy. National Health Literacy survey project for Thai people aged 15 years and above (phase 1). Health Systems Research Institute (HSRI); 2017. (in Thai).
11. Berkman ND, Davis, TC, McCormack L. Health Literacy: What Is It? International Journal of Health Communication. 2010; 15: 9 - 19.
12. Singhasem P, Krinara P, Tiparat W, Sukkum W. The Action Research for Enhancing Health Literacy among Elderly in Nongtrud Sub-district, Muang District, Trang Province. Journal of Health Science. 2020; 29(5): 792 – 802. (in Thai).

13. Chesser KA, Woods KN, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontology & Geriatric Medicine*. 2016; 2: 1 – 13.

14. Nutbeam D. Health as Literacy Curriculum away goal: public Health: A Challenge For Contemporary Communication strategies to gain competitive Into Health and Health education definition 21 ST Century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259-67.

15. Sorensen et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13: 948.

16. Krejcie RV, Morgan DW. Determining Sample Size for Research Activities. *Psychological measurement*. 1970; 3(1): 607 - 10.

17. Bunthan W, Whaikit P, Soysang V, Soynahk C, Akaratanapol P, Kompayak J. Factor influencing to health promotion behavior for Coronavirus disease 2019 (COVID-19) prevention of older adults. *Journal of The Police Nurse*. 2020; 12(2): 323 – 337. (in Thai)

18. Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, Srisawangwong P. The Relationship between Health Literacy and Practice Prevention from COVID-19 of Elderly Case Study: Waeng Nang Sub-District, Maha Sarakham Province. *KKU Journal of Public Health Research*. 2021; 14(3): 104 – 114. (in Thai).

19. Pechrapa K, Yodmai K, Kittipichai W, Charupoonpol P, Suksatan W. Health Literacy among Older Adults during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study in an Urban Community in Thailand. *Annals of Geriatric Medicine and Research*. 2021; 25(4): 309 – 317.

20. Maneein N, Duangchinda A. Perceived Self-Efficacy and Preventive Health Behaviors with Coronavirus Disease 2019 among the Elderly in U-Thong District, Suphan Buri Province. *Journal of Council of Community Public Health*. 2021; 3(2): 1 – 8. (in Thai).

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคาม

ด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

จังหวัดปราจีนบุรี

อภันตรี ประยูรวงษ์* วชิรวิทย์ วชิรพันธ์ธรรม**

รสสุคนธ์ ศรีสนธิ*** เยาวเรศ ก้านมะลิ**** ปราณี ผลมานะ*****

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เป็นปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่พบมากที่สุดของบุคลากรในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลและวัดผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และระยะที่ 3 การนำรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อไปใช้จริงกับบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าปัญหาสุขภาพ มีแนวโน้มสูงขึ้น และมีความแตกต่างกันตามแผนงาน แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาและนำรูปแบบบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวกับบุคลากรโรงพยาบาลขึ้นโดยใช้แนวคิดด้านการยศาสตร์ และทฤษฎีการดูแลตนเองเป็นฐาน ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ การพัฒนาระเบียบปฏิบัติ และการนิเทศติดตามทางการพยาบาล ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ไปใช้กับบุคลากรโรงพยาบาลที่มีปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวน 106 คน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ และพฤติกรรม การป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ และปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลฯ และความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากการทำงานด้านอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การยศาสตร์/ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก/บุคลากรโรงพยาบาล/ทฤษฎีการดูแลตนเอง

* ผู้รับผิดชอบหลัก : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, E – mail : apuntree2511@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

***** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

Model Development of Nursing Service to Solve Health Problems Caused by Ergonomic Health Hazards in Hospital Personnel, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital Prachinburi Province

Apuntree Prayunvong* Watcharawee Wachiraphantham**

Rossukon Srisanit*** Yaowaret Kanmali**** Pranee Phonmana*****

ABSTRACT

Health problems related to ergonomic hazards are highly prevalent among hospital personnel in Chaophya Abhaibhubejhr Hospital Prachinburi Province. The purpose of this study was therefore to develop a nursing service model to solve health problems caused by ergonomic hazards in hospital personnel and test for its effectiveness. The study was divided into 3 phases including ; Phase 1 situational analysis and exploring how to address health problems related to ergonomic hazards ; Phase 2 development of nursing service to solve health problems caused by ergonomic hazards ; and Phase 3 Implementation of the developed model and test for its effectiveness.

Situational analysis found that although health problems related to ergonomic hazards tend to be increased and vary by work units, currently there is no effective nursing model to address the problems. Researchers therefore develop nursing service model based on ergonomic principle and self-care theory to reduce health problems caused by ergonomic hazards in hospital personnel. The model consisted of ergonomic risk assessment, development of work instruction, nursing innovation related to health education channel and media, and coaching and monitoring of the problem. Then, the nursing service model was implemented with 106 hospital personnel to solve health problems caused by ergonomic hazards. After the implementation, it was found that mean score of knowledge and behaviors related to musculoskeletal disorders prevention, and physical fitness were significantly higher than that before the implementation, and musculoskeletal health problems were significantly lower than that before the implementation ($p < 0.001$). Participants were also satisfied with the model and reported perceived effectiveness of the model at very high level. Findings suggest that the model developed in this study could be applied to other work-related health problem of hospital personnel.

Key Words: ergonomics/ musculoskeletal disorders / hospital personnel /self-care theory

Article info: Received: September 25, 2023, Revised: October 18, 2023, Accepted: November 11, 2023

* Corresponding Author : Senior Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, E – mail : apuntree2511@gmail.com

** Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital

*** Senior Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital

**** Senior Professional Registered Nurse, Kalasin Hospital

***** Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาด้านการยศาสตร์เป็นปัญหาที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เพราะส่งผลทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง คนทำงานสูญเสียรายได้ สูญเสียค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งสูญเสียเวลาในการรักษา ก่อให้เกิดความสูญเสียแก่ประเทศเป็นอย่างมาก¹ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (Work-Related Musculoskeletal Disorders ; WMSDs) เป็นกลุ่มอาการผิดปกติของอาการเจ็บปวดที่กล้ามเนื้อเอ็นและเส้นประสาท² นับเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับต้นในระดับโลก³ ประเทศไทยมีการรายงานถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ (Ergonomic Health Hazards) โดยสำนักงานกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ในปี 2565 พบว่า ระหว่างปี 2560 - 2564 โรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้น เนื่องจากการทำงานสูงสุดเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งมีจำนวนถึง 5,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.22 ของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานทั้งหมด⁴ และมีรายงานการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพโรคเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกสูงกว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานอาชีพอื่นๆ⁵

ในประเทศไทย มีการรายงานถึงสถิติการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานในสถานประกอบกิจการประเภทโรงพยาบาลและให้การดูแลสุขภาพ โดยกองทุนเงินทดแทน ในปี 2564 พบว่า สถานประกอบกิจการ

ประเภทโรงพยาบาลและให้การดูแลสุขภาพ มีผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานทั้งหมด จำนวน 701 ราย มีความรุนแรงหยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 628 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 71 ราย และมีความรุนแรงถึงเสียชีวิต จำนวน 2 ราย⁵ จากข้อมูลดังกล่าว ทำให้เห็นว่าบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและความปลอดภัยในชีวิตของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งหากไม่ได้รับการบริหารจัดการที่ดีแล้ว บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้น มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงานไม่น้อยกว่าผู้ประกอบการอาชีพในภาคการทำงานอื่นๆ⁵

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล มีบทบาทในการดูแลสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโดยตรง และได้รับมอบหมายให้เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์จากการประชุมของคณะทำงาน Service Plan สาขาอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อมเขตสุขภาพที่ 6 จึงได้ศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อนำผลการศึกษาที่พบมาวางแผนการดูแลสุขภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผลจากการศึกษาพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบมากที่สุดของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์โดยมีอาการปวดบริเวณคอ หรือหัวไหล่ (ร้อยละ 61.30) อาการปวดหลังส่วนล่าง (ร้อยละ 49.40) ข้อศอก แขน มือ

(ร้อยละ 44.40)⁶ และพบว่าแผนงานมีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว⁷

บทบาทพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์และดูแลคนทำงานที่เกี่ยวข้องกับอันตรายด้านการยศาสตร์ ได้แก่ 1) มีส่วนร่วมในการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ 2) ตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงและให้ข้อแนะนำกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาการยศาสตร์ 3) จัดโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหการยศาสตร์ และสนับสนุนให้คนทำงานที่มีความเสี่ยงเข้าร่วมโครงการ เพื่อให้ความรู้สร้างความตระหนัก และทักษะในการทำงานที่ปลอดภัย ท่าทางการทำงานที่เหมาะสม การยกและเคลื่อนย้ายของที่ถูกวิธี 4) จัดกิจกรรมเพื่อสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ เช่น การออกกำลังกาย 5) ให้การพยาบาลและส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่มีปัญหาทางการยศาสตร์ 6) สร้างความเข้าใจเรื่องเข็มขัดพยุงหลัง (Back support) 7) ในรายที่บาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการยศาสตร์ควรมีการประเมินสภาพร่างกายก่อนกลับเข้าทำงาน (Return to work)⁸

ในปัจจุบันแม้จะมีมาตรการป้องกันปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์แต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 6 แล้วก็ตาม แต่พบว่านโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลยังไม่ชัดเจน ส่งผลให้บุคลากรโรงพยาบาลบางส่วนมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์มีอาการรุนแรงขึ้นจนถึงขั้นไม่สามารถปฏิบัติงานได้ และจากการ

ดำเนินการแก้ไขปัญหสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่ผ่านมา พบว่า การสื่อสารนโยบายและแนวปฏิบัติไปยังบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ทั่วถึง บุคลากรโรงพยาบาลจึงขาดความเข้าใจในนโยบายและแนวปฏิบัติ ทำให้การบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรีขึ้น โดยใช้แนวคิดการยศาสตร์⁹ ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ต้องมีการปรับให้มีความเหมาะสม เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎีการดูแลตนเอง¹⁰ ที่กล่าวว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือบุคคลในส่วนที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพโดยการชี้แนะ สนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม¹⁰ ตามกรอบของกระบวนการพยาบาล ในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพบุคลากรโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับนโยบายการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล 3P Safety ของกระทรวงสาธารณสุข คือ เกิดความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วย

(Patient) บุคลากร (Personnal) และสังคม (People and Public) ถ้าบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความปลอดภัย ก็จะไม่สามารถส่งต่อบริการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วย และสังคมได้ ตลอดจนเป็นต้นแบบในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ทั้งในเขตสุขภาพที่ 6 และในระดับประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล
3. เพื่อนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ และศึกษาผลลัพธ์ในด้านความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน และผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลฯ และประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ

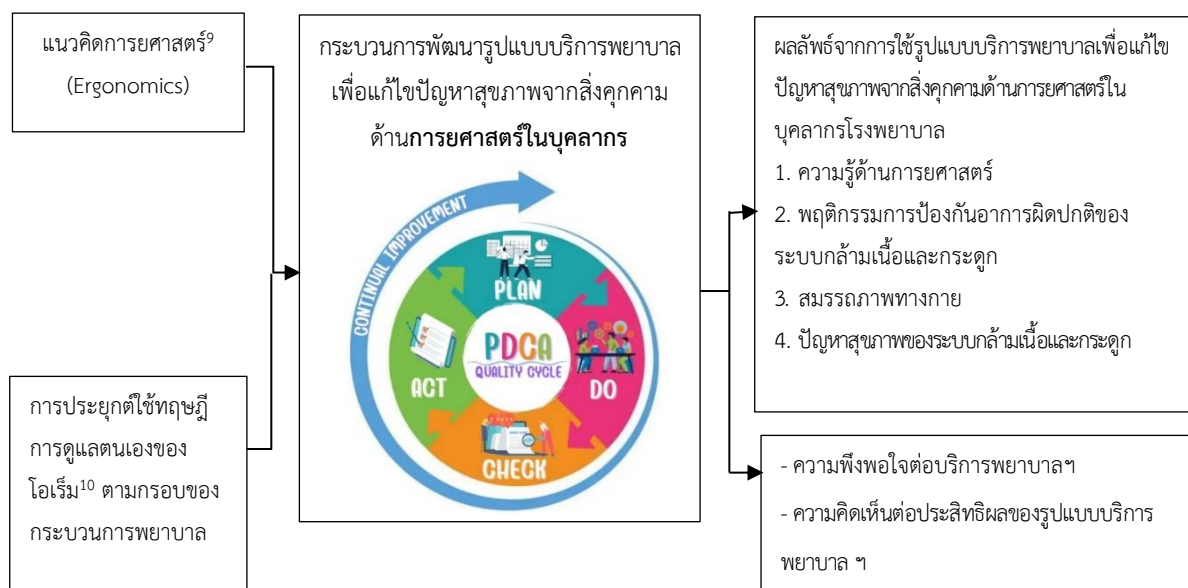
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ คณะแผนกผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ และผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ
2. ภายหลังจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ
3. ภายหลังจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลฯ และความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ อยู่ในระดับมากขึ้นไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญห สุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัด ปรารจันบุรี โดยใช้แนวคิดการพัฒนาแบบบริการ พยาบาลตามแนวคิดการยศาสตร์⁹ ซึ่งอธิบายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน และสิ่งแวดล้อม การทำงาน ที่ต้องมีการปรับให้มีความเหมาะสม เพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจมีผลกระทบต่อ สุขภาพ ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง ซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของทฤษฎีการดูแล ตนเอง¹⁰ ที่กล่าวว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ

ในการช่วยเหลือบุคคลในส่วนที่ยังมีความพร่อง ในการดูแลตนเองที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพโดย การชี้แนะ สนับสนุน การสอน และการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนา ความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการ ในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดตาม ทฤษฎี ดังกล่าวในการพัฒนารูปแบบบริการ พยาบาลเพื่อแก้ไขปัญห สุขภาพจากสิ่งคุกคามด้าน การยศาสตร์ ภายใต้แนวคิดการพัฒนาคูณภาพ อย่าง ต่อเนื่องโดยใช้ “Deming cycle” ที่ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ Plan, Do, Check, Act¹¹ ซึ่งขั้นตอน ของการวิจัยและพัฒนา ในการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยโดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในลักษณะของวิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี (วันที่ 1 มิถุนายน - 30 มิถุนายน 2566)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประกอบด้วยผู้บริหารทางการแพทย์ ซึ่งเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน ทั้งหมดของโรงพยาบาล จำนวน 40 คน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน จำนวน 20 คน ที่ยินดีเข้าร่วมประชุมสนทนากลุ่ม 2) อาจารย์พยาบาล ที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Guideline for Focus Group Discussion) สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์

เชิงลึก (Guideline for In-depth Question) สำหรับอาจารย์พยาบาล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน จากการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามของประเด็นที่ต้องการของแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Guideline for Focus Group Discussion) สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์เชิงลึก (Guideline for In-depth Question) สำหรับอาจารย์พยาบาล ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) ทั้ง 2 ฉบับ มีค่าเท่ากับ 1

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยการสนทนากลุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม สำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับอาจารย์พยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์เอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

ขั้นตอนที่ 3 บุคลากรผลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 และ 2 เพื่อให้ได้สาระสำคัญสำหรับนำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล ในระยะที่ 2

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และจัดกลุ่ม (Categorized)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และทดลองใช้ (วันที่ 4 กรกฎาคม – 18 กรกฎาคม 2566)

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1) ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน สำหรับตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์อาชีวเวชศาสตร์จำนวน 3 คน

2) บุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร สุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ใน 2 หน่วยงาน คือ งานตรวจรักษาพิเศษ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกจำนวน 34 คน สำหรับทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก

เครื่องมือ ที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้แก่

1) ร่างรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ฯ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล นวัตกรรมทางการพยาบาล การนิเทศทางการพยาบาล

2) แบบประเมินความเหมาะสมและแบบประเมินความสอดคล้องของร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ

3) แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

4) แบบประเมินตนเองการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work instruction : WI) เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

5) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลฯ

6) แบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) ค่าเฉลี่ยความเหมาะสมของร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ ในภาพรวมเท่ากับ 4.96 และค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ มีค่าเท่ากับ 1.00

2) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน จากการประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามของประเด็นที่ต้องการวัดของ แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ แบบประเมินตนเองการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลฯ และแบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) มีค่าเท่ากับ 0.99, 1, 0.99, และ 0.98 ตามลำดับ

3) ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของ แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ แบบประเมินความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลฯ และแบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลรูปแบบบริการพยาบาลฯ มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.97 และ 0.97 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล การดำเนินการในขั้นตอนนี้เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้สาระสำคัญที่ได้จากระยะที่ 1 มาทดลองใช้ โดยการดำเนินงานประกอบด้วย P-A-O-R (Policy & Plan – Acting – Observing - Reflecting) ร่วมกับ Deming

cycle¹¹ โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมอบนโยบายและการวางแผน (Policy & Planning) โดยประชุมผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นกลุ่มทดลองใช้รูปแบบมาก่อนนำไปใช้จริง จำนวน 34 คน ใน 2 หน่วยงาน ได้แก่ งานตรวจรักษาพิเศษ และกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่ออธิบายชี้แจง การนำร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ พร้อมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Acting) โดยให้ 2 หน่วยงาน นำร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ ไปใช้ตามแผนที่วางไว้ เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผลการปฏิบัติ (Observing) โดยผู้วิจัยออกตรวจเยี่ยม และเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้แก่ผู้ร่วมวิจัยใน 2 หน่วยงาน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์ และวันพุธ ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะได้รับการตรวจเยี่ยมหน่วยงานละ 4 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตการกระทำ วิธีการกระทำ พร้อมนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ และมีการบันทึกไว้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) โดยนำผลของการปฏิบัติและการสังเกตที่ผู้วิจัยได้ทำการบันทึกไว้ มารวบรวมวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย สรุปผล และประเมินผลเชิงคุณภาพของร่างรูปแบบบริการพยาบาลฯ และดำเนินการปรับปรุง ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนา และบ่งชี้ความพร้อมใช้ (field testing) ก่อนนำไปใช้จริง

การวิเคราะห์ข้อมูล ประเมินผลเชิงคุณภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 การนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (วันที่ 19 กรกฎาคม – 8 กันยายน 2566)

การดำเนินการในขั้นตอนนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่พัฒนาขึ้นและผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว ไปใช้จริง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลอง

บุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานซึ่งได้รับการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลโดยกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม และพบปัจจัยทางการยศาสตร์ที่สัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงาน จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หน่วยงานที่ควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว มี 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสูติศาสตร์ หอผู้ป่วยศัลยกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวช และหน่วยไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยประชากรทั้งหมด 145 คน การวิจัยครั้งนี้คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่ และมอร์แกน¹² ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน

5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 106 คน ต่อจากนั้นคำนวณหาสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน และสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ได้แก่ มีอาการเจ็บปวด และเมื่อยล้ากล้ามเนื้อจากการทำงาน ซึ่งได้รับการประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

2) ไม่มีปัญหาและอุปสรรค ในการร่วมกิจกรรมของงานวิจัย เช่น การทดสอบสมรรถภาพทางกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

3) มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 6 เดือน

4) สนใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ซึ่งผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้ว แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งเป็นแบบสอบถามมี 7 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 13 ข้อ ส่วนที่ 2

ข้อมูลภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลประวัติการทำงาน/งานอดิเรก (นอกเหนือจากงานประจำ) ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 6 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้ด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 22 ข้อ ส่วนที่ 5 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 10 ข้อ ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ได้แก่ คะแนนความรุนแรงของอาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนอาการเจ็บปวดตามแนวทางของ Wewers M.E. และ Lowe N.K.² ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 9 ข้อ ส่วนที่ 7 ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ประกอบด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า (เพื่อประเมินความอ่อนตัว) และแรงบีบมือ (เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ) แบบประเมินตนเองการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 6 ข้อ แบบประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลฯ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 10 ข้อ ได้แก่ ด้านการประเมินความเสี่ยงปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ด้านบริการพยาบาล เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ด้านการนิเทศ ติดตาม เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์

ด้านกระบวนการให้บริการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ และแบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิภาพรูปแบบบริการพยาบาลฯ ตามแนวคิดของ The Joint Committee on Standards for Educational Evaluation¹³ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 20 ข้อ ได้แก่ ด้านอรรถประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้องและครอบคลุม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเอง ดังนี้

ประชุมชี้แจงและนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงใน 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสูทหน้า หอผู้ป่วยรณรงค์ หอผู้ป่วยกุมารเวช และหน่วยไตเทียม ดังนี้

1) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และทดสอบสมรรถภาพทางกาย ภาย ประกอบด้วยแรงบีบมือ (เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ) และนั่งงอตัวไปข้างหน้า (เพื่อประเมินความอ่อนตัว) ก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ

2) ให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อในกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้คู่มือความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และนำไปปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ โดยผู้วิจัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน นิเทศ ติดตามประเมินผลเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามรูปแบบบริการพยาบาลฯ

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และทดสอบสมรรถภาพทางกาย กาย ประกอบด้วยแรงบีบมือ (เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ) และนั่งงอตัวไปข้างหน้า (เพื่อประเมินความอ่อนตัว) หลังปฏิบัติตามรูปแบบบริการพยาบาลฯ พร้อมกับให้กลุ่มตัวอย่างประเมินตนเองการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประเมินความพึงพอใจต่อการพยาบาลฯ และแบบประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลรูปแบบบริการพยาบาลฯ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ข้อมูลประวัติการทำงาน/งานอดิเรก (นอกเหนือจากงานประจำ) ข้อมูลความรู้ด้านการยศาสตร์ ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจาก

สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ข้อมูลปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ข้อมูลผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ข้อมูลการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ข้อมูลความพึงพอใจต่อการพยาบาลฯ และความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลฯ นำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน และผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลฯ โดยใช้สถิติ Paired T – test ข้อมูลเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB – BHUBEJHR – 224 วันที่รับรอง 30 พฤษภาคม 2566) ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้ทราบรายละเอียดจากผู้วิจัย และในระหว่างการดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการเป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

1.1 สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร พบปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2565 ผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล 32 หน่วยงาน พบว่ามีความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ เป็นอันดับต้นทุกหน่วยงาน

1.2 ปัญหาการดูแลเพื่อแก้ไขสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก สรุปได้ดังนี้

1.2.1 ไม่มีวิธีการ หรือรูปแบบการปฏิบัติเพื่อแก้ไขสุขภาพสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลที่ชัดเจน ดังคำกล่าวของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ว่า “ไม่มีรูปแบบ และการดำเนินการเพื่อแก้ไขสุขภาพสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลที่ชัดเจนและไม่ต่อเนื่องจริงจัง”

1.2.2 ไม่มีระบบการนิเทศติดตามเพื่อแก้ไขสุขภาพสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล ดังคำกล่าวของผู้บริหารทางการแพทย์ว่า “โรงพยาบาลไม่มีระบบนิเทศติดตามเพื่อแก้ไขสุขภาพสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล”

1.2.3 บุคลากรโรงพยาบาลขาดความรู้เรื่องการยศาศสตร์ ดังคำกล่าวของผู้บริหารทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ว่า “ควรให้มีการให้ความรู้ และมีคู่มือเรื่องการยศาศสตร์แก่บุคลากรโรงพยาบาล และเพิ่มช่องทางต่าง ๆ ในการสื่อสาร เช่น Application Line รวมทั้งควรมีการนิเทศทางการแพทย์ ให้มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง”

2. รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่พัฒนาขึ้น จากการบูรณาการผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขสุขภาพสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาศสตร์ จากการทบทวนวรรณกรรมและนำไปทดลองใช้ในกลุ่มขนาดเล็ก มียอดประกอบดังแผนภาพ



แผนภาพที่ 2 รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหามืออาชีพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาล ไปใช้ใน 7 หน่วยงาน เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนี้

3.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้ที่มีปัญหามืออาชีพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน (n = 106) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้าน

การยศาสตร์ และพฤติกรรมการป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ และปัญหามืออาชีพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

Table 1 Outcomes of the nursing service model to solve health problems caused by ergonomic hazards in hospital personnel

Outcomes	Before the implementation		After the implementation		t	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
Knowledge related to musculoskeletal disorders prevention	10.39	3.71	18.79	1.77	26.598	0.000
Behaviors related to musculoskeletal disorders prevention	3.19	0.67	4.11	0.45	21.657	0.000
Musculoskeletal health problems	5.44	1.68	3.01	1.37	-20.426	0.000
Physical fitness						
Muscle strength	0.43	0.11	0.46	0.11	12.592	0.000
Flexibility	-1.40	8.53	0.73	8.15	11.700	0.000

3.2 ความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหามืออาชีพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการย

ศาสตร์โดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 2

Table 2 Mean and standard deviation of satisfaction on services to address health problems caused by ergonomic hazards (n = 106)

Satisfaction on services to address health problems caused by ergonomic hazards	$\bar{X}$	SD	Interpretation
1. Ergonomic risk assessment	4.56	0.49	Very high
2. Services to address health problems caused by ergonomic hazards	4.47	0.49	Very high
3. Coaching and monitoring of health problems caused by ergonomic hazards	4.44	0.49	Very high
4. Services process to address health problems caused by ergonomic hazards	4.39	0.57	Very high
Overall Satisfaction	4.47	0.51	Very high

3.3 ความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในด้าน

อรรถประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้องและครอบคลุมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

Table 3 Mean and standard deviation of opinion on effectiveness of services to address health problems caused by ergonomic hazards (n = 106)

Opinion toward the effectiveness of the model	$\bar{X}$	SD	Interpretation
Utility	4.48	0.49	Very high
Feasibility	4.46	0.48	Very high
Propriety	4.46	0.50	Very high
Accuracy	4.56	0.49	Very high
Overall	4.48	0.47	Very high

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยา

อภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีข้อค้นพบซึ่งนำมาอภิปรายผลการศึกษาที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี จากผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล ประจำปี 2565¹⁴ ตามแนวทางของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁵ พบว่า ปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ เป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นในทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร แต่การดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ผ่านมา มีนโยบายและแนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลไม่ชัดเจน ประกอบกับการสื่อสารนโยบายและแนวปฏิบัติไปยังบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไม่ทั่วถึง บุคลากรโรงพยาบาลขาดความเข้าใจในนโยบายและแนวปฏิบัติ ทำให้การบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร แตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน ดังนั้นกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ควรมีรูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ชัดเจน และสื่อสารไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลให้ทั่วถึง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชีวรัตน์ ปราสาร⁷ ที่พบว่า แผนกงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว และจากการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลให้ชัดเจน และสื่อสารไปยังบุคลากรในโรงพยาบาลให้ทั่วถึง และมีการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี พบว่าจากการศึกษาสถานการณ์ สังเคราะห์เอกสารแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนากลุ่มกับผู้บริหารทางการแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย ทำให้ได้รูปแบบการบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มี 4 องค์ประกอบที่มีความจำเป็น ดังนี้

2.1 การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล โดยกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม เป็นกิจกรรมสำคัญในการบริหารจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย

และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อหาสาเหตุของสิ่งคุกคามสุขภาพต่างๆ ในการนำไปสู่การตัดสินใจเลือกขั้นตอนที่เหมาะสมในการแก้ไข และป้องกันอันตรายให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล² การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาล ตามแนวทางของกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล

2.2 ระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ กิจกรรมนี้ได้มาจากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะจากการสัมภาษณ์อาจารย์พยาบาลซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย และจากการสนทนากลุ่มในผู้บริหารทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงานภายใต้บริบทจริงเพื่อนำมาจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีขั้นตอนชัดเจน โดยหลังจากทราบผลการวิเคราะห์การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานในโรงพยาบาลจากกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม กรณีพบสิ่งคุกคามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการทำงาน หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการแก้ไขสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการทำงาน กรณีพบบุคลากรมีปัญหามาจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแล โดยประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วย ประเมินความรู้เรื่องการยศาสตร์ และพฤติกรรมป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประเมินสมรรถภาพทางกาย ประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ก่อนให้คู่มือความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อฯ โปสเตอร์เรื่องการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และไฟล์วิดีโอให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อฯ ผ่าน Application Line ต่อจากนั้นดำเนินการให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์ แนะนำท่าทางการทำงาน การจัดสภาพการทำงานให้เหมาะสม และฝึกทักษะการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อให้นำไปปฏิบัติโดยมีการนิเทศ ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลอาชีวอนามัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ จะประเมินผลความรู้ด้านการยศาสตร์ และพฤติกรรมป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประเมินสมรรถภาพทางกาย ประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ซึ่งพบว่า ทำให้บุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์มีภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของเยาวเรศ ก้านมะลิ¹⁵ จากการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล ที่เห็นว่า การจัดทาระเบียบปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ

แผนการดูแล โดยประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วย ประเมินความรู้เรื่องการยศาสตร์ และพฤติกรรมป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประเมินสมรรถภาพทางกาย ประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ก่อนให้คู่มือความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อฯ โปสเตอร์เรื่องการยืดเหยียดกล้ามเนื้อฯ และไฟล์วิดีโอให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อฯ ผ่าน Application Line ต่อจากนั้นดำเนินการให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์ แนะนำท่าทางการทำงาน การจัดสภาพการทำงานให้เหมาะสม และฝึกทักษะการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อให้นำไปปฏิบัติโดยมีการนิเทศ ติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลอาชีวอนามัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน หลังจากนั้น 4 สัปดาห์ จะประเมินผลความรู้ด้านการยศาสตร์ และพฤติกรรมป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ประเมินสมรรถภาพทางกาย ประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ซึ่งพบว่า ทำให้บุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์มีภาวะสุขภาพดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของเยาวเรศ ก้านมะลิ¹⁵ จากการศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล ที่เห็นว่า การจัดทาระเบียบปฏิบัติหรือวิธีปฏิบัติ

(Work Instruction : WI) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบบริการพยาบาลฯ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์ ศึกษา ทบทวน สังเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการดูแล จะช่วยให้มีการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพดีขึ้น และได้รับความปลอดภัย

2.3 นวัตกรรมทางการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ การพัฒนาสื่อให้ความรู้ และช่องทางการให้ความรู้ เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ นวัตกรรมดังกล่าวเกิดจากการคิดค้นแนวทางการดำเนินงานใหม่ตามสาเหตุที่พบในบริบทจริงเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาลักษณะการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยมุ่งหวังใช้ร่วมกับระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) และนวัตกรรมยังเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นความช่วยเหลือสร้างมาตรฐานของโรงพยาบาลให้ดีขึ้น¹⁶

2.4 การนิเทศทางการพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมนิเทศทางการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะการยศาสตร์ที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรจากการตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินตนเองในการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติ (Work instruction : WI) เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาลักษณะการยศาสตร์ที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรพบว่า บุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรได้รับการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติ และการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลวิชาชีพอนามัยร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานทุกสัปดาห์ ร้อยละ 100 จึงอาจสรุปได้ว่าการนิเทศ

ทางการพยาบาล ทำให้การปฏิบัติงานของพยาบาลตามรูปแบบบริการพยาบาลฯ เกิดผลลัพธ์ดีขึ้น ดังนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการทำงาน ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบญจพร ไพบูลย์พลาย้อย¹⁷ เรื่อง ผลของโปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมของหัวหน้าหอผู้ป่วยต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการนิเทศการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมฯ การปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพเพิ่มจากระดับมาก เป็นระดับมากที่สุด

3. ผลการนำรูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะการยศาสตร์ที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรที่พัฒนาขึ้นไปใช้จริงไปใช้ใน 7 หน่วยงาน ประกอบด้วย หอผู้ป่วยธเนศวร หอผู้ป่วยสุวัทนา หอผู้ป่วยกุมารเวช หอผู้ป่วยวิกฤติ หัวใจและหลอดเลือด งานห้องผ่าตัด งานวิสัญญี หน่วยไตเทียม และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นพบว่า

3.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมการป้องกันปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเกิดจากการที่บุคลากรได้รับการอบรมรวมทั้งข้อมูล ความรู้จากการอ่านคู่มือ เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดำรงศักดิ์ เกี่ยวเพ็ง¹⁸ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในเขต ห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ปัจจัยด้าน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริม สุขภาพมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ฉะนั้นการให้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ที่เข้าถึงบุคลากรได้อย่างทั่วถึงจะมีผลให้บุคลากร โดยภาพรวมมีการปฏิบัติตนในทิศทางที่จะใส่ใจ ในสุขภาพของตนเองมากยิ่งขึ้น

3.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของ อาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจาก การทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบาย ได้ว่า บุคลากรในหอผู้ป่วย/หน่วยงานที่มีปัญหา ด้านการยศาสตร์ หลังจากได้รับความรู้ เรื่อง การยศาสตร์ และออกกำลังกายด้วยการ ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำให้มีพฤติกรรมป้องกัน อาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้คะแนนของอาการเจ็บปวดลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ ใจจุ่ม และ ทศนพงษ์ ดันติปัญญพร¹⁹ เรื่อง ประสิทธิภาพของการ จัดโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการ ให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เพื่อลดอาการปวดเมื่อย

หลัง และเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ของคนงานทอผ้าด้วยมือ จังหวัดลำพูน พบว่า หลังการให้โปรแกรมฯ อาการปวดเมื่อยหลังของ กลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มขึ้นอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความ รุนแรงของอาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกจากการทำงานลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติอธิบายได้ว่า บุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพจาก สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ที่ออกกำลังกาย โดยวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อทำให้มี ความ รุนแรงของอาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกจากการทำงานลดลง เนื่องจากการยืด เหยียดกล้ามเนื้อช่วยลดระดับกรดแลคติก (Lactic acid) ในเลือดและกล้ามเนื้อ ซึ่งกรด แลคติกเป็นปัจจัยสำคัญอันดับแรกที่ทำให้เกิด การเจ็บหรือกล้ามเนื้ออักเสบ (Muscle soreness) ทำให้กล้ามเนื้อเกิดความเมื่อยล้า (Muscle fatigue)²⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของวิทยา ปัทมะรางกุล และยุภาพรณ์ สิงห์ ลำพอง²⁰ เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบการฟื้นฟู สมรรถภาพทางกายของนักกีฬาโดยใช้เทคนิคใน การฟื้นฟูที่แตกต่างกัน ที่พบว่าการฟื้นฟู สมรรถภาพทางกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ช่วยลดความเข้มข้นของระดับกรดแลคติก ในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ให้ความ รุนแรงของอาการเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและ กระดูกจากการทำงานลดลง นอกจากนี้การยืด เหยียดกล้ามเนื้อ ยังเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ที่จะเพิ่มความสามารถในการทำงานของ กล้ามเนื้อและข้อต่อได้เต็มมุมการเคลื่อนไหว

ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงสามารถทำงานได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรินทร์ ใจจุ่ม และ ทศนพงษ์ ตันติปัญญพร¹⁹ ที่พบว่าการจัดโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยกศาสตร์ ทำให้สมรรถภาพ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง ของกลุ่มทดลอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. การประเมินความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล และการประเมินความคิดเห็นต่อประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

4.1 คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อบริการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่ง คุกคามด้านการยกศาสตร์ในบุคลากร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่า การที่บุคลากรมีความพึงพอใจต่อบริการในระดับมากที่สุด เนื่องจาก รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ในบุคลากร โรงพยาบาล ได้มาจาก การที่ผู้วิจัยสนทนากลุ่มร่วมกับผู้บริหารทางการพยาบาลและพยาบาล วิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย/หน่วยงานของ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และนำสาระสำคัญที่ได้มาบูรณาการพัฒนารูปแบบ บริการพยาบาล ทำให้รูปแบบบริการพยาบาล เพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาล ตอบสนองความต้องการของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพด้านการยกศาสตร์ และจากการตอบแบบสอบถาม เพื่อประเมินตนเอง ในการปฏิบัติตามระเบียบ

ปฏิบัติ (Work instruction : WI) เรื่องแนวทางการแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ พบว่าบุคลากรกลุ่มตัวอย่างได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไข ปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของละมิตร์ ปีกขาว เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และกาญจนา หัตถรังสี²¹ ซึ่งพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อ กระดูกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร โรงพยาบาลปทุมธานี เป็นวิจัยและการพัฒนา การดำเนินการ ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพ ปัญหา โดยวิธีการระดมสมอง การสัมภาษณ์ การสังเกต ร่วมกับการสำรวจข้อมูลอย่างเป็นระบบ การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ ผลการวิจัยพบว่าความพึงพอใจของพยาบาล วิชาชีพ ผู้ป่วย และผู้ดูแล หลังใช้รูปแบบสูงกว่า ก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนประสิทธิผลของรูปแบบบริการพยาบาลโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่ารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไข ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยกศาสตร์ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ได้สร้างขึ้น โดยใช้กรอบแนวคิดการยกศาสตร์ (Ergonomics)⁹ และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม¹⁰ ตามกรอบของกระบวนการพยาบาลนั้น มีความสอดคล้องกับมาตรฐานด้าน อร์ธوپริโยซน์ มาตรฐานด้านความเป็นไปได้ มาตรฐานด้านความเหมาะสม มาตรฐานด้าน ความถูกต้องและครอบคลุม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก รูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นมีความ ชัดเจน ปฏิบัติง่าย มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม

ทั้งการประเมินปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ การจัดทำระเบียบปฏิบัติ (Work Instruction : WI) เรื่อง แนวทาง การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ นวัตกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ คู่มือความรู้เรื่องการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ โปรแกรมเรื่องการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไฟล์วิดีโอให้ความรู้เรื่องการยศาสตร์ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อผ่าน Application Line และการนิเทศทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกำหนดนโยบายการดูแลสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลให้ชัดเจน เป็นรูปธรรม และควรมีการสื่อสารนโยบายให้หัวหน้าหอผู้ป่วย/หน่วยงาน และบุคลากรในโรงพยาบาลรับทราบ

2. ผู้บริหารการพยาบาลหรือพยาบาล ผู้ปฏิบัติ สามารถนำแนวทางการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลฯ ไปใช้ใน

การพัฒนางานบริการพยาบาลในประเด็นอื่นๆ ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการพยาบาลที่ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

3. โรงพยาบาลอื่น ๆ ในทุกระดับหรือองค์กรอื่น สามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง โดยคำนึงถึงความพร้อมในการเรียนรู้ของบุคลากร กระบวนการพัฒนาควรมีการสร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการพัฒนา ใช้วิธีการประเมินที่หลากหลาย เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

จุดแข็งของงานวิจัยครั้งนี้

การศึกษานี้เป็นการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ในบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี โดยมีส่วนร่วมของบุคลากรในโรงพยาบาลในการแก้ปัญหาที่สำคัญ และการศึกษาในบริบทดังกล่าวซึ่งยังมีผู้วิจัยน้อย

จุดอ่อนของงานวิจัยครั้งนี้

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่ติดตามผลในระยะสั้น เพื่อให้ผลการศึกษชัดเจนมากยิ่งขึ้น ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลลัพธ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำรูปแบบบริการพยาบาลฯ ที่พัฒนาขึ้นไปใช้แล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ และพฤติกรรมการป้องกันอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ และปัญหาสุขภาพของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกลดลงกว่า ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลฯ สรุปได้ว่า หลังการใช้รูปแบบบริการ

พยาบาลฯ ดีกว่าก่อนการใช้รูปแบบบริการ
พยาบาลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า
เพื่อประเมินความยั่งยืนหรือผลลัพธ์ระยะยาว
ของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลเพื่อแก้ไข
ปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ใน
บุคลากรโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

References

1. Jaijong P., Risk Factors of Upper Extremity Musculoskeletal Disorders Inrubber Tapper Workers. M.N.S. (Occupational Health Nursing). Chonburi: *Burapha University*; 2014.
2. Meepradit P. Ergonomics Risk Assessment. Bangkok: O.S. Printing House; 2016.
3. Poonkasem N. Ergonomics management protect related factors of musculoskeletal disorders among solid waste collectors of local administrative organizations in Nakhon Ratchasima province. [Doctoral Dissertation Major in Public Health]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2021.
4. Ministry of Labor. Social Security Office. Workmen's Compensation Fund. Situation of experiencing danger or illness Due to work year 2017-2021. Bangkok. np.
5. Ministry of Public Health. Division of Occupational and Environmental Diseases. Manual for assessing occupational risks of hospital personnel (revised 2011). 3rd ed. Nonthaburi. Agricultural Cooperatives Association of Thailand. 2011.
6. Prayunvong A. Work-related health problems of hospital workers in Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi province. *J Pub Health Nurse* 2013; 27(2): 54-62. (in Thai)
7. Prasan S. Prevalence and ergonomic factors associated with work-related musculoskeletal disorders among non-medical hospital personnel. *THJPH* 2021; 51(2): 149-158. (in Thai)
8. Jirapongsuwan A. Work environment and health risk : principles and application for occupational health nursing: Bangkok: Danex intercooperation; 2018.
9. Amornrattanapajit R, Krungkrai Wong S. Ergonomic in workplace: Bangkok: Riengsam graphic design; 2001.
10. Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing : concepts of practice. 6th ed. St.Louis: Mosby; 2001.
11. Worrakam P. Educational Research. 4th ed. Mahasarakham: Takka-silakanpim; 2012.

12. Krejcie R V, Morgan D W
Determining Sample Size for Research
Activities. *Journal of Educational and
Psychological Measurement* 1970; 30(3):
607-10

13. The Joint Committee on
Standards for Educational Evaluation
(1994) [Internet]. [cited 2023 Sep]
Available from :
<https://legacy.oise.utoronto.ca/research/field-centres/ross/ctl1014/Joint1994.pdf>

14. Occupational medicine
department. Summary of health risk
assessment in Chaophya Abhaibhubejhr
Hospital. Prachinburi: Chaophya
Abhaibhubejhr Hospital. Province; 2022.

15. Kanmali Y. The
development of nursing services model
to prevent falls in hospitalized Patients.
MNST Med J 2021; 48(1): 1-19. (in Thai)

16. Cheunbun Y. Skill
enhancement in developing innovation
for nursing student at The Faculty of
Nursing at The Proboromrajchanok
Institutes. PhD [Dissertation]. Bangkok:
Christian University; 2022.

17. Paiboonpalayoi B. The
Effects of Participatory Supervision
Program for Head Nurses on Professional
Nurses' Performances at a Tertiary Level
Hospital in the Department of Medical
Services under the Ministry of Public
Health. M.N.S. (Nursing Management).
Bangkok: Srinakharinwirot University; 2015.

18. Kiewpeng D. Factors
Affecting Health Promotion Behaviors of
Residents at Huai Khwang District,
Bangkok [Internet]. [cited 2023 Sep].
Available from :
https://mis.krirk.ac.th/library/Kr_resdetail.asp?BookID=004947.

19. JaiJoom P, Tuntiupunjaborn
T. Effectiveness of Muscle Stretching with
Ergonomics Training Program to Relieve
Back Pain and Increase Back Muscle
Stretching in Hand Weaving Workers, Mae
Rang Sub - district, Pa Sang District,
Lamphum Province. *Journal of Science &
Technology* 2018; 20(3): 29-39. (in Thai)

20. Pattamarangoul W,
Singlumphong Y. A Comparative Study of
Different Techniques in Recovery Period
of Physical Fitness of Athletics. *Academic
Journal Institute of Physical Education*
2018; 10(1): 89-102. (in Thai)

21. Pikkhao L, Saenprasarn P,
Hattharangsri K. Developing model of
generosity participatory nursing among
cataract surgery patients as of Swanson's
Theory. *Journal of Health Science* 2020;
29(5): 864-75.

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ของพนักงานกลุ่มสำนักงาน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร

สุพินดา ฉลวย*

สุรินทร์ กลัมพากร**จุฑาธิป ศีลบุตร***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน - หลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura ในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานกลุ่มสำนักงาน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานกลุ่มสำนักงาน จำนวน 60 คน แบ่งตามแผนกเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจงผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างจากการวินิจฉัยของแพทย์ โดยกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ จัดกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องอาการปวดหลังส่วนล่าง การยศาสตร์กับการนั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์ การจัดสถานที่ทำงานและการฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลังที่ถูกต้อง โดยการการใช้คำพูดชักจูง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเสนอตัวแบบที่ดีในการทำงาน การฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานที่เหมาะสม และกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและแบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ สำหรับงานสำนักงาน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Wilcoxon signed rank test และ Mann Witney U test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และ ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แต่มีคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มีประสิทธิผลสามารถทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะปวดหลังส่วนล่างมีพฤติกรรมในการดูแลตัวเองดีขึ้น สามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับผู้ปฏิบัติงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ: ปวดหลังส่วนล่าง/พนักงานกลุ่มสำนักงาน/โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน/ความยืดหยุ่นกล้ามเนื้อหลัง/ความเสี่ยงทางการยศาสตร์

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก: รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: Surintorn.kal@mahidol.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: jutatip.sil@mahidol.ac.th

THE EFFECTS OF SELF-EFFICACY ENHANCEMENT PROGRAM TO REDUCE LOW BACK PAIN OF OFFICE WORKERS IN A PRIVATE HOSPITAL, BANGKOK

Supinda Chaluy*

Surintorn Kalampakorn** Jutatip Sillabutra***

ABSTRACT

This quasi-experimental research using two group pre test - post test designs aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program, applying Bandura's Self-Efficacy Theory to reduce low back pain among office workers of a private hospital, in Bangkok Metropolitan. Purposive sampling technique was used to recruit 60 office workers diagnosed with lower back pain in a private hospital. Participants were then divided into an experimental group (n=30) and a control group (n=30) based on their work location. The experimental group participated in the 2-week program, consisting of 2 sessions of educational activities related to lower back pain, ergonomics and working with computer, work station arrangement, and practice of back muscle exercises using verbal persuasion, exchanging experience, modeling, and appropriate working position practice. The control group received a usual care. Data was collected before and after receiving the program using self-administered questionnaire, including muscle flexibility assessment and rapid office strain assessment (ROSA). Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed rank test and Mann Witney U test.

The results revealed that after receiving the program, the experimental group had higher mean scores on perceived self-efficacy in reducing low back pain and, self-care behaviors than the pretest and higher than that of the control group ($p < .001$). Degree of flexibility of the back muscles was also significantly higher than before the experiment ($p < 0.001$). However, low back pain and ergonomic risk score was not significantly different between groups. Findings suggest that self-efficacy enhancement program was effective in reducing low back pain and promoting self-care behaviors and could be applied to those with similar work characteristics.

Key Words: low back pain/ office workers/ self-efficacy/ muscle flexibility/ ergonomics risk

Article info: Received: July 7, 2023, Revised: October 20, 2023, Accepted: September 11, 2023

*Graduate Student in Master of Nursing Science major in Occupational Health Nursing, Department of Public Health Nursing, Mahidol University

**Correspondent author: Assistant Professor, Department of Public Health Nursing, Mahidol University
E-mail: Surintorn.kal@mahidol.ac.th

*** Assistant Professor, Department of Biostatistics, Mahidol University E-mail: jutatip.sil@mahidol.ac.th

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้บ่อยที่สุดของโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างกระดูก และเป็นอาการที่พบได้บ่อยของคนวัยทำงานในหลายประเทศ¹ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ที่ดีและมักเป็นต้นเหตุของความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ อาการปวดหลังส่วนล่างยังส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงาน และเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มต้นทุนด้านการดูแลสุขภาพ² ผลกระทบของอาการปวดหลังส่งผลกระทบต่อความลำบาก ทำให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย (disability) และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อระบบประสาทและกล้ามเนื้อทำให้การทำงานของร่างกาย การเดิน การวิ่ง การทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆผิดปกติ รวมทั้งทำให้ต้องขาดงานหรือหยุดงานและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ

ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานผลการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2560 พบว่าโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน มีจำนวน 100,743 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 167.22 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2559 ที่พบ ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 81,226 ราย (อัตราป่วย 135.26 ต่อประชากรแสนราย) โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี จำนวน 70,148 ราย คิดเป็นร้อยละ 69.63³

ลักษณะของงานสำนักงาน มีความเสี่ยงต่ออาการปวดคอ ปวดหลังมากกว่าประชากรทั่วไป เนื่องจากลักษณะงานที่อยู่ในอิริยาบถซ้ำซากเช่น การนั่งทำงานที่ได้เฝ้าอยู่หน้าคอมพิวเตอร์เป็นเวลานาน การนั่งเขียนหรือตรวจเอกสารนานเกินกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน⁴ การปฏิบัติงานที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานเกือบตลอดทั้งวันและตลอดทั้งอาทิตย์ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะความเสี่ยงต่อร่างกายในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นอาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อ คอและไหล่ ปวดเข่า ตา ปวดขมับและศีรษะ อาการผิดปกติทางตา ตาแห้ง ตาเมื่อยล้า⁵ คอมพิวเตอร์ถูกนำมาใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในภาคอุตสาหกรรมและธุรกิจประเทศไทย มีแนวโน้มการใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในสำนักงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่า ในปัจจุบันมีผู้ที่ทำงานในสำนักงานประมาณ 3,865,100 คน จากจำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 36.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้มีงานทำทั้งหมด ซึ่งโรงพยาบาล มีการใช้คอมพิวเตอร์มากที่สุด โดยเฉพาะในสายสนับสนุนของโรงพยาบาล⁶ เช่น แผนกเวชสถิติ แผนกบัญชี แผนกห้องพิมพ์ผลตรวจสุขภาพ แผนกทรัพยากรบุคคล ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่าง ขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งานและการดูแลตนเอง เพราะกระดูกสันหลังทำหน้าที่รับน้ำหนักทั้งหมดของร่างกายโดยเฉพาะส่วนล่างของกระดูกสันหลังเนื่องจากเป็นส่วนที่โค้งเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย มีผลโดยตรงต่อร่างกาย ทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากอาการปวดที่เกิดขึ้น

ทำให้ผู้ป่วยทำงานได้ช้าลง ทำให้ต้องขาดงาน⁷ จากสถิติจำนวนพนักงานที่เข้ารับการตรวจในคลินิก พนักงานตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม 2560 ทั้งหมด 1,357 ราย โดยดึงจากรหัสโรค ICD-10 Code M40-M54 โรคของหลัง ทั้งหมดพบว่าพนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่ส่งต่อคลินิกผู้ป่วยนอก สถาบันกระดูกและข้อ เป็นพนักงานกลุ่มสำนักงานจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 41 ของพนักงานที่มารับบริการคลินิกผู้ป่วยนอก สถาบันกระดูกและข้อ

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลมีการดูแลสุขภาพของพนักงานของโรงพยาบาลในภาพรวม เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ รวมถึงการจัดห้องออกกำลังกายและมัลติสแตนด์แอโรบิก สัปดาห์ละ 2 วันในช่วงเวลา 18-19 น. ซึ่งยังมีพนักงานของโรงพยาบาลทั้งบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มสำนักงานมาเข้าร่วมกิจกรรมน้อย และยังไม่มีการจัดกิจกรรมเฉพาะสำหรับพนักงานที่มีอาการระบบกล้ามเนื้อและข้อ

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ มีแนวคิดที่สำคัญคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถตนเอง (Perceived Self-efficacy) โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Outcome Expectations) บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติในเรื่องนั้น ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต ความเชื่อในความสามารถตนเอง พิจารณาจากความรู้สึก ความคิด การตั้งใจและพฤติกรรม ซึ่งบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงจะช่วยให้เขา

ประสบความสำเร็จ และมีความเป็นอยู่ที่ดี เมื่อเผชิญปัญหาหรืองานที่ยากจะเป็นสิ่งที่ท้าทายให้เขาแก้ไขโดยใช้ความพยายาม ถึงแม้จะล้มเหลว เขาก็จะมองความผิดพลาดไปที่มีความพยายาม ไม่เพียงพอหรือขาดความรู้หรือทักษะ ดังนั้นการที่จะช่วยให้พนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรม การป้องกันที่เหมาะสมเพื่อลดอาการปวดหลังได้ แก้ไขปัญหาและลดความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างจากการทำงาน ปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง คือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived self-efficacy) เพราะการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะเกิดขึ้นก่อนความพยายามที่จะกระทำ ช่วยให้บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการ ปฏิบัติพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงและการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลที่มีสมรรถนะรับรู้ของตนเองสูงจะมีเป้าหมายและปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ทำให้มีความพยายามและความเพียรมากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาใช้ เพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานกลุ่มสำนักงานร่วมกับหลักการวิทยาศาสตร์ อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน สอดคล้องกับผลของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง เพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงาน เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตนในการป้องกันอาการ

ปวดหลังส่วนล่างและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง มากกว่าก่อนการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และระดับอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^๖ ถึงแม้ว่าผลวิจัยกับพนักงานเคลื่อนย้ายดังกล่าวจะให้ผลดี แต่การนำมาใช้กับพนักงานกลุ่มสำนักงานในโรงพยาบาลที่มีลักษณะงานแตกต่างกัน ยังคงต้องมีการนำหลักการวิจัยมาใช้อย่างเหมาะสม สมดุลระหว่างผู้ปฏิบัติงานกับสภาวะการทำงาน ได้แก่ การปรับปรุงสภาพการทำงาน การปรับท่าทางการทำงาน การจัดสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อการส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ซึ่งจะส่งผลให้พนักงานกลุ่มสำนักงาน ลดการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ลดการขาดงานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีสุขภาพดี ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นส่วนหนึ่งในการผลิตงานที่มีคุณภาพให้กับโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

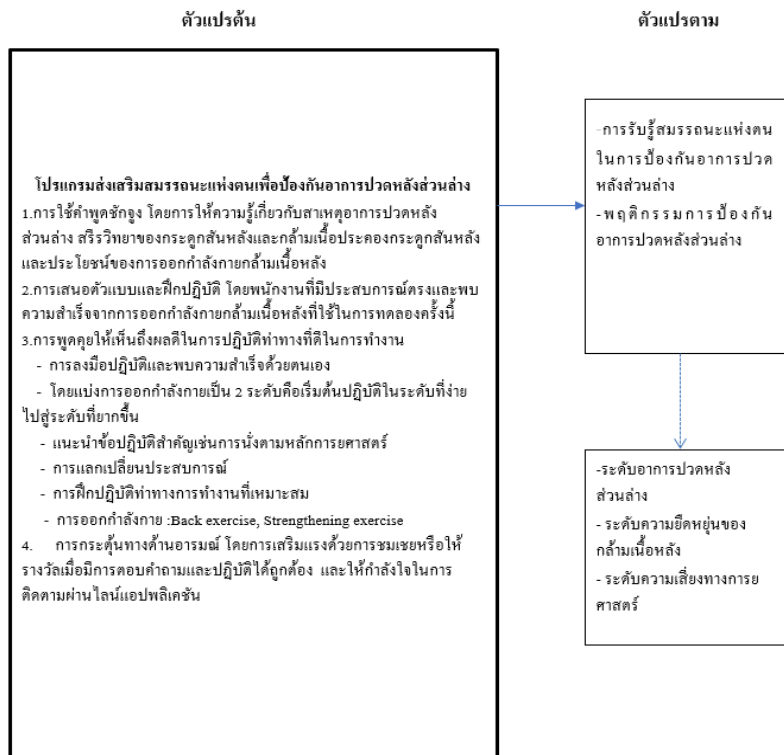
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง และระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง

พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง และระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างระหว่างพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และ ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง สูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลอง มีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และ ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
4. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานสำนักงานกลุ่มทดลอง มีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและระดับความเสี่ยงทางกายศาสตร์ ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ การทดลองสองกลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง (Two group Pre test - Post test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ พนักงานกลุ่มสำนักงาน โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง เขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 200 คน ที่ใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะในการทำงานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็น พนักงานกลุ่มสำนักงานในแผนกเวชสถิติ แผนกบัญชี แผนกห้องพิมพ์ ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการทำงานมากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน ผลตรวจ

สุขภาพ แผนกทรัพยากรบุคคล มีอาการปวดหลังส่วนล่างเป็นระยะเวลามากกว่า 6 สัปดาห์ แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งปฏิบัติงานกันคนละแผนกและปฏิบัติงานแยกคนละอาคาร โดยพนักงานกลุ่มสำนักงานทางโรงพยาบาลจะไม่มีสวัสดิการห่อพักให้ จึงเป็นการควบคุมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่ให้เกิดการปะปนกัน (Contamination) โดยประเมินจากแบบสอบถามและยินยอมเข้าร่วมการวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมศึกษา (Inclusion Criteria)

1. มีอาการปวดหลังที่จำกัดเฉพาะหลังและบั้นเอวส่วนล่าง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยไม่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม (รุนแรงหรือคด) เนื้องอกกระดูก กระดูกติดเชื้อ อุบัติเหตุเดิม ความพิการแต่กำเนิด ซึ่งไม่พบประวัติเกี่ยวกับโรคร้ายแรง และตรวจร่างกายไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท

2. ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

1. ได้รับการรักษาด้วยยาที่ไม่ใช่กลุ่มยาลดการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) หรือยาระงับปวดกลุ่ม opioids

2. ลาออกจากงาน

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดให้ขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.70 อำนาจการทดสอบ (Power) เท่ากับ 0.80 และระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ 0.05 อ้างอิงผลการศึกษาที่ผ่านมา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15¹⁰ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คนจากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ

กลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยการสุ่มแบบง่ายใช้การจับสลากแบบไม่คืนที่

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือหลัก 2 ชนิดคือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎี และที่ได้จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตำรา บทความ เอกสารวิชาการ วารสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น แบบสอบถาม 1 ชุด และแบบประเมิน 2 ชุด

1.1 แบบสอบถาม 1 ชุด เป็นแบบสอบถามข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระยะเวลาการทำงาน อาการปวดหลังส่วนล่าง และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อความเชิงบวกทั้งหมด จำนวน 10 ข้อ ชนิดมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 5 ระดับ คือ

มันใจมากที่สุด มันใจมาก มันใจปานกลาง มันใจเล็กน้อย ไม่มันใจเลย คลอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับท่าทางการทำงาน การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหลังและการจัดสถานที่ทำงานที่เหมาะสม การตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกคำตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ชนิดมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) มี 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ คลอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ ท่าทางการทำงาน อิริยาบถในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อหลังและการจัดสถานที่ทำงานที่เหมาะสม การตอบแบบสอบถามโดยให้กลุ่มตัวอย่าง เลือกคำตอบเพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบเป็นตัวเลข (Numeral Rating Scales: NRSs โดยใช้เกณฑ์ Melzack & Katz¹¹ วิธีการประเมินคือ ให้ผู้ป่วยบอกระดับความปวดด้วยตนเองจาก 0-10 โดยระดับ 0 หมายถึงไม่ปวด และระดับ 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

1.2 แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ โดยใช้กล่องวัดความยืดหยุ่น (Sit And Reach Box) วิธีการวัด คือ ให้กลุ่มตัวอย่าง นั่งบนพื้นหันหน้าเข้าหาเครื่องวัด วางเท้าแนบกับเครื่องวัดโดยที่หลังและขาทั้ง 2 ข้างเหยียดตรงไปด้านหน้า เอื้อมมือไปตามเครื่องวัด มือทั้ง 2 ข้างวางขนานกัน ก้มศีรษะลงช้าๆพร้อมกับยืดนิ้ว

มือเลื่อนไปตามเครื่องวัดให้ไกลมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยที่เข้าทั้ง 2 ข้างไม่งอแล้วค้างไว้ประมาณ 2 วินาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะอ่านค่าบนขีดระดับซึ่งมีหน่วยการวัดเป็นเซนติเมตร โดยใช้ปลายนิ้วกลางเป็นเกณฑ์ ระยะที่ยาวกว่าหมายถึงกล้ามเนื้อหลังมีความยืดหยุ่นมากกว่า ทำการวัด 3 ครั้งแล้วใช้ค่าที่ดีที่สุดสำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อโดยใช้กล่องวัดความยืดหยุ่น ทำการประเมินด้วยผู้วิจัยคนเดิมทุกครั้ง

1.3 แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ Rapid Office Strain Assessment (ROSA) ใช้เป็นเครื่องมือในการชี้บ่งจุดที่มีปัจจัยเสี่ยงในการทำงานในสำนักงานเป็นหลัก โดยพิจารณาจากอุปกรณ์ที่ใช้งาน เช่น เก้าอี้ หน้าจอคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ เม้าส์และแป้นพิมพ์ นอกจากนั้นยังพิจารณาถึงระยะเวลาในการใช้งานอุปกรณ์นั้นๆด้วย ระยะเวลาที่ผู้ใช้ใช้งานอุปกรณ์ต่างๆในแต่ละวันตั้งแต่น้อยกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน จนถึงมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน มีหลักการให้คะแนนที่ มาจากการสังเกตองค์ประกอบของท่าทาง ระยะเวลาในการทำงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ของ Michael Sonne และคณะ¹² โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน 1-2 มีระดับความเสี่ยงต่ำ 3-4 มีระดับความเสี่ยงปานกลาง 5- 7 มีระดับความเสี่ยงสูง และ 8-10 มีระดับความเสี่ยงสูงมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน เพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย 4 กิจกรรมคือ 1) การใช้คำพูดชักจูงโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุอาการปวดหลังส่วนล่าง สรีรวิทยาของกระดูกสันหลังและ

กล้ามเนื้อประกอบกระดูกสันหลังและประโยชน์ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง 2) การเสนอตัว แบบและฝึกปฏิบัติโดยพนักงานที่มีประสบการณ์ ตรงและพบความสำเร็จจากการออกกำลังกาย กล้ามเนื้อหลัง 3) การพูดคุยให้เห็นถึงผลดีในการ ปฏิบัติท่าทางที่ดีในการทำงาน การลงมือปฏิบัติ และพบความสำเร็จด้วยตนเอง การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานที่ เหมาะสม 4) การกระตุ้นทางด้านอารมณ์ โดยการเสริมแรงและให้กำลังใจในการติดตามผ่าน แอปพลิเคชันไลน์

2. สไลด์ประกอบการบรรยายเรื่อง โรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง ท่าทางการทำงาน ที่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ การบริหาร กล้ามเนื้อหลัง

3. คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน อาการปวดหลังส่วนล่างประกอบด้วย โรคปวด หลังส่วนล่าง พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน อาการปวดหลัง ท่าทางการทำงานที่ถูกต้องตาม หลักการยศาสตร์ และการบริหารกล้ามเนื้อหลัง **การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลและโปรแกรมส่งเสริม สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันอาการปวดหลัง ส่วนล่างที่พัฒนาขึ้น โดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ป่วย ปวดหลัง ผู้เชี่ยวชาญด้านกายภาพบำบัด และ ผู้เชี่ยวชาญด้านการยศาสตร์ พิจารณาความ ถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาตาม วัตถุประสงค์ตลอดจนความเหมาะสมของภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะได้ ค่า ดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ของแบบสอบถามการรับรู้ สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลัง

ส่วนล่าง เท่ากับ 0.90 แบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เท่ากับ 1 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวด หลังส่วนล่าง เท่ากับ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับ ระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง เท่ากับ 1 แบบ ประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ เท่ากับ 1 แบบประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ Rapid Office Strain Assessment (ROSA) เท่ากับ 1 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไป ทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามไป ทดลองกับพนักงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่าง และไม่ใช่ผู้ที่อยู่ในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง กลุ่ม จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ ของเครื่องมือ ซึ่งมีวิธีการทำงานและสภาพงาน คล้ายคลึงกัน และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ ครอนบาค แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเท่ากับ 0.76 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามและ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เท่ากับ 0.73

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

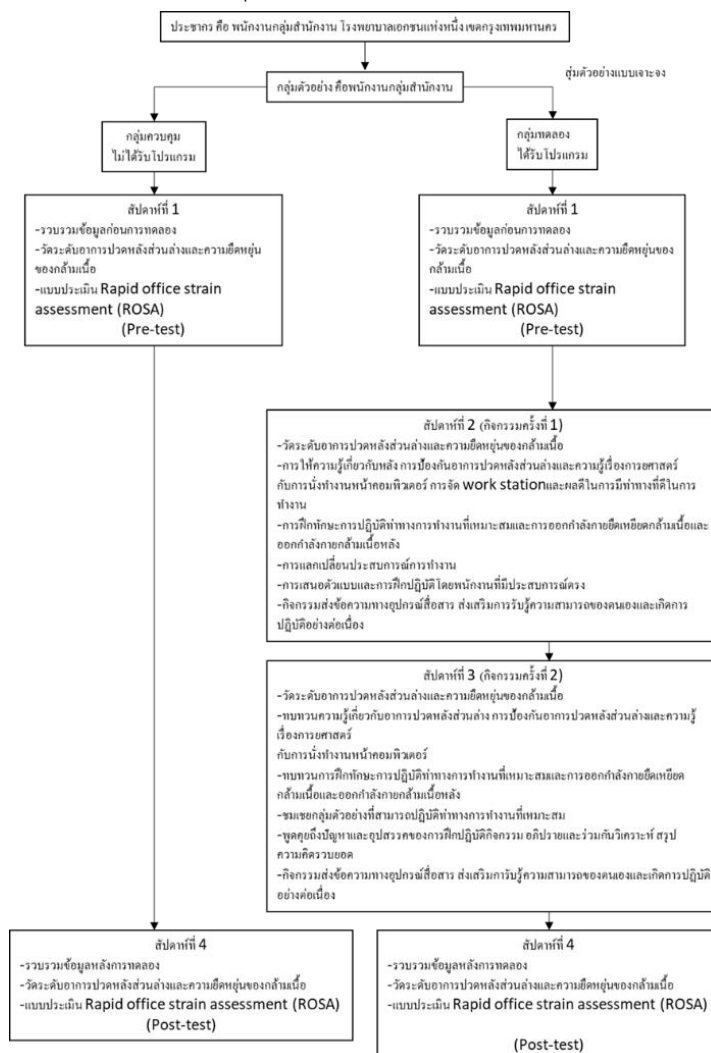
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หนังสือรับรองเลขที่ MUPH 2021-122 เมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 และก่อนทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิในการ เข้าร่วมวิจัยในการยินยอม หรือปฏิเสธการทำ วิจัยของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย และตอบ คำถามข้อสงสัยกับผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยความเต็มใจ เคารพสิทธิและรักษาความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

โดยในแบบสอบถามไม่ระบุชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย และทำลายข้อมูลเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโปรแกรม (Pretest) โดยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตอบคำถามในแบบเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีไหน Face to face ได้แก่ แบบสอบถาม 1 ชุด และแบบประเมิน 2 ชุด ประกอบด้วยข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามพฤติกรรม

การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ แบบประเมิน Rapid Office Strain Assessment (ROSA) กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เป็นเวลา 2 สัปดาห์โดยเป็นการจัดกิจกรรมกลุ่ม 2 ครั้ง และมีการส่งข้อความการให้กำลังใจและชื่นชมที่ดำเนินการต่อเนื่องในระหว่างสัปดาห์ของการทำกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยมีดังนี้



ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ของพนักงานกลุ่มสำนักงาน เนื่องจากพนักงานกลุ่มนี้ไม่ได้ทำงานเป็นกะ จึงดำเนินการทำกิจกรรมทุกครั้งในช่วงบ่ายก่อนเวลาเลิกงานใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 1 เริ่มด้วยการชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการนำผลการวิจัยไปใช้ ซึ่งจะถือเป็นความลับ การเผยแพร่ข้อมูลตามจริง จากการศึกษาวิจัยและความจำเป็นทางวิชาการเท่านั้น โดยเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Pretest) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยแบบสอบถาม 1 ชุด แบบประเมิน 2 ชุด ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบประเมินความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และแบบประเมิน Rapid Office Strain Assessment (ROSA)

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการวัดระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจัดกระทำโดยให้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง เป็นการเพิ่มการรับรู้และความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับหลัง การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และความรู้เรื่องกายศาสตร์กับการนั่งทำงาน หน้าคอมพิวเตอร์ การจัด work stationและผลดี

ในการมีท่าทางที่ดีในการทำงาน การฝึกทักษะการปฏิบัติท่าทางการทำงานที่เหมาะสมและการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน การเสนอตัวแบบและการฝึกปฏิบัติโดยพนักงานที่มีประสบการณ์ตรง และกิจกรรมส่งข้อความทางอุปกรณ์สื่อสาร ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยใช้สื่อการสอนมีคู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างให้กับผู้วิจัยสามารถนำกลับไปทบทวนและปฏิบัติที่บ้านเพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการวัดระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและจัดกระทำโดยให้โปรแกรมกับกลุ่มทดลอง เป็นการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมทบทวนความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง การป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างและความรู้เรื่องกายศาสตร์ ทบทวนการฝึกทักษะการปฏิบัติท่าทางการทำงานที่เหมาะสมและการออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อและออกกำลังกายกล้ามเนื้อหลัง ชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถปฏิบัติท่าทางการทำงานที่เหมาะสม พูดคุยถึงปัญหาและอุปสรรคของการฝึกปฏิบัติกิจกรรมอภิปรายและร่วมกันวิเคราะห์ สรุปความคิดรวบยอด และกิจกรรมส่งข้อความทางอุปกรณ์สื่อสาร ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและเกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังเข้าร่วมโปรแกรม (Posttest) ของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกับแบบสอบถาม 1 ชุด แบบประเมิน 2 ชุด ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถาม พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามเกี่ยวกับระดับอาการปวดหลัง ส่วนล่าง แบบประเมินความยืดหยุ่นของ กล้ามเนื้อ และแบบประเมิน Rapid Office Strain Assessment (ROSA)

กลุ่มเปรียบเทียบ ดำเนินกิจวัตร ประจำวันตามปกติ และได้รับคู่มือการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนเริ่ม โปรแกรม และภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม คือ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ในการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามที่ถูกต้อง และสมบูรณ์ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed rank test และ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 ส่วนใหญ่มีอายุ ไม่เกิน 35 ปี ร้อยละ 53.3 (Mean = 36.03 S.D. = 9.92) มีค่าดัชนีมวลกายปกติมากที่สุด ร้อยละ 39.3 (Mean = 23.41 S.D. = 3.72) ระดับ การศึกษาส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 93.3 มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.30 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20 ลักษณะงานใช้ ความคิดเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 การออกกำลังกาย ไม่เคยออกกำลังกายถึงออกกำลังกายนานๆ ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 86.7 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่า 3 เดือน ร้อยละ 86.7 ไม่เคยได้รับการรักษาอาการปวด หลังส่วนล่าง ร้อยละ 63.3 เคยได้รับการรักษา อาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 36.7 รักษา อาการปวดหลังส่วนล่างโดยพบแพทย์แผน ปัจจุบัน

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ร้อยละ 90 ส่วนใหญ่มีอายุ 36 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 70 (Mean = 41.4 S.D. = 10.2) มีค่าดัชนีมวลกายปกติมากที่สุด ร้อยละ 46.70 (Mean = 23.87 S.D. = 3.73) ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่เป็นระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 93.3 มีสถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 53.3 มีโรค ประจำตัว ร้อยละ 20 ลักษณะงานใช้ความคิด เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 ไม่เคยออกกำลังกาย ถึงออกกำลังกายนานๆ ครั้งมากที่สุด ร้อยละ 83.3 กลุ่มเปรียบเทียบ มีระยะเวลาตั้งแต่ มีอาการปวดหลังส่วนล่างน้อยกว่า 3 เดือน

ร้อยละ 60 รักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยแพทย์แผนปัจจุบันมากที่สุด ร้อยละ 60 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ BMI สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ลักษณะงาน การออกกำลังกาย ระยะเวลาการมีอาการปวดหลังส่วนล่าง การเคยได้รับการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง รักษาอาการปวดหลังส่วนล่างด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน อาการปวดหลังส่วนล่าง และความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} > .05$)

2. เปรียบเทียบของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างโดยรวม และระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังโดยรวม ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่ากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.78, p < .001$) พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.63, p < .001$) และ ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-4.71, p < .001$) พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน และระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

3. เปรียบเทียบของระดับอาการปวดหลังส่วนล่าง และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-3.67, p < .001$) และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์หลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.20, p < .001$) กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-2.831, p = .005$) และระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์หลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z=-5.196, p < .001$) (Table 1)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่าก่อนการทดลอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างและพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน แต่ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U=280.50, p = .001$) (ตารางที่ 2)

หลังการทดลอง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U=15.00, p < .001$) , ($U=30.00, p < .001$) , ($U=294.00, p = .004$) (ตารางที่ 2)

5. เปรียบเทียบของคะแนนระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ก่อนทดลอง หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับอาการปวดหลังส่วนล่างไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลอง มีระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U= 375.0, p = .021$)

หลังทดลอง ระดับอาการปวดหลังส่วนล่างและระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน (Table 2)

Table 1 Comparison of the difference in mean self-efficacy scores in reducing low back pain. Mean Overall Low Back Pain Prevention Behavior Score, overall degree of flexibility of the back muscles, the levels of low back pain and the level of ergonomic risk. Before and after the experiment within the Intervention group and the comparison group with Wilcoxon Signed-rank Test statistics.

	Before intervention Mean (SD)	After intervention Mean (SD)	Z	p-value
Intervention group (n=30)				
- Self-efficacy in reducing overall low back pain	28.27 (4.81)	40.17 (2.77)	-4.78	<.001
- Overall prevention behaviors for low back pain	21.07 (3.44)	27.93 (1.66)	-4.63	<.001
- Degree of flexibility of the back muscles	1.57 (.68)	1.57 (.68)	0.00	1.000
- Level of lower back pain	1.60 (1.499)	0.47 (.730)	-3.67	<0.001
- Ergonomic risk score	2.17 (.379)	1.03 (.183)	-5.20	<0.001
Comparison group (n=30)				
- Self-efficacy in reducing overall low back pain	30.47 (4.75)	25.40 (3.17)	-4.71	<.001
- Overall prevention behaviors for low back pain	22.10 (2.96)	21.83 (2.83)	-1.86	0.063

	Before intervention Mean (SD)	After intervention Mean (SD)	Z	p-value
- Degree of flexibility of the back muscles	1.10 (.31)	1.13 (.35)	-1.00	0.317
- Level of lower back pain	1.57 (2.329)	0.90 (1.348)	-2.831	0.005
- Ergonomic risk score	2.00 (.000)	1.10 (.305)	-5.196	<0.001

Table 2 Comparison of the difference in mean self-efficacy scores in reducing low back pain. Behaviors to prevent low back pain degree of flexibility of the back muscles, the levels of low back pain and the level of ergonomic risk before and after the experiment between the Intervention group and the comparison group with Mann-Whitney U test statistics.

	Intervention group (n=30) Mean (SD)	Comparison group (n=30) Mean (SD)	U	p-value
Before intervention				
- Self-efficacy in reducing overall low back pain	28.27 (4.81)	30.47 (4.75)	382.000	0.136
- Overall prevention behaviors for low back pain	21.07 (3.44)	22.10 (2.96)	358.000	0.170
- Degree of flexibility of the back muscles	1.57 (.68)	1.10 (.31)	280.500	0.001
- Level of lower back pain	1.60 (1.499)	1.57 (2.329)	388.00	0.120
- Ergonomic risk score	2.17 (.379)	2.00 (.000)	375.00	0.021
After intervention				
- Self-efficacy in reducing overall low back pain	40.17 (2.77)	25.40 (3.17)	15.00	<0.001
- Overall prevention behaviors for low back pain	27.93 (1.66)	21.83 (2.83)	30.00	<0.001

	Intervention group (n=30) Mean (SD)	Comparison group (n=30) Mean (SD)	U	p-value
Before intervention				
- Degree of flexibility of the back muscles	1.57 (.68)	1.13 (.35)	294.00	0.004
- Level of lower back pain	0.47 (.730)	0.90 (1.348)	435.00	0.317
- Ergonomic risk score	1.03 (.183)	1.1 (.305)	450.00	1.00

อภิปรายผลและสรุปผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และมีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ซึ่งสนับสนุนทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเองตามทฤษฎีความสามารถ (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura¹³ ร่วมกับการใช้หลักการยศาสตร์ทำให้กลุ่มทดลอง มีการรับรู้สมรรถนะของตนในการลดอาการปวดหลังส่วนล่างเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ในการจัดโปรแกรมที่มีกิจกรรม มีแหล่งข้อมูลสนับสนุน 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประสบการณ์จากการกระทำที่ประสบความสำเร็จมาแล้ว 2) การได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น โดยการเสนอตัวแบบ 3) การสื่อสารจูงใจ และ 4) สภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ โดยผู้วิจัยมีกระบวนการถ่ายทอดความรู้

จากการบรรยาย การสาธิต การทำกิจกรรมกลุ่ม เกิดการมีส่วนร่วมจากการตอบคำถามในการส่งเสริมสมรรถนะของตนเอง ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จำเป็นที่จะต้องให้ความรู้และสร้างทักษะที่เพียงพอ จนนำไปสู่ความมั่นใจในการทำกิจกรรมนั้นๆ ให้ประสบความสำเร็จด้านการได้เห็นแบบอย่างจากผู้อื่น หรือประสบการณ์จากผู้อื่น ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองดูการสาธิตและฝึกออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ท่าทางในการทำงานและกิจวัตรประจำวันที่ต้อง โดยการสาธิตจากผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนบุคคล ตลอดจนแนะนำถึงปัญหาและอุปสรรค มีการเสริมแรง โดยการให้รางวัลกับผู้ที่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง จะทำให้กลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบมากที่สุด เพื่อให้เรียนรู้และจดจำลักษณะของตัวแบบได้ดีขึ้น นอกจากนั้นผู้วิจัยชักจูงด้วยคำพูดและรางวัล ซึ่งดำเนินการทุกครั้งที่กลุ่มทดลองมีการรวมกิจกรรมกลุ่มและฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และท่าทางในการทำงาน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างถูกต้อง โดยกล่าวให้กำลังใจกับกลุ่มทดลอง

ที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง พร้อมทั้งพูดชักจูงให้ตระหนักถึงความสามารถในการปฏิบัติท่าทางการทำงานที่ถูกต้องและการออกกำลังกายแบบยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้เพิ่มขึ้น

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดหลังส่วนล่างไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ผลการศึกษานี้อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนระดับอาการปวดหลังส่วนล่างลดลงหลังทดลองทั้งสองกลุ่ม ซึ่งเป็นอาการปวดหลังส่วนล่างแบบเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน คือปวดน้อยกว่า 3 เดือน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของอาการปวดหลังส่วนล่างในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของพนักงานในสถานประกอบการแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย¹³ ที่พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนครั้งความเจ็บปวดหรือเมื่อยล้ากล้ามเนื้อหรือกระดูกไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวด น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 อาจเนื่องจากผู้วิจัยได้ให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง

ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อหลังเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มความตระหนักรู้ถึงปัญหาทางด้านการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางการทำงานซ้ำๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างในการศึกษาครั้งนี้

ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 เป็นผลมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ประกอบด้วยเนื้อหาที่เกี่ยวข้องในเรื่องของการให้ความรู้และอธิบายเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง สาเหตุการป้องกันและความรู้ทางการยศาสตร์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเข้าใจถึงอาการต่างๆในโปรแกรมนี้นี้ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้ในการบริหารกล้ามเนื้อหลัง และการฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อหลัง กลุ่มทดลองที่ได้ฝึกปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อหลัง เป็นประจำสม่ำเสมอ จะช่วยเพิ่มระยะการเคลื่อนไหวของข้อต่อที่ละน้อยอย่าง ค่อยเป็นค่อยไป เพื่อพัฒนาความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ โดยอาศัยกิจกรรมการออกกำลังกายและการบริหารร่างกายหลายรูปแบบ สอดคล้องกับผล ของการจัดกระทำด้านการยศาสตร์ต่อความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ

และอาการปวดหลังของคนทำงานแกะสลักไม้¹⁴ ซึ่งผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลังดีกว่ากลุ่มควบคุมในสัปดาห์ที่ 8 และ 12 ในขณะที่กลุ่มทดลองมีระดับความยืดหยุ่นดีกว่าก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 6, 8 และ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนเฉลี่ยระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์ลดลง หลังทดลองทั้งสองกลุ่มอาจเนื่องมาจาก ผู้วิจัยได้ให้คู่มือการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างกับกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อหลัง เพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน เพิ่มความตระหนักรู้ ถึงปัญหาทางด้านการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางการทำงานซ้ำๆ อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ท่าทางการทำงาน ที่ถูกต้อง จึงทำให้ไม่พบความแตกต่างในการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับผลศึกษาการประเมินความเสี่ยงทางการยศาสตร์ในพนักงานสำนักงาน มหาวิทยาลัย 15 พบว่าพนักงานสำนักงานที่ใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะในการทำงานมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน มีความเสี่ยงด้านการยศาสตร์ โดยส่วนมากมีความเสี่ยงที่ระดับสูง กลุ่มนี้มีความเสี่ยงทางการยศาสตร์ต่อการเกิดโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่ต้องมีการเฝ้าระวัง พนักงานมีความเสี่ยงทางการยศาสตร์การทำงานในระดับที่สูง บ่งชี้ด้านอุปกรณ์สำนักงาน

ที่ออกแบบมาไม่เหมาะสม รวมทั้งลักษณะงานที่ต่างจากงานอุตสาหกรรมนี้ ทำให้พบว่าพนักงานสำนักงานมีความเสี่ยงต่อการปวดไหล่ ตั้งแต่ ระดับปานกลางถึงสูงได้ความเสี่ยงที่ระดับความเสี่ยงทางการยศาสตร์คะแนน 1-2 คือมีความเสี่ยงต่ำ ให้พิจารณาเพื่อการเฝ้าระวัง WMSDs ตามตำแหน่งของร่างกาย

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

การใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพนักงานกลุ่มสำนักงาน โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura ทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม มีโอกาสคิดพิจารณาวิเคราะห์ถึงความสำคัญ ในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง เมื่อดูการสาธิตและทดลองฝึกปฏิบัติ ด้วยตนเอง รวมถึงสาธิตย้อนกลับจนสามารถปฏิบัติได้มั่นใจ ถูกต้อง การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีท่าทางที่ถูกต้องในการทำงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมีความสำคัญ เนื่องจากสามารถควบคุมและป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างได้ เมื่อมีอาการปวดหลังส่วนล่างจะส่งผลให้พนักงานขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน และขาดแรงจูงใจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นถ้าพนักงานที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆด้วยตนเอง ต้องมีความเชื่อมั่นว่าสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งพบว่าการส่งเสริมหรือสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมีความสำคัญ

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ทำให้ขาดข้อมูลการติดตามต่อเนื่องกับตัวแปรที่ต้องอาศัยระยะเวลาในการสังเกตและประเมินผลเปลี่ยนแปลง เช่น ระดับความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหลัง ที่ต้องใช้การออกกำลังกายยืดเหยียดอย่างต่อเนื่องและการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลหรือผู้ที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของบุคลากร สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างไปใช้ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างและมีลักษณะการทำงานที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น งานสำนักงาน โดยเฉพาะพนักงานที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพ

2. สามารถประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างเช่น การสร้างแรงจูงใจและการใช้คำพูดชักจูง ให้คำแนะนำหรือแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ไปศึกษากับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นๆที่มีลักษณะงานอื่นๆ นอกเหนือจากงานสำนักงาน เพื่อขยายผลและเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพพนักงานในองค์กร

2. ควรออกแบบการศึกษาที่มีการติดตามระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม โดยติดตามหลังสิ้นสุดการทดลอง

3. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพโปรแกรม โดยประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง เป็นต้น

Reference

1. Farideh S, David C, Georgia N, Samaneh H. Predictors of low back pain in a longitudinal study of Iranian nurses and office workers. JEuropePMC. 2015; 51(2) : 239-244.
2. Laxmaiah M, Vijay S, Frank J, Ramsin MB, Joshua A H. Epidemiology of low back pain in adults. JINS. 2014; 17 (2) : 3-10.
3. Department of Disease Control. Disease situation report and health hazards from occupations and the environment [Internet].2017 [cited 2019 May 2]. Available from <http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation>.
4. Department of Labor Protection and Welfare. The Importance of ergonomics [Internet].2019 [cited 2019 May 2]. Available from <https://www.labour.go.th/index.php>.

5. Phonhan N, Rueangworabun S, Boonkaew K. The physical symptoms that occur from using computer of supporting staffs of Nakhon Phanom University. JSWU. 2014; 6(12): 26-38. (In Thai)
6. Chaikaen W, Chanprasit C, Kaewthammanukul T. Ergonomic Factors and Prevalence Rate of Musculoskeletal Pain Among Workers in Semiconductor Industry in the Northern Region Industrial Estate. [Master's thesis in Occupational Health Nursing program]. Chaing Mai, Chaing Mai University, 2006.
7. Aungsirikul S, Pakdevong N, Binhosen V. Factors Related to Health Promotion Behaviors in Patients with Low Back Pain. JFONUBUU. 2016; 24(1): 39-50. (In Thai)
8. Fongsri U. The effect of a self-empowerment program for the prevention of low back pain for patient transporters Siriraj Hospital. [Master's thesis in Occupational Health Nursing program]. Nakhon Pathom, Mahidol University; 2006.
9. Sangsaikaew A, Korcharoenyos C, Donprapeng B, Sirisawat M. The effects of promoting physical activity in daily life program on pain and disability in patients with non-specific low back pain. JPSU. 2019; 39(1), 93-104. (In Thai)
10. Burns N, Grove SK. Study guide for the practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. Open Access Library Journal. 2005; 3(10).
11. Melzack R, Katz J. Pain Measurement of Pain. ELSEVIER. 1999; 79(2): 231-52.
12. Michael S, Djno LV, David MA. Development and evaluation of an office ergonomic risk checklist: ROSA-rapid office strain assessment. Applied Ergonomics. 2012; 43(1): 98-108.
13. Bandura A. Self-Efficacy: Toward unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977b; 84(2): 191-215.
14. Thirattthankul A, Baunoo W. Effects of Ergonomics Health Promotion Program for behavioral modification to reduce the risk of work-related musculoskeletal disorders among the work of employees in an establishment Nongkhai. Journal of Environmental and Community Health. 2021; 6(3):38-44. (In Thai)

15. Penprapai P, Suthakorn W, Kaewthummanukul T. Effects of Ergonomic Intervention on Muscle Flexibility and Back Pain of Wood Carvers. Nursing Journal CMU. 2017; 44(3):77-89. (In Thai)

16. Krusun M, Chaiklieng S. Ergonomic Risk Assessment in University Office Workers. Journal of KKU. 2014; 19(5): 696-707. (In Thai)

บทความวิชาการ

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับนโยบาย คนไทยทุกครอบครัว

มีหมอบประจำตัว 3 คน

เกตุกมล ทิพย์ทิมพวงศ์* ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน**
สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒนพิสุทธิ์*** ราตรี เทียงจิตต์****

บทคัดย่อ

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้คนไทยทุกครอบครัว มีหมอบประจำตัว 3 คน หรือ 3 หมอ เพื่อสร้างการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ โดยหมอบคนที่ 1 คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรองเบื้องต้น หมอบคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากร ในสถานบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ครอบคลุมบุคลากรทุกวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอบคนที่ 1 และหมอบคนที่ 3 หมอบครอบครัว คือ แพทย์ ในโรงพยาบาลมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลด้านการรักษา ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นอีก 1 วิชาชีพเป็นหมอบคนที่ 2 มีส่วนสำคัญ ในการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอเพื่อสร้างการเข้าถึงและการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิด การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับการดำเนินงานตามนโยบาย 3 หมอ ของพยาบาลอนามัยชุมชน มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินสุขภาพชุมชน การวินิจฉัยปัญหา ชุมชนการวางแผนแก้ปัญหา และการประเมินผลปัญหาสุขภาพ ภายใต้บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน มีหน้าที่ในการ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ประสานงาน บริหารจัดการและประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน ซึ่งจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือกให้กับพยาบาลอนามัยชุมชน นำไปกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการทำงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการประสานงาน บรรลุตามนโยบายสร้างการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชน

คำสำคัญ: กระบวนการพยาบาล/ นโยบาย 3 หมอ/ พยาบาลอนามัยชุมชน

*ผู้รับผิดชอบหลัก ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

**รองศาสตราจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

The Application of the Nursing Process to drive the 3-Doctors for Every Thai Family Policy

Ketkarn Thipthimwong* Narongsak Noosorn**
Supapen Panawatthanapisuit* Ratree Theangjit*

ABSTRACT

Ministry of Public Health policy stipulates that Thai people from every family can have 3 family doctors to increase accessibility of the health service system. The first doctor refers to a village health volunteer (VHV) who performs a home visit, gives advice, and provides basic health screening. The second doctor refers to a health care providers, who work in a primary care setting, such as at Subdistrict Health Promoting Hospital. The second doctor can be any professionals, such as a nurse, a pharmacist, a public health worker, or other professions, whose job were to promote health and coordinate between the first doctor and the third doctor. The third doctor refers to a family doctor, who works at the hospital to provide diagnosis, treatment, advice, coordinate and refer for advanced treatment. Community nurse, the second doctor, is assigned to be a key professional who plays an important role in driving the 3- Doctors policy to increase accessibility and promote health in the community. This article aimed to present how to apply the nursing process to operations according to the 3-Doctors policy. Nursing process for a community nurse has 5 steps, including community health assessment, community Diagnosis, problem priority, planning and evaluation of health problems. Regarding this policy, the community health nurse is responsible for health education, consultant, coordinating and managing, performing risk assessments and community health. These challenges give more opportunity for community health nurses to act in defining a framework to generate nursing outcomes and make coordination and integration of health services to promote service accessibility towards population and community health.

Key Words: Nursing process/ Policy 3 Doctors/ Community Health Nurses

Article info: Received: September 15, 2023, Revised: October 7, 2023, Accepted: November 11, 2023

*Corresponding Author, Ph.D., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

** Associate Professor., Ph.D., Faculty of Public Health, Naresuan University

*** Assistant Professor Dr., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

**** Lecturer., Faculty of Nursing, Kamphaeng Phet Rajabhat University

บทนำ

นโยบาย 3 หมอ หรือคนไทยทุกคนรอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน เป็นหนึ่งในประเด็นสำคัญของรัฐบาล ที่มุ่งหวังสร้างช่องทางในการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ ลดความแออัดลดการรอคอยในสถานพยาบาลของรัฐ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ให้เข้มแข็ง มีคุณภาพทั่วถึง เป็นการประสานการทำงานดูแลประชาชนที่บ้านและชุมชนแบบ “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ”¹ เพิ่มความครอบคลุมให้ได้รับบริการต่อเนื่อง เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และส่งเสริมรักษาโรคซับซ้อนยุ่งยาก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มอบเป็นของขวัญปีใหม่ของคนไทยเมื่อช่วงปลายปี 2563 โดยหมอคนที่ 1 หมอหมู่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม.ทำหน้าที่ เยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ คัดกรอง ติดตามและดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น โดยดูแลประชาชน 10-20 หลังคาเรือน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข คือ บุคลากรในสถานบริการปฐมภูมิ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ รพ.สต. คลินิกหมอครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุขครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เกษษกร นักสาธารณสุขชุมชน และวิชาชีพอื่นๆ ทำหน้าที่ให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ ประสานงานระหว่างหมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 โดยกำหนดให้พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน ดูแลประชากร 1,250 คน – 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน. และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว คือ แพทย์ในโรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลด้านการรักษา ให้คำปรึกษา ประสานและส่งต่อการรักษาพิเศษโดยแพทย์ 1 คน ดูแลประชาชน 8,000 – 12,000 คน

กระบวนการดำเนินงาน 3 หมอกับ

บทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน: บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชน ในการดูแลสุขภาพประชาชน ประกอบด้วย การจัดการบริการสุขภาพและให้การดูแลสุขภาพของ ประชาชนจัดกลุ่มผู้รับบริการตามภาวะความเร่งด่วนทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสุขภาพดี และตามความต้องการเฉพาะโดย เน้นให้บริการ ด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ให้ความช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยตลอดจนครอบครัว และชุมชน รวมทั้งร่วมมือในการ แก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีบทบาท ดังนี้ 1. เป็นผู้ให้ความรู้ (Health educator) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในโลกปัจจุบันจึงมีความจำเป็นที่ประชาชนต้องได้รับความรู้ที่ถูกต้องรวมทั้งทักษะการป้องกันตัวเองและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม 2. เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) ตามขอบเขตความรับผิดชอบ ทั้งกับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มคน และ ชุมชน โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นสำคัญ 3. บทบาทการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocator) การพิทักษ์สิทธิตามประกาศ 10 ประการ ซึ่งเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลอนามัยชุมชนสามารถจัดการ และคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการดูแลและรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน 4. บทบาทบริหารจัดการ (Manager) ทั้งการจัดระบบงาน การวางแผน จัดงบประมาณ จัดวางกำลังคนจัดทรัพยากร จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ 5. บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) กับหน่วยงานต่างๆ ให้บรรลุผลลัพธ์ที่ดี 6. บทบาทสร้างเสริมพลังอำนาจทางสุขภาพ (Health promotor for empowerment)

ประยุกต์การสร้างพลังอำนาจกระบวนการทางสังคมที่แสดงให้เห็นถึงการยอมรับ ส่งเสริมและพัฒนา ความสามารถของบุคคลในการแก้ปัญหา และใช้ ทรัพยากรที่จำเป็นในการ ดำรงชีวิต²

ที่กล่าวมาจะเห็นว่า มีจำนวนมาก กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนจึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถทำงานได้ครอบคลุมและมีแนวทางในการวางแผนโครงการดูแลสุขภาพได้สอดคล้องและตรงกับปัญหาของพื้นที่ ผู้เขียนเห็นควรรนำกระบวนการพยาบาลอันเป็นกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ ที่ได้รับการยอมรับในทุกวิชาชีพมาปรับใช้กับงานอนามัยชุมชนโดยเฉพาะงาน หมอที่ 2 มาเป็นแนวในการปฏิบัติงาน บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ 1) นำเสนอบทบาทพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในหน่วยปฐมภูมิ ที่เป็นพยาบาลอนามัยชุมชน 2) นำเสนอการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิหรือในชุมชน³

บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน :
สภาการพยาบาล ได้ออกประกาศเรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 วันที่ 17 เดือนกุมภาพันธ์ 2561 อย่างครอบคลุมทั้งที่เป็นบริการในชุมชนและในสถานบริการสาธารณสุขไว้ มี 3 หมวด ประกอบด้วย หมวดการบริหาร หมวดปฏิบัติการ และหมวดผลลัพธ์⁴ รายละเอียดดังนี้

หมวดที่ 1 การบริหารองค์กรพยาบาล (nursing organization) ประกอบด้วย 4 มาตรฐาน ได้แก่ 1) องค์กรและการบริหารองค์กร เกี่ยวกับ โครงสร้างองค์กร คุณสมบัติผู้บริหาร อำนาจหน้าที่ บทบาท พันธกิจ วิสัยทัศน์ นโยบายและ แผนงาน

ด้านการพยาบาล และการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพ 2) ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน ทั้งความเพียงพอ จำนวน คุณสมบัติ และสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล คุณสมบัติบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลในแต่ละตำแหน่ง ระบบกลไกการคัดสรร และพัฒนา 3) ระบบบริการการพยาบาล ประกอบด้วย การจัดการบริการที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการ การมอบหมายงาน เป็นลายลักษณ์อักษร 4) ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล การจัดการคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ระบบบริหาร และระบบกำกับ และนำผลไปพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้เกิดความต่อเนื่อง

หมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล (nursing practice) มี 5 มาตรฐาน ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมายหลัก เพื่อส่งมอบบริการที่ดีให้กับประชาชน ได้แก่ 1) ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาล ที่ดูแลแบบองค์รวม ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ใช้แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ นำงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ 2) การรักษาสีห์ผู้ป่วย จริยธรรม และ จรรยาบรรณวิชาชีพ ประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักคุณธรรม และ จรรยาบรรณวิชาชีพ บนพื้นฐานของจริยธรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง 3) การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล แนวปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม พัฒนานวัตกรรม ที่ตอบสนองต่อการให้บริการการพยาบาล และ ปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) การจัดการดูแลอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย การประเมิน วางแผน และการประสานใช้แหล่งประโยชน์ตลอดจนการส่งต่อ

เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม 5) การบันทึกและรายงานการพยาบาล ประกอบด้วยบันทึกทางการพยาบาลที่ต้องมีข้อมูลสำคัญ ได้แก่ 5.1 การประเมิน 5.2 การกำหนดปัญหา 5.3 กิจกรรมการพยาบาลและ 5.4 การประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล

หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล (nursing outcome) เป็นการบริหารจัดการผลลัพธ์การพยาบาล โดยองค์กรพยาบาลจะต้องพิจารณา กำหนดตัวชี้วัดสำคัญที่สะท้อนผลลัพธ์การบริหาร ทั้งทรัพยากร การวางระบบงาน กระบวนการให้บริการ ระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และการปฏิบัติการพยาบาล ให้บรรลุเป้าหมาย ตลอดจนการขับเคลื่อนวิชาชีพการพยาบาล ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ให้มีองค์ความรู้ เน้นนำหลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการวิจัยมาขับเคลื่อน

บทบาทที่สภาการพยาบาลได้กำหนดไว้ ทำให้เห็นว่าถึงแม้พยาบาลแต่ละหน่วยบริการ มีความรับผิดชอบ แตกต่างกัน มีหน้าที่ไม่เหมือนกัน แต่มีมาตรฐานในภาพรวมที่ต้องยึดเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล ทั้ง 3 หมวด โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถที่จะตรวจรักษาโรคและสั่งยาภายใต้ขอบเขตวิชาชีพให้กับผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพต้องผ่านการอบรมเฉพาะทางหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) และขึ้นทะเบียนกับสภาการพยาบาล ส่วนพยาบาลที่ยังไม่ผ่านการอบรม มีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยทุเลาหรือ

หายจากโรคที่เป็น ส่งต่ออย่างถูกต้องและรวดเร็ว สะท้อนถึงคุณภาพการบริการ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ประสานงานกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. (หมอคนที่ 1) และแพทย์ที่ทำการรักษา (หมอคนที่ 3) จัดรูปแบบบริการ เพื่อการดูแลประชาชนผู้ป่วย และครอบครัวให้กลับบ้านใกล้เคียงอย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบาย 3 หมอ สู่การปฏิบัติ เนื่องจากเป็นผู้ให้บริการที่มีความใกล้ชิดกับชุมชน ในการปฏิบัติงาน เช่นการประเมินปัญหาสุขภาพ ประสานงานการติดต่อสื่อสาร อาทิจำกัดความรู้ การให้คำปรึกษา การบริหารจัดการ และการประเมินความเสี่ยง ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนได้รับการสอน แนวคิดเรื่องกระบวนการพยาบาล โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน เพื่อให้เกิดความชัดเจน สามารถผสมผสานแนวคิด กระบวนการพยาบาล เข้ากับการดำเนินงานในชุมชน ผู้เขียนเห็นควรนำกระบวนการพยาบาลมาปรับใช้ให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) 3) การวางแผนการพยาบาล (Planning) 4) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และ 5) การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) โดยนำมาประยุกต์ใช้ดังนี้⁵

1. การประเมินสุขภาพชุมชน หรือการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) โดยการประเมินสุขภาพด้วยกระบวนการพยาบาลในชุมชนนั้นจะใช้ หลักการของ community health Nursing Stanhope⁶ หรือมีแนวคิดที่มองชุมชนเป็นผู้รับบริการ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินสุขภาพประกอบด้วย 1) การศึกษา/วิเคราะห์/ประเมินชุมชนจากคนกลุ่มต่างๆ 2) ประเมินสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรหรือปัจจัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย 3) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แบ่งแยกเป็นหมวดหมู่ของข้อมูล คน สิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพ และ 4) วิเคราะห์กลยุทธ์และนวัตกรรมบริการสุขภาพชุมชนแบบผสมผสาน (ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟู รักษา)⁷ อย่างเป็นองค์รวมในลักษณะบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อจัดบริการให้ครบวงจร ปรับระบบบริการ นอกจากนั้นสามารถนำเครื่องมือ 7 ชิ้น ของ นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เช่น แผนที่เดินดิน มาร่วมประเมินปัญหา⁸ รวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ภาวะสุขภาพ ข้อมูลสิ่งแวดล้อม ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนความสามารถของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหา การค้นหาการเข้าถึงและคืนข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน และรับทราบข้อมูลร่วมกัน⁹ ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนต้องนำประเด็นต่างๆ เหล่านี้ มาบูรณาการเพราะจะทำให้การประเมินชุมชนนั้นมีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น

การประเมินทางพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับหมอประจำตัว 3 คน โดยดำเนินงานทั้ง 4 มิติคือ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ใช้ปัจจัยนำเข้าคือประวัติ ข้อมูล ปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่มีความครอบคลุมทั้งกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย พยาบาลอนามัยชุมชนต้องสร้างเครือข่าย มีทักษะในการประเมิน ให้ได้มาซึ่งปัญหาสุขภาพของชุมชนที่แท้จริงเพื่อนำไปจัดทำแผน¹⁰ พยาบาลต้องเป็นผู้ประสานงานกับหมอคนที่ 1 และคนที่ 3 ใช้ข้อมูลที่ได้มาทั้งที่ผู้ป่วยบอก (Subjective Data) และ ข้อมูลที่สามารถวัดได้มองเห็น ได้ สัมผัสได้ (Objective data) โดยมองในมุมมองของ Holistic (ทั้งกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ)¹¹ ประกอบการคัดกรองเพื่อระบุสาเหตุ ปัญหาทางสุขภาพ จากการเยี่ยมบ้าน พบว่าบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการประเมินต้องการทำงานร่วมกับ อสม. (หมอ 1) สำหรับการเชื่อมโยงสู่แพทย์ เช่นการดูแลโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นการดูแลรายบุคคล ที่มีปัญหาซับซ้อน อีกทั้งเชื่อมต่อการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนในทุกภาคส่วน ทั้งร่วมคิด ร่วมทำแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ทั้งหมดนี้คือการใช้ข้อมูลทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการผ่านการลงพื้นที่จริง ซึ่งต้องใช้ทักษะในการสร้างความไว้วางใจ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมที่ดี

2. การวินิจฉัยปัญหาชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (community diagnosis and priority Setting of health problem) ตรงกับกระบวนการพยาบาลในประเด็นการวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชน พบประเด็นปัญหาที่หลากหลาย การระบุปัญหาคือการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของชุมชนว่ามีปัญหาภัยสุขภาพอะไรบ้าง ซึ่งการทำงานกับชุมชน มีข้อจำกัด ด้านงบประมาณ กำลังคนจึงต้องมีเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อจะได้แก้ไขปัญหาระดับต้นก่อนโดยประเด็นหลักในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เกี่ยวข้องในการพิจารณาขนาดของปัญหาความรุนแรง ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา¹² การทำประชาสังคัมคืออีกแนวทางหนึ่ง ที่นิยมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมทั้งการจัดประชุมเพื่อรับทราบปัญหาให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิเข้าร่วมและเสนอความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนเตรียมการ พยาบาลอนามัยชุมชนต้องสรุปข้อมูลที่ได้จากชุมชน ระบุปัญหาเพื่อให้ชุมชนรับทราบโอกาสพัฒนาหรือความเสี่ยงในชุมชนนั้น ซึ่งอาจนำเสนอด้วยภาพถ่ายที่เห็นบริบทปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมถึงการเตรียมผู้ที่เข้าร่วม โดยต้องเป็น ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือตัวแทนของคนในชุมชน เช่น ตัวแทนภาคประชาชน ตัวแทนภาครัฐ 2) ขั้นตอนดำเนินการ พยาบาลอนามัยชุมชนควรสรุปประเด็นปัญหาพร้อมให้ข้อมูลสนับสนุนในแต่ละปัญหา อธิบายวัตถุประสงค์ เลือกปัญหาที่ต้องการให้ได้รับการ

แก้ไขในชุมชน และให้ผู้เข้าร่วมได้ร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ 3) ระยะสรุปพยาบาลอนามัยชุมชนต้อง สรุปประเด็นเร่งด่วนตอนนี้ที่ต้องรีบแก้ไข และสอบถามความคิดเห็นของชุมชนว่ามีแนวทางแก้ไขปัญหา การวางแผนการแก้ไขปัญหามุมมองควรเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการวางแผน

การวินิจฉัยทางการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับนโยบาย 3 หมอ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนนำข้อมูลที่ได้มาระบุว่าปัญหาใดคาดว่าจะเกิด เพราะพบปัจจัยเสี่ยง ปัญหาใดที่กำลังเกิดขึ้น พร้อมจัดลำดับความสำคัญโดยนำหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา วิเคราะห์โดยพิจารณาจากตัวแปรขนาดความรุนแรงเร่งด่วน ความยากง่าย และความร่วมมือของชุมชน¹³ เช่น การจัดลำดับว่าจะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยใดก่อนหลัง โดยต้องใช้ทักษะการสื่อสาร การสร้างการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้อง โดยใช้ความรู้ในการคำนวณขนาดความรุนแรงของปัญหา ตลอดจน ประสาน ทีมสหสาขาวิชาชีพ คณะกรรมการหรือคณะทำงานภาคีเครือข่ายต่างๆ รวมทั้งประสานสัมพันธ์ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับอำเภอ จัดระบบการส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูลด้านสุขภาพระหว่างบุคลากร สหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

3. การวางแผนการดูแลสุขภาพชุมชน หรือตรงกับกระบวนการพยาบาลในประเด็น การวางแผนการพยาบาล (Planning) เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ผ่านการจัดลำดับความสำคัญของ ปัญหามาแล้ว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ร่วมคิด ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินงานหรือกิจกรรมหรือ โครงการที่สามารถปฏิบัติได้จริงและใช้ทุนทาง สังคมที่มีอยู่ในการดูแลสุขภาพชุมชนให้เกิด ประโยชน์มากที่สุด มี 3 ขั้นตอนดังนี้ 1) การร่วม ทำความเข้าใจข้อมูลศักยภาพของชุมชน ปัญหา สุขภาพของชุมชนตามประเด็นที่ต้องการจัดการ รวมทั้งแหล่งทุน งบประมาณ 2) ร่วมค้นหา ทางออกแนวทางในการจัดการกับปัญหา กิจกรรม ต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยความรู้และประสบการณ์ของ คนในชุมชน จากงานวิจัยการศึกษาฐานพื้นที่อื่น และ 3) ร่วมปฏิบัติการและประชุมเชิงปฏิบัติการ เวทีประชุมปรึกษาหารือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ เวทีระดมสมอง เป็นต้น ผลลัพธ์คือได้วิธีการดูแล สุขภาพของชุมชน เช่นกระบวนการจัดการเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉิน การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง หรือเกิดข้อตกลงเกี่ยวกับนโยบายสาธารณะด้าน สุขภาพ กฎกติการะดับพื้นที่⁵

การวางแผนทางการพยาบาลสามารถ นำมาประยุกต์ใช้กับนโยบาย 3 หมอ ดังนี้ กิจกรรม การพยาบาล เกณฑ์การประเมินและผลลัพธ์ (Outcomes) โดยนำปัญหาชุมชนมากำหนด ในรูปแบบโครงการ ซึ่งต้องใช้ทุนทางสังคม เช่น แหล่งความเข้มแข็งของชุมชน แกนนำและ ผู้ประสานหลักในการวางแผนดังนี้ 1) การวาง ระบบการจัดการบริการพยาบาลในชุมชน โดยบูรณา

การแผนงาน โครงการ เช่นการดูแลกลุ่มผู้ป่วย เปราะบาง กลุ่มป่วย และกลุ่มปกติ 2) วางแผน พัฒนาคุณภาพระบบการจัดการบริการพยาบาลอนามัย ชุมชน ทั้งในสถานบริการและในชุมชน เชิงรุกและ เชิงรับที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลเชิง ประจักษ์ 3) วางแผนร่วมกับหมอคนที่ 1 และ 3 รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมกำหนดแนวทางและ วิธีการดูแลผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เชื่อมโยง และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล 4) จัดทำแผน ยุทธศาสตร์เป้าประสงค์ ด้านการพยาบาลและด้าน บุคลากรทางการพยาบาล และการถ่ายทอด ยุทธศาสตร์ผ่านแผนปฏิบัติการ 5) วางแผนนิเทศ บุคลากรพยาบาลและทีมสุขภาพครอบครัวในพื้นที่ รับผิดชอบ โดยใช้ความรู้ประสบการณ์และความ เชี่ยวชาญ ด้านการพยาบาลในชุมชน 6) วาง แผนการติดตาม ประเมินผล และทบทวนผลการ ดำเนินงานขององค์กร¹⁴

4. การปฏิบัติการเพื่อดูแลสุขภาพ ชุมชน หรือการปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นการบริการดูแลสุขภาพ ตามแผนที่วางไว้โดยมีการทำงานร่วมกับองค์กร ชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบในพื้นที่การนำกิจกรรมที่วางไว้ ตามช่วงเวลาลงสู่การปฏิบัติ ทั้งกิจกรรม การรณรงค์ การจัดทำโครงการป้องกันปัจจัยเสี่ยง ทางด้านสุขภาพต่างๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร การลด พฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases (NCDs)) หรือ พฤติกรรมเสี่ยงของเด็กวัยรุ่นในชุมชน ซึ่งเป็น โครงการที่ทำร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เป็นต้น⁵ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนต้องใช้ทักษะในการเป็นผู้ประสานการปฏิบัติตามแผนทั้งก่อนและหลังการจัดทำโครงการ ตลอดจนเป็นผู้ให้คำแนะนำให้บรรลุตามแผนงาน

การปฏิบัติทางการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับ 3 หมวดดังนี้ 1) ปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องตัดสินใจหรือแก้ปัญหาตามมาตรฐานภายใต้จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาล รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกายและจิต ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคนพิการ จัดการความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการรักษาพยาบาลแก่ประชาชน 2) คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน และวิเคราะห์วินิจฉัยปัญหาความต้องการในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย เพื่อวางแผนการดูแลและตัดสินใจให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทันสถานการณ์ และทันเวลา 3) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน ในฐานะหมอนคนที่ 2 โดยใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมิน วินิจฉัย และคาดการณ์ภาวะเสี่ยงทางคลินิกและสังคม ให้การพยาบาลและตัดสินใจแก้ปัญหาที่ซับซ้อนได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ 4) เฝ้าระวัง ปฏิบัติการ ช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน ประสานการส่งต่อผู้ป่วย และการให้บริการพยาบาลเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้าน งานอนามัยโรงเรียน 5) จัดการสิ่งแวดล้อมในครอบครัวและชุมชนที่ปลอดภัย การสร้างเสริม การดูแลตนเองกับกลุ่มเป้าหมาย โดยการมีส่วนร่วม ออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ช่วยเหลือทั้งกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในชุมชน 6) การออกแบบกิจกรรม

เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง ช่วยเหลือทางการพยาบาลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในชุมชน ให้การป้องกันโรค และชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ 7) บันทึกข้อมูลด้านการพยาบาล ภาวะสุขภาพของประชาชนในแฟ้มเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลให้ครอบคลุมครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน ตามมาตรฐานการบันทึกทางการพยาบาล 8) ติดตามผลการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและปรับปรุงพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง 9) ร่วมกำหนดแนวทางป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในชุมชนเฝ้าระวังการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วย 10) ร่วมกำหนดแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มป่วย โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน 11) ติดตามและดำเนินการควบคุมคุณภาพการพยาบาล โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล และ คู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ 12) กำหนดฐานข้อมูลทาง การพยาบาลในระดับหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการนำข้อมูลไปใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล¹⁴

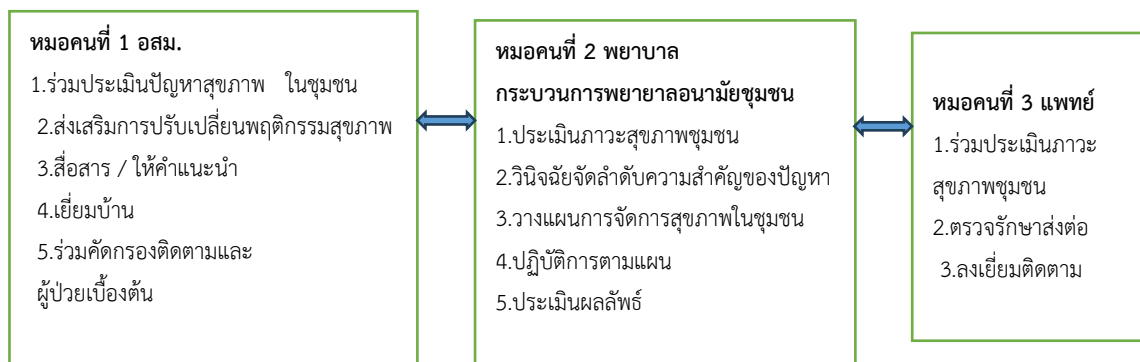
5. การประเมินผลการดำเนินงาน หรือตรงกับประเด็นการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) โดยให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการประเมินผลตั้งแต่เริ่มดำเนินการ ขณะดำเนินการ หลังดำเนินการ ตลอดจนร่วมวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข หากผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ จะต้องร่วมกันวิเคราะห์ทบทวนจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ ที่วางไว้ โดยมีการประเมินทั้งระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว 3 ปี 5 ปี แล้วแต่แผนที่ได้

วางเอาไว้ เป็นความสามารถในการจัดการและการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์บรรลุวัตถุประสงค์ มีผลสัมฤทธิ์สูงสุด ซึ่งต้องใช้ทักษะในการนำรูปแบบประเมินผลต่างๆ มาใช้ เช่น CIPP Model¹⁵ เป็นต้น นอกจากนั้นการนำผลลัพธ์จากการจัดโครงการต่าง ๆ มาคืนข้อมูลให้กับประชาชน โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้การดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จและข้อเสนอแนะ เป็นต้น⁵

การประเมินผลการพยาบาลสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับ 3 หมวดดังนี้ ประเมินผลลัพธ์การปฏิบัติงานจากตัวชี้วัดของกองการพยาบาลที่ได้ปรับใหม่มี 6 ตัวชี้วัด คือ 1) อัตราส่วนของพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 2) อัตราการเกิดผลกตัญของผู้ป่วยติดเตียงจากการเยี่ยมบ้าน 3) อัตราการพลัดตกหกล้ม/ตกเตียงของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่บ้าน 4) ชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของ

พยาบาลวิชาชีพ 5) ร้อยละความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล และ 6) ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน นอกจากนี้ยังใช้ประเมินผลการดูแลรักษาคุณภาพบริการพยาบาล ที่มุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้วยความเอื้ออาทรเพื่อให้พ้นภัยจากภาวะที่เจ็บป่วยมีสุขภาพที่ดี ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยปกติสุข¹⁶ ทั้งนี้พยาบาลอนามัยชุมชนต้องประเมินผลโครงการต่าง ๆ สนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถอดบทเรียน ซึ่งต้องมีทักษะ การใช้เครื่องมือในการประเมินผลเชิงประจักษ์ สร้างเวทีคืนข้อมูลสื่อสารและประสานงานในทีมสุขภาพ

ข้อมูลดังกล่าวเขียนเป็นกรอบการดำเนินงาน ดังรูปที่แสดงการดำเนินงาน 3 หมวดที่เชื่อมต่อกันด้วยพยาบาลอนามัยชุมชน



อภิปราย

1. ด้วยบทบาทหน้าที่อันหลากหลายของการพยาบาลอนามัยชุมชน บางครั้งทำให้ขาดความตระหนักในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ บางแห่งทำตามทำเนียมที่ได้ทำกันมา ทำให้ผลงานไม่เป็นรูปธรรม ไม่สามารถนำสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงประจักษ์ การมีแนวทาง

ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชน การใช้กระบวนการพยาบาลจะสามารถปิดช่องว่างดังกล่าวได้

2. การปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่แตกต่างบริบทกันทั้งพื้นที่ ขนาดสถานบริการ สายบังคับบัญชา ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ การมี

แนวทางที่ชัดเจนร่วมกับการนิเทศอย่างต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มประโยชน์ในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

3. การนิเทศติดตามยังไม่เป็นรูปแบบชัดเจน กระบวนการพยาบาลในหน่วยปฐมภูมิ ยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายประเด็น

4. การมีองค์กร ระดับกระทรวง ขับเคลื่อนโดยมีกรรมการระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอทำงานเป็นเครือข่าย เกี่ยวกับนโยบาย สร้างมาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชน จะช่วยเป็นช่องทางหนึ่งที่ช่วยให้กระบวนการพยาบาลนำสู่การปฏิบัติ

ข้อดีและประโยชน์ของการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้กับนโยบาย 3 หมอ

1. กระบวนการพยาบาลช่วยให้มีกรอบในการปฏิบัติงาน¹⁷ ที่มีที่มาจากสภาพยาบาลและกองการพยาบาล จัดทำข้อกำหนดหรือมาตรฐานให้พยาบาลวิชาชีพได้ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน ทำให้มีความมั่นใจส่งผลลัพธ์ที่ดีกับชุมชน

2. ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีเป้าหมายในการปฏิบัติ โดยปรับมาใช้กับการทำงานในชุมชน บทบาทหมอคนที่ 2 เป็นผู้ประสานงาน จัดการระบบสุขภาพในตำบลอย่างมีศาสตร์และศิลป์ในการดำเนินงาน

3. ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีความเป็นปึกแผ่น โดยวิชาชีพพยาบาลมีการประกันคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance)¹⁸ จังหวัดเป็นพี่เลี้ยงเครือข่าย ให้ส่งเสริมการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ สร้างระบบนิเทศ

4. กระบวนการพยาบาลแต่ละขั้นตอนมีประเด็นต่อยอด สามารถนำไปใช้ได้ในทุกสถานการณ์ โดยปรับให้ตรงกับบริบทของผู้ปฏิบัติงาน มุ่งตอบสนอง แก้ไขปัญหาชุมชนและประชาชนในพื้นที่

5. ความเป็นศาสตร์ของกระบวนการพยาบาลที่ คล้ายกับการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการวิทยาศาสตร์สามารถขยายหรือเป็นแกนนำทีม 3 หมอ ในการขับเคลื่อนนโยบายเพื่อการเข้าถึงของประชาชน

ข้อจำกัด

1. ความหลากหลายการปฏิบัติงานทำให้ขาดความตระหนักในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ ทำให้ไม่เห็นผลเชิงประจักษ์

2. การประสานงานในภาพรวมด้วยการปฏิบัติหน้าที่ในสถานพยาบาลที่แตกต่างกันทั้งพื้นที่ ขนาดสถานบริการ สายบังคับบัญชา ส่งผลให้การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ไม่มีความต่อเนื่องและไม่เกิดประโยชน์กับผู้ใช้และผู้รับบริการ

3. การนิเทศติดตามยังไม่เป็นรูปแบบกระบวนการพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายประเด็น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีองค์กร ระดับกระทรวง ให้ความสำคัญในด้านการสร้างมาตรฐานการพยาบาลอนามัยชุมชน นำตัวชี้วัดกระบวนการพยาบาลมาขับเคลื่อน โดยมีกรรมการระดับเขตสุขภาพ จังหวัดและอำเภอทำงานเป็นเครือข่าย เกี่ยวกับนโยบาย มีทีมงานและการดำเนินงานที่ชัดเจน ตลอดจนและมีประเด็น 3 หมอ ในบทบาทหมอคนที่ 2

2. ระบบการนิเทศที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยผู้รับการนิเทศมีส่วนร่วมในการสะท้อนมุมมองของการปฏิบัติงานในชุมชนกับบริบทที่หลากหลาย

3. การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในพยาบาลอนามัยชุมชน พัฒนางานวิจัยโดยการขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ ประเด็นการตอบสนองความต้องการของประชาชน และวิจัยเชิงประเมินผลในนโยบาย 3 หมอ โดยการจัดทำกลุ่มพี่เลี้ยง นิเทศให้กำลังใจ พัฒนาแนวทาง/คู่มือ/ส่งเสริมการใช้กระบวนการพยาบาลในงานพยาบาลอนามัยชุมชน

4. ส่งเสริมการจัดเวที ถอดบทเรียน และเผยแพร่การพยาบาลอนามัยชุมชนที่ใช้กระบวนการพยาบาลมาขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ โดยแสดงถึงผลลัพธ์ที่บรรลุเป้าหมายเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้

บทสรุป

กระบวนการพยาบาลสามารถนำมาปรับใช้ ขับเคลื่อนนโยบาย 3 หมอ ในบทบาทของผู้ประสาน หมอคนที่ 2 ได้ในทุกขั้นตอน ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยนำมาใช้ในมุมมองของการพยาบาลอนามัยชุมชนที่เป็นผู้ให้ความรู้ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และผู้พิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อส่งผลลัพธ์ที่ดีกับประชาชน ลดการเจ็บป่วย ลดการแออัด ลดการรอคอย สร้างการเข้าถึง ลดความเหลื่อมล้ำในสังคม อันเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของการดำเนินชีวิต เกิดการ

ประสานงานระหว่างวิชาชีพ แก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม และระบบสุขภาพยั่งยืนบรรลุยุทธศาสตร์ชาติที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health Service Support. (2022). 3 doctors "every thai family has 3 personal doctors". August 1, 2023, <https://prgroup.hss.moph.go.th/article/1175-3>
2. Phattharathiranont P. The role of community nurses in health promotion and prevention Outbreak of coronavirus disease 2019 in 8 communities in the area of responsibility of Ramathibodi Hospital. 2021;44(1): 1-11.
3. Tithiphontumrong S. The Integration of Health Promotion Concepts in Teaching and Learning of Community Health Nursing and Health Promoting Competencies of Nursing Students. Thai Red Cross Nursing Journal. 2016;9(2):49-72.
4. Thailand Nursing and Midwifery Council. Thailand Nursing and Midwifery Council on Professional nurse Competency 1999 [cited 2023 April 30]. Available from: http://www.tnc.or.th/files/2016/09/page-44708/_28294.pdf.

5. Khungtumneam K. Community Health Care Process: The Role of Community Nurse. Journal of Phrapokklao Nursing College 2(7):140-8.
6. Intarangkul, T. Community health nursing: Solving community health problems through the nursing process. Buriram: Rewatprinting. 2021.
7. Nursing Division of Ministry of Public Health Thailand. Roles and duties of professional nurses. Bangkok: SueTawan Printing House. 2018.
8. Yana T, Bookboon P. Know the principles, know how to adapt: Tools for working with communities. Bangkok: Beyond Publishing Co. LTD.; 2022.
9. Severtson DJ, Baumann LC, Will JA. A participatory assessment of environmental health concerns in an Ojibwa community. Public Health Nursing. 2002;19(1):47-58.
10. Nantabut K. Community health care system: concepts, tools, design. Nonthaburi: Institute. Research and development of nursing system, Nursing Council; 2008.
11. Instructor Yongyuth Bunjong Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner), Faculty of Nursing, Buriram Rajabhat University. History taking, physical examination, laboratory examination 2022 [cited 2022 August 15]. Available from: <https://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7134/>.

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่านที่เป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข รวมถึงนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจเพื่อตีพิมพ์ และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข สถานภาพคุณภาพของวารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปแบบ และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจาก โครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดุษฎีนิพนธ์ สำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ นั่นคือเหตุผลว่าเราต้องปรับปรุงคุณภาพของวารสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จะตีพิมพ์ เพื่อความสะดวกแก่การพิจารณา จึงขอแนะนำการเขียนและเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ประเภทของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความทางวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาล การพยาบาลสาธารณสุข หรือพยาบาลอนามัยชุมชน การสาธารณสุข
2. รายงานการวิจัยทางการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข และการพยาบาล ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณี ศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ เพื่อเผยแพร่และฟื้นฟู งานด้านวิชาการ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า หรือสิ่งที่น่าสนใจ
5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการพยาบาลสาธารณสุข

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น** บทความหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์บทความหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความและงานวิจัย

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 หน้า (รวมชื่อเรื่อง, บทคัดย่อไทย/ อังกฤษ, เอกสารอ้างอิง)

การจัดเตรียมต้นฉบับ: ต้นฉบับควรจะมีขอบ 1 นิ้ว ที่ด้านใดด้านหนึ่งของกระดาษ A4 สำเนาปัจจุบันของวารสารจะแสดงรูปแบบและสไตล์ที่ถูกต้องที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

อักษรภาษาไทย ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 เป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และตัวปกติ

อักษรภาษาอังกฤษ Abstract, Table และ Reference ใช้แบบอักษร (Fonts) TH Sarabun PSK ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 (Double line space) ชื่อเรื่องใช้ขนาดตัวอักษร 17 และเป็นตัวหนา ชื่อนามสกุลของผู้เขียนหรือผู้ร่วมงานวิจัย ใช้ขนาดตัวอักษร 15 และเป็นตัวหนา ความเกี่ยวพัน ความรับผิดชอบงานวิจัยนี้ และชื่อสถานที่ทำงานในปัจจุบัน ใช้ขนาดตัวอักษร 12 และเป็นตัวปกติ เนื้อหาที่ใช้ขนาดตัวอักษร 14 และปกติ (ควรติดเลขหน้าเส้นบรรทัดทุกหน้า)

ส่งต้นฉบับเข้าระบบของทางวารสารที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn> หรือ E-mail: journal.thaiphn@gmail.com หรือส่งมายัง กองบรรณาธิการ เขียนชื่อเรื่อง และชื่อผู้เขียนตาม แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ และหนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ**
2. ชื่อ และนามสกุล **ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ของผู้แต่งอยู่ใต้ชื่อเรื่องโดยเยื้องไปทางขวามือ ส่วนตำแหน่งในปัจจุบันและสถานที่ทำงานของผู้เขียนตามลำดับ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และ**ระบุผู้รับผิดชอบหลัก** ให้พิมพ์ไว้เป็นเชิงอรรถ
3. บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเขียนลักษณะเรียงลำดับเป็นความเรียงให้สอดคล้องกัน ภาษาไทยความยาวไม่เกิน 1 หน้า (ขนาด A4) รวมชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยไม่เกิน 250 คำ และภาษาอังกฤษไม่เกิน 200 คำ แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิด/ทฤษฎีที่นำมาใช้ ชนิดของการวิจัย สถานที่ศึกษาประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ การผ่านการตรวจสอบทางจริยธรรมของโครงการ สรุปรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิกลุ่ม ตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 2 รายงานผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ กะทัดรัด ชัดเจนสอดคล้องกับผลและข้อเสนอแนะที่สอดคล้องกับผลการวิจัยสำคัญ และการนำผลการวิจัยไปใช้

ส่วนที่ 3 ให้เขียน “คำสำคัญ” (Keyword) ของงานวิจัยครั้งนี้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3-5 คำ

4. เนื้อหาของการวิจัย ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- 4.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย
- 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยและคำถาม/สมมุติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน อะไรบ้าง สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (ถ้ามี) และการหาค่าความเชื่อมั่น ทำกับใคร จำนวนเท่าใด ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด ในกรณีงานวิจัยเชิงคุณภาพ

ตอนที่ 3 การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมีในระหว่างการทำทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับพฤติกรรมตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกตพฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชวานากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิผลต่อเกษตรกรชวานากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชวานามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล ไม่เกิน 3 ตาราง เป็นภาษาอังกฤษ ตัวอย่าง

Table 1 Demographic and pesticide use related characteristics by intervention status

Demographic Data	Intervention group (n=46)		Control group (n=46)	
	number	%	number	%
Male	22	47.8	21	45.7
Age (years) (Mean $\pm$ Standard Deviation)	48.5 $\pm$ 10.5		49.5 $\pm$ 12.3	
Married	46	100.0	43	93.5
Highest Education at Primary School	22	47.9	26	56.5
Diseases	6	13.0	10	21.7
Income not enough and debt*	40	87.0	24	52.2
Exposure to pesticide by spraying*	20	43.5	9	19.6
Exposure to pesticide by mixing	10	21.7	6	13.0
Exposure to pesticide by spraying & mixing	7	15.2	5	10.9
Using Personal Protective Equipment (PPE)	11	23.9	17	36.9
No experience of pesticide poisoning symptoms	23	50.0	25	54.3

*p-value <0.05

- 4.7 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ที่สอดคล้องกับข้อค้นพบที่สำคัญ
- 4.8 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อขยายหรือตรวจสอบองค์ความรู้
- 4.9 ระบุการได้รับทุน ในกิตติกรรมประกาศ ถ้าไม่ได้รับระบุว่าจะไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น ภาษาอังกฤษ ใน ระบบ Vancouver style ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท ถ้าสามารถใช้ End Note ได้จะดี

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐาน ถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ ตามประกาศ ก.พ.อ.

คณะทำงานกองบรรณาธิการขอแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในบทความของท่านตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้ที่รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจทานก่อนส่งโรงพิมพ์ แล้วส่งให้ผู้แต่งตรวจทานแก้ไขอีกครั้งหนึ่ง

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง**Journal article****ผู้แต่ง 1 คน**

Sakornpanich C. Factors Associated with Non-Smoking High School Male Students' Intention to Smoke Khaosaming school, Trad Province. Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center 2011; 28: 44-52. (in Thai)

ผู้แต่ง 2 คน

Wilaiwan W, Siriwong W. Assessment of health effects related to organophosphate pesticides exposure using blood cholinesterase activity as a biomarker in agricultural area at Nakhon Nayok Province, Thailand. J Health Res 2014; 28(1): 23-30. (in Thai)

ผู้แต่ง 6 คน

Lin E H, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon G. E, Oliver, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. Journal of Diabetes Care 2004; 27 (9): 2154-60.

Book**ผู้แต่ง 1 คน**

Pichayapinyo. Nursing theory and application: individual, family, and community. Bangkok: Danex inter co-operation; 2013.

ผู้แต่ง 4 คน

Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Drug Use Disorder Identification Test. Karollinska Institutet, Stockholm; Sweden; 2002.

Organization

Thepthien B, Srivanichakorn S, Chucharoen P. The Behavioral Surveillance Survey of 10 Target Groups in Bangkok. Nakhon Pathom: ASEAN Institute for Health Development Mahidol University; 2013. (in Thai)

Chapter in the book

Areekul W, Hongsaguansri S, Tripathi S, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertwit J et al. Practical points in Adolescent Health Care. Bangkok: APLUS Printing; 2012. p.20. (in Thai)

Agency publication

World Health Organization. Ecosystems and human well-being: Health synthesis. A report of the millennium ecosystem assessment. Geneva, WHO; 2005.

Conference proceedings

Puntang P. Factors Influencing Intention to Prevent Sexual Risk Behaviors of Female Secondary School Students under the Department of General Education, the Secondary Educational Service Area Office 2 in Chonburi Province. Proceedings of Research Conference; 2014 May 14-16; Chonburi, Thailand. Bangkok: triple Education; 2014. p.154-68. (in Thai)

Thesis

Panjai P. Food sanitation situation and influencing factors in Phitsanulok municipality. [M.Sc. Thesis in Environmental Sanitation]. Bangkok: Faculty of Graduate studies, Mahidol University; 2014.

Website

Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and School Health [Internet]. 2015 [cited 2016 January 10]. Available from: <http://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.

Patent

Cramm NT. A Device to simplify the conversion of bibliographic information into citation format. U.S. Patent no. 7 005 423. September 13; 2005.

General Article and Reviews

1. The length of general article and reviews should be between 5-10 pages.
2. Follow the style and format of research article.

ค่าใช้จ่ายในการยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความตามประกาศใหม่ มีรายละเอียดดังนี้

1. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีปกติ
 - 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 3,000 บาท
 - 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 4,000 บาท
2. การยื่นขอตีพิมพ์เผยแพร่บทความกรณีเร่งด่วน
 - 2.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข 8,000 บาท
 - 2.2 สำหรับบุคคลทั่วไป 10,000 บาท

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

***กรณีบทความมีความยาวเกินกว่ากำหนด จะมีค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์เพิ่มขึ้นหน้าละ 1,000 บาท**

****ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2565)**

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

หมายเหตุ อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อความเหมาะสมในการตีพิมพ์

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว/หน่วยงาน).....
ที่อยู่เพื่อส่งวารสารเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
ออกใบเสร็จในนาม.....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท	☐ รายปี	อัตราค่าสมาชิก	1,000.00 บาท
	☐ ราย 3 ปี	อัตราค่าสมาชิก	2,500.00 บาท

โดยเริ่มตั้งแต่เดือน.....พ.ศ.....ถึงเดือน.....พ.ศ.....รวม.....เล่ม
และได้ส่งเงินจำนวน.....บาท (.....) ตัวอักษร

โดยส่งเงิน ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน
บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

และให้ส่งใบสมัครพร้อมสำเนาใบโอนเงินมาที่ :

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุขสมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถีเขตราชเทวีกรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์/โทรสาร 095-7013182

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

.....
(ลงนามผู้สมัคร)

วันที่สมัคร...../...../.....

สำหรับเจ้าหน้าที่วารสาร :

วารสาร/เลขที่ใบเสร็จ.....

ส่งใบเสร็จวันที่.....

.....
(ผู้ลงทะเบียน)

วันที่.....

แบบฟอร์มส่งผลงานวิจัย/บทความ

รหัสเรื่อง.....

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....

ตำแหน่งวิชาการ (โปรดระบุ)

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์ ☐ อื่นๆ ระบุ.....

สถานที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....E-mail.....

กรณีที่เป็นนักศึกษา หลักสูตร..... สาขาวิชา.....

คณะ..... มหาวิทยาลัย.....

มีความประสงค์ ส่งบทวิจัย/บทความเรื่อง

เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ประเภท ☐ บทความ ☐ บทความวิจัย ☐ บทความที่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ทำงานที่ระบุข้างต้น

☐ ที่อยู่ดังนี้.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อนและไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่น

ลงชื่อ.....ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของบทความ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณีที่เป็นนักศึกษา

ข้าพเจ้า.....อาจารย์ที่ปรึกษาของ.....

ได้ตรวจผลงานของนักศึกษาในบทความเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขแล้ว

ได้ตรวจผลงานของ.....เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารพยาบาล

สาธารณสุข

ลงชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ

วันที่.....

ข้าพเจ้าผู้มีรายนามต่อไปนี้ ขอรับรองว่าบทความ/ ผลงานวิจัย

เรื่อง.....

ไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังส่งไปลงตีพิมพ์ในวารสาร/หนังสือ/เอกสารวิชาการอื่นๆ เช่น Proceedings นอกจากวารสารพยาบาลสาธารณสุข และข้าพเจ้าและทีมงานที่ปรากฏชื่อทุกคนยินยอมให้นำผลงานวิจัย/บทความนี้ลงพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ลายเซ็น

ผู้ที่เป็นตัวแทนเจ้าของผลงานวิจัย/บทความที่ประสานงานติดต่อกับกองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข คือ.....

ที่อยู่

.....

.....

E-mail address:

โทรศัพท์โทรสาร

หมายเหตุ: ผลงานวิจัย/ บทความจะได้ลงตีพิมพ์เมื่อข้อมูลของบทความ ถูกต้องครบสมบูรณ์และโอนเงินค่าบริหารจัดการ พร้อมส่งหลักฐานการโอนเรียบร้อยแล้ว