

ISSN XXXX-XXXX (Print)

ISSN XXXX-XXXX (Online)



วารสารพยาบาลสาธารณสุข JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567 Vol. 38 No. 2 May - August 2024



วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

ปีที่ 38 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม – สิงหาคม 2567

Vol. 38 No. 2

May – August 2024

ISSN 3057-014X (Print)

ISSN 3057-0158 (Online)

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

1. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง
2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์
3. ผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์
4. การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่าน : ความท้าทายและแนวทางการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ
5. การดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษา ค้นคว้า และผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม		
	3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพ และผู้สนใจทั่วไป		
คณะที่ปรึกษา	ศ.เกียรติคุณ ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.พรพิมล กองทิพย์	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ศ.ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่วงชัย	มหาวิทยาลัยคริสเตียน	
	รศ.จรรยา เสี่ยงเสนาะ	สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ	
	ดร.อมริสา ตันสถิตย์	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	ดร.ลลิตา แก้ววิไล	มหาวิทยาลัยมหิดล	
กองบรรณาธิการ	รศ.ดร.สุนีย์ ละกำปັນ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.อาภาพร เภาวัฒนา	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.สุรินทร์ กลัมพากร	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	รศ.ดร.นพวรรณ เปี้ยเชื้อ	มหาวิทยาลัยมหิดล	
	ผศ.ดร.กนกวรรณ สุวรรณปฏิกรณ์	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย	
	ดร.มล.อาบกนก ทองแถม	สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย	
	รศ.ดร.สุธีพร มูลศาสตร์	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	
	ผศ.ดร.นาตา ลัคนหทัย	Johns Hopkins University	
	รศ.ดร.จินตนา อาจสันเทียะ	วิทยาลัยเซนต์หลุยส์	
	ผศ.ดร.กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร	มหาวิทยาลัยคริสเตียน	
	รศ.ดร.ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์	มหาวิทยาลัยนเรศวร	
	รศ.ดร.ยุวดี วิทย์พันธ์	มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์	
	ผศ.ดร.อาภรณ์ทิพย์ บัวเพ็ชร	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	
	ผศ.ดร.ดาว เวียงคำ	มหาวิทยาลัยพะเยา	
	ผศ.ดร.เบญจมาศ พิลายนต์	มหาวิทยาลัยนครพนม	
	ผศ.ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร	มหาวิทยาลัยบูรพา	
	ผศ.ดร.นรลักษณ์ เอื้อกิจ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
	ผศ.ดร.ทัศนีย์ อรรถารส	มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	

บทบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาธารณสุขเป็นฉบับที่ 2 ปีที่ 38 พ.ศ. 2567 บทความวิจัยในฉบับนี้ มีเรื่องครอบคลุมเนื้อหาหลากหลาย ได้แก่ ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพาตครึ่งซีก จังหวัดเพชรบูรณ์ ผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่าน : ความท้าทายและแนวทางการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ขอแจ้งข้อผิดพลาดที่เกี่ยวกับบทความวิจัย ที่ตีพิมพ์ในวารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567 ผู้นิพนธ์ คือ พิลิฐุ แสงทองศิลป์, ชูชัย อนันต์มานะ และพิรศุขม รอดอนันต์ เรื่อง ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพังผืด อัมพาตครึ่งซีก จังหวัดปทุมธานี ในตารางที่ 2 และ 3 วารสารขอภัยสำหรับความผิดพลาดในการตีพิมพ์และขอให้อ้างอิงบทความวิจัยที่ถูกต้องในเว็บไซต์วารสารเป็นหลักและในวารสารฉบับนี้ Erratum (การแก้ไขบทความ) : ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะพังผืด อัมพาตครึ่งซีก จังหวัดปทุมธานี หน้า ก - ค

ดร.ลลิตา แก้ววิไล

บรรณาธิการประจำฉบับที่ 2

เดือนพฤษภาคม – สิงหาคม 2567

สารบัญ

วารสารพยาบาลสาธารณสุข ปีที่ 38 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2567
JOURNAL OF PUBLIC HEALTH NURSING Vol. 37 No.2 May – August 2024

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

หน้า

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทาง สุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ เรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง	The effect of a health literacy enhancement program on stroke prevention behaviors and clinical health outcomes among high-risk chronic non- communicable diseases patients	1
อรุณรัตน์ เปรมกมล อุษนันท์ อินทมาศน์	Arunrat Premkamon Usanun Intamas	
การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์	Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Patient Care at Home, Wichian Buri District, Phetchabun Province	21
ศุภธำกูร เกิดเขียว สุทธิพร มุลศาสตร์ นพวรรณ เปียชื่อ	Suphathagoon Koedkieo Sutteeporn Moolsart Noppawan Piaseu as	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิจัย

หน้า

ผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตราย จากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ของผลการทดสอบความกระชับของการใส่ อุปกรณ์ลดเสียงต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครอง ความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังของ พนักงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์	Effects of A Hearing Protection Training With Ear Fit Test Feedback On Hearing Protection Use Among Workers In Auto Part Manufacturing Industry	40
จตุรงค์ อุดทะบุตร สุรินทร์ กลัมพากร เพลินพิศ บุญยมาลิก สุจินดา จารุพัฒน์ มารูโอ	Jaturong Udtabud Surintorn Kalampakorn Plernpit Boonyamalik Suchinda Jarupat Maruo	

บทความวิชาการ

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่าน : ความท้าทายและแนวทางการดำเนินการ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ	Primary Healthcare System Transition: Challenges and Solutions for Future Operations	55
พิทยา จารุพูนผล เกษร สุวิทยะศิริ คณาทรัพย์ ธวัชตัง	Phitaya Charupoonphol Kesorn Suvithyasiri Kanasap Tawatting	

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ	หน้า
การดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน	63
วิลัยพรณ สมบุญตนนท์	Wilaipun Somboontanont
Erratum to:	
ความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับความ ผิดปกติเสียงมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยภาวะ พึ่งพิง อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี	Prevalence and Factors Related to Oral Potentially Malignant Disorders Among Dependent Patients in Nong Suea District, Pathum Thani Province
พิสิฐ แสงทองศิลป์ ชูชัย อนันต์มานะ พีรศุขม รอดอนันต์	Pisit Saengthongsin Chuchai Anunmana Pirasut Rodanant
คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ	77
ใบสมัครสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข	84
แบบฟอร์มขอส่งผลงานวิจัย/บทความ	85
หนังสือรับรองผลงานวิจัย/บทความ	86

บทความวิจัย

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง

อรุณรัตน์ เปรมกมล* อุษณัฐ อินทมาศน์**

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองโดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อน-หลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามแนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk Score) รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 เครื่องมือในการทดลองประกอบด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) เป็นเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ ประเมินผลของโปรแกรมโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้ควรนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ทุรกันดาร โดยเน้นการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ เพื่อนำไปสู่การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/โรคหลอดเลือดสมอง/การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม/โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันที่รับบทความ: 11 กรกฎาคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 23 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 27 กรกฎาคม 2567

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอกควาย อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี

** ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข E-mail: usanun@bcnspmnw.ac.th

The Effect of a Health Literacy Enhancement Program on Stroke Prevention Behaviors and Clinical Health Outcomes among High-Risk Chronic Non-communicable Diseases Patients

Arunrat Premkamon* Usanun Intamas**

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of a health literacy enhancement program on stroke prevention behaviors and clinical health outcomes among high-risk chronic non-communicable disease patients. Sample was patients with chronic non-communicable diseases who were at risk for stroke. The assessment was conducted using the Thai CV Risk Score between November 2023 and January 2024. The experimental tools included a health literacy program for stroke prevention, incorporating the Health Literacy and Participatory Learning framework, duration of activities for a total of 5 weeks. Data collection involved the assessment of personal information, stroke prevention behaviors, and clinical health outcomes record. The data analyzed utilized descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test, with statistical significance level set at .05.

The results indicated that patients in the experiment group, who had high-risk chronic non-communicable diseases, demonstrated higher average scores in stroke prevention behaviors and clinical health outcomes after participating in the program and those in the control group ($p < .001$). The health literacy enhancement program should be implemented for all chronic non-communicable disease patients. This program should emphasize on access to accurate and reliable health knowledge in order to facilitate the planning of health behavior modification that can lead to improved clinical health outcomes, prevention of complications, and effectively stroke prevention.

Keywords: Health literacy/Cerebrovascular disease/Participatory learning/Chronic non-communicable diseases

Article info: Received: July 11, 2024, Revised: July 23, 2024, Accepted: July 27, 2024

* Public health technical officer, Khokkwai Subdistrict Health Promoting Hospital, Khokkwai Subdistrict, Banrai District, Uthai Thani Province

** Corresponding author, Nursing instructor, Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health
E-mail: usanun@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 2 และอัตราการพิการเป็นอันดับที่ 3 ของโลก¹ จากการสำรวจขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลกพบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 91.5 ล้านคนในปีพ.ศ. 2553 เป็น 125 ล้านคนในปีพ.ศ. 2562 ซึ่งสำหรับในประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการลดลง แต่กลับเพิ่มขึ้นในช่วงวัยหนุ่มสาวและประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้² ในปีพ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 80 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่ถึง 14.5 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตถึง 5.5 ล้านคน ซึ่ง 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยอายุ 25 ปีขึ้นไป โดยที่ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้สำคัญ 5 ประการ คือ ความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ไขมันจากหุ่นละออง และการสูบบุหรี่ ตามลำดับ ในจำนวนนี้เป็นความเสี่ยงด้านเมตาโบลิซึมสูงถึงร้อยละ 70.3 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด¹ ในประเทศไทยโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและพิการในผู้สูงอายุ จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปีพ.ศ. 2560 – 2565 ด้านสถานการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่าอุบัติการณ์สูงขึ้นจาก 278.49 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2560 เป็น 330.72 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2565 สอดคล้องกับข้อมูลของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ระบุว่าแนวโน้มการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี³ นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด

สมองยังมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำภายหลังจากการเกิดครั้งแรกอีกด้วย จากการศึกษาของ Han และคณะ⁴ พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำถึงร้อยละ 7 – 20.6 ภายใน 1 ปีหลังจากเกิดครั้งแรก ร้อยละ 16.2 – 35.3 ในช่วง 5 ปี และร้อยละ 14 – 51.3 ภายหลังจากการเกิดโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก 10 ปี ดังนั้นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลังการเกิดโรค

เขตสุขภาพที่ 3 มีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันสูงที่สุดของประเทศ ไทยในทุกปี ในปีพ.ศ. 2565 พบอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 398.44 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิตถึง 13.92 ต่อแสนประชากร อัตราการป่วยเฉลี่ย 6 ปี (พ.ศ. 2560 – 2565) เท่ากับ 381.16 ต่อแสนประชากร โดยอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ย 6 ปี เท่ากับ 14.35 ต่อแสนประชากร ซึ่งอัตราการป่วยและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตสุขภาพที่ 3 สูงกว่าอัตราป่วยและอัตราตายของประเทศไทยอย่างมาก โดยจังหวัดอุทัยธานี มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปีพ.ศ. 2564 จำนวน 188 ราย (57.84 ต่อแสนประชากร)⁵ และแม้จะมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ในพื้นที่แล้ว การป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองยังมีความสำคัญมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง จากการสำรวจเบื้องต้นในพื้นที่ตำบลคอกควาย อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี เป็นชุมชนที่มีอัตราผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 730 ราย ส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง 519 ราย (ร้อยละ 71.10) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุม

ไม่ได้ถึง 276 ราย (ร้อยละ 37.81) พบว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 10 ราย (263.78 ต่อแสนประชากร) อัตราการเสียชีวิต 3 ราย (79.13 ต่อแสนประชากร) และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมดในพื้นที่ ซึ่งคิดเป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 52.94 ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41.18) และพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญคือการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 14.71) โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ต่อเนื่องทุกปี จากข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน พ.ศ. 2566 พบข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ถึง 18 ราย ซึ่งสูงกว่าทุกปีที่ผ่านมา จากเหตุผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่เป็นความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ ซึ่งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต้องได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค ตลอดจนการสร้างความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับเพื่อใช้เป็นแนวทางพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการควบคุมโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพ⁶

ความรู้รอบรู้ทางด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นทักษะทางสังคมและปัญญาของบุคคลที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการใช้สารสนเทศในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง⁷ โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพ (Communication skill) การจัดการตนเอง (Self-management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy) และ ทักษะการ

ตัดสินใจ (Decision skill) เหล่านี้เป็นเสมือนกุญแจสำคัญสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้และการสื่อสารสุขภาพ ส่งผลต่อการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในระดับบุคคลรวมไปถึงการปฏิบัติตัวโดยรวม⁸ โดยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ⁹ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงในการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในตำบลคอกควาย ปี พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์เสี่ยงสูงจำนวน 518 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 730 ราย (ร้อยละ 70.95) การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพตามมาตรการ 3 อ. 2 ส. และการสำรวจระดับความรู้ด้านสุขภาพตามนโยบายด้านการสาธารณสุขในพื้นที่พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดความรู้ในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนขาดการได้รับการตรวจรักษาตามนัด ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกที่ไม่ดี ไม่สามารถควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้ ทำให้เห็นช่องว่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือการขาดความรู้รอบรู้ และทักษะในการป้องกันโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดทักษะในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ป้องกันความพิการและภาวะพึ่งพิง ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุมในระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

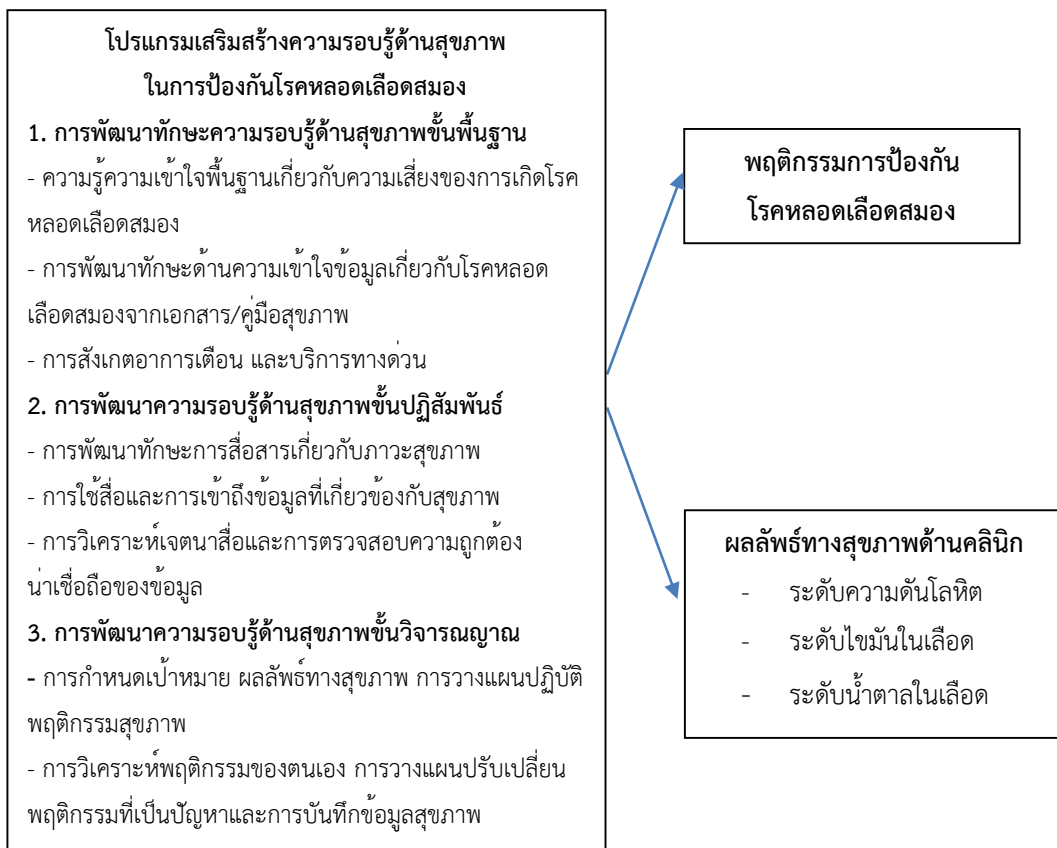
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ Don Nutbeam⁷ แบ่งเป็น ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ได้แก่ สมรรถนะในการอ่านและเขียน จัดเป็นทักษะพื้นฐานที่จำเป็น

สำหรับบริบทด้านสุขภาพ ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ สมรรถนะในการใช้ความรู้และการสื่อสาร เพื่อให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เป็นการรู้เท่าทันทางปัญญาที่ทำให้สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อนำมาสู่การเพิ่มพูนความสามารถทางสุขภาพมากขึ้น ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ ได้แก่ สมรรถนะในการประเมินข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถตัดสินใจและเลือกปฏิบัติในการสร้างเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงได้พัฒนาศักยภาพของตนในการใช้สารสนเทศในการส่งเสริมและดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง และแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ของกรมสุขภาพจิต¹⁰ ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (experience) การสะท้อนความคิด (reflection) ความคิดรวบยอด (concept) และการประยุกต์ใช้ (application) ซึ่งสามารถอธิบายได้แผนภาพดังต่อไปนี้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองที่มาใช้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอกควาย อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี และมีผลการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk Score) จากข้อมูลจากเวชระเบียนในปี พ.ศ. 2565 มากกว่าร้อยละ 30 จำนวน 518 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่มีความเต็มใจ สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรม คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power¹¹ โดยประมาณการจากงานวิจัยของ อร์ทัย มานะธูระ¹² กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดค่าอิทธิพลขนาดสูง (Effect size) .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นร้อยละ 10

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 39 คน รวมกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 78 คน

การพิทักษ์สิทธิของผู้วิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 27/2566 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับและการคุ้มครองสิทธิของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประสพการณ์การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในระยะ 6 เดือนก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามเลือกตอบ ประกอบไปด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติโรคประจำตัวและระยะเวลา การเข้ารับบริการทางการแพทย์และการตรวจรักษาตามนัด ประวัติครอบครัว การดื่มสุราและการสูบบุหรี่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พัฒนาจากแบบสอบถามพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ปราณณา วัชรานุรักษ์ และ อัจฉรา กลัภกลาย¹³ จำนวน 18 ข้อ มีลักษณะ

เป็นมาตราส่วนประเมินค่าของลิเคิร์ต (Likert Rating Scale) 4 ระดับ โดย 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง 1 หมายถึง ไม่ปฏิบัติ โดยแปลผลคะแนนจากการคำนวณค่าเฉลี่ยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับไม่ดี

คะแนนเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.26 หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 3.27 – 4.00 หมายถึง พฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ประกอบไปด้วย ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิก ระดับไขมันในเลือด (Triglyceride and Cholesterol) ความเข้มข้นน้ำตาลในเลือด (FBS) และระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

- 1) กิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

(Experience) 2) กิจกรรมการสะท้อนความคิดจากประสบการณ์และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน (Reflection and Discussion) 3) กิจกรรมการสร้างความเข้าใจ (Understanding and Conceptualization) และ 4) เสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและทักษะการใช้ชีวิตด้านสุขภาพ (Experiment/ Application) โดยการจัดกิจกรรม 1 ครั้ง/สัปดาห์ รวม 5 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง และคู่มือการใช้โปรแกรม

2.2 คู่มือปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยและสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมอง อาการ การเข้ารับบริการทางด่วน การรักษา ผลกระทบของโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และการป้องกันโรค

2.3 สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ตัวอย่างข่าวปลอม ยาปลอม โฆษณาแฝง ตารางข้อมูลโภชนาการ แบบจำลองอาหาร แลกเปลี่ยน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง ได้ผ่านการตรวจสอบในด้านความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ 1 ท่าน มีค่าดัชนี

ความสอดคล้องของโปรแกรม (The Index of Item-Objective Congruence: IOC)¹⁴ เท่ากับ .88 นำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญชุดเดิมจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (The Index of Item-Objective Congruence: IOC)¹⁴ รายข้อระหว่าง 0.60-1.00 โดยมีความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .92, .86 และ .97 ตามลำดับ จากนั้นนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงแก้ไขข้อคำถาม ก่อนนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงในตำบลใกล้เคียง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับประธานชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต.คอกควาย อ.บ้านไร่ จ.อุทัยธานี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือ

ในการเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ทำแบบสอบถามก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบไปด้วย การให้ความรู้ การตรวจและรับยา การให้คำปรึกษาเรื่องการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น

3. จัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงกับกลุ่มทดลอง ตามกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ 4 กิจกรรม ใช้เวลาจัดกิจกรรมครั้งละ 3 ชั่วโมง/สัปดาห์ เป็นเวลา 5 สัปดาห์ หากไม่มีข้อจำกัด เช่น มีภาวะความดันโลหิตสูงมาก มีภาวะเจ็บป่วยหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ โดยจะทำการตรวจเช็คความดันโลหิตและเจาะน้ำตาลปลายนิ้วทุกครั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดการจัดกิจกรรมมีดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Experience) ระหว่างผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มทดลอง เกี่ยวกับประสบการณ์การเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง กรณีตัวอย่างของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พัฒนาสู่การเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 7-8 คน ใช้เวลา

ประมาณ 30 – 45 นาที และสรุปประสบการณ์ 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนความคิดจากประสบการณ์และเรียนรู้ (Reflection and Discussion) เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม สาเหตุหรือปัจจัยและพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มย่อย ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และรวมอภิปราย 30 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความเข้าใจ (Understanding and Conceptualization) ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากผลของการสะท้อนความคิดและอภิปราย โดยการนำพฤติกรรมสุขภาพจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสะท้อนคิดในแต่ละกลุ่มย่อยมาจัดหมวดหมู่และสรุป โดยผู้วิจัยเป็นผู้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตามประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มใหญ่ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที – 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 2 การพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน

กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการใช้สื่อด้านสุขภาพ (Experiment/Application) เรื่อง การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ความเสี่ยง การป้องกัน และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การอ่านเอกสาร/คู่มือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การสังเกตอาการเตือนและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์

กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการใช้สื่อด้านสุขภาพ (Experiment/Application) เรื่อง การใช้สื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง เข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ การตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูล การวิเคราะห์เจตนาของสื่อแต่ละชนิด รวมไปถึงการรับฟังคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 4 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

กิจกรรมที่ 4 เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการใช้สื่อด้านสุขภาพ (Experiment/Application) เรื่อง การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ทางสุขภาพ วางแผนปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพโดยการใช้ข้อมูลที่ได้รับมา ประกอบการดูแลสุขภาพ การจัดการตนเองที่ดี การวิเคราะห์ผลดีผลเสียในวิถีปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพ ที่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพดี และการบันทึกข้อมูลสุขภาพ ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 5 การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมทบทวนความรู้ การวิเคราะห์พฤติกรรมของตนตามแบบแผน การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปัญหาและอุปสรรค และร่วมกันวางแผนแก้ไขปรับปรุง ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

เมื่อกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบทดสอบชุดเดิมภายหลังการทดลองสิ้นสุดลง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ประกอบไปด้วย ระดับความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด และระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมาเข้ารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังตามนัดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. ทดสอบการกระจายแบบโค้งปกติของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที่ (t-test) ด้วยสถิติ One Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มเป็นโค้งปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ

Paired t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t- test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 60.18 ปี (S.D. = 8.51) โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 59.38 ปี (S.D. = 7.93, Min = 45, Max = 72) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 60.97 ปี (S.D. = 9.09, Min = 45, Max =

77) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.85 (42 คน) กลุ่มละ 21 คน เท่ากันทั้งสองกลุ่ม มีการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 56.41 (44 คน) ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู้อยู่ 69.23 (54 คน) ทุกคนมีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรคขึ้นไป โดยส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (กลุ่มทดลองร้อยละ 84.62 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 87.18) มีผลการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk Score) ในปีพ.ศ. 2565 เฉลี่ย 41.45 (S.D. = 6.29) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การดื่มสุรา ขาดการมาตรวจตามนัดและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการสูบบุหรี่ (รายละเอียดตามตารางที่ 1)

Table 1 Demographic data of the experimental group and the control group ($n = 78$)

Items	Experimental group ($n = 39$)		Control group ($n = 39$)	
	Number	Percent	Number	Percent
Gender				
Male	18	46.15	18	46.15
Female	21	53.85	21	53.85
Age (Year)	$(\bar{x} = 59.38, S.D. = 7.93)$		$(\bar{x} = 60.97, S.D. = 9.09)$	
45 - 60 Years	21	53.85	22	56.41
> 61 Years	18	46.15	17	43.59
Education level				
Primary	23	58.98	21	53.85
Secondary	14	35.90	13	33.33
Diploma/high school	1	2.56	2	5.13
No education	1	2.56	3	7.69
Marital status				
Single	3	7.69	1	2.56

Items	Experimental group (n = 39)		Control group (n = 39)	
	Number	Percent	Number	Percent
Married	25	64.10	29	74.36
Widowed	8	20.52	7	17.95
Divorced	3	7.69	2	5.13
Thai CV risk score ($\bar{x}$ = 41.45, S.D. = 6.29)				
30 – 39 Percent	17	43.59	17	43.59
40 – 49 Percent	18	46.15	17	43.59
> 49 Percent	4	10.26	5	12.82
Underlying chronic diseases				
Hypertension & Diabetes Meletus	21	53.85	23	58.97
Hypertension & Dyslipidemia	12	30.77	11	28.21
Diabetes Meletus & Dyslipidemia	6	15.38	5	12.82
Health risk behaviors				
Alcohol consumption	11	28.21	9	23.08
Loss follow up	8	20.51	7	17.95
Smoking	4	10.26	6	15.38
No health risk behavior	16	41.02	17	43.59

Table 2 Comparison the difference of stroke prevention behaviors level and clinical health outcomes average score within the experimental group and the control group at pre-test and post-test ($n = 78$)

Variable	Pre-test	Post-test	Paired t-test	<i>p</i> -value
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
Experimental group (<i>n</i> = 39)				
Level of stroke prevention behaviors	2.56 (.31) good	3.55 (.23) very good	-25.47	.000*
Systolic pressure	150.97 (12.36)	137.15 (11.74)	9.93	.000*
Diastolic pressure	89.10 (7.47)	81.31 (5.61)	9.29	.000*
Blood sugar level (FBS)	163.15 (18.29)	140.31 (14.64)	16.39	.000*
HbA1C	8.02 (.63)	7.33 (.63)	12.47	.000*
Triglyceride	179.69 (14.05)	152.77 (13.69)	19.38	.000*
Cholesterol level	268.13 (12.72)	221.85 (19.19)	19.59	.000*
Control group (<i>n</i> = 39)				
Level of stroke prevention behaviors	2.45 (.31) moderate	2.48 (.26) moderate	-1.88	.067
Systolic pressure	153.15 (9.48)	154.69 (7.06)	-2.26	.030**
Diastolic pressure	85.15 (6.92)	84.9 (5.75)	.36	.723
Blood sugar level (FBS)	164.9 (19.81)	167.69 (22.36)	-1.55	.129
HbA1C	7.93 (.62)	7.95 (.62)	-.60	.554
Triglyceride	179.97 (14.9)	181.85 (13.84)	-1.69	.100
Cholesterol level	259.87 (15.05)	262.38 (14.71)	-1.45	.155

* $p - \text{value} < .001$, ** $p - \text{value} < .05$

2. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนการทดลองอยู่ในระดับดี (Mean = 2.56, S.D. = .31) โดยหลัง

การทดลองเพิ่มขึ้นเป็นระดับดีมาก (Mean = 3.55, S.D. = .23) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.45, S.D. = .31 และ Mean = 2.48, S.D. = .26 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด

สมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -25.47, p < .001$) กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยรวมไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง แต่พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเล็กน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.26, p < .03$)

Table 3 Comparison of the difference in mean of stroke prevention behaviors and clinical health outcomes between the experimental group and the control group before and after the experiment ($n = 78$)

Variable	Experimental group	Control group	Independent t-test	p -value
	(n = 39)	(n = 39)		
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)		
Pre-test				
Level of stroke prevention behaviors	2.56 (.31) good	2.45 (.31) moderate	1.65	.103
Systolic Pressure	150.97 (12.36)	153.15 (9.48)	-.87	.385
Diastolic Pressure	89.10 (7.47)	85.15 (6.92)	2.42	.018***
Blood Sugar (FBS)	163.15 (18.29)	164.90 (19.81)	-.40	.688
HbA1C	8.02 (.63)	7.93 (.62)	.62	.537
Triglyceride	179.69 (14.05)	179.97 (14.90)	-.09	.932
Cholesterol Level	268.13 (12.72)	259.87 (15.05)	2.62	.011***
Post-test				
Level of stroke prevention behaviors	3.55 (.23) good	2.48 (.26) moderate	19.21	.000*
Systolic Pressure	137.1 (11.74)	154.69 (7.06)	-7.99	.000*
Diastolic Pressure	81.31 (5.61)	84.90 (5.75)	-2.79	.007**
Blood Sugar (FBS)	140.31 (14.64)	167.69 (22.36)	-6.40	.000*
HbA1C	7.33 (.63)	7.95 (.62)	-4.38	.000*
Triglyceride	152.77 (13.69)	181.85 (13.84)	-9.33	.000*
Cholesterol Level	221.85 (19.19)	262.38 (14.71)	-10.47	.000*

* p - value < .001, ** p - value < .01, *** p - value < .05

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนทดลองด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = .103$) แต่พบว่ามีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุม ($p\text{-value} = .018$) และค่าเฉลี่ยไขมันคอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองสูงกว่าควบคุม ($p\text{-value} = .011$)

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที (t-test) พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองดีกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมในทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยความดันโลหิตซิสโตลิก ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับน้ำตาลสะสม ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับคอเลสเตอรอลของกลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ยกเว้นค่าเฉลี่ยความดันโลหิตไดแอสโตลิก ที่กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$)

อภิปรายผลและสรุปผล

จากการวิจัย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวม 2 โรคขึ้นไป ที่มีผลการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในคนไทย (Thai CV Risk Score) ในปี พ.ศ. 2565 มากกว่าร้อยละ 30 ซึ่งเป็นความเสี่ยงด้านอายุ เพศ การสูบบุหรี่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตซิสโตลิก และดัชนีมวลกายสูง ได้รับการดูแลและให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวทางและมาตรฐานการให้บริการของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง แต่จากผลการประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองก่อนทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองระดับดี และกลุ่มควบคุมระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ซึ่งเป็นผลมาจากการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นโดยการนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการ

เสริมสร้างความรอบรู้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักในการรักษาสุขภาพ มีความสามารถในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของตน มีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้และแนวทางปฏิบัติที่จำเป็นทางสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ได้รับ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองในการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลของโปรแกรมความรู้ทางสุขภาพ เรื่องอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองและการเข้าถึงระบบบริการทางด่วนในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติของอรรถ มานะธูระ¹² ที่พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและญาติมีความรอบรู้ทางสุขภาพด้านพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และสอดคล้องกับผลของรูปแบบการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงในหน่วยบริการปฐมภูมิ ของฉัตรชัย สมานมิตร และคณะ¹⁵ ที่พบว่าความฉลาดทางสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคและการรับรู้ภาวะเสี่ยงของ โรคหลอดเลือดสมอง การรู้จักอาการเตือนโรคและการประเมินภาวะเสี่ยงเบื้องต้นต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญเมื่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ โดยให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย และการ

วิเคราะห์พฤติกรรมจากประสบการณ์จริงของสมาชิกในกลุ่ม ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตระหนักถึงปัญหาและความเสี่ยงด้านสุขภาพจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลของผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของ ณฐา เขียงปิว และคณะ¹⁶ ที่พบว่ากระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของตน การสะท้อนความคิด และการอภิปรายจากกรณีตัวอย่างที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ การจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การบรรยายประกอบสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งมีทั้งภาพและเสียงที่กระตุ้นให้เกิดความสนใจทำให้เกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้การแบ่งกลุ่มย่อย ร่วมกันวิเคราะห์วีดิทัศน์ข่าวปลอม เจตนาของสื่อและโฆษณา ทำให้เกิดความตระหนักและนำไปสู่การให้ความสำคัญต่อการใช้ความรู้และพัฒนาทักษะในการใช้สื่อเพิ่มมากขึ้นได้ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ ทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้พัฒนาศักยภาพของตนเองในการค้นคว้าและการใช้ข้อมูลจากสื่อต่างๆ พัฒนาทักษะการเลือกใช้อินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาใช้ในการตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสังเกตอาการและปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ของ จินตนา ทองเพชร และคณะ¹⁷ ที่ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่มในการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะต่างๆ ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าก่อนการทดลอง เพราะการออกแบบโปรแกรมเน้นให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนจากพฤติกรรมสุขภาพ การสะท้อนคิดผลจากพฤติกรรมสุขภาพและการใช้ข้อมูลที่ไม่เหมาะสม มีการซักถามประสบการณ์จากตัวแบบที่ได้รับผลกระทบจากการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การสอนแนะนำการใช้สื่อประเภทต่างๆ การวิเคราะห์เจตนาของสื่อ การเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ นำไปสู่การตั้งเป้าหมายภาวะสุขภาพและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

2. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง

จากผลการทดลองพบว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองดีขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่ให้กลุ่มทดลองมีการตั้งเป้าหมายและวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตน ค้นหาปัญหาอุปสรรค ร่วมแลกเปลี่ยนและวางแผนแก้ไข ปัญหาหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยใช้ความรู้ที่ถูกต้องจากสื่อที่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ทองเพชร และ ชนาภา

สมใจ¹⁸ ที่พบว่าหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อความพิการ ทำให้มีความเข้าใจและยอมรับ จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งผลให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกดีขึ้น และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดย Stormacq¹⁹ เกี่ยวกับผลของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้ด้อยโอกาส ในชุมชนที่พบว่าโปรแกรมส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เมื่อพฤติกรรมดังกล่าวมีความต่อเนื่อง จึงทำให้เกิดผลเชิงบวกต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก และจากผลการวิจัยที่พบว่าค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตซิสโตลิกของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ซึ่งให้เห็นถึงความจำเป็นต้องจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่มีความเสี่ยงสูงเหล่านี้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเร่งด่วน การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการศึกษารังนี้ จึงสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิกที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดแข็งจากงานวิจัยครั้งนี้

การใช้โปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง โดยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้กลุ่มทดลองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนคิด ตั้งเป้าหมายสุขภาพ ทดลองการค้นคว้าหาความรู้ และพัฒนาทักษะในการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ และวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จุดอ่อนจากงานวิจัยครั้งนี้

1. การติดตามประเมินผลของโปรแกรมด้านผลลัพธ์สุขภาพทางคลินิกและความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพต้องอาศัยระยะเวลาในการประเมินผลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. กิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองอาจมีข้อจำกัดในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีความจำกัดด้านการเรียนรู้ มีปัญหาด้านสายตา เป็นต้น เนื่องจากต้องใช้สื่อ เช่น คู่มือ แผ่นพับ ข่าวสาร สื่อวีดิทัศน์ และการใช้สมาร์ทโฟน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูงไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วไปที่เข้ารับบริการในคลินิก โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง หรือในชมรมผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่อง

2. สามารถประยุกต์รูปแบบของโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

โดยใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพอื่น ๆ โดยต้องคำนึงถึงอายุและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อติดตามผลภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินความยั่งยืนของความรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพด้านคลินิก รวมถึงระดับของ Thai CV Risk Score หรือ ความเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ดัชนีมวลกาย ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

2. ควรมีการศึกษาการจัดโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคอื่น เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

References

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco L, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke* [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 20]; 17(1): 18-29. Available from: [https:// doi: 10.1177/17474930211065917](https://doi.org/10.1177/17474930211065917)
2. GBD 2019 Stroke Collaborators. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Neurol* 2021; 20: 795-820.
3. Tiamkao S. Incidence of stroke in Thailand. *Thai Journal of Neurology* 2022; 3(2): 39-46. (In Thai)
4. Han J, Mao W, Ni J, Wu Y, Liu J, Bai L, et al. Rate and determinants of recurrence at 1 year and 5 years after stroke in low-income population in rural China. *Front Neurol* [Internet]. 2020 Jan [cited 2023 Oct 2]; 11(2): 1-9. Available from: <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00002>
5. Division of Non-Communicable Diseases, Ministry of Public Health. Number and death rate from 5 non-communicable diseases (NCD) 2017 – 2021. [Internet]. [cited 2023 Sep 25]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3> (In Thai)
6. Bureau of Risk Communication and Health Behavior Development. Manual of creating health literacy process in the prevention and control of disease and health hazards. Bangkok: RNPP Water; 2021.
7. Nutbeam D. The evolving concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine* 2008; 67: 2072-78.
8. Nilnate W, Rungchutiphopan W. Health Literacy and Nursing Professionals. *Quality of Life and Law Journal* July-December 2019; 15(2): 1-18. (In Thai)
9. Chahardah-Cherik S, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. *International journal of community-based nursing and midwifery* 2018; 6(1): 65-75.
10. Department of Mental Health. Training manual about participatory learning. [Internet]. 2000 [cited 2023 Oct 12]. Available from: [http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno/techno_other/ index.html](http://mhtech.dmh.moph.go.th/techno/techno_other/index.html). (In Thai)

11. Kang H. Sample size determination and power analysis using the G*Power software. *Journal of educational evaluation for health professions* 2021; 18:17.
12. Manatura O. Result of the Health Literacy Development Program of Stroke Alert and the Access to an Emergency Medical Service in High-Risk Patients with Hypertension and Their Relatives in Tambon Chakkarat, Chakkarat District, Nakhon Ratchasima. *The Journal for Health Promotion and Environmental Health* 2019; 13(32): 206-21. (In Thai)
13. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors Influencing Preventive Behavior among Stoke-Risk Patients in Songkhla Province. *SCNJ* 2017; 4(1): 217-33. (In Thai)
14. Ismail FKM, Zubairi AMB. Item Objective Congruence Analysis for Multidimensional Items. *English Language Teaching* 2022; 15(1): 106-17.
15. Samanmit C, Boontae U, Rungnoi N. Health Literacy Development Model for Preventing Stroke Disease among Patients with High Risk of Stroke in Primary Care Units, Phetchaburi Province. *Region 4-5 Medical Journal* July-September 2020; 39(3): 344-63. (In Thai)
16. Chiangpiew N, Boonchieng W, Aungwattan S. Effects of Participatory Learning Regarding Stroke Prevention on Knowledge and Self-efficacy among Village Health Volunteers. *Nursing Journal* 2018; 45(1): 87-99. (In Thai)
17. Tongpeth J, Butphum C, Dechpoonyachit P, Saengdaeng A. The Effect of Participatory Learning with PBRI Model 2022 Program on Knowledge Attitude and Stroke Prevention Behavior among Village Health Volunteers. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2022; 23(3): 227-37. (In Thai)
18. Tongpeth J, Som-jai C. The effect of the enhancing empowerment and health literacy developing program on health literacy, Stroke prevention behaviors and clinical outcomes among the stroke high-risk group. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing* July-December 2022; 33(2): 130-46. (In Thai)
19. Stormacq C, Wosinski J, Boillat E, Van den Broucke S. Effects of health literacy interventions on health-related outcomes in socioeconomically disadvantaged adults living in the community: a systematic review. *JBISIRIR-D-18-00023* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 14]; 18(7): 1389-1469. Available from: <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-D-18-00023>

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์

ศุภฎากร เกิดเขียว*

สุทธิพร มูลศาสตร์** นพวรรณ เปียชื่อ***

บทคัดย่อ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หากผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้องบนพื้นฐานหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้น ในอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามขั้นตอนการวิจัย เป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การกระตุ้นการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือปัญหาทางคลินิก กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 15 คน ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารงานวิจัยที่ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต จำนวน 14 เรื่อง ขั้นตอนที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันและผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จำนวนกลุ่มละ 10 ราย และขั้นตอนที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่พัฒนาขึ้น จำนวน 10 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการระดมสมอง วิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการสร้างข้อสรุปและการสังเคราะห์ข้อมูล 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก 3) แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และ 4) แบบสอบถาม ซึ่งมี 2 ชุด ได้แก่ (1) แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และ (2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน มีปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ 2) แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบไปด้วยการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหา ได้แก่ (1) การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง (2) การดูแลปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง ได้แก่ ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ แผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลักอาหาร และ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (3) การลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย และ (4) ลดความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง และ 3) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นมีระดับความพิการลดลง และผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้น และพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้นแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ ผู้ดูแล/ พยาบาลวิชาชีพ

วันที่รับบทความ: 12 มกราคม 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 1 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 22 มิถุนายน 2567

*ผู้รับผิดชอบหลัก นักศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

**สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

***โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Patient Care at Home, Wichian Buri District, Phetchabun Province

Suphathagoon Koedkieo*

Sutteepon Moolsart** Noppawan Piaseu***

ABSTRACT

The effects of subacute stroke patients, nurses are essential in the care of stroke patients at home. Patients are more likely to be safe and without complications when they receive the appropriate nursing care based on evidence-based practice. The purposes of the research and development were as follow: 1) to investigate the challenges and needs of stroke patients, 2) to develop a clinical nursing practice guideline (CNPG) for stroke patient care in home setting, and 3) to examine the effect of a clinical nursing practice guideline for stroke patients care at home, in Wichian Buri District, Phetchabun Province. The sample categorized based on to the development process into four distinct stages: Stage 1- Evidence-triggered phase, the participants consisted of 15 registered nurses. Stage 2- Evidence-support phase, the samples consisted of 14 research papers that underwent a scoping review of the literature. Stage 3- Evidence-observed phase, the sample of 10 stroke patients and 10 caregivers who received care according to the CNPG. Stage 4- Evidence-based phase, the sample of 10 registered nurses who provided care using the developed CNPG. All samples were selected by purposive sampling. The research utilized several tools including 1) a brainstorming guideline, which aided in the analysis of data through conclusion and data synthesis, 2) the developed CNPG, 3) the Thai version assessment form of activity daily living, and deformities, and 4) a questionnaire to assess on the readiness of caregivers for stroke care at home, and a questionnaire to assess nurse's satisfaction toward the usage of the CNPG. The data were analyzed by using descriptive and non-parametric statistics.

The results revealed as follows: The subacute stroke patients faced a range of issues including physical, psychological, social, and economic domains. The CNPG for stroke patients receiving care at home addressing four key issues: (1) the patients' inability to perform activities of daily living, (2) providing nursing care to prevent to complications resulting from limited mobility, (3) alleviating anxiety related to the illness, and (4) reducing the risk of recurrence. Following the evaluation of the CNPG, stroke patients showed a significant improvement in their activities of daily living score compared to before the CNPG testing. Additionally, caregivers shown a considerably greater level of readiness after the CNPG testing, and registered nurses expressed satisfaction with the CNPG.

KEYWORDS: Clinical nursing practice guidelines, Stroke, Caregiver, Registered nurse

Article info: Received: January 12, 2024, Revised: May 01, 2024, Accepted: June 22, 2024

* Corresponding author, Graduate Student in Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner

**School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi

*** Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาในการวิจัย

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular Disease หรือ stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่มีความรุนแรง เป็นโรคที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 รายงานจากองค์การอนามัยโลกพบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคน ในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็น 2 เท่า เป็นสาเหตุของการสูญเสียสุขภาพที่สำคัญอันดับ 2 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคม ในประเทศอังกฤษ ซึ่งพบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้นกว่า 3,000 ราย และพบการกลับเป็นซ้ำของโรค (Recurrent stroke) กว่า 610,000 ราย ในแต่ละปี เมื่อเปรียบเทียบอัตราการป่วยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในปี 2560 ประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับหนึ่งของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งสูงกว่าประเทศมาเลเซียถึง 7 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราป่วยต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2562 เท่ากับ 467.46, 506.20 และ 542.54 ตามลำดับ โดยในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าระดับประเทศ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูลโรคไม่ติดต่อ พบว่ามีอัตราป่วยต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2562 เท่ากับ 494.34, 522.37 และ 561.17 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นหนึ่งจังหวัดของภาคเหนือที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองน้อยกว่าระดับประเทศและภาคเหนือ แต่อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

โดยพบว่ามีอัตราป่วยต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2562 เท่ากับ 341.05, 379.75 และ 373.66 ตามลำดับ¹ และองค์การโรคหลอดเลือดสมองของโลก คาดการณ์ว่าใน พ.ศ. 2558 จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 6.7 ล้านคน และทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตอย่างน้อย 1 คน² อัตราตายและความพิการในระยะยาวสูงเป็นอันดับหนึ่งในสหรัฐ เกิดความพิการมากกว่า 100,000 ราย ในประเทศแถบเอเชีย พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงกว่าโรคหัวใจอย่างมาก ในประเทศไทยเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับ 3 ในเพศชาย และอันดับที่ 2 ในเพศหญิง สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทยพบมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเช่นเดียวกัน อัตราตายต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2563 เท่ากับ 47.81, 47.15, 52.97 และ 52.80 ตามลำดับ¹ ในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าระดับประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยมีอัตราตายต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2563 เท่ากับ 54.37, 54.76, 60.17 และ 59.34 ตามลำดับ และจังหวัดเพชรบูรณ์ก็มีแนวโน้มของอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่ามีอัตราตายต่อแสนประชากรระหว่างปี 2560 ถึง 2563 เท่ากับ 45.50, 47.43, 48.51 และ 48.72 ตามลำดับ¹

โรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันก่อให้เกิดปัญหา เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาเคลื่อนไหวช้าและไม่สัมพันธ์กัน กลืนลำบาก ควบคุมระบบขับถ่ายไม่ได้ รวมทั้งสูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลต่อความบกพร่อง

ในการทำกิจกรรมประจำวัน ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ซึ่งก็คือสมาชิกในครอบครัว³ ซึ่งในบางครอบครัวอาจเป็นบุคคลในครอบครัว แต่ในบางครอบครัวจำเป็นต้องพึ่งพาบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว ทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ เกิดเป็นภาระสำหรับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อย่างมากมาย และในบางครอบครัวมีภาระต้องรับผิดชอบหลายอย่าง ส่งผลทำให้เกิดอาการเบื่อหน่ายที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน ๆ ผู้ป่วยถูกละเลยทอดทิ้ง ทำให้ภาระโรคของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น⁴

จากการศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลันในจังหวัดเพชรบูรณ์ ถึงแม้ว่าจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะที่ชัดเจนแต่ก็เป็นแนวทางที่เน้นในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน และยังไม่มียุทธศาสตร์การพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ รวมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านยังไม่ครอบคลุม ผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูในระยะเวลาที่เหมาะสม ผู้ดูแลขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การบริการและจัดหาบริการการดูแล การจัดการกับความเครียด การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน เช่น ติดเชื้อ ปอดอักเสบ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ข้อติด รวมไปถึงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน

บทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีอาการทางคลินิกที่ผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมรอบด้านโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพเป็นอีกหนึ่งบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทุกระยะของภาวะเจ็บป่วยที่บ้าน ส่งเสริมความฟื้นฟู ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมและทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาลจะได้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

คำถาม/สมมุติฐานการวิจัย

แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อ.วิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้กลุ่มผู้ป่วยตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงขึ้น ระดับความพิการลดลง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น และผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติ

วิธีดำเนินการวิจัย (Methods)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิดของชูค⁵ ในการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การกระตุ้นให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก ระยะที่ 2 การสนับสนุนและการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ และระยะที่ 4 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการปฏิบัติงาน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ

จริยธรรมวิจัยในมนุษย์สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 22/2564

คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การกระตุ้นให้เกิดการค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก การศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ระยะนี้ผู้วิจัยต้องการกระตุ้นให้ทีมพัฒนาอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อระดมรายละเอียดและความชัดเจนเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ผ่านกระบวนการระดมสมอง และผู้วิจัยกระตุ้นให้ทีมพัฒนาค้นหาแนวทางปฏิบัติหรือการค้นหาค้นหาปัญหาทางคลินิก จากการปฏิบัติงาน (Practice triggered) และจากแหล่งความรู้ (Knowledge triggered) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านแล้วไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและทันเวลา ไม่มีขั้นตอนและกระบวนการดูแลที่ชัดเจน รวมทั้งการปฏิบัติงานในปัจจุบันเป็นการปฏิบัติงานตามความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ในการทำงานของพยาบาลในแต่ละคน

ระยะที่ 2 การสนับสนุนและการค้นหาลักษณะเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับ

2.1 ประเด็นการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ตามกรอบ PICO⁶ ดังนี้ P (Population or Participant) คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน I (Intervention) คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และแนวทางปฏิบัติการ

พยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน C (Comparison) คือ ศึกษาเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล O (Outcome) คือ การดูแลตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพร้อมในการดูแล

2.2 กำหนดแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ วิจัยทั้งในและต่างประเทศจาก Google Scholar Thai LIS และ THAIJO

2.3 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยกำหนดช่วงปีสืบค้นระหว่าง พ.ศ. 2553-2563 พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาใช้ได้ 14 เรื่อง โดยผู้วิจัยได้การจัดระดับคุณภาพความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Levels of evidence) ของ Melnyk and Fineout-Overholt⁷ สรุปประเด็นของงานวิจัยที่สืบค้นตามปัญหาและความต้องการจำเป็น จากนั้นทำการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทำการยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาล ส่งตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแล/วิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่านแล้วทำการแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้ ซึ่งผู้วิจัยได้นำเสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ที่ปรับปรุงแล้วให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ และนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อติดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและระดับความพึงพอใจก่อนและหลังการได้รับการดูแล และความพร้อมในการดูแล เพื่อประเมินการได้รับการตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านและผู้ดูแล

ระยะที่ 4 การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการปฏิบัติงาน เป็นขั้นตอนของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง และศึกษาผลลัพธ์ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งตามระยะการวิจัย เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 การกระตุ้นที่ทำให้เกิดการค้นหานโยบายปฏิบัติการหรือการค้นหายาทางคลินิก

1.1 ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอยะบوري จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 31 ราย

1.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอยะบوري จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 15 ราย เลือกแบบเจาะจงที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุข

อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

2. ระยะที่ 2 การสนับสนุนและการค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นเอกสารงานวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างมีขอบเขต จากตำรา บทความวิชาการ งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์ วิจัยทั้งในและต่างประเทศจาก Google Scholar Thai LIS และ THAIJO จำนวน 14 เรื่อง

3. ระยะที่ 3 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปทดลองใช้

3.1 ประชากร

1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 40 ราย

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 40 ราย

3.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดระยะกึ่งเฉียบพลันที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ไม่เกิน 6 เดือน และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน เลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 ราย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

2) กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดระยะกึ่งเฉียบพลันเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เลือกแบบเจาะจง จำนวน 10 ราย เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างซึ่งอาจเป็นญาติหรือบุคคลใกล้ชิด โดยได้รับการเตรียมความพร้อมและทักษะจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

มาตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเพื่อรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

4. ระยะที่ 4 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ในการปฏิบัติงาน

4.1 ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 31 ราย

4.2 กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้นโยบายปฏิบัติงานการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เลือกแบบเจาะจง 10 ราย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

เครื่องมือวิจัย

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผ่านการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II)⁸ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแล/วิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 3 ท่าน ซึ่งผลการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล คิดเป็นร้อยละ 80.56

2. แนวทางการระดมสมองเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อสกุล อายุ สถานที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน

ระยะเวลาในการรับผิดชอบงาน และเบอร์โทรศัพท์ แนวคำถามเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนา แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ โดยกำหนดประเด็นและสร้างข้อคำถามที่ใช้ในการระดมสมอง โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการระดมสมอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการ นำผลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการหาประเด็นที่คล้ายคลึงกัน และมีทิศทางเดียวกัน มาจัดกลุ่ม จากนั้นสรุปผลในแต่ละประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

3. แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และส่วนที่ 2 แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม 10 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 100 ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละกิจกรรมไม่เท่ากัน โดยเรียงคะแนนจาก 0, 5, 10 และ 15 โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนได้ดังนี้ 1) กิจกรรมการทำความสะอาดร่างกาย และการอาบน้ำ มี 2 ระดับ ได้แก่ 0 และ 5 คะแนน 2) กิจกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ การขึ้นลงบันได การสวมใส่เสื้อผ้า การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มี 3 ระดับ ได้แก่ 0, 5

และ 10 คะแนน 3) กิจกรรมการลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ และการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน มี 4 ระดับ ได้แก่ 0, 5, 10 และ 15 คะแนน และส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษานี้ใช้แบบประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: mRS) มีจำนวน 6 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 1) คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติเลย 2) คะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติที่รุนแรง 3) คะแนน 2 หมายถึง มีความผิดปกติเล็กน้อย 4) คะแนน 3 หมายถึง มีความผิดปกติพอสมควร 5) คะแนน 4 หมายถึง มีความผิดปกติมาก 6) คะแนน 5 หมายถึง มีความผิดปกติอย่างรุนแรง และ 7) คะแนน 6 หมายถึง เสียชีวิต

4. แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพร้อมในการดูแลสำหรับผู้ดูแล มีจำนวน 8 ด้าน 8 ข้อ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การบริการและจัดหาบริการการดูแล การจัดการกับความเครียด การดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือ และการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของความคิดเห็น กำหนดคะแนน 1-5 การแปลระดับของความคิดเห็นโดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย⁹ 4.51-5.00 มากที่สุด 3.51-4.5 มาก 2.51-3.50 ปานกลาง 1.51-2.50 น้อย 1.00-1.50 น้อยที่สุด การตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาและการหาความเที่ยง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index)

เท่ากับ 1.0 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ .89

5. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ข้อคำถามประกอบด้วย ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ด้านการวินิจฉัยการพยาบาล ด้านการวางแผนการพยาบาล ด้านการใช้แผนการพยาบาล ด้านการประเมินผลการพยาบาล จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับของความคิดเห็น กำหนดคะแนน 1-5 การแปลระดับของความคิดเห็น โดยใช้เกณฑ์คะแนนเฉลี่ย⁹ 4.51-5.00 มากที่สุด 3.51-4.50 มาก 2.51-3.50 ปานกลาง 1.51-2.50 น้อย 1.00-1.50 น้อยที่สุด การตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาและการหาค่าความเที่ยงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.99 และมีค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.81

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนโดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ

ผลการวิจัย (Results)

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ การศึกษา

ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งได้ปัญหาและความต้องการจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นงานวิจัย จำนวน 8 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 57.1 และทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 6 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 42 และปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านที่ได้จากการระดมสมอง นำผลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหาตามกระบวนการหาประเด็นที่คล้ายคลึงกัน และสรุปผลในแต่ละประเด็นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย หลังจากนั้นนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านร่างกาย ส่วนใหญ่พบว่า มีอาการแขน-ขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง ปากเบี้ยว ปัญหาด้านการพูด พูดไม่ได้ พูดไม่ชัด¹⁰ หรือสื่อสารไม่เข้าใจ อาการเหนื่อยล้า อาการปวดความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลง¹¹ ท้องผูก และภาวะกลืนลำบากหรือบางรายไม่สามารถกลืนอาหารได้¹⁰ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการให้มีคนดูแลเรื่องอาหาร ต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพ จัดยามาให้รับประทานที่บ้าน อยากพบแพทย์เฉพาะทางที่เก่งด้านนี้โดยเฉพาะ และความต้องการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาวจากบุคลากรทางการแพทย์¹² 2) ด้านจิตใจ ส่วนใหญ่พบว่า มีภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล¹³ ผู้ป่วยจึงต้องการกำลังใจ ต้องการ

ความเข้าใจ ต้องการความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว ต้องการปรับทุกข์เพื่อระบายความคับข้องใจ ต้องการให้พยาบาลมาเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และการสนับสนุนทางจิตใจ¹⁴

3) ด้านสังคม ส่วนใหญ่พบว่า ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม¹¹ ผู้ป่วยต้องการการดูแลและต้องการความช่วยเหลือในด้านสังคม คือ ต้องการการยอมรับจากครอบครัวและสังคม การได้รับความช่วยเหลือให้ไปพบแพทย์ตามนัด

4) ด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่พบว่า เกิดปัญหาการว่างงาน และมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูงขึ้น อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้¹⁵ ความต้องการการขอความช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เงินช่วยเหลือผู้พิการ หรือเงินสวัสดิการผู้สูงอายุ

2. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นผลจากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการที่ได้จากการจาก หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการศึกษาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน และการระดมสมองในระยะที่ 1 ซึ่งจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน จึงได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ

1) การประเมินสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ สัญญาณชีพ การพบทวนอาการตามระบบการตรวจร่างกายทุก

ระบบ การประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง การประเมินแผลกดทับ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการประเมินระดับความพิการ (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม และการประเมินความเครียด 5 ข้อ (3) ด้านสังคม ได้แก่ การกำหนดผู้ดูแลหลักการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษา (4) ด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ สวัสดิการในการช่วยเหลือดูแล และเบี้ยยังชีพ/เบี้ยผู้พิการ 2) การประเมินภาวะสุขภาพผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การซักประวัติและการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล และการประเมินความพร้อมและเพิ่มทักษะในการดูแลสำหรับผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ การบริการและจัดหาบริการการดูแล การจัดการกับความเครียดการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความพึงพอใจ การจัดการกับภาวะฉุกเฉิน การขอความช่วยเหลือและการดูแลผู้ป่วยโดยรวม ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามปัญหาและความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ตามที่ผู้วิจัยและทีมพัฒนากำหนด ดังนี้ 1) การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง จากการมีพยาธิสภาพที่สมอง 2) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนไหวลดลง แขนขาอ่อนแรง และการเคลื่อนไหวไม่สะดวก 3) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วย เนื่องจากการสูญเสียภาพลักษณ์

บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง และภาระค่าใช้จ่าย และ 4) เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล พยาบาลวางแผนทางการพยาบาลตาม แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ตามลำดับ ความสำคัญของปัญหาและความต้องการทั้ง ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจที่พบ ให้ครอบคลุมทั้งการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และการลดความพิการของอวัยวะต่างๆ ของ ร่างกาย จากข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในขั้นตอน ที่ 2 และวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ต้องการรับการ ดูแลต่อเนื่อง¹⁶

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลให้การพยาบาลและการดูแลจัดการอาการ ในแต่ละปัญหาและความต้องการ ปฏิบัติตาม แผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการ พยาบาล พยาบาลทำการประเมินผลการพยาบาล โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ บ้านและผู้ดูแล

3. ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

3.1 ผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทาง คลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและ ระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 90 มีอายุเฉลี่ย 64 ปี ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 การวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง ตีบ/อุดตัน คิดเป็นร้อยละ 80 โรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตร่วมกับภาวะไขมัน ในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 40 การจำแนกกลุ่ม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามคะแนน Barthel Index ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มที่ 2 ได้แก่ มีคะแนน Barthel Index อยู่ระหว่าง 25-70 คะแนน คิดเป็น ร้อยละ 50 การจำแนกตามระดับความพิการของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง mRS ส่วนใหญ่ มีคะแนนเท่ากับ 3 คือ มีความผิดปกติพอสมควร คิดเป็นร้อยละ 30 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อน การใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ค่าเฉลี่ย 66.50 คะแนน ภายหลังการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกฯ ค่าเฉลี่ย 69.00 คะแนน พบว่ามีค่าเฉลี่ยของความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันดีกว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิกฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ (ตารางที่ 1) และระดับ ความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ค่าเฉลี่ย 2.40 คะแนน ภายหลังการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ค่าเฉลี่ย 2.10 คะแนน พบว่ามีระดับความพิการของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองลดลงก่อนการใช้แนว ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < .05$ (Table 2)

Table 1 Comparison of ability to perform Barthel Activities of Daily Living before and after applying Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Patient Care at Home, Wichian Buri District, Phetchabun Province (n = 10)

Period	Median	Mean	S.D.	Z	p-value
Before	62.50	66.50	33.784	-1.841	.033
After	65.00	69.00	32.472		

p-value < .05

Table 2 Comparison of modified Rankin Scale of stroke patients before and after applying Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke Patient Care at Home, Wichian Buri District, Phetchabun Province (n = 10)

Period	Median	Mean	S.D.	Z	p-value
Before	3.00	2.40	1.776	-1.732	.042
After	3.00	2.10	1.912		

p-value < .05

3.2 ความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างที่เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในช่วง 3 สัปดาห์ คือ 15-21 วันหลังจำหน่าย และอยู่ใน ช่วง 4 สัปดาห์ คือ 22-28 วันหลังจำหน่าย คิดเป็นร้อยละ 30 มีความพร้อมในการดูแล สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในภาพรวม ซึ่งโรงพยาบาลได้เตรียมความพร้อม มาแล้วก่อนผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านส่วนหนึ่ง ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมและก่อนการใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ค่าเฉลี่ย 3.41 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการ ใช้แนวปฏิบัติ ค่าเฉลี่ย 4.66 คะแนน อยู่ในระดับ มากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ ค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง พบว่า ค่าเฉลี่ยของความ

พร้อมในการดูแลสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการเตรียม ความพร้อมและก่อนการใช้แนวปฏิบัติการ พยาบาลทางคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3.3 ความพึงพอใจต่อการใช้นวน ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับพยาบาล วิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ใช้ แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 อายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 การศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4 ปี มีความพึงพอใจต่อการใช้นวนปฏิบัติการพยาบาล

ทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สำหรับพยาบาลวิชาชีพ โดยรวม ค่าเฉลี่ย 4.72 อยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย (Conclusion and Discussion)

1. ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ จากการระดมสมองและการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองในระยะกึ่งเฉียบพลัน พบปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งอภิปรายผลได้ดังนี้ 1) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของอวัยวะส่วนปลายด้านตรงกันข้ามกับพยาธิสภาพในสมองได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของกล้ามเนื้อแขนขาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กัลยา ปวงจันทร์ และศิริกาญจน์ จินาวิน¹⁷ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่จากการศึกษามีอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภาวะแขนขาอ่อนแรง จึงทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนกุล¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการให้มีคนดูแลเรื่องอาหารและต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้การดูแลด้านสุขภาพและคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่สามารถนำไปดูแลตนเองได้เมื่อมีอาการผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงไป

ในทางที่เลวลง 2) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านร่างกายมักมีผลกระทบด้านจิตใจร่วมด้วย ได้แก่ มีความรู้สึกสูญเสีย ความวิตกกังวล ความเครียด ความก้าวร้าว ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น การศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความเครียด ความวิตกกังวล หงุดหงิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Gençer & Hocaoglu¹⁸ อธิบายว่าความผิดปกติทางจิตพบได้ภายหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่น ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ภาวะวิตกกังวล และอาการสั่นไหว ทำให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจและได้รับการดูแลด้วยความเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนกุล¹⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยต้องการความห่วงใยจากบุคคลในครอบครัว ต้องการปรับทุกข์เพื่อระบายความคับข้องใจ 3) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านสังคม พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมเข้าร่วมทำกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทยะพงศ์¹⁵ อธิบายว่าผู้ป่วยสูญเสียความมั่นใจ รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากครอบครัวและสังคม และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรร่วง และยุพา จิวพัฒนกุล¹⁰ อธิบายว่าผู้ป่วยต้องการการยอมรับจากสังคม 4) ปัญหาและความต้องการการดูแลด้านเศรษฐกิจ ทำให้เกิดปัญหาการว่างงานผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรารินทร์ พิทยะพงศ์¹⁵ ซึ่งอธิบายว่าภายหลังการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยและครอบครัวต้องมีค่าใช้จ่ายที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับครอบครัวทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือเรื่องการรักษา อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแล ค่าใช้จ่ายสำหรับปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช เพ็ชรรวง และยุพา จิวพัฒนกุล¹⁰ อธิบายว่าผู้ป่วยมีความต้องการเงินช่วยเหลือผู้พิการ/ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่ารักษาพยาบาล

2. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อำเภอยะบوري จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย คำจำกัดความของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความสำคัญในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกให้เข้าใจตรงกัน โดยคำจำกัดความในแนวปฏิบัตินี้ได้แก่ 1) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel index) 4) ระดับความพิการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (modified Rankin Scale : mRS) ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ, ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน, ประเมินระดับความพิการ และกำหนดผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ซึ่งได้รับความรู้ทักษะการดูแล และเตรียมความพร้อมในการดูแลจากโรงพยาบาลแล้ว ก่อนส่งต่อข้อมูลด้วยโปรแกรม Thai COC และแอปพลิเคชันไลน์

ภายหลังการได้รับข้อมูลพยาบาลวิชาชีพที่รพ.สต. ตรวจสอบความถูกต้องและวางแผนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามปัญหาและความต้องการที่ได้รับ และวางแผนการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยกำหนดการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ได้กำหนดแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านไว้อย่างเหมาะสม โดยเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจำแนกผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 Barthel index อยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน กลุ่มที่ 2 Barthel index อยู่ระหว่าง 25-70 คะแนน ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลทันทีภายใน 1 สัปดาห์หลังจากจำหน่าย สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านร่างกาย เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลุ่มที่ 3 Barthel index อยู่ระหว่าง 75-100 คะแนน ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 และเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลทันทีภายใน 2 สัปดาห์หลังจากจำหน่าย โดยทั้ง 3 กลุ่มจะได้รับการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 ภายใน 1-2 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 1, เยี่ยมครั้งที่ 3 ภายใน 3-4 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 2 และเยี่ยมครั้งที่ 4 ภายใน 3-4 สัปดาห์หลังการเยี่ยมครั้งที่ 3 ตามแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ในแต่ละรายภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบว่า แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม เนื่องจากพื้นที่ที่ดำเนินการศึกษาไม่มีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และเล็งเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านเกิดความเข้าใจของทีมพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกภายใต้บริบทของปัญหาและความต้องการในหน่วยงานและพื้นที่ศึกษา ทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก และมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้านอย่างถูกต้องและต่อเนื่องทันทีที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3. ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ประกอบด้วย 1) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ

ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพที่ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการทางด้านร่างกาย และผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยภายหลังการได้รับความรู้ ทักษะ การสอนและการสาธิตในการดูแล ซึ่งก่อนหน้านี้ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่ได้มีการประเมินภาวะสุขภาพ ไม่ได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันซ้ำ ภายหลังการจำหน่าย ไม่ได้รับการติดตามเยี่ยมดูแลอย่างต่อเนื่อง และผู้ดูแลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีความพิการหลงเหลืออยู่ 2) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฯ ต่อระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผู้ป่วยมีระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการดูแลร่วมกันระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล การกระตุ้นการฝึกกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

การถ่ายภาพบำบัดที่ได้เตรียมความพร้อมจากนักกายภาพบำบัดก่อนการจำหน่ายและพยาบาลวิชาชีพให้คำแนะนำตามกิจกรรมพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก โดยได้รับการกระตุ้นเตือนและการติดตามเยี่ยมบ้านจากพยาบาลวิชาชีพเป็นระยะระหว่างทำการทดลอง 3) ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ต่อความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านมีความพร้อมในการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุดนั้น ส่วนหนึ่งเกิดมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ถูกกำหนดจากโรงพยาบาลและได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งความรู้ ทักษะการปฏิบัติ และการดูแลในทุกด้านอย่างครอบคลุมมาในระดับหนึ่งแล้ว และพยาบาลวิชาชีพคอยกระตุ้นและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง 4) ความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก สำหรับพยาบาลวิชาชีพ การสอบถามความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด อภิปรายว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้สามารถประเมินภาวะสุขภาพได้อย่างครบถ้วน ครอบคลุมทุกมิติ มีความง่ายและสะดวกในการปฏิบัติตาม สามารถให้การพยาบาลข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนทางการพยาบาลได้ มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้จริง และสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วย

และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากเดิมที่ไม่เคยมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน อย่างไรก็ตาม ได้มีการสะท้อนถึงปัญหาเรื่องระยะเวลาในการใช้แนวปฏิบัติและการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงแนะนำให้มีการจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกฉบับย่อยรูปแบบตรวจสอบรายการในการตรวจสอบความครบถ้วนในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก

การศึกษาสรุปได้ว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจากจำหน่ายกลับบ้านเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และความร่วมมือของพยาบาลวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพผ่านการระดมสมอง สรุป และสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่สามารถให้การพยาบาลตามบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา ซึ่งการมีแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน สามารถเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจและให้การพยาบาลตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลได้ และมีการรวบรวม

ข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเหมาะสม ผู้ดูแลมีความรู้ทักษะในการดูแล และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านได้เป็นอย่างดี

จุดแข็งของงานวิจัย

การศึกษานี้มีจุดแข็ง ได้แก่ กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านที่พัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมระดมสมองของพยาบาลวิชาชีพที่มีปฏิบัติงานในการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจริง

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษานี้มีจุดอ่อนที่สำคัญ คือ ระยะเวลาในการศึกษาวิจัยมีจำกัด ทำให้สามารถประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านในระยะสั้นเท่านั้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างภายในพื้นที่อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์ ในการวิจัยครั้งต่อไป อาจจะขยายพื้นที่ในการศึกษาในพื้นที่อำเภออื่นๆ ต่อไป

2. ในงานวิจัยครั้งนี้ยังมีขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อย และมีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการศึกษา ดังนั้นควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างและระยะเวลาในการศึกษามากขึ้น

Reference

1. Division of Non Communicable Diseases. Annual Report 2023. [Internet]. 2018 Available from: <http://www.thaincd.com/index.php>
2. World stroke organization. Annual Report 2018. [Internet]. 2018 Available from: https://www.world-stroke.org/assets/downloads/Annual_Report_2018_online_pdf. 2018
3. Somnuk Sakunhongsoophon, Siriwan Ananthachock and Krisanee Hosakun. Selected Factors, Activities of Daily Living and Complications in Stroke Survivors at Home [Internet]. 2011 Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAF/article/view/1515/1237>
4. Feigin, V.L., Norrving, B. and Mensah, G.A. Global Burden of Stroke. 2017 Available from: <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.308413>
5. Soukup, S. M. The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: Promoting the scholarship of practice. Nursing Clinics of North America 2000;35(2):301-309

6. Jensen, K. A. 7 Step finding the perfect PICO evidence-based nursing practice guidelines [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 29]. Available from: <http://tinyurl.com/z9m5ecbf>

7. Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare [Internet]. 2005 Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1515/1237>

8. Ministry of Public Health Department of medical service. Appraisal of Guideline for Research & Evaluation II; AGREE II [Internet]. 2013 Available from: <https://tinyurl.com/ta2m3h>

9. Nopporn Thanachaikhan. Basic statistics for research. Bangkok: WITTHAYAPHAT; 2012. (in Thai)

10. Nongnuch Petchroung, Yupa Jewpattanakul. Problems and Needs of Stroke Patients and Caregivers in Primary Care Unit. Journal of Nursing Science & Health, 2014; 37(4): 37-45. (in Thai)

11. Auayporn Sawasdee, Sunida Preechawong and Chanokporn Jitpanya. Relationships between Pain, Sleep Quality, Depressive Symptoms, and Fatigue in Post Stroke Patients. Kuakarun Journal of Nursing, 2017; 24(2): 7-22. (in Thai)

12. Suphanaree Kasemmala, Aporn Deenan, and Areerut Khumyu. factors influencing functional health status of stroke persons receiving continuity of care at tumbon health promoting hospitals. Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok, 2017; 30(1): 115-129.

13. Gençer, A. G. and Hocaoglu, C. Post-stroke Neuropsychiatric Problems. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2019; 11(4): 419-437.

14. Visvanathan, A., Mead, G., Dennis, M., Whiteley, W., Doubal, F. and Lawton, J. Maintaining hope after a disabling stroke: A longitudinal qualitative study of patient's experiences, views, information needs and approaches towards making treatment decisions. PLOS ONE, 2019; 14(9): 1-20.

15. Sararin Pitthayapong. Situations, Problems, and Barriers of Post-Stroke Care in the Transitional Period from Hospital to Home. Thai Red Cross Nursing Journal, 2018; 11(2):26-39.

16. Nalini Pasukanthapak, Saisamorn Borisut, Wanpen Phinyopasakul. Clinical Nursing Practice Guideline for Stroke. Bangkok: Tanapress; 2016. (in Thai)

17. Kanlaya Puangchan, Sirikan
Jinawin; Effects of Using a Nursing
Practice Guidelines for the Care of Acute
Thrombotic or Ischemic Stroke Patients,
Phrae Hospital. Journal of the Phrae
Hospital 2020;28(2):1-17.

18. Gençer, A. G. and Hocaoğlu,
C. Post-stroke Neuropsychiatric Problems.
Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current
Approaches in Psychiatry, 2019; 11(4):
419-437.

บทความวิจัย

ผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของ
ผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครอง
ความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์

จตุรงค์ อุดทะบุตร* สุรินทร์ กลัมพากร**

เพลินพิศ บุญยมาลิก*** สุจินดา จารุพัฒน์ มารุโอ****

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานในบริษัทผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ในจังหวัดชลบุรี ทำงานที่รับสัมผัสเสียงดังตั้งแต่ 85 dBA ขึ้นไปจำนวน 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 52 คน โปรแกรมการฝึกอบรม ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มในการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของเสียง การป้องกันอันตรายจากเสียงและโรคประสาหูเสื่อมจากการทำงาน การอภิปรายกลุ่ม และการสาธิตย้อนกลับ การให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง ทำโดยอธิบายผลการทดสอบความกระชับและค่าการลดทอนเสียง จากการสวมใส่อุปกรณ์ลดเสียงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบรายบุคคล กลุ่มควบคุมได้รับการฝึกอบรมในโครงการอนุรักษ์การได้ยินตามแนวทางและมาตรฐานของบริษัท เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและเครื่องวัดความกระชับของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง วัดผลก่อนการทดลอง และหลังการให้โปรแกรม 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired t-test, Independent sample t-test, Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง และคะแนนเฉลี่ยค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal Attenuation Rating – PAR) สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมให้พนักงานมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังเพิ่มมากขึ้นและสามารถสวมใส่ปลั๊กอุดหูป้องกันอันตรายจากเสียงดังได้กระชับ ส่งผลให้สามารถลดทอนเสียงได้เพิ่มขึ้น พยาบาลอาชีวอนามัย และผู้ดูแลโครงการอนุรักษ์การได้ยินสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับการฝึกอบรมให้กับผู้ปฏิบัติงานที่สัมผัสเสียงดังได้

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลย้อนกลับ / การทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง/ ค่าการลดทอนเสียง / โครงการอนุรักษ์การได้ยิน/พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง

วันที่รับบทความ: 4 เมษายน 2567; วันที่แก้ไขบทความ: 26 พฤษภาคม 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 29 พฤษภาคม 2567

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Effects of a Hearing Protection Training with Ear Fit Test Feedback on Hearing Protection Use among Workers in Auto Part Manufacturing Industry

Jaturong Udtabud* Surintorn Kalampakorn**

Plernpit Boonyamalik*** Suchinda Jarupat Maruo****

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the program that combines training on hearing protection and feedback from ear fit tests on individuals' behavior in using hearing protection. A total of 104 workers employed in the auto part manufacturing industry in Chon-buri province, who are regularly exposed to noise levels of 85 decibels or above, were recruited in this study. They were then separated into two groups: the intervention group (n=52) and the control group (n=52). The intervention group received the training program that consisted of educational session on the hazards of noise and strategies for preventing occupational hearing loss. The program also included interactive discussions and practical demonstrations. Additionally, individual feedback regarding the results of the ear fit test was given. The control group received standard training according to the hearing conservation program in accordance with the company policies. Questionnaires and an ear-fit-test machine were utilized to gather data during the pre-test and 4 weeks after the intervention. Data were then analyzed using descriptive statistics; Paired t-test, Independent-sample t-test, Chi-square test and Fisher's exact test.

The results revealed that after the implementation of the program, the intervention group had significantly increase in mean scores for the utilization of hearing protective Devices (HPDs) and the Personal Attenuation Rating – PAR ($p < .05$) compared to their scores prior to the program, as well as higher than the scores of the control group. Findings suggest that the program which combined training on hearing protection and feedback from ear fit tests, was effective in enhancing the usage of hearing protection devices and improving PAR score. Occupational health nurse or those who responsible for a hearing conservation program can utilize this training for other workers who are exposed to comparable high levels of noise.

Key Words: Feedback / Ear fit test / Personal Attenuation Rating / Hearing conservation program / Hearing protection use

Article info: Received: April 04, 2023, Revised: May 26, 2024, Accepted: May 29, 2024

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

** Corresponding author: Associate Professor, Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University. E-mail: surintorn.kal@mahidol.ac.th

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

**** Assistant Professor, Department of Occupational Health and Safety, Faculty of Public Health, Mahidol University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เสียงเป็นปัจจัยเสียงที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของคนที่ทำงาน การสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังเนื่องจากการทำงานนั้นเป็นการเสื่อมของประสาทหูอันเนื่องมาจากการสัมผัสเสียงดัง ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น การควบคุมด้านวิศวกรรม โดยการใช้เครื่องจักรที่เสียงเบา การปิดกั้น หรือปิดคลุมแหล่งกำเนิดเสียง รวมถึงการควบคุมด้านบริหารจัดการ โดยการลดเวลาการทำงาน หรือการหมุนเวียนพนักงานเพื่อลดเวลาสัมผัสเสียง กระทรวงแรงงานได้ออกประกาศกฎกระทรวง¹ เรื่อง กำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อน แสงสว่าง และเสียง พ.ศ. 2559 กำหนดให้สถานประกอบการต้องมีมาตรการควบคุม และลดผลกระทบจากการสูญเสียการได้ยินจากเสียง ด้วยการควบคุมและปรับปรุงที่แหล่งกำเนิด การควบคุมปรับปรุงที่ทางผ่านของเสียง และการควบคุมป้องกันเสียงที่ตัวบุคคล แม้ว่าการบริหารจัดการจะเป็นแนวทางแรกของการควบคุมและป้องกันเพื่อลดการสัมผัสเสียง เมื่อการควบคุมด้านวิศวกรรม และ/หรือการควบคุมด้านบริหารจัดการ ไม่สามารถลดระดับเสียงที่พนักงานสัมผัสให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ต่ำกว่า 85 เดซิเบลเอ (dBA) การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล(Personal hearing protection devices) จึงเป็นมาตรการที่จำเป็น ดังจะเห็นได้จากประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2561 กำหนดให้นายจ้างจัดทำโครงการอนุรักษ์การได้ยินในสถานประกอบการ กรณีที่สภาพแวดล้อมการทำงานมีระดับเสียงที่พนักงานได้รับเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงาน 8 ชั่วโมง ตั้งแต่ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ขึ้นไป

ซึ่งต้องมีการเฝ้าระวัง ติดตามและควบคุมไม่ให้เกิดเสียงดัง เฝ้าระวังติดตามการสูญเสียการได้ยิน และยังต้องฝึกอบรมให้ความรู้แก่พนักงาน เพื่อป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในคนงาน²

จากรายงานประจำปี 2566 ของกรมโรงงานอุตสาหกรรม³ พบว่าประเทศไทยมีจำนวนโรงงานมากกว่า 73,000 โรงงานทั่วประเทศ และมีอัตราการจ้างงานมากกว่า 3,800,000 ตำแหน่งงาน ในจำนวนนี้มีมากกว่า 5,000 โรงงานอยู่ในพื้นที่จังหวัดชลบุรี และมีจำนวนพนักงานมากกว่า 320,000 คน ซึ่งจากการศึกษาของนันทิรา วรกาญจนบุญ และคณะ⁴ เรื่องการประเมินสิ่งคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงานของบริษัทอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์ พบว่ากระบวนการผลิตมีการใช้เครื่องจักรและการกระแทกของโลหะในขั้นตอนการขึ้นรูปผลิตภัณฑ์ มีเสียงดังเกินมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งผลให้อุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคประสาทหูเสื่อมจากการสัมผัสเสียงดัง

จากรายงานจากกองทุนเงินทดแทนสำนักงานประกันสังคมแห่งชาติ⁵ ปี 2562, 2563 และ 2564 พบโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานจำนวน 1,182 , 1,304 และ 1,423 ราย ตามลำดับ ซึ่งพบโรคหูตึงจากเสียงจำนวน 11, 7 และ 8 รายตามลำดับ นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมายังแสดงให้เห็นว่าพนักงานที่การได้ยินยังปกติ ยังมีโอกาสสูญเสียการได้ยินได้เช่นกัน เมื่อนำผลการตรวจการได้ยินที่ปกติมาเปรียบเทียบหาการเปลี่ยนแปลงระดับการได้ยินมาตรฐาน (Standard Threshold Shift : STS) และมีลักษณะเข้าได้กับโรคประสาทหูเสื่อมระยะเริ่มต้น^{6,7} ซึ่งกลุ่มที่มีความผิดปกติเหล่านี้ ยังไม่ถูก

รายงานเข้าระบบกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม จึงแสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดังอยู่อีกจำนวนมาก⁶

แม้ว่ากฎหมายจะกำหนดให้นายจ้างต้องจัดให้ลูกจ้างที่ทำงานในบริเวณที่มีเสียงดังสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล แต่จากการศึกษาของอริสรา ฤทธิงามและคณะ⁸ พบว่าร้อยละ 63.8 ของพนักงานที่สัมผัสเสียงดัง ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง และในกลุ่มที่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังยังพบว่ามีวิธีการใส่ไม่ถูกต้อง คือส่วนใหญ่จะใส่เข้าไปในช่องหูเพียงเล็กน้อย ร้อยละ 50.0 โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ใส่ถูกต้องเพียงร้อยละ 2.6 เท่านั้น ซึ่งส่งผลให้มาตรการในการลดการสัมผัสเสียงด้วยวิธีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังไม่ประสบความสำเร็จ ดังนั้นการป้องกันการสูญเสียการได้ยินจากเสียงดัง จึงยังมีความจำเป็นต้องหาแนวทางใหม่ ที่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการดำเนินงานโครงการอนุรักษ์การได้ยินให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันและเผื่อระวังโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพซึ่งในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ช่วยวัดความกระชับและวัดค่าการลดทอนเสียงของการสวมใส่ปลั๊กอุดหูป้องกันอันตรายจากเสียงดัง (Ear Fit Test) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยให้พยาบาลอาชีวอนามัยในการใช้เป็นสื่อการสอน และสามารถแปลผลค่าการลดทอนเสียงเพื่ออธิบายให้พนักงานเข้าใจและเห็นความสำคัญของการสวมใส่ปลั๊กอุดหูป้องกันเสียงดัง⁹

ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลอาชีวอนามัยและมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้พนักงาน เพื่อให้เกิดความตระหนัก นำไปสู่การ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายของการสัมผัสเสียงดัง จึงมีความสนใจในการศึกษาผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไฮเซน¹⁰ ซึ่งมีกิจกรรมในการสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรม การส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ¹¹ โดยใช้เทคโนโลยีเครื่องวัดกระชับ ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง ผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงานของโครงการอนุรักษ์การได้ยินให้ประสบความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ตามกฎหมายต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังของพนักงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง พนักงานกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังและคะแนนเฉลี่ยการตรวจวัดค่าลดทอนเสียง (Personal Attenuation Rating) สูงกว่าก่อนทดลอง และกลุ่มควบคุม

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียง
ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบ
ความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง

1. กิจกรรมฝึกอบรมกลุ่ม โดยการให้ความรู้และ
อภิปราย เกี่ยวกับอันตรายของเสียง การป้องกัน
อันตรายจากเสียงและโรคประสาทหูเสื่อมจากการ
ทำงาน สาธิตและฝึกทักษะการสวมใส่อุปกรณ์
คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง
อย่างถูกต้อง
2. กิจกรรมให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล โดยการ
ทดสอบและแปลผล การตรวจวัดค่าคะแนนการ
ลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal Attenuation
Rating – PAR) และให้ข้อมูลย้อนกลับรายบุคคล



1. พฤติกรรมการสวมใส่อุปกรณ์
คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล
จากเสียงดัง
2. ค่าคะแนนการลดทอนเสียงส่วน
บุคคล (Personal Attenuation
Rating – PAR)

แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง (Intervention group) และกลุ่มควบคุม (Control group) โดยพนักงานกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียง ร่วมกับการใช้ผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงในการให้ข้อมูลย้อนกลับ ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทั้งสองกลุ่ม (Pre-test post-test two groups design)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง มีค่า TWA ≥ 85 เดซิเบลเอ (dBA) ทั้งหมด 192 คน เป็นพนักงานประจำของบริษัท ที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ในไลน์การผลิต ซึ่งมีผลการตรวจวัดครั้งล่าสุดโดยใช้ Sound level meter ในปี 2023 ได้ 87 dBA โดยทั้ง 2 ไลน์การผลิต ได้รับการดูแลภายใต้สภาพแวดล้อมการทำงาน ระเบียบปฏิบัติงานของบริษัทเดียวกัน คำนวณกลุ่มตัวอย่าง

โดยวิธีการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1 โดยกำหนดค่า Effect size = 0.80, ระดับนัยสำคัญ (α) = .05 และอำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) = 0.95 จากการคำนวณ ได้กลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มทดลองจำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ใช้หลักการ Adjust for non-response โดยได้เพิ่มปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่เกินร้อยละ 10 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 52 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใส่ชื่อพนักงานที่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาและจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามชนิดผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตัวเอง ข้อคำถามประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ประวัติการทำงาน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว ประวัติการสัมผัสเสียงดังอื่นๆ รวมทั้งพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง ซึ่งประเมินจาก 1) ร้อยละของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังใน 8 ชั่วโมงการทำงาน (1 ข้อ : ระยะเวลาที่ท่านใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงคิดเป็นร้อยละเท่าไรของระยะเวลาที่ท่านสัมผัสเสียงดังในการทำงานทั้งหมด โดยประเมินในรอบ 8 ชั่วโมงทำงาน)

- 2) ความถูกต้องของวิธีการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง (1 ข้อ: ท่านสวมใส่ปลั๊กอุดหูโดยใช่มือด้านตรงกันข้ามกับหูข้างที่จะใส่อ้อมไปด้านหลังและดึงใบหูขึ้น จากนั้นค่อยๆ หมุนที่อุดหูเข้าไปให้ลึกพอดี) มีลักษณะเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบให้ตรงกับพฤติกรรมการตนเองมากที่สุด (ประจำ-บ่อยครั้ง-บางครั้ง-นานๆครั้ง-ไม่ทำเลย) และ 3) คะแนนเฉลี่ยผลการตรวจวัดค่าลดทอนเสียง (Personal Attenuation Rating) ซึ่งได้จากการตรวจวัดด้วยเครื่อง Ear Fit Test ดำเนินการตรวจวัดโดยผู้วิจัย

2. เครื่องตรวจความกระชับของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง โดยเครื่องมือ ยี่ห้อ 3M E-A-R fit Dual-Ear Validation System (Serial number: EARP04773) ที่ผ่านการสอบเทียบจากตัวแทนของบริษัทผู้ผลิต ซึ่งมีเอกสารรับรองการสอบเทียบก่อนการใช้ โดยก่อนเริ่มทดสอบความกระชับ แปลผลการทดสอบอัตโนมัติโดยเครื่อง ซึ่งใช้ผลจากการทดสอบจากการตรวจวัดเป็นคะแนนค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal attenuation Rating – PAR) แล้วใช้ค่าที่ตรวจวัดได้ไปใช้ในการวิเคราะห์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง ออกแบบโดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของไฮเซน 10 กิจกรม

ประกอบด้วย การสร้างทัศนคติต่อพฤติกรรม การสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยการบรรยายให้ความรู้ และชมวีดิทัศน์ ประกอบ การส่งเสริมการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง โดยการอภิปรายกรณีศึกษา การยกตัวอย่าง บุคคลต้นแบบ และการส่งเสริมความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรม โดยสาธิตและฝึกทักษะ การใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล อย่างถูกวิธี ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ¹¹ คือ การป้อนกลับสิ่งที่สังเกตได้จริงในขณะนั้น เพื่อเพิ่มความตระหนักในตนเอง สนับสนุน พฤติกรรมที่ดีและช่วยปรับแก้พฤติกรรมที่ไม่พึง ประสงค์ โดยการอธิบายผลการทดสอบค่าการ ลดทอนเสียง จากการสวมใส่และทดสอบได้ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจาก เสียงดังให้มีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มทดลอง

1. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่ม ตัวอย่างก่อนการทดลองโดยผู้วิจัยจะนัดหมาย และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ส่งมอบให้ผู้ ยินยอมตอบและรอรับกลับคืน และทำการ ทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง
2. ดำเนินการฝึกอบรมเพื่อป้องกัน อันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ ของผลการทดสอบความกระชับของการใส่ อุปกรณ์ลดเสียงจำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรม รายบุคคลดังนี้

- 2.1 กิจกรรมฝึกอบรมกลุ่ม ประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้ ดูวีดิทัศน์ เกี่ยวกับอันตรายของเสียง และการป้องกัน

อันตรายจากเสียง และโรคประสาทหูเสื่อมจาก การทำงานและการสัมผัสเสียงดัง การอภิปราย กลุ่มจากกรณีศึกษาให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกัน เกี่ยวกับผลกระทบต่อการสัมผัสเสียงดัง ทบทวนกฎ ระเบียบของบริษัทเกี่ยวกับมาตรการ โครงการอนุรักษ์การได้ยิน ยกตัวอย่างบุคคล ต้นแบบ เช่น เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำ บริษัท หัวหน้างาน และสาธิตวิธีการสวมใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจาก เสียงดัง และเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการสวมใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจาก เสียงดัง

- 2.2 กิจกรรมการให้ข้อมูลย้อนกลับ รายบุคคล เป็นการอธิบายผลการทดสอบ ค่าการ ลดทอนเสียง จากการสวมใส่และทดสอบได้ ดังกล่าวให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบรายบุคคล หลังการตรวจความกระชับของการสวมใส่ อุปกรณ์อันตรายจากเสียงดังกรณีที่ทดสอบ ไม่ผ่าน จะมีการให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับ วิธีการใส่ที่ถูกต้อง จากนั้นเปิดโอกาสให้สอบถาม ข้อสงสัย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึก ปฏิบัติการสวมใส่อุปกรณ์อันตรายจากเสียงดัง โดยใช้เวลาประมาณ 15 - 20 นาทีต่อคน

3. เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่ม ตัวอย่างหลังการทดลอง 1 เดือน โดยผู้วิจัย นัดหมายและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ส่งมอบ ให้ผู้ยินยอมตอบและรอรับกลับคืน และทำการ ทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง

กลุ่มควบคุม

ได้รับโปรแกรมการอบรมความ ปลอดภัยตามมาตรฐานของบริษัทฯ ตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่างก่อนการ

ทดลอง และหลังการทดลอง 1 เดือน โดยผู้วิจัยจะนัดหมายและนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นส่งมอบให้ผู้ยินยอมตอบและรอรับกลับคืน และทำการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบพร้อมทั้งโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังโดยตรวจสอบ ความตรงของเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พบว่า ความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) โดยได้ค่า IOC > 0.75 12 จากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. เครื่องวัดความกระชับของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง ยี่ห้อ 3M E-A-R fit Dual-Ear Validation System (Serial number: EARP04773) ได้รับการสอบเทียบจากตัวแทนของบริษัทผู้ผลิต และมีเอกสารรับรองการสอบเทียบก่อนนำมาใช้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 20 กุมภาพันธ์ – 20 มีนาคม 2567 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (MUPH 2024-016) โดยก่อนทำการทดลองครั้งแรกผู้วิจัยได้แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา และชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วม

การศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการอธิบายถึงการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและสิทธิในการสามารถถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆกับผู้เข้าร่วมวิจัย หากยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ และเปิดโอกาสให้สอบถามหากมีข้อสงสัยเพิ่มเติม ก่อนลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic), Chi-square และ Fisher's exact ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของประชากร ทดสอบการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยสถิติ Kolmogorov Smirnov test พบว่าการแจกแจงข้อมูลเป็นแบบปกติ ก่อนดำเนินการใช้สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มและ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นพนักงานในอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนรถยนต์แห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี จำนวน 104 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 52 คน พนักงานกลุ่มทดลองมีเพศชายจำนวน 21 คน และเพศหญิงจำนวน 31 คน (ร้อยละ 40.40 และ 59.60 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 40.15 ± 4.42 ปี พนักงานกลุ่มควบคุมมีเพศชายจำนวน 24 คน และเพศหญิงจำนวน 28 คน (ร้อยละ 46.20 และ 53.80 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 39 ± 4.42 ปี ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับไม่เกิน

มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 69.20) พนักงานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 94.20 และ 65.40 ตามลำดับ) กลุ่มทดลองทั้งหมดไม่เคยมีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะ ขณะที่กลุ่มควบคุม 2 คน (ร้อยละ 3.80) มีประวัติได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะไม่ถึงขั้นนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีประสบการณ์ทำงานเป็นพนักงานของบริษัท น้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 53.80 และ 55.80 ตามลำดับ) มีประสบการณ์การทำงานในไลน์การผลิตน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 55.80 และ 59.60 ตามลำดับ) รูปแบบการทำงานส่วนใหญ่แบ่งเป็นกะหมุนเวียนสลับกันไปคล้ายกันทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 86.50 และ ร้อยละ 90.40 ตามลำดับ) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ทำงานล่วงเวลาน้อยกว่า 10 ชั่วโมง /

สัปดาห์ (ร้อยละ 71.20 และ 65.40 ตามลำดับ) พนักงานทั้ง 2 กลุ่ม มีสภาพแวดล้อมการทำงานที่คล้ายกัน มีเสียงดังรบกวนตลอดเวลาจากร้อยละ 80 และพนักงานได้รับการตรวจติดตามการได้ยินประจำปีทั้งหมด และมีผลตรวจปกติ พนักงานทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการตรวจติดตามการได้ยินประจำปีทั้งหมด และมีผลตรวจปกติ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนพนักงานที่สวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังตลอดเวลาเมื่อสัมผัสเสียงดัง ร้อยละ 17.30 และ 19.20 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้านคุณลักษณะของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในด้านข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติ Chi – Square Test และ Fisher’s Exact Test พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มคุณลักษณะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Table 1 Characteristics of the participants in intervention and control group

Demographic data	Control group				p-value
	Intervention group (n=52)		(n=52)		
	number	%	number	%	
Sex					
Male	21	40.40	24	46.20	.692 ^a
Female	31	59.60	28	53.80	
Age (year)					
<40	24	46.20	24	46.20	1.000 ^a
≥40	28	53.80	28	53.80	
$\bar{x}$ (S.D.)	40.15 (4.42)		39.00 (6.21)		
Min-Max	27 - 48		26 - 50		
Education					
≤ High school level	36	69.20	36	69.20	1.000 ^a

Demographic data	Intervention group (n=52)		Control group (n=52)		p-value
	number	%	number	%	
≥ Diploma level	16	30.80	16	30.80	
Personal illness					
No	49	94.20	34	65.40	0.647 ^b
Yes	3	5.80	18	34.60	
Year of service in production Department					
≤10	28	53.80	29	55.80	0.844 ^a
>10	24	46.20	23	44.20	
$\bar{x}$ (S.D.)	10.12 (6.13)	9.69 (5.53)			
Min - Max	1 - 20	1 - 20			
Year of service in company					
≤10	29	55.80	31	59.60	0.691 ^a
>10	23	44.20	21	40.40	
$\bar{x}$ (S.D.)	14.52 (4.75)	13.48 (4.61)			
Min - Max	2 - 20	1 - 20			
Annual audiogram result					
Normal	52	100	52	100	-
Noise annoyance at work					
None - Mild	7	13.73	10	19.2	0.420 ^a
Moderate - Extreme noise	45	86.50	42	80.8	
% of HPDs use at work					
100 %	9	17.30	10	19.2	0.800 ^a
< 100 %	43	82.70	42	80.8	

^a Chi - Square test, ^b Fisher's Exact Test

หลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยร้อยละของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจาก

เสียงดัง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และคะแนนเฉลี่ยของค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal attenuation Rating - PAR) สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p < 0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากเสียงดัง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง และคะแนนเฉลี่ยของค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล

(Personal attenuation Rating – PAR) สูงกว่ากลุ่มทดลองตั้งแต่ก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.015$ และ $p = 0.016$ ตามลำดับ) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย (Mean Difference) พบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

Table 2 Comparison of the difference in mean of Hearing Protective Devices (HPDs) use behavior and Personal Attenuation Rating (PAR) scores before and after the experiment within and between the intervention group and the control group

	Intervention n = 52		Control n = 52		Independent t		
	Mean	SD	Mean	SD	t-test	df	p-value
HPDs Use							
1. % of HPDs Use (During 8 hrs. shift work)							
Pre - test	69.67	22.53	79.04	15.37	-2.47	102	0.015*
Post - test	85.58	18.08	84.81	12.12	0.25	102	0.799
	Mean Diff.	15.90 (24.36)	Mean Diff.	5.76(15.88)	2.51	102	< 0.001*
Paired t-test	t = -6.28, df = 51 p < 0.001*		t = -2.61, df = 51 p 0.012*				
2. Correct use of HPDs							
Pre - test	3.19	1.56	3.58	1.37	-1.33	102	0.185
Post - test	4.71	0.53	3.94	1.40	3.68	102	<0.001*
Paired t-test	t = -4.70, df = 51 p < 0.001*		t = -1.34, df = 51 p 0.185				
Personal Attenuation Rating (PAR)							
Pre - test	4.67	6.42	8.69	9.97	-2.44	102	0.016*
Post - test	19.88	8.76	13.33	8.97	3.76	102	<0.001*
	Mean Diff.	15.21 (8.72)	Mean Diff.	4.63 (10.78)	5.46	102	<0.001*
Paired t-test	t = 12.56, df = 51 p < 0.001*		t = 3.09, df = 51 p 0.003*				

Paired t-test, independent t-test, Mean Diff = Mean Difference, *p-value <.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า หลังการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่อุปกรณ์ลดเสียงต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในคะแนนเฉลี่ยร้อยละของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง การลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal attenuation Rating – PAR) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียง ซึ่งมีทั้งการบรรยายให้ความรู้ คู่มือทัศนเกี่ยวกับอันตรายของเสียง และการป้องกันอันตรายจากเสียง และโรคประสาทหูเสื่อมจากการทำงานและการสัมผัสเสียงดัง การอภิปรายกลุ่มจากกรณีศึกษา ให้วิเคราะห์ อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับผลกระทบต่อการสัมผัสเสียงดัง ทบทวนกฎระเบียบของบริษัทเกี่ยวกับมาตรการโครงการอนุรักษ์การได้ยิน รวมถึงยกตัวอย่างบุคคลต้นแบบ การสาธิตวิธีการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง และเปิดโอกาสให้ฝึกทักษะการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังสามารถส่งเสริมให้พนักงานมีการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดทักษะในการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin

Laurance และคณะ¹³ ที่พบว่าทักษะความสามารถในการสวมใส่ปลั๊กอุดหูให้แน่นกระชับนั้น ขึ้นอยู่กับการอบรมฝึกฝนทักษะจนเกิดความชำนาญ และการศึกษาของ William J. Murphy และคณะ¹⁴ ที่ทำการทดสอบความกระชับพนักงานในกลุ่มพนักงานในแท่นขุดเจาะน้ำมันนอกชายฝั่ง และพบว่าหลังการอบรมให้ความรู้เพิ่มเติม พนักงานมีค่าการลดทอนเสียงที่สูงขึ้นอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เพิ่มมากขึ้น

นอกจากนั้น การแปลผลจากการตรวจวัดค่าลดทอนเสียงส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยใช้ผลจากการทดสอบจากการตรวจวัดเป็นคะแนนค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal attenuation Rating – PAR) ที่ตรวจวัดได้ครั้งแรกประกอบการอธิบายและให้ข้อมูลย้อนกลับต่อพนักงานผู้เข้าร่วมโครงการ ทำให้พนักงานมีความเข้าใจเกี่ยวกับการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังได้อย่างถูกต้องมากขึ้นและทราบค่าการลดทอนเสียงของตนเองจากการสวมใส่ตามวิธีที่ได้รับการอบรมมาและวัดผลได้จริง ทำให้พนักงานเกิดความเข้าใจมากขึ้นและความถูกต้องของวิธีการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ค่าการลดทอนเสียงส่วนบุคคล (Personal Attenuation Rating หรือ PAR) ดีขึ้น¹⁵ การประยุกต์ใช้ผลการตรวจวัดความกระชับและค่าการลดทอนเสียงเมื่อการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พยาบาลอาชีวอนามัยใช้ในการให้ข้อมูลย้อนกลับกับพนักงานที่เข้ารับการตรวจได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁶ การตรวจวัดความกระชับและ

การลดทอนเสียงของการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง เป็นที่ยอมรับและยึดถือเป็นวิธีปฏิบัติในการดำเนินโครงการอนุรักษ์การได้ยิน และมีหลายบริษัทชั้นนำได้พัฒนาต่อเนื่องจนทำให้เทคโนโลยีนี้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง โดยผู้ดูแลโครงการอนุรักษ์การได้ยิน ได้นำเทคโนโลยีนี้มาใช้ในการประกอบการสอน สุขศึกษาและให้ความรู้แก่พนักงานภาคสนาม รวมถึงประกอบการเลือกอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังได้อย่างเหมาะสมกับพนักงานแต่ละรายอีกด้วย การตรวจวัดความกระชับของการใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพในการช่วยให้พยาบาลอาชีวอนามัยใช้ประกอบการสอนพนักงานให้สวมใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพได้ อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้พนักงานใหม่สามารถเลือกใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังได้ถูกต้องเหมาะสมกับตัวพนักงานแต่ละคนอีกด้วย

จุดแข็งของงานวิจัย

มีการนำเทคโนโลยีที่ช่วยวัดความกระชับมาวัดค่าการลดทอนเสียงและให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดังมาใช้ร่วมกับการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียง ซึ่งเหมาะสำหรับการนำไปประยุกต์ใช้ในโครงการอนุรักษ์การได้ยินในส่วนของ การฝึกอบรม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง และสามารถนำไปใช้ในการเลือกชนิดของปลั๊กอุดหูให้

เหมาะสมกับการใช้งานของพนักงานแต่ละคนต่อไปได้

จุดอ่อนของงานวิจัย

การศึกษาผลของฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงในระยะ 1 เดือนหลังการทดลอง ทำให้ยังไม่ทราบถึงผลของโปรแกรมในระยะยาว

ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวกับการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลอาชีวอนามัย หรือผู้รับผิดชอบโครงการอนุรักษ์การได้ยิน ประจำสถานประกอบการ สามารถนำโปรแกรมการฝึกอบรมเพื่อป้องกันอันตรายจากเสียงร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการทดสอบความกระชับของการใส่ อุปกรณ์ลดเสียง (Ear Fit Test) ต่อการใช้ อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลจากเสียงดัง ไปประยุกต์ใช้ในการอบรมให้ความรู้กับพนักงานได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการสัมผัสเสียงดัง โดยการฝึกทักษะการใส่ปลั๊กอุดหูให้เกิดความกระชับ สำหรับกลุ่มพนักงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรออกแบบการศึกษาที่มีการติดตามระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาผลของการตรวจวัดความกระชับของการใส่ อุปกรณ์ลดเสียง (Ear Fit Test) ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับของผลการตรวจติดตามการได้ยินประจำปี ต่อภาวะสูญเสียการได้ยินในพนักงานที่ทำงานสัมผัสเสียงดัง

Reference

1. Ministerial Regulation on the Prescribing of Standard for Administration and Management of Occupational Safety, Health, and Environment in Relation to Heat, Light and Noise B.E.2559 (A.D.2016). [Online] 2023 [cited 2023 December 12]. Available from <https://www.labour.go.th/index.php>.
2. Announcement of the Department of Labor Protection and Welfare on Criteria and Procedures for Establishing Hearing Conservation Measures in the Workplace, B.E.2561 (A.D.2018). [Online] 2023 [cited 2023 December 12]. Available from <https://www.labour.go.th/index.php>.
3. Department of Industrial Works. The factory statistics information. [Online]. 2023 [Cited 2023 December 12]. Available from: <https://www.diw.go.th/webdiw/static-fac/>
4. Vorakarnchanabun K, Kingsawat K, Sinnarat P, Kabpahwong P, Wijit A, Thongmalai T. Workplace environmental hazard assessment among auto-parts manufacturing in Rayong province. AJCPH. 2566; 9(4): 33–43.
5. Social Security Office. The Benefit and Compensation Fund. [Online]. 2023 [Cited 2023 December 12]. Available from: <https://www.sso.go.th/wpr/>
6. Chairut S. Factors related and an analysis of health effects to Standard Threshold Shifts in Motor compressor workers. TMJ. 2013; 13: 59-70.
7. Pimda P, Chaiear N, Yimtae K, Khiewyoo J, Thanawiratananit P, Krusun N. Incident of Industrial employees having Standard Threshold Shifts; A Study of the Existing Audiograms. Srinagarind Med J. 2016; 31(3): 288-294.
8. Ritngam A, Jaroencharnkrai J, Janprasert S, Intawong J. Related factors of hearing loss among natural rubber processing industry worker in Rayong. NJPH. 2016; 30(3):118-131.
9. Chiu CC, Wan TJ. Individual Fit Testing of Hearing-Protection Devices Based on Microphones in Real Ears among Workers in Industries with High-Noise-Level Manufacturing. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020 May 6;17(9):32-42.

10. Ajzen, I. The theory of planned behavior. Organizational behavior and human decision processes. NCBI. 1991; 50 (2): 179 – 211.
11. Tappen, R. Essentials of nursing leadership and management. 5th edition. F. A. Davis, 2010.
12. Srisatidnarakul B. The methodology in nursing research. 5th edition. Chulalongkorn university, 2010.
13. Martin L, Negrini A, Gaudreau, Sgard F, Berbiche D, Doutres O. Ear plugs personal attenuation rating (PAR) in noise exposure workers: Evaluation over a five-weeks follow up. ICSV26 Montreal. 2019; 1-8.
14. William J. M, Christa L. T, Taichai K. M. Hearing Protector Fit-testing with off-shore oil-rig Inspector in Louisiana and Texas. Int J Audiol. 2016; 55 (11): 688-698.
15. Berger E. What is a Personal Attenuation Rating (PAR). 3M Occupational Health & Environmental Safety Division, 2010.
16. Richard N, Seblina S, Noah S. Variability of Real-World Hearing Protector Attenuation Measurement. Ann. Occup. Hyg. 2006; 50(7): 679-691.

บทความวิชาการ

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่าน:

ความท้าทายและแนวทางการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ

พิตยา จารุพนผล*

เกษร สุวิทย์ศิริ**

คณาทรัพย์ ธวัชตัง***

บทคัดย่อ

คณะกรรมการธิการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการศึกษาความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ปัจจุบันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสจากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และปัจจุบันมีประเด็นการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามเจตนารมณ์กระจายอำนาจในการศึกษานี้ได้เน้นถึงความสำคัญของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการให้บริการอย่างครอบคลุม ในลักษณะองค์รวม ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟู ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care) เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ในเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ดังนั้น การศึกษาการถ่ายโอนพื้นที่จังหวัดที่ผ่านการประเมินความพร้อมต่อการรับถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ก่อนการดำเนินการภาพรวมทั้งประเทศ จึงมีความจำเป็นเพื่อให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสีย ตลอดจนประสิทธิภาพที่จะเกิดกับประชาชนอย่างถ่องแท้ จากผลการศึกษาดังกล่าว มีข้อสรุปว่า การจัดตั้งหน่วยระดับกรมเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยจะเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนได้รับบริการในชุมชนและมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดในลักษณะองค์รวม และมีความต่อเนื่อง รวมไปถึงการพัฒนาการให้บริการเดิมหรือจัดตั้งหน่วยบริการเสริมใหม่เพื่อให้ได้มาตรฐาน ตลอดจนการจัดสรรบุคลากรแบบบูรณาการตามเกณฑ์คุณภาพแบบสหวิชาชีพโดยแพทย์ เวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพปฐมภูมิ/ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

วันที่รับบทความ: 11 กันยายน 2566; วันที่แก้ไขบทความ: 16 มิถุนายน 2567; วันที่ตอบรับบทความ: 27 กรกฎาคม 2567

*ผู้รับผิดชอบหลัก ที่ปรึกษาชำนาญการคณะกรรมการธิการการสาธารณสุขวุฒิสภา

รองศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี

***ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Primary Healthcare System Transition: Challenges and Solutions for Future Operations

Phitaya Charupoonphol*

Kesorn Suvithyasiri**

Kanasap Tawatting***

ABSTRACT

The Senate Committee on Public Health has conducted a study to examine the significance of the primary healthcare system and its impact on the public access to health services. Currently, the primary healthcare system is not making sufficient progress in achieving its objectives, which has led to a lack of quality healthcare access for the general population. Additionally, there is an ongoing issue of transferring responsibilities to local administrative organizations as part of the decentralization policy. The study emphasizes the importance of a comprehensive primary healthcare system that includes health promotion, disease prevention and control, diagnosis, treatment, rehabilitation, and palliative care. This system is in line with the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), particularly Goal 3 which aims to achieve universal health coverage.

The study highlights the need to assess the readiness of provinces for transferring the Tambon Health Promotion Hospitals (THPHs) prior to implementing a nationwide plan to determine the advantages, disadvantages, and overall efficiency for the public. The study concludes that the establishment of departmental-level unit to drive the primary healthcare system will be benefit for the public. It will serve as the initial point of healthcare contact within communities, ensuring continuous and holistic care from birth onwards. This involves improving current services or establishing new service units to comply with standards and integrating a multidisciplinary team of family medicine physicians, dentists, dental hygienists, professional nurses, nurse practitioners, pharmacists, and public health academics. This integrated approach will further advance the primary healthcare system.

Key Words: Primary Healthcare System/ Sustainable Development Goals

Article info: Received: September 11, 2023, Revised: June 16, 2024, Accepted: July 27, 2024

* Advisor, The Committee on Public Health, Senate of Thailand,

Associate Professor, Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.

Corresponding Author, Email: phitaya.cha@mahidol.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University.

*** Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

จากรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะการดำเนินการระบบสุขภาพปฐมภูมิ” ของคณะอนุกรรมการการศึกษาและติดตาม ระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีต่อประชาชน ในคณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ดำเนินการศึกษาความสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริงและเท่าเทียมกัน ซึ่งได้ถูกกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560¹ และกรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนปฏิรูปประเทศ ด้านสาธารณสุข 2 ฉบับ² และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562³ รายละเอียดงานได้กำหนดภารกิจของการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการให้บริการอย่างครอบคลุม เนื่องจากเป็นบริการด่านแรกของการบริการสุขภาพประชาชนในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรก ต่อเนื่องทุกเพศทุกวัย และผสมผสานครอบคลุมทั้งการสร้างเสริม สุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ตรวจวินิจฉัยโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟู และจนถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative Care) ประกอบกับบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นฐานรากของสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน ของประเทศไทยมาอย่างยาวนาน และเป็นกลไกที่จะสร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประเทศไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ในเป้าหมายที่ 3⁴ ว่าด้วยการบรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการ

ป้องกัน ความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจึงเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็น ที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ รวมถึงการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ ปฐมภูมิของประเทศไทย เป็นการพัฒนาด้านการสาธารณสุขมูลฐานที่สอดคล้องกับระดับโลกตามปฏิญญาแห่งอัสตานา⁵

ปัจจุบันการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทำให้ประชาชนขาดโอกาสจากการพัฒนาและการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ และปัจจุบันมีประเด็นการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามเจตนารมณ์กระจายอำนาจ เนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิที่มีสถานะทางกฎหมายที่ชัดเจน⁶ การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยยังมีปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น โครงสร้างเชิงอำนาจในการบริหารจัดการและการประสานงานที่ยังไม่มีอำนาจเพียงพอ ทั้งความชัดเจนด้านสถานะ ทางกฎหมาย และการไม่มีหน่วยประสานงานหรือหน่วยงานเลขานุการที่มีอำนาจในการประสานจัดการ อย่างแท้จริง เป็นเพียงหน่วยงานย่อยภายในระดับกรม ซึ่งขาดปัจจัยในเรื่องความคล่องตัว และกลไกการบริหาร การสั่งการ ส่งผลต่อการประสานงานระดับกระทรวง ระดับภูมิภาค และระดับพื้นที่ ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การปฏิบัติ มีความสับสนและไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ส่งผลให้การขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิล่าช้า ซึ่งต่อมาทางกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิได้จัดตั้งเป็น

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.) เป็นหน่วยงานภายในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีสถานะทางกฎหมาย และแม้ว่าต่อมาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการเสนอตั้งหน่วยงานระดับกอง ภายใต้กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ “กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ”⁷ เมื่อไม่มีสถานะเป็นนิติบุคคล การบริหารจัดการและการจัดการภารกิจจึงมีข้อจำกัด

การงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงเปลี่ยนผ่าน

การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) และ ยังไม่มีกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนที่จะจัดตั้งกอง ในกรอบเวลาเดียวกันนั้นได้มีนโยบายการถ่ายโอน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ไปสังกัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่กำลังเป็นประเด็น เรื่องระบบกลไก และผลกระทบต่อ การบริการ ประชาชน คณะอนุกรรมการเห็นว่า เพื่อให้การ ขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิสามารถบรรลุ เป้าหมายที่จะส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกันอย่างรวดเร็ว จึงมีข้อเสนอแนะเชิงหลักการตามข้อสรุปของ คณะกรรมการ ที่ปรึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิจาก ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การจัดตั้งหน่วยงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิในระดับกระทรวง ควรเป็น หน่วยงานถาวรระดับกรม โดยในขั้นต้นให้เป็นการ จัดตั้งหน่วยงานระดับกอง แปรสภาพจากสำนัก สนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบัน เพื่อให้ สามารถตอบสนองต่อการกิจของคณะกรรมการ

ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งในด้านการให้ความรู้ ประสานงาน การควบคุมคุณภาพมาตรฐานและ การติดตามเครือข่ายปฐมภูมิทั่วประเทศอย่างมี ประสิทธิภาพ และสามารถที่จะให้คำรับรองในการ ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงยกเลิก การเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงควรมีสถานะเป็น หน่วยงานระดับกรม แต่ในระยะต้น เพื่อให้มีหน่วย ปฏิบัติโดยรวดเร็ว จึงสรุปเสนอแผนการจัดตั้งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะแรก: ระยะเร่งด่วน ควรเร่งรัดการ จัดตั้งเป็นหน่วยงานระดับกอง โดยแปรสภาพจาก สำนักสนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นกอง สนับสนุนบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้มีสถานะ ทางกฎหมาย ภายใต้กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการ อย่างชัดเจน เพื่อยกระดับฐานะเป็นระดับกรม/ นิติบุคคล มีผู้อำนวยการระดับสูงเป็นหัวหน้า หน่วยงาน ซึ่งสามารถประสานเชื่อมโยงการ ดำเนินงานกับภาคส่วนต่าง ๆ ได้อย่างมี ประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงานในระยะแรก และให้มีการจัดตั้งหน่วยงานระดับภูมิภาค ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อกำกับ ติดตาม ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการ สุขภาพปฐมภูมิ

ระยะที่สอง: ภายใน 3–5 ปี หลังการ จัดตั้งหน่วยงานระดับกองในระยะแรกแล้ว ให้มีการ ปฏิบัติงานควบคู่กับการศึกษางานโครงสร้างและ งานที่ชัดเจน จึงมุ่งสู่การพัฒนาให้เป็นหน่วยงาน ระดับกรม เพื่อให้มีสถานะเป็นนิติบุคคล มีการ กำกับดูแลการบริหารจัดการทรัพยากรและ งบประมาณ ให้มีประสิทธิภาพได้อย่างคล่องตัว เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจระดับชาติต่อไป

2. การกำหนดให้มีหน่วยงานขับเคลื่อนนโยบายทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภูมิภาค ให้มีบทบาทในการกำกับ ติดตาม และตรวจสอบ การดำเนินงาน รวมถึงการควบคุมคุณภาพและ มาตรฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

3. รูปแบบการบริหารจัดการหน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ควรกำหนดให้เป็นการบริหารร่วมกันของเครือข่าย ที่มีส่วนร่วมในพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมและสะท้อน บริบทความต้องการของพื้นที่ เพื่อให้บริการ สามารถตอบสนองต่อความต้องการสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรมตามบริบท ของพื้นที่และเพื่อความยั่งยืน

4. การกำหนดให้โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยงานหลัก ในการสร้างเครือข่ายปฐมภูมิในพื้นที่เพื่อให้เกิด กลไกความร่วมมือของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และ ภาคประชาชนซึ่งเป็นพลวัตปฐมภูมิ ร่วมกัน โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่หรือนโยบายที่ชัดเจน เพื่อให้มีการดำเนินการพร้อมกัน ทั่วประเทศทั้งใน พื้นที่เขตชนบทและพื้นที่เขตเมืองซึ่งจะทำให้เกิด ความเป็นหน่วยปฐมภูมิในมาตรฐานเดียวกันของ กระทรวงสาธารณสุข และหรือองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และเป็นไปตาม เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 พร้อมทั้งพัฒนา รพ.สต. ให้มีศักยภาพสูงขึ้น รองรับบริการเป็นหน่วยบริการ ปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ

5. การพัฒนาระบบเทคโนโลยีเชื่อมต่อ ระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งทุติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ในการตรวจรักษาขั้นต้นตามระบบการรักษา ทางไกล (Telemedicine) และการเชื่อมต่อข้อมูล การรักษาผู้ป่วย เพื่อให้เกิดการรักษาต่อเนื่อง และ ประชาชนเกิดความเชื่อมั่นในระบบ

6. การขอขึ้นทะเบียนเพื่อเป็น หน่วย บริการปฐมภูมิ ตามประกาศคณะกรรมการระบบ สุขภาพปฐมภูมิ เรื่อง ลักษณะของหน่วยบริการ และ เครือข่ายหน่วยบริการที่จะขึ้นทะเบียน การขึ้นทะเบียน และการแบ่งเขตพื้นที่ เพื่อเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ข้อ 9 (1) กำหนดว่า “กรณีการ ขอขึ้นทะเบียนเพื่อเป็น หน่วยบริการปฐมภูมิ” ให้ถือเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการในเขตพื้นที่ รับผิดชอบระหว่างแปดพันคนถึงหนึ่งหมื่น สองพันคน ทั้งนี้ เมื่อได้พิจารณาถึงความปลอดภัย และความสะดวกของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่ แล้ว อาจพิจารณากำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบตามความเหมาะสมก็ได้” นั้น ปัจจุบันมีการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้เพียง 2,698 แห่ง^๑ จากเป้าหมาย 6,500 แห่ง และสามารถ ดำเนินการได้เฉพาะในพื้นที่เขตเมืองที่มีจำนวน ประชากรมากแต่เป็นอุปสรรคต่อการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิในพื้นที่เขตชนบท และเขตเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

นอกจากนั้นประเทศไทยได้มีการพัฒนา ระบบ การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตามยุทธศาสตร์การสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์การอนามัย โลกช่วงปี 2520 - 2521

มาตามลำดับ เช่น การกำหนดให้มีโครงการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ปี 2543 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁹ และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550¹⁰ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ประเทศไทยส่วนใหญ่ทุกพื้นที่ มีการดำเนินการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะของระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยธรรมชาติ และเป็นระบบที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของคน ในท้องถิ่น ซึ่งนับเป็นความยั่งยืน และจากการศึกษาการดำเนินงานในพื้นที่โดยเน้นในเรื่องของการพัฒนา ด้วยสังคมขับเคลื่อนในรูปแบบปฐมภูมิที่เป็นพลวัต (พลวัตปฐมภูมิ) พบว่าพื้นที่ท้องถิ่นส่วนใหญ่ มีความพร้อม หากได้รับการส่งเสริมความรู้เรื่องปฐมภูมิ มีการพัฒนาขีดความสามารถ มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สูงขึ้น มีการพัฒนาเทคโนโลยีในรูปแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาใช้ และมีงบประมาณบริหารจำนวนหนึ่งในการบริหารจัดการ จะสามารถดำเนินการเป็นเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹¹ ได้ด้วยระยะเวลาที่รวดเร็ว ดังนั้น การกำหนดเกณฑ์จำนวนผู้รับบริการ อาจจะกำหนดจำนวนที่น้อยกว่า 8,000 คน โดยนำเกณฑ์ การพิจารณาถึงความสะดวก ความปลอดภัยของผู้รับบริการ และสภาพพื้นที่มาใช้กำหนดเป็นหลัก ตามความเหมาะสม จะทำให้ประเทศไทยมีเครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิได้มากขึ้น ประชาชนได้ผลประโยชน์โดยตรงในเวลาอันรวดเร็ว

7. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ซึ่งปัจจุบันมีความขาดแคลนควรพิจารณานาเกลยุทธ์คลินิกหมอ ครอบครัว การจัดแพทย์หมุนเวียนลงตรวจในพื้นที่ต่าง ๆ การสร้างระบบการตรวจ

รักษาโดยการนำเทคโนโลยี การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) มาเสริมการตรวจรักษา การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการคงอยู่ เพื่อให้สามารถครอบคลุมทุกพื้นที่

8. การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งปัจจุบัน มีจำนวนประมาณ 1,047,440 คน¹² ให้มีความสามารถในด้านระบาดวิทยา และมีความรู้ความสามารถในด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร เพื่อรองรับการบริการในชุมชน และการติดต่อประสานงานกับแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาลได้สะดวก รวดเร็ว

9. การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นภารกิจที่สำคัญระหว่างทั้งสองกระทรวงระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย โดยกรมปกครองส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และการให้บริการระบบบริการปฐมภูมิแก่ประชาชน ซึ่งมีการกักขังได้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขและงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ปัจจุบันข้อมูลปี 2566 มีการถ่ายโอนเพียง 84 แห่ง⁸

รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การถ่ายโอนดังกล่าวจึงมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องหลายฉบับ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542¹³ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁹ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹¹ ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีข้อมูล ที่ชัดเจนเพียงพอเพื่อประกอบการตัดสินใจในการถ่ายโอนของรพ.สต. และบุคลากรที่ยังเป็นประเด็นเรื่องกระทบ

ในการบริหารจัดการมบุคลากร งบประมาณ และคุณภาพในการให้บริการประชาชนประกอบกับแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งมีการผลิตและพัฒนาเพื่อปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังต้องใช้เวลาในการผลิต ดังนั้นการถ่ายโอนในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป เมื่อหน่วยงานมีความพร้อมทั้งหน่วยงาน รพ.สต. และท้องถิ่น รวมทั้งมีการดำเนินการจัดทำโครงการนำร่อง (Sandbox) เรื่องบริการที่จัดให้ การพิจารณาอัตราบุคลากรที่ให้บริการ งบประมาณ ข้อมูลของพื้นที่ ที่ใช้ในการบริหารจัดการและระบบธรรมาภิบาล และมีการศึกษาในเรื่องประเด็นดังต่อไปนี้

ด้านนโยบายและกฎหมาย ควรพิจารณาความทับซ้อนของกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ ทั้งพระราชบัญญัติแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542¹³ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545⁹ และพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562¹¹ เพื่อบูรณาการและกำหนดภารกิจรวมถึงการพัฒนาบริการอย่างต่อเนื่อง ด้านการบริหารจัดการ รพ.สต. และการบริการสุขภาพปฐมภูมิ

ด้านบุคลากร ควรกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานะ ตำแหน่ง และความก้าวหน้าของบุคลากรที่จะถ่ายโอนไป โดยมีระบบกลไกการเสนอกรอบงาน ความก้าวหน้า ความมั่นคงในตำแหน่ง โดยไม่ควรมีน้อยกว่าเดิมและชัดเจน

ด้านการบริหารจัดการ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงมหาดไทยพิจารณาร่วมกัน เพื่อกำหนดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการถ่ายโอน และการบริหารจัดการระบบงบประมาณ และการส่งต่อ ผู้ป่วย รวมถึงควรมี

กระบวนการศึกษาเรื่องการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จากภาคประชาชน คนในพื้นที่ และภาคีเครือข่าย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาในการถ่ายโอนและเป็นข้อมูลที่สะท้อนความต้องการของผู้รับบริการ ทั้งนี้การถ่ายโอนไม่ควรเร่งรีบดำเนินการ หากแต่ควรมีการโดยมีกำหนดพื้นที่นำร่อง (Sandbox)

สรุป

เพื่อศึกษาการถ่ายโอนในพื้นที่จังหวัดที่ผ่านการประเมินความพร้อมต่อการรับถ่ายโอน รพ.สต. ก่อนการดำเนินการภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อให้ทราบถึงข้อดีและข้อเสีย ตลอดจนประสิทธิภาพที่จะเกิดกับประชาชนอย่างถ่องแท้ จากผลการพิจารณาศึกษาดังกล่าว มีข้อสรุปว่าการจัดตั้งหน่วยขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชน โดยจะเป็นบริการสุขภาพด่านแรกที่ประชาชนได้รับการบริการในชุมชน และมีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิด ในลักษณะองค์รวม ตั้งแต่แรก และต่อเนื่อง จนถึงการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต (Palliative care) รวมถึงกลไกที่สำคัญ อาจเป็นการรวมกลุ่มหน่วยบริการเดิมหรือจัดตั้งหน่วยบริการเสริมใหม่ เพื่อให้ได้มาตรฐานโดยจัดสรรบุคลากรแบบบูรณาการ ตามเกณฑ์คุณภาพแบบสหวิชาชีพโดยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ ทันตภิบาล พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เภสัชกร และนักวิชาการสาธารณสุข ทั้งนี้ การติดตามประเมินผลความสำเร็จ ทั้งปัจจัยนำเข้ากระบวนการและผลลัพธ์ที่มีความแตกต่างตามความพร้อมของพื้นที่กำลังบุคลากร งบประมาณ และผู้นำการเปลี่ยนแปลงอย่างมีส่วนร่วมเพื่อให้บริการอย่างมืออาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. Thai. Law, CONSTITUTION OF THE KINGDOM OF THAILAND (B.E. 2560). Nonthaburi: The Secretariat of the House of Representatives; 2017. (In Thai)

2. Thai. Law, The National Strategy (2018-2037). Thai Government Gazette; 2018. (In Thai)

3. Thai. Law, Act. Primary Health System Act, B.E. 2019. Nonthaburi: The Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2019. (In Thai)

4. United Nations Thailand. The Sustainable Development Goals in Thailand [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://thailand.un.org/th/sdgs>

5. World Health Organization. Declaration of Astana [Internet]. 2018 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>

6. The Senate Standing Committee on Public Health. Report on studies on the functioning of the primary health system, the height and continuity of the primary health system. of the Senate Public Health Committee [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://dl.parliament.go.th/handle/20.500.13072/599353>

7. Thai. Law, Ministerial Regulations. Ministerial Regulations on the Division of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2017. Nonthaburi: The Permanent Secretary Ministry of Public Health; 2017. (In Thai)

8. Health Service System Support Office. Registration of primary care units Areas 1-12 [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/regist1?authuser=0>

9. Thai. Law, Act. The National Health Security Act 2002. Nonthaburi: National Health Commission; 2002. (In Thai)

10. Thai. Law, Act. The National Health Act 2002. Nonthaburi: National Health Commission; 2002. (In Thai)

11. Thai. Law, Act. The Primary Health System Act 2017. Nonthaburi: National Health Commission; 2017. (In Thai)

12. Digital Government Development Agency. Number of village health volunteers [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 9]. Available from: https://data.go.th/en/dataset/dataset02_19

13. Thai. Law, Act. The Establishing Plans and Procedures for Decentralizing Power to Local Administrative Organizations Act B.E. 2542. Bangkok: The Council of State; 2002. (In Thai)

บทความวิชาการ

การดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน

วิไลพรรณ สมบุญตนนท์

บทคัดย่อ

กลุ่มบุคคล (Aggregate group) เป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในชุมชนที่พยาบาลสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการดูแลที่จะทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดี บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอความสำคัญและแนวคิดในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน รวมทั้งตัวอย่างบทบาทพยาบาลชุมชนในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนทั้ง 5 กลุ่มวัย ตั้งแต่กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย กลุ่มเด็กวัยรุ่น / เยาวชน กลุ่มวัยทำงาน และ กลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากในการพยาบาลชุมชนเนื่องจากกลุ่มคนในชุมชนหลายๆกลุ่มที่มีสุขภาพดีย่อมส่งผลรวมทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดีต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ / กลุ่มคนในชุมชน / พยาบาลชุมชน

ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Caring for Aggregate Group in the Community

Wilaiapun Somboontanont

ABSTRACT

Aggregate group is the significant group in the community which community health nurse plays the vital role in caring for healthy community. This article is aimed to introduce significance and concepts of caring for aggregate group in the community including examples of community nurses' roles in caring for five aggregate groups (i.e., women and early childhood group, school age child group, adolescence group, adult group, and older person group). Therefore, caring for aggregate group is essential in community health nursing since healthy aggregate will reach to healthy community in the future.

Key Words: Caring/Aggregate group/Community health nurse

* Lect. Dr., Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University.

บทนำ

หลักสำคัญของการพยาบาลชุมชน มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพให้กับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและประชาชนในชุมชน ขอบข่ายของงานพยาบาลชุมชนนั้นครอบคลุมการพยาบาลในหลายหน่วยบริการในชุมชน อาทิ เช่น การพยาบาลที่บ้าน (Home health care) การพยาบาลในสถานศึกษา (School Health) หรือในสถานประกอบการ (Occupational Health) เป็นต้น^{1,2} ซึ่งไม่เพียงแต่จะต้องใช้ทักษะทางการพยาบาลเท่านั้น ยังต้องใช้ความเชี่ยวชาญและทักษะในด้านอื่น ๆ เช่น ทางระบาดวิทยา ทางสาธารณสุข การบริหารจัดการ ในการดูแลสุขภาพของประชาชนทุกระดับในชุมชนตั้งแต่ระดับบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวไปจนถึงการดูแลในระดับชุมชน^{1,2} นอกจากนั้นพยาบาลชุมชนยังเป็นผู้กลางทางสาธารณสุขที่ทำงานใกล้ชิดกับบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนในชุมชนตลอดจนชุมชนเอง ศักยภาพและความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองของกลุ่มคนในชุมชนขึ้นอยู่กับบทบาทและความสำคัญของบุคคลเป็นสำคัญ ซึ่งสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ดังนั้นการดูแลจัดการด้านการเจ็บป่วยจึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน โดยบุคคลแต่ละคนย่อมมีวิธีในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป¹ เนื่องจากสุขภาพและความเจ็บป่วยอาจขึ้นกับขอบข่ายทางวัฒนธรรม แม้จะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บเดียวกัน ทำให้แต่ละคนมีประสบการณ์ ค่านิยม และแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพและความเจ็บป่วย แตกต่างกันไป¹ ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจึงเป็นเรื่องของประชาชนในชุมชน การดูแลสุขภาพตนเอง

ยังเป็นการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของบุคคลเนื่องจากบริการทางการแพทย์อาจยังไม่ทั่วถึงในบางชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง หรือมีความเหลื่อมล้ำในบางกลุ่มที่อาจเข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่เนื่องจากการที่มีรายได้ไม่เพียงพอหรือจากปัญหาเศรษฐกิจทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ หรืออาจจากความแตกต่างทางสุขภาพของแต่ละบุคคลและความสามารถในการจัดการกับความเครียดทางสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการดูแลสุขภาพเป็นกระบวนการตัดสินใจที่รวมการสังเกต การรับรู้ อาการ การให้ความหมายอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับความรุนแรง การเลือกวิธีการรักษา และการประเมินผลของการรักษา³

ชุมชน เกิดจากการรวมตัวกันของกลุ่มคนและอยู่ร่วมกันในอาณาเขตพื้นที่โดยมีความผูกพันกันและมีวิถีชีวิต ระเบียบปฏิบัติที่คล้ายกัน^{1,2} กลุ่มคนหลากหลายกลุ่มที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันประกอบกันเป็นชุมชน ดังนั้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชนจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมากเนื่องจากกลุ่มคนในชุมชนหลายๆกลุ่มมีสุขภาพดี ย่อมส่งผลรวมให้เกิดชุมชนสุขภาพดีไปด้วย นอกจากนั้นชุมชนยังเป็นสถาบันที่มีความสำคัญไม่น้อยกว่าสถาบันครอบครัว การที่กลุ่มคนในชุมชนจะมีสุขภาพดีได้นั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายในการสร้างแนวทางการปฏิบัติการวางแผนดูแลสุขภาพเพื่อให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนนำไปสู่การมีสุขภาพดี ดังนั้นการดูแลสุขภาพกลุ่มบุคคลจึงเป็นอีกเป้าหมายที่สำคัญของพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพในงานการพยาบาลชุมชนที่พยาบาลชุมชน

เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดชุมชนสุขภาพดีในทุกระดับนอกเหนือจากการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคล ครอบครัวและชุมชน²

สาระสำคัญของการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนในที่นี้จะกล่าวถึงประเด็นเนื้อหาของความหมายของกลุ่มบุคคลในชุมชน (Aggregate group) ความสำคัญและแนวคิดในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนโดยสังเขป รวมทั้งตัวอย่างของการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนโดยสังเขป

ความหมายของกลุ่มบุคคล (Aggregate Group)

กลุ่มบุคคล (Aggregate group) หรือกลุ่มคนหมายถึง บุคคล ครอบครัว หรือกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนที่มีความเหมือนหรือคล้ายคลึงกันทางสังคม มีความต้องการทางด้านสุขภาพ (needs) หรือมีความสนใจร่วมกัน (interests)²

ในการพยาบาลชุมชน กลุ่มบุคคลหรือกลุ่มคน (Aggregate group) จึงจัดเป็นกลุ่มย่อย (Subpopulation group) ที่อยู่ในกลุ่มประชากรทั้งหมดในชุมชน (Population group) ซึ่งอาจแบ่งตามเพศ ช่วงวัย เชื้อชาติ หรือกลุ่มที่มีความต้องการทางสุขภาพเฉพาะก็ได้⁴ เช่น กลุ่มเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี 11เดือน 29 วัน) กลุ่มสตรีกลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 14 ปี) กลุ่มวัยรุ่น /เยาวชน (15 - 21 ปี) กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) กลุ่มผู้พิการ กลุ่มคนเร่ร่อนไร้บ้าน (Homeless group) หรือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มคนที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน มีภาวะโรคเรื้อรัง มีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพต่าง ๆ หรือมีความต้องการการดูแลที่พิเศษจากกลุ่มประชากรทั่วไป เช่น กลุ่มผู้สูงอายุโรคไตวายเรื้อรังในชุมชน กลุ่มมารักร่วมเพศ

กลุ่มผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ป่วยประสพภัยสงครามตามแนวชายแดน เป็นต้น ในการดูแลสุขภาพแต่ละกลุ่มคนจึงมีความสำคัญและมีแนวคิดหลักในการจัดการดูแลดังจะกล่าวต่อไป

ความสำคัญและแนวคิดในการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชน

ในปัจจุบันการดำเนินงานสาธารณสุขแนวใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์ของประเทศเน้นความสำคัญในการมองไปที่ความต้องการของแต่ละบุคคลหรือแต่ละกลุ่ม ในระดับชุมชนหรือระดับประเทศ ตามความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนโดยอาจจะระบุได้จากสุขภาพที่เสี่ยงและการสูญเสียด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพสังคม อาชีพ เศรษฐกิจหรือการมีสภาพไร้ความสามารถจากโรคเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษในชุมชนจะระบุตามกลุ่มประชากรเฉพาะ มีสภาพและมีความเสี่ยงทางสุขภาพ มีความต้องการโดยเฉพาะ มีความพิเศษทางด้านสุขภาพ ซึ่งชุมชนหนึ่งๆอาจมีกลุ่มที่อ่อนแอและต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากพยาบาลชุมชน ยกตัวอย่างเช่นกลุ่มคนที่มีโรคเรื้อรัง กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มสตรีถูกทารุณกรรมทางเพศ กลุ่มผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต และกลุ่มคนไร้บ้าน หรือกลุ่มผู้ต้องขัง นอกจากนี้ยังมีความต้องการการดูแลสุขภาพฉุกเฉินซึ่งต้องการการดูแลที่แตกต่างหรือมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่าการดูแลประชากรทั่วๆไปทั้งหมดในชุมชน

ในแต่ละชุมชนประกอบไปด้วยกลุ่มคนหลายๆกลุ่ม ประเภทของกลุ่มคนอาจถูกจัดแบ่งแบบง่ายตามลักษณะเชื้อชาติหรือถิ่นที่อยู่ เช่น กลุ่มชนกลุ่มน้อยบนพื้นที่สูง กลุ่มคนหรือกลุ่มบุคคลที่ใช้บ่อยในการเป็นกลุ่มเป้าหมาย

ในการดูแลคือกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงทางสุขภาพ (High-risk aggregate) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะร่วมกันเช่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพที่เหมือนกัน ในกลุ่มเสี่ยงวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น ที่ต้องการการดูแลจัดการสุขภาพที่มีความเฉพาะเจาะจงกับปัญหาเฉพาะกลุ่มซึ่งแตกต่างจากการดูแลสุขภาพชุมชนที่มีกลุ่มเป้าหมายและหวังผลการดูแลที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งหมดในชุมชน

การดูแลกลุ่มคนในชุมชนมีกลุ่มเป้าหมายในการดูแลได้แก่ กลุ่มบุคคล ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพที่เหมือน ๆ กัน ดังนั้นการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนพยาบาลต้องใช้องค์ความรู้ไม่เฉพาะแต่ทางการแพทย์พยาบาลชุมชนเท่านั้น องค์ความรู้อื่น ๆ ทางพยาบาลยังเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องนำมาใช้เป็นแนวคิดในการดูแลกลุ่มบุคคลในชุมชนด้วยวิธีการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับกลุ่มบุคคลในชุมชนที่พยาบาลต้องวางแผนในการดูแลนั้นสามารถแบ่งตามภาวะสุขภาพได้แก่กลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพปกติ กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพแล้ว หลักคิดเกี่ยวกับวิธีการจัดการที่ใช้ในการดูแลกลุ่มคนในชุมชนและประเภทของวิธีการจัดการกับสุขภาพที่ใช้ขึ้นกับวัตถุประสงค์ในการป้องกัน (Preventive) การรักษา ดูแล หรือแก้ไขปัญหา (Curative) และ การฟื้นฟูสุขภาพ (Restorative)

โดยพยาบาลชุมชนมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนภายใต้การบริการทางด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพใน 4 มิติในการดูแล^{1,2} ได้แก่ 1) การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและจิต

วิญญาณ 2) การป้องกันโรค เป็นการปกป้องสุขภาพและการลดความเสี่ยงในการเกิดโรค การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 3) การรักษาโรค เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับแพทย์ในการบำบัดรักษาโรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ไม่ให้โรคมีความรุนแรงมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ 4) การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการฟื้นหายจากโรคที่เป็นโดยไม่มีความพิการจากโรคเพิ่มขึ้น อาจเป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลับมาดำรงชีวิตอย่างปกติดังเดิม

นอกจากนั้นวิธีการจัดการในการดูแลกลุ่มคนในชุมชนยังมีหลากหลายมากมาย หลายรูปแบบซึ่งสามารถแบ่งเป็น 9 รูปแบบใหญ่ๆตามวิธีการที่ใช้ในการจัดการดูแลสุขภาพทางการแพทย์พยาบาล ได้แก่ การใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน การใช้กลวิธีทางการแพทย์พยาบาล การใช้องค์ความรู้ และกระบวนการทางระบาดวิทยา การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์พยาบาล การให้สุขศึกษา กระบวนการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน การจัดการดูแลรายกรณี การใช้ศาสตร์ทางการแพทย์พยาบาลต่าง ๆ และการใช้นวัตกรรมทางการแพทย์พยาบาล ในที่นี้จะกล่าวถึงรูปแบบการดูแลที่นิยมใช้ในการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนพอสังเขปในแต่ละรูปแบบ ดังนี้

1. การใช้กระบวนการพยาบาลชุมชน (Community Health Nursing Process) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกลวิธีหลักในการดูแลกลุ่มคนในชุมชนนั้น เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการจัดระเบียบกระบวนการคิดที่เป็นระบบเพื่อประกอบการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาทางการแพทย์พยาบาล^{2,4,5} กระบวนการพยาบาลชุมชน

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินชุมชน (Community assessment) การวินิจฉัยปัญหา (Community Diagnosis) การวางแผน (Planning) การดำเนินงาน (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ทั้ง 5 ขั้นตอนนี้จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ต่อกันเป็นวัฏจักรในแง่ของการใช้ประโยชน์อาจมีการซ้ำซ้อนกันได้ ในบางกรณี อาทิ เช่น เมื่อได้ทำการประเมินชุมชนแห่งหนึ่งแล้วพบว่ามีปัญหาสุขภาพ จากนั้นได้มีการวางแผนงานเพื่อที่จะทำการแก้ปัญหาที่นั้น ๆ ในชุมชน หลังจากที่ได้ดำเนินงานไปได้ระยะหนึ่ง มีการประเมินออกมาว่า ปัญหาสุขภาพนั้นไม่สามารถแก้ไขให้หมดได้ ก็อาจจะต้องย้อนกลับไปขั้นตอนการประเมินใหม่ว่ามีเหตุปัจจัยใดที่ทำให้แผนงาน/โครงการนั้นไม่สามารถแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนให้หมดไปได้ แล้วจึงทำการวางแผนเพื่อดำเนินงานและประเมินผลใหม่เช่นนี้ต่อไป⁶

2. การใช้กลวิธีทางการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นการใช้รูปแบบที่ประมวลมาจากองค์ความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาล และจากศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง เช่น ทางสังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ จิตวิทยา แล้วนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาลในการให้การดูแลบุคคล และกลุ่มประชากรเป้าหมาย อาทิเช่น การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Health Prevention) การลดความเสี่ยง (Risk Reduction) แรงสนับสนุนและเครือข่ายทางสังคม (Social Support & Social Network) การดูแลตนเอง (Self-Care) กลุ่มเกื้อกูล (Small Group or Self-Help Group) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Changing Health

Behavior) การคัดกรองโรค (Screening) และการส่งต่อ (Referral System) เป็นต้น ในที่นี้ไม่ได้นำเสนอตัวอย่างในการใช้กลวิธีต่าง ๆ ซึ่งสามารถหาอ่านได้จากงานวิจัยต่าง ๆ ที่ประยุกต์ใช้แต่ละกลวิธีในประชากรกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มที่แตกต่างกันไปในแต่ละปัญหาสุขภาพ

3. การใช้องค์ความรู้และกระบวนการทางระบาดวิทยา (Epidemiological Approach) อาจนำมาใช้ในการประเมินความรุนแรงของปัญหา หรือนำมาใช้ในการเฝ้าระวังหรือสอบสวนโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพแก่กลุ่มบุคคลในชุมชนที่เป็นเป้าหมายในการดูแลได้^{1,7} เช่น การสำรวจความชุกของภาวะกล้ามเนื้อพร่องในผู้สูงอายุในชุมชน การสืบสวนการระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน เป็นต้น

4. การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาล (Evidence Based Nursing Practice) เป็นกระบวนการที่องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ที่ได้จากงานวิจัยหรือการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดที่มีอยู่ (the best available evidence) ถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไข ปัญหาทางคลินิกให้ผู้ป่วยและยังเป็นการใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ซึ่งได้จากกระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจการพยาบาล^{5,8} เช่น การประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน⁹ เป็นต้น

5. การให้สุขศึกษา (Health Education Process) เป็นกระบวนการที่มีการวางแผนไว้อย่างมีระบบ ทำให้เกิดความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องและมีจุดมุ่งหมายที่จะให้กลุ่มบุคคลคิดและหาเหตุผลด้วยตนเองที่จะเลือกและตัดสินใจ

ที่จะปฏิบัติในทางที่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มคนในชุมชน อาจใช้ รูปแบบการบรรยายกลุ่ม การสาธิต การอภิปราย หมู่ หรือการฝึกอบรมก็ได้ เป็นกลวิธีที่พยาบาล ชุมชนนิยมใช้มากที่สุดในการดูแลสุขภาพกลุ่มคน ในชุมชน

6. กระบวนการเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home visit process and home health care) การเยี่ยมบ้านเป็นกลวิธีที่พยาบาล ชุมชนเข้าไปให้การดูแลสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัวและประชาชน ทั้งบุคคลที่มีสภาวะทาง สุขภาพอยู่ในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหา ทางสุขภาพที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง หรือบุคคล ที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยที่เฉื่อย เป็นบริการดูแลสุขภาพเชิงรุก ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริม ความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ให้เกิดการพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ เป็นระบบบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาล สู่บ้าน เป็นการให้บริการแบบองค์รวมแก่ครอบครัว และบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ โดยมีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเอง มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ และศักยภาพในการเผชิญปัญหา และจัดการปัญหาเหล่านั้นได้

7. การจัดการดูแลรายกรณี (Case Management Process) เป็นการจักระบบการ ดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลต่อเนื่องไปยัง

ชุมชน โดยมีการออกแบบกระบวนการ โดยจัดเป็น โปรแกรมให้แก่ผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล จนกลับสู่บ้านและชุมชน มีการประสานงานทำงาน ร่วมกันระหว่างพยาบาลชุมชนกับทีมสหสาขา วิชาชีพในการประเมินปัญหาสุขภาพ วางแผนและ กำหนดแนวทางในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการจัดการที่ดีและเป็นระบบ มีการติดตาม ผลลัพธ์เพื่อให้บรรลุความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและใช้ทรัพยากรที่มีอย่าง คุ่มค่า เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมในการจัดการ ผู้ป่วย 4 ลักษณะได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ทางคลินิก (มีความเสี่ยงสูงและรุนแรง) ต้องใช้ ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงหรือล้มเหลว ในการรักษาทำให้ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำ เช่นกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนที่คุมน้ำตาลได้ยาก เป็นต้น

8. การใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลต่าง ๆ (Nursing science) เช่นการใช้ศาสตร์ทางการ พยาบาลผู้สูงอายุในการจัดการสุขภาพพยาบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม การใช้ศาสตร์ทางการ พยาบาลอายุรศาสตร์ในการดูแลสุขภาพกลุ่ม คนที่มีโรคเรื้อรัง การใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล สติศาสตร์ในการดูแลกลุ่มแม่หลังคลอด การใช้องค์ ความรู้ทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ในการดูแล ปัญหาสุขภาพให้กับกลุ่มผู้ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การดูแลกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาติดเกมส์โดยใช้องค์ ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ เป็นต้น

9. การใช้นวัตกรรมทางการพยาบาล (Nursing Innovation) นวัตกรรมเป็นวิธีการหนึ่ง ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนจากการที่โลกและ ระบบสาธารณสุข มีการพัฒนาและมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมเป็นได้

ทั้ง ผลผลิต การกระทำ วิธีการหรือกระบวนการ เป็นการสร้างสิ่งใหม่ การยอมรับสิ่งใหม่หรือ การนำเสนอสิ่งใหม่รวมทั้งวิธีการใหม่หรือ การเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินการจากเดิมนอกจากนั้นนวัตกรรมยังเป็น วิธีการหรือ การกระทำรวมถึงกระบวนการดำเนินการและการเรียนรู้ ตลอดจนผลผลิต ผลลัพธ์ เพื่อการ นำเสนอสิ่งใหม่ ยอมรับสิ่งใหม่ วิธีการใหม่ หรือการ สร้างสิ่งใหม่ ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนรูปแบบ ที่มีความเกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันกับกระบวนการเรียนรู้และความรู้ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสรรค์นี้โดยไม่สามารถ แยกจากกันได้ ตัวอย่างนวัตกรรมทางการแพทย์ ชุมชน อาทิเช่น นาฬิกาแจ้งเตือนการพลิกตะแคง ตัวสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน เจลประคบ เย็นลดปวดจากยางมะกอกป่า¹⁰ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคน ในชุมชนนั้นอาจไม่สามารถจำกัดการใช้รูปแบบใด รูปแบบหนึ่งได้ บางกรณีอาจต้องใช้หลายรูปแบบ ร่วมกัน อาทิเช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมในชุมชน อาจต้องใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ร่วมกับการจัดการรายกรณีและเครือข่าย สนับสนุนทางสังคมร่วมด้วย หรือการจัดการดูแล สุขภาพหญิงแรงงานข้ามชาติตั้งครรภ์ อาจต้องใช้ กระบวนการสุศึกษาในการให้ความรู้ในเรื่องข้อปฏิบัติ ตนขณะตั้งครรภ์ร่วมกับกระบวนการเยี่ยมบ้าน ในการติดตามการปฏิบัติตัวภายหลังการให้ความรู้ เป็นต้น ดังนั้นการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคน ในชุมชนจึงต้องมีการวางแผนการดูแลสุขภาพตาม สถานการณ์ ปัญหาและความต้องการทาง ด้านสุขภาพ ต้องเข้าใจลักษณะเฉพาะของกลุ่ม ประชากร (Aggregate) ที่มีความแตกต่างกันทั้ง

คุณลักษณะ (Characteristics) และ ปัญหาทาง สุขภาพ โดยจะต้องมีการกำหนดแนวทางในการ เลือกรูปแบบของการปฏิบัติ เพื่อการดูแลสุขภาพ ที่นำมาสู่สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกจากนั้นยังต้องผ่าน กระบวนการคิดที่มีผลต่อการเลือกปฏิบัติที่กลุ่ม บุคคลในชุมชนสามารถปฏิบัติเพื่อให้มีสภาวะ ที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การดูแลสุขภาพกลุ่มบุคคลในชุมชนให้มีสภาวะ จึงจะนำไปสู่การมีชุมชนสุขภาพดี (Healthy Community) ได้ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการดูแล สุขภาพไม่ว่าจะเป็นรูปแบบใด ล้วนแต่มี ความสำคัญต่อกันทั้งสิ้น โดยทำให้การดูแลสุขภาพ กลุ่มคนในชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งเพราะถือว่ามีส่วน ช่วยพัฒนาคุณภาพของชีวิตมนุษย์ให้ดำรงอยู่ใน สังคมได้อย่างมีความสุขตลอดไปตามศักยภาพที่มี โดยพยาบาลชุมชนจะต้องมีการวางแผนจัดการดูแล สุขภาพที่เหมาะสมในกลุ่มประชากรแต่ละ กลุ่มต่อไป

กล่าวโดยสรุป ข้อคิด ข้อพิจารณาในการนำ รูปแบบต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นไปใช้ในการจัดการ ดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนนั้น จะต้องคำนึงถึง ปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. กลุ่มอายุของประชากรเป้าหมายที่ให การดูแลหรือกลุ่มคนที่เป็นเป้าหมายในการดูแลคือ กลุ่มใด เช่นกลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น โดยต้องคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของประชากร ในแต่ละกลุ่มเป็นสำคัญ

2. ปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หรือสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของประชากร เป้าหมายที่ให้การดูแลตามกลุ่มอายุเป็นเช่นใด เช่น ภาวะ Geriatric Syndrome ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ภาวะโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน การใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น ภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มวัยทำงาน เป็นต้น

3. เลือกใช้รูปแบบหรือกลวิธี ต่าง ๆ เพื่อป้องกัน บรรเทา หรือแก้ไขปัญหาด้านปัจจัยเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น การให้สุขศึกษาในการให้นมบุตรสำหรับแม่หลังคลอด การใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในการป้องกันวัยรุ่นติดสารเสพติด หรือการใช้วิธีการส่งต่อการดูแลให้แพทย์เฉพาะทางเมื่อคัดกรองพบผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น

4. ดำเนินการตามกลวิธีที่เลือกพร้อมทั้งประยุกต์ใช้องค์ความรู้ต่าง ๆ ในการให้การดูแล

5. ประเมินผลลัพธ์ตามดัชนีชี้วัดและมีการปรับเปลี่ยนวิธีดำเนินการเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ในการดูแลที่ตั้งไว้ โดยอาจมีการประเมินผลลัพธ์ในระหว่างดำเนินการเพื่อนำมาปรับปรุงวิธีการในการดูแลสุขภาพก็ได้

กรณีตัวอย่างการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนใน 5 กลุ่มวัย

ตัวอย่างแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนในที่นี้จะได้แสดงถึงการพัฒนาสุขภาพและการดูแลกลุ่มคนตามช่วงวัยที่อ้างอิงตามกระทรวงสาธารณสุข ในการใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานสาธารณสุขในประเทศไทย โดยจะได้กล่าวถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพ แนวทางการดูแลสุขภาพในบทบาทของพยาบาลชุมชนในแต่ละกลุ่มดังกล่าวอันจะทำให้เห็นถึงภาพรวมในการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนในแต่ละช่วงวัยตามสถานการณ์ปัญหา และการจัดการดูแล โดยแบ่งเป็นกลุ่มบุคคลตามช่วงวัยเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน)
2. กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 - 14 ปี)
3. กลุ่มวัยรุ่น / เยาวชน (15 - 21 ปี)
4. กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี) และ
5. กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน)

สถานการณ์ปัญหาในกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย ใน พ.ศ.2565 อัตราตายของมารดาพบว่า มีอัตรา 20.0 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ส่วนอัตราตายของทารกเท่ากับ 5.3 ต่อการเกิดมีชีพพันคน จะเห็นได้ว่า สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาจากสาเหตุทางตรง (Direct cause) ที่สามารถป้องกันได้ ร้อยละ 56.6 โดยสาเหตุ 5 อันดับแรก คือ การตกเลือด ร้อยละ 30.4 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 17.4 น้ำคร่ำอุดตันในกระแสเลือด ร้อยละ 13.0 การติดเชื้อในกระแสเลือด ร้อยละ 11.6 และการแท้ง ร้อยละ 10¹¹ จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นว่าการเสียชีวิตของมารดาและทารก ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศที่ต้องหาแนวทางแก้ไข เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ถึงปัญหาสาธารณสุขและยังเป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจสังคมอีกด้วย โดยการดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก จึงมีเป้าหมายในการลดอัตราตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ โดยให้มีการส่งต่อสตรีตั้งครรภ์ในภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ ในกลุ่มเด็กปฐมวัยนั้นมุ่งเน้นให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย โดยการจัดให้มีการตรวจคัดกรองพัฒนาการ และส่งเสริมพัฒนาการทั้ง 5 ด้านในเด็กทุกคน มีการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการพร้อมเรียนรู้

ตามช่วงวัย ตลอดจนส่งเสริมความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ

ดังนั้นบทบาทพยาบาลชุมชนสามารถดูแลกลุ่มมารดาและเด็กปฐมวัยได้โดยการให้ความรู้แก่พ่อแม่และแม่ให้มีทักษะ ในการเลี้ยงลูก ธรรมชาติการฝากท้องเร็ว และส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์รับประทานยา Triferdine ในไตรมาสแรก เพื่อป้องกันการขาดไอโอดีน ธาตุเหล็กและกรดโฟลิก เฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัยของเด็ก ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พัฒนาสุขภาพแม่และเด็กโดยเฉพาะในพื้นที่ที่เข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้ยาก ร่วมกับชุมชนในการเฝ้าระวังสุขภาพมารดา เพื่อลดการตายมารดา ตลอดจนเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี โดยใช้ระบบฐานข้อมูลที่มีการจัดเก็บแล้วในสถานบริการ

กลุ่มเด็กวัยเรียน (6 – 14 ปี)

สถานการณ์ปัญหาสำหรับประเทศไทยในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน และภาวะเตี้ย ในขณะที่แนวโน้มของเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติลดลง⁹ เด็กมีพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้พบปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยสาเหตุหนึ่งของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนที่สำคัญในเด็ก มาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะการบริโภคขนมและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนผสม¹² การพัฒนาสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียน 5-14ปี จึงมีเป้าหมายให้เด็กวัยเรียนไทยเติบโตสมวัย มีภาวะโภชนาการปกติ มีทักษะที่สามารถจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง

ดังนั้นพยาบาลชุมชนสามารถดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่ายทางด้านสุขภาพได้ โดยการทำงานเชิงบูรณาการและแสวงหาภาคีเครือข่าย ในการเฝ้าระวังติดตามประเมินผลการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน อาจดำเนินการผ่านโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนด้านพฤติกรรมสุขภาพ การสื่อสารผ่านผู้ปกครอง ครู และเด็ก รวมทั้งการสร้างระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่เชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุข

กลุ่มวัยรุ่น /เยาวชน (15 – 21 ปี)

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพภายในกลุ่มวัยรุ่น/เยาวชน ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมีอัตราสูงถึง 40.9 ต่อแสนประชากรซึ่งเป็นจำนวนที่สูงมาก¹³ นอกจากนั้นประชากรกลุ่มนี้ยังมีระดับสุขภาพจิตต่ำสุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มช่วงอายุอื่น โดยมีความเครียดและความวิตกกังวลจากการเรียน และการถูกล้อเลียนกลั่นแกล้งจากเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ อีกด้วย เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา¹³

ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มนี้จึงมีเป้าหมายให้วัยรุ่นลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยพยาบาลชุมชนสามารถให้การดูแลกลุ่มวัยรุ่น โดยการส่งเสริม สนับสนุนให้วัยรุ่น ปลอดภัยจากพฤติกรรมเสี่ยง (เช่น ปัญหาทางเพศ แอลกอฮอล์ สารเสพติด ความรุนแรง การพนัน ติดเกม ฯลฯ) อาจใช้กลวิธีเสริมสร้างพลังอำนาจให้วัยรุ่นตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพหรือส่งเสริมการบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้วัยรุ่นปลอดภัยจากปัญหาทางเพศ

และแอลกอฮอล์ สารเสพติด หรือ สนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่นโดยมีการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพวัยรุ่น การจัดการบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบครัวและเข้าถึงวัยรุ่นทุกกลุ่มในสถานบริการสาธารณสุข สถานศึกษา และชุมชน การจัดการบริการเชิงรุกสู่สถานศึกษา เน้นการพัฒนาทักษะชีวิต เพศศึกษารอบด้าน จิตสาธารณะ ใฝ่เรียนรู้ สนับสนุนระบบการช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน การจัดการบริการที่เป็นมิตรสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของวัยรุ่น รวมถึงการให้บริการคุมกำเนิดในแม่วัยรุ่น ตลอดจนการจัดการเชิงรุกสู่ชุมชน เน้นการจัดพื้นที่สร้างสรรค์ที่วัยรุ่น และเยาวชนมีส่วนร่วมการบริการเชิงรุก (Outreach Service) และการจัดพื้นที่เรียนรู้ของ พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือโรงเรียนพ่อแม่ เป็นต้น

กลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี)

สถานการณ์ปัญหาในประชากรวัยทำงาน มีอัตราป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น โดยในช่วงหลายปีที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มวัยทำงาน มีอัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) ที่สำคัญ โดยอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจในทุกกลุ่มอายุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สาเหตุการตายที่สำคัญในปี พ.ศ. 2565 มีสาเหตุจากมะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือดและอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบก¹⁰ การพัฒนาสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน (15 – 59 ปี) จึงมีเป้าหมายให้วัยทำงานมีทักษะในการทำงานและมีสุขภาพแข็งแรง (ลดปัญหาจากโรค NCD โรคจากการประกอบอาชีพ อุบัติเหตุทางถนน ลดพฤติกรรมเสี่ยง ลดอัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการตาย)

ดังนั้นพยาบาลชุมชนอาจมีบทบาทในการสนับสนุนการลดปัญหาอุบัติเหตุทางถนน อาจส่งเสริมมาตรการชุมชนในการรณรงค์การขับขี่ปลอดภัย การใส่หมวกและเข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่ รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์ มาตรการการบริหารจัดการข้อมูลและการสอบสวนอุบัติเหตุ และมาตรการองค์กรในการรณรงค์ป้องกันปัญหาจากอุบัติเหตุทางถนน การลดอัตราการตายจากโรค NCD อาจส่งเสริมให้มีมาตรการลดพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงในประชากร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชุมชน เช่น ชุมชนสุขภาพดี ลดพฤติกรรมเสี่ยงในสถานที่ทำงานและสถานประกอบการ ส่งเสริมและรณรงค์การบังคับใช้กฎหมาย (สุรา บุหรี่) สำหรับพัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล อาจจัดบริการคลินิก NCD คุณภาพ ส่งเสริมการดำเนินงานลดโรคไตเรื้อรัง และ โรคหัวใจและหลอดเลือด ในชุมชน ตลอดจนประเมินและจัดการโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

สถานการณ์ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไปและประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ และในปี พ.ศ. 2583 คาดว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว (Super-aged Society)¹⁴ ประเทศไทยมีจำนวนประชากร อายุ 65 ปีขึ้นไป มากเป็นอันดับสองในอาเซียนประมาณ 8.5 ล้านคน เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราผู้สูงอายุของแต่ละประเทศ พบว่ามีเพียง 4 ประเทศที่อยู่ในระดับก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ประเทศไทย ซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุดถึง ร้อยละ 12.59 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาอัตราเพิ่มของประชากรจากปี 2564 ต่อปี 2563 พบว่า ผู้สูงอายุ

มีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.77 ในขณะที่วัยเด็กและวัยแรงงานมีอัตราเพิ่ม ที่ลดลงร้อยละ 2.35 และ 0.48 ตามลำดับ ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น¹⁴

จากการสำรวจภาวะผู้สูงอายุไทย ปี 2564 ผู้สูงอายุไทยมีปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการที่สำคัญที่สุด คือ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน พบความชุกสูงถึงร้อยละ 43 ในเพศชาย และร้อยละ 50 ในเพศ จากการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะพึ่งพิงและประเมินความจำเป็น ด้านการสนับสนุนบริการและจัดบริการด้านสุขภาพและสังคมจำนวน 6,394,022 ราย จำแนกเป็นกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.4 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 19.48 และกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 79.12¹⁴ ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จึงมีเป้าหมายให้ ผู้สูงอายุได้รับการบริการด้านสุขภาพ มีการเฝ้าระวังสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และมีการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ดังนั้นบทบาทพยาบาลชุมชนในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถทำได้โดย การสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) มีการตรวจคัดกรอง/ประเมิน การวิเคราะห้ จำแนกกลุ่มอาการผู้สูงอายุ Geriatric Syndromes, โรคที่เป็นปัญหาสำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุ, และ การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living: ADL) ป้องกันปัญหา

สุขภาพในผู้สูงอายุ และคัดกรองปัญหาสุขภาพ (ADL, โรคที่พบบ่อย, Geriatric Syndromes) ป้องกันปัญหาและดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิก NCD/คลินิกสูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ชุมชน/ท้องถิ่นมีระบบการส่งเสริมและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่งเสริมแนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพิเศษที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวเฉพาะทางในชุมชน สนับสนุนชุมชนท้องถิ่นให้มีการส่งเสริมสุขภาพและปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่ได้จากการดำเนินงานจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลได้อย่างตรงประเด็นปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงน้อยลงหรือมีความต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวันพื้นฐานน้อยลง

บทสรุป

การจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลชุมชนที่มีบทบาทในเรื่องของการจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของกลุ่มบุคคลในชุมชน และถือว่าเป็นรากฐานที่สำคัญของการพยาบาลชุมชนไม่เพียงแต่จำกัดอยู่ในส่วนของการปกป้องสุขภาพ (Health Protection) การป้องกันโรค (Prevention) การส่งเสริมสุขภาพ (Promotion) การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล (Treatment) และการฟื้นฟูสภาพ(Rehabilitation) ทั้ง 5 มิติในการดูแลเท่านั้น แต่การจัดการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในชุมชนให้มีความยั่งยืน (Health Maintainence) ยังเป็นอีกมิติที่เพิ่มเข้ามาในการพัฒนาที่มุ่งให้เกิดการพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพ

ของชุมชน ที่มีการดำเนินการควบคู่ไปกับการปรับปรุงวิธีการดำเนินชีวิตของผู้คนในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีความเข้มแข็งสามารถดูแลสุขภาพของตนเองตามวิธีการที่กำหนดขึ้นเองของชุมชนที่ดำเนินการเองได้โดยชุมชน และประเมินผลโดยชุมชน ในขณะที่พยาบาลชุมชน บุคลากรทางสาธารณสุข องค์กรทางสุขภาพหรือนักพัฒนาจากภายนอก มีหน้าที่เพียงให้การส่งเสริมและสนับสนุนกลไกต่าง ๆ ที่เอื้อต่อการทำงานหรือพัฒนาสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกับการปฏิบัติการและการประสานงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดอย่างเหมาะสม และยั่งยืนต่อไป ในการจัดการดูแลสุขภาพของกลุ่มคนชุมชนเราไม่สามารถที่จะยึดแนวคิด หรือทฤษฎีใดเพียงอย่างเดียว มาใช้ให้ประสบผลสำเร็จได้ สถานการณ์ปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มหรือชุมชนยังมีลักษณะแตกต่างกันเพียงใด หรือมีความซับซ้อนมากเท่าใด วิธีการหรือกระบวนการพัฒนาที่นำมาใช้ก็ยังคงมีความแตกต่างกันมากเท่านั้น เราไม่สามารถที่จะลอกเลียนรูปแบบการจัดการที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพของกลุ่มบุคคลในชุมชนใดชุมชนหนึ่ง ไปใช้กับอีกชุมชนหนึ่งให้ประสบผลสำเร็จโดยไม่มีการปรับรูปแบบและวิธีการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนใหม่ ดังนั้นการดูแลสุขภาพของกลุ่มบุคคลในชุมชนจึงเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับพยาบาลชุมชนในการเรียนรู้สร้างความเข้าใจถึงแนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพของบุคคลที่อยู่ในชุมชน เพื่อที่จะได้นำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี ยั่งยืนและเกิดชุมชนที่มีสุขภาพดีต่อไป

Reference

1. Watson K, Yates J, Gillam S. Essential public health: Theory and practice. (3rd Ed.). New York: Cambridge University Press; 2023.
2. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing: Population-centered health care in the community (8th Ed). Missouri: Mosby; 2012.
3. Thinamkham W, Thapepmart W, Phimphe T, Phayak S, Pradipatnaruemol C. Public Health Inequality Covid 19 Situation in Thailand. Journal of Entity Management and Local Innovation. 2023; 8(10); 421-429. (in Thai)
4. Clark, MJ. Population and community health nursing (6th Ed.). New Jersey: Prentice Hall; 2014.
5. Harkness, GA, DeMarco, RF. Community and public health nursing: Evidence for practice. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
6. Anderson ET, McFarlane J. Community as partner: Theory and practice in nursing (7th Ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
7. Clendon J, Munns A. Community health and wellness: Principles of primary health care. Newsouthwale: Elsevier Australia; 2019.

8. Cullum N, Ciliska D, Haynes RB, Marks S. Evidence-based nursing. Oxford: Blackwell Publishing; 2008.
9. Sogprasert S, Somboontanont W, Visavajarn P, Siritipakorn P. The effect of a clinical nursing practice guideline on prevention of delirium among hospitalized elderly patients at a university hospital. *Journal of Nursing Science* 2015; 33(1): 60-68. (in Thai)
10. Siriphop Changpean S, Chaisiriphuwadol T, Supata W, Phetchanat K, Tangkawanich T. Development of a Cold Compress Gel from Spondias PinnataGum for Application as the Cold Compress Gel for Nursing Pain Relief. *Journal of Health Research and Innovation* 2023; 6(1), 1-14. (in Thai)
11. Strategies and Planning Division, Ministry of Public Health. Health Indicators of Ministry of Public Health: Fiscal Year 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.
12. Bureau of Nutrition, Ministry of Public Health. Nutritional analysis report of children 6-14 years olds. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024.
13. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Thai health report: 12 indicators of Thai youth and adolescence. Nakhornpathom: Institute for Population and Social Research; 2020.
14. Statistical Forecasting Division, National Statistical Office. Situation of the Thai elderly in 2021. Bangkok: National Statistical Office; 2022.

Table 2 Initial diagnosis of lesions in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors

Initial diagnosis	Numbers of subject* (%)															
	Gender		Age		Dependent		Cigarette		Smokeless tobacco		Snuff		Alcohol		Betel quid	
	Male n = 68	Female n = 115	< 60 years n = 17	≥ 60 years n = 166	Home bound n = 100	Bed ridden n = 83	Hx of smoking n = 78	Non smoker n = 105	Hx of SMT n = 20	Non SMT n = 163	Hx of SN n = 13	Non-SN n = 170	Hx of drinker n = 93	Non- drinker n = 90	Hx of BQC n = 40	Non BQC n = 143
Low RMT																
Dental fistula & abscess	7 (10.3)	5 (4.3)	1 (5.9)	11 (6.6)	6 (6)	6 (7.2)	8 (10.3)	4 (3.8)	0 (0)	12 (7.4)	0 (0)	12 (7.1)	6 (6.5)	6 (6.7)	1 (2.5)	11 (7.7)
Angular cheilitis	2 (2.9)	4 (3.4)	0 (0)	6 (3.6)	1 (1)	5 (6)	4 (5.1)	2 (1.9)	1 (5)	5 (3.1)	0 (0)	5 (2.9)	4 (4.3)	2 (2.2)	3 (7.5)	3 (2.1)
Mucocele	1 (1.4)	2 (1.7)	0 (0)	3 (1.8)	2 (2)	1 (1.2)	0 (0)	3 (2.9)	0 (0)	3 (1.8)	0 (0)	3 (1.8)	1 (1.1)	2 (2.2)	1 (2.5)	2 (1.4)
Nicotinic stomatitis	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Pyogenic granuloma	0 (0)	2 (1.7)	0 (0)	2 (1.2)	2 (2)	0 (0)	0 (0)	2 (1.9)	1 (5)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	2 (2.2)	0 (0)	1 (2.5)	1 (0.7)
Betel quid induced lichenoid reaction	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
Atrophic glossitis	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
Geographic tongue	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.7)
Moderate RMT																
Traumatic ulcer	2 (2.9)	10 (8.7)	2 (11.8)	10 (6)	4 (4)	8 (9.6)	3 (3.8)	9 (8.6)	1 (5)	11 (6.7)	1 (7.7)	11 (6.5)	3 (3.2)	9 (10)	3 (7.5)	9 (6.3)
Frictional keratosis	3 (4.4)	6 (5.2)	1 (5.9)	8 (4.8)	3 (3)	6 (7.2)	4 (5.1)	5 (4.8)	0 (0)	9 (5.5)	2 (15.4)	9 (5.3)	4 (4.3)	5 (5.6)	1 (2.5)	8 (5.6)
Irritation fibroma	4 (5.9)	4 (3.5)	0 (0)	8 (4.8)	4 (4)	4 (4.8)	3 (3.8)	5 (4.8)	1 (5)	7 (4.3)	0 (0)	7 (4.1)	2 (2.2)	6 (6.7)	3 (7.5)	5 (3.5)
Denture stomatitis	0 (0)	2 (1.7)	0 (0)	2 (1.2)	1 (1)	1 (1.2)	0 (0)	2 (1.9)	1 (5)	1 (0.6)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	2 (2.2)	1 (2.5)	1 (0.7)
Epulis fissuratum	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.2)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (1.1)	1 (2.5)	0 (0)
Suction cup induced palatal bone resorption	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (1.1)	0 (0)	1 (0.7)
Leukoplakia	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	0 (0)	1 (1)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	1 (2.5)	0 (0)
High RMT																
Erythroleukoplakia	1 (1.4)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Exophytic lesion in oropharynx CA patient	1 (1.4)	0 (0)	1 (5.9)	0 (0)	1 (1)	0 (0)	1 (1.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (1.1)	0 (0)	0 (0)	1 (0.7)
Not found oral lesion	50 (73.5)	81 (70.4)	12 (70.6)	119 (71.7)	74 (74)	57 (68.6)	57 (73.1)	74 (70.5)	13 (65)	118 (72.4)	10 (76.9)	121 (71.2)	69 (74.2)	62 (68.9)	24 (60)	107 (74.8)

RMT: Risk of malignant transformation; Hx: History; SMT: Smokeless tobacco; SN: Snuff; BQC: Betel quid chewing

Extraoral factors : Cigarette, Smokeless tobacco, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

* Subject with multiple lesions was recounted if he/she had more than one type of lesion.

Table 2 Initial diagnosis of lesions in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors (cont.)

Initial diagnosis	Numbers of subject* (%)															
	UV exposed		HNCA patient		HNCA family		Teeth remaining		Chipped teeth		Unilateral chewing		Denture use		Dry mouth	
	Routinely exposed	Less exposed	Yes	No	Yes	No	< 20 teeth	≥ 20 teeth	None	Yes	None	Yes	No denture	Use denture	None/mild	Moderate/severe
	n= 155	n= 28	n= 3	n= 180	n= 14	n= 169	n= 120	n= 63	n= 124	n= 59	n= 161	n= 22	n= 156	n= 27	n= 180	n= 3
Low RMT																
Dental fistula & abscess	7 (4.5)	5 (17.9)	0 (0)	12 (6.7)	0 (0)	12 (7.1)	7 (5.8)	5 (7.9)	3 (2.4)	9 (15.3)	9 (5.6)	3 (13.6)	11 (7.1)	1 (3.7)	12 (6.7)	0 (0)
Angular cheilitis	5 (3.2)	1 (3.6)	0 (0)	6 (3.3)	0 (0)	6 (3.6)	3 (2.5)	3 (4.8)	5 (4.0)	1 (1.7)	6 (3.7)	0 (0)	6 (3.8)	0 (0)	4 (2.2)	2 (66.7)
Mucocele	1 (0.6)	2 (7.1)	0 (0)	3 (1.7)	1 (7.1)	2 (1.2)	3 (2.5)	0 (0)	3 (2.4)	0 (0)	3 (1.9)	0 (0)	2 (1.3)	1 (3.7)	3 (1.7)	0 (0)
Nicotinic stomatitis	0 (0)	1 (3.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Pyogenic granuloma	1 (0.6)	1 (3.6)	0 (0)	2 (1.1)	0 (0)	2 (1.2)	2 (1.7)	0 (0)	1 (0.8)	1 (1.7)	2 (1.2)	0 (0)	2 (1.3)	0 (0)	2 (1.1)	0 (0)
Betel quid induced lichenoid reaction	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Atrophic glossitis	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (33.3)
Geographic tongue	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (3.7)	1 (0.6)	0 (0)
Moderate RMT																
Traumatic ulcer	11 (7.1)	1 (3.6)	1 (33.3)	11 (6.1)	1 (7.1)	11 (6.5)	8 (6.7)	4 (6.3)	10 (8.1)	2 (3.4)	11 (6.8)	1 (4.5)	7 (4.5)	5 (18.5)	11 (6.1)	2 (66.7)
Frictional keratosis	9 (5.8)	0 (0)	0 (0)	9 (5.0)	1 (7.1)	8 (4.7)	1 (0.8)	8 (12.7)	4 (3.2)	5 (8.5)	7 (4.3)	2 (9.1)	8 (5.1)	1 (3.7)	9 (5)	0 (0)
Irritation fibroma	8 (5.2)	0 (0)	0 (0)	8 (4.4)	1 (7.1)	7 (4.1)	6 (5)	2 (3.2)	5 (4)	3 (5.1)	7 (4.3)	1 (4.5)	6 (3.8)	2 (7.4)	8 (4.4)	0 (0)
Denture stomatitis	2 (1.3)	0 (0)	0 (0)	2 (1.1)	1 (7.1)	1 (0.6)	2 (1.7)	0 (0)	2 (1.6)	0 (0)	2 (1.2)	0 (0)	0 (0)	2 (7.4)	2 (1.1)	0 (0)
Epulis fissuratum	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (7.1)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (3.7)	1 (0.6)	0 (0)
Suction cup induced palatal bone resorption	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (7.1)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (3.7)	1 (0.6)	0 (0)
Leukoplakia	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
High RMT																
Erythroleukoplakia	1 (0.6)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (7.1)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Exophytic lesion in oropharynx CA patient	1 (0.6)	0 (0)	1 (33.3)	0 (0)	0 (0)	1 (0.6)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)	1 (0.6)	0 (0)
Not found oral lesion	113 (72.9)	18 (64.3)	1 (33.3)	130 (72.2)	9 (64.3)	122 (72.2)	87 (72.5)	44 (69.8)	90 (72.6)	41 (69.5)	114 (70.8)	18 (81.8)	115 (73.7)	18 (66.7)	131 (72.8)	0 (0)

RMT: Risk of malignant transformation; Hx: History; UV: Ultraviolet; HNCA: Head and neck cancer

Extraoral factors : Cigarette, Smokeless tobacco, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

* Subject with multiple lesions was recounted if he/she had more than one type of lesion.

Table 3 Oral lesion status in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors

Oral lesion status	Numbers of subject (%)															
	Gender		Age		Dependent status		Cigarette		SMT		Snuff		Alcohol		Betel quid	
	Male	Female	< 60 years	≥ 60 years	Home bound	Bed ridden	Non-smoking	Hx of smoking	Non-SMT	Hx of SMT	Non-SN	Hx of SN	Non-drinker	Hx of drinker	Non BQC	Hx of BQC
Not found	50 (73.5)	81 (70.4)	12 (70.6)	119 (71.7)	74 (74)	57 (68.7)	74 (70.5)	57 (73.1)	118 (72.4)	13 (65)	121 (71.2)	10 (76.9)	62 (68.9)	69 (74.2)	107 (74.8)	24 (60)
Low RMT	7 (10.3)	14 (12.2)	1 (5.9)	20 (12.1)	12 (12)	9 (10.8)	11 (10.5)	10 (12.8)	18 (11)	3 (15)	21 (12.4)	0 (0)	9 (10)	12 (12.9)	14 (9.8)	7 (17.5)
Mod-high RMT	11 (16.2)	20 (17.4)	4 (23.5)	27 (16.3)	14 (14)	17 (20.5)	20 (19)	11 (14.1)	27 (16.6)	4 (20)	28 (16.5)	3 (23.1)	19 (21.1)	12 (12.9)	22 (15.4)	9 (22.5)
p-value	0.893 ^a		0.710 ^b		0.507 ^a		0.637 ^a		0.778 ^a		0.462 ^b		0.311 ^a		0.173 ^a	

RMT: Risk of malignant transformation; Hx: History; SMT: Smokeless tobacco; SN: Snuff; BQC: Betel quid chewing

Extraoral factors : Cigarette, SMT, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

Chi-square test ^a or Fisher's exact test ^b; significant level at p < 0.05**Table 3** Oral lesion status in demographic factors, extraoral risk factor and intraoral risk factors (cont.)

Oral lesion status	Numbers of subject* (%)															
	UV exposed		HNCA patient		HNCA family		Teeth remaining		Chipped teeth		Unilateral chewing		Denture use		Dry mouth	
	Less exposed	Routinely exposed	No	Yes	None	Yes	< 20 teeth	≥ 20 teeth	None	Yes	None	Yes	No denture	Use denture	None/mild	Moderate/severe
Not found	18 (64.3)	113 (72.9)	130 (72.2)	1 (33.3)	122 (72.2)	9 (64.3)	87 (72.5)	44 (69.8)	90 (72.6)	41 (69.5)	114 (70.8)	17 (77.3)	113 (72.4)	18 (66.7)	131 (72.8)	0 (0)
Low RMT	8 (28.6)	13 (8.4)	21 (11.7)	0 (0)	20 (11.8)	1 (7.1)	16 (13.3)	5 (7.9)	13 (10.5)	8 (13.6)	20 (12.4)	1 (4.5)	18 (11.5)	3 (11.1)	19 (10.6)	2 (66.7)
Mod-high RMT	2 (7.1)	29 (18.7)	29 (16.1)	2 (66.7)	27 (16)	4 (28.6)	17 (14.2)	14 (22.2)	21 (16.9)	10 (16.9)	27 (16.8)	4 (18.2)	25 (16)	6 (22.2)	30 (16.7)	1 (33.3)
p-value	0.008* ^b		0.110 ^b		0.539 ^b		0.263 ^a		0.826 ^a		0.771 ^b		0.670 ^b		0.012 ^b	

MT: Malignant transformation

Extraoral factors : Cigarette, SMT, Snuff, Alcohol, Betel quid, UV exposed, HNCA patient, HNCA family

Intraoral factors : Teeth remaining, Chipped teeth, Unilateral chewing, Denture use, Dry mouth

Chi-square test ^a or Fisher's exact test ^b; significant level at p < 0.05

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข มีความยินดีที่จะรับบทความและรายงานการวิจัยจากทุกท่าน จากนักวิชาการ นักวิจัย ที่สนใจตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพยาบาลสาธารณสุข วารสารในปัจจุบันอยู่ในระดับวารสารกลุ่มที่ 2 ที่ผ่านการรับรองคุณภาพของ TCI (Thai Citation Index) และอยู่ในฐานข้อมูล TCI เป็นฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นผลงานวิจัยและผลงานวิชาการตลอดจนข้อมูลการอ้างอิงของบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับประเทศของไทย ให้เป็นไปตามมาตรฐานสากลทั้งในด้านการบริหารจัดการ ลักษณะรูปเล่ม และการนำไปใช้อ้างอิง เป็นวารสารที่ใช้ระบบ Double-blind peer review โดยมีผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านต่อเรื่องเป็นผู้ตรวจประเมินและให้ข้อเสนอแนะ และได้เตรียมพัฒนา กระบวนการและผลผลิตของงาน ให้ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่ฐานข้อมูล ACI (ASEAN Citation Index) ต่อไป วารสารพยาบาลสาธารณสุขได้รับการยอมรับจากโครงการปริญญาเอกกาญจนาภิเษก (คปก) ให้สามารถตีพิมพ์ต้นฉบับดัชนีพจนานุกรมสำหรับนักศึกษาปริญญาเอกส่งมาตีพิมพ์ได้ เพื่อใช้เป็นส่วนหนึ่งในการขอจบการศึกษา หลังจากตีพิมพ์ผลงานในวารสารนานาชาติแล้ว 1 ฉบับ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ ในการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับ และพิจารณาเรื่องที่จัดพิมพ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานการศึกษาค้นคว้าและผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องด้านการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดทางวิชาการ การพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
3. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการระหว่างวิชาชีพด้านสุขภาพและผู้สนใจทั่วไป

ขอบเขตของสาขาวิชา (Scope)

พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

ประเภทของเรื่องที่รับตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม
2. รายงานการวิจัยพยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม ผลงานวิชาการด้านการเรียนการสอน การเรียนรู้ การพัฒนานโยบายสาธารณะ กรณีศึกษา ผลงานวิชาการรับใช้สังคม โดยมีรูปแบบของบทความตามที่กำหนดในแต่ละประเภท ตามคุณภาพของผลงาน ในประกาศ ก.พ.อ.
3. บทความปริทัศน์รวบรวม หรือเรียบเรียงจากเอกสารหรือหนังสือต่างๆ ตลอดจนการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ และนานาชาติ
4. บทความ ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในด้านวิชาการ เรื่องแปล ข่าววิชาการย่อความ จากงานวิจัยค้นคว้า

5. ข้อคิดเห็น ความเคลื่อนไหวในวงการ พยาบาลสาธารณสุข การสาธารณสุข การพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แพทย์แผนไทย และสิ่งแวดล้อม

เรื่องที่จะตีพิมพ์จะต้องเป็นเรื่องที่ **ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน** หรือ **ไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์** ในวารสารฉบับอื่น บทวิจัยหรือบทความวิชาการที่ได้รับตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะส่งวารสารที่ตีพิมพ์ บทวิจัยหรือบทความนั้น ให้สมาชิกวารสารที่เป็นสถาบันและบุคคล สำหรับผู้แต่ง สามารถ Download ได้ที่ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn>

คำแนะนำในการเขียนและการเตรียมต้นฉบับ

รูปแบบของการเขียนและการเตรียมต้นฉบับบทความ

ต้นฉบับพิมพ์หน้าเดียว โดยใช้กระดาษพิมพ์ขนาด A4 จำนวนไม่เกิน 12 - 15 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 เนื้อหาที่ใช้ ขนาดตัวอักษร 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 และระบุผู้รับผิดชอบหลัก 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 สรุปวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่ม 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/สมมติฐานการวิจัย
- 4.3 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- 4.4 วิธีการดำเนินการวิจัย เขียนเป็นความเรียง แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 รูปแบบของการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ประชากรและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง จำนวนและวิธีการได้มาของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เครื่องมือวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีกี่ส่วน สรุปลักษณะเครื่องมือแต่ละส่วนและเกณฑ์การแปลผล และการตรวจสอบคุณภาพทั้งความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา และการหาค่าความเชื่อมั่น ใช้สูตรอะไรและได้ค่าเท่าใด

ตอนที่ 3 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลทำอย่างไร จำนวนเท่าใด ได้กลับมาเท่าใด คิดเป็นร้อยละเท่าใด การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมและสถิติอะไร

4.5 ผลการวิจัย (ตาราง หรือแผนภูมิ หรือกราฟ รายงานเป็นภาษาอังกฤษ) และการอภิปรายผล สรุปจุดอ่อนและจุดแข็งของงานวิจัยนี้

ตัวอย่าง

งานวิจัยนี้มีจุดแข็ง ได้แก่ การออกแบบการทดลองที่รัดกุมและมีแผนการดำเนินการทดลองที่กระชับสอดคล้องกับภาระหน้าที่ของวัยทำงานที่เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ การออกแบบเนื้อหาของโปรแกรมยังมีความสอดคล้องกับผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและมีทฤษฎีรองรับที่ชัดเจน ชุมชนที่ทำการทดลองเห็นความสำคัญของการลดการสัมผัสสารเคมี อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสสารเคมี ในระหว่างการทดลอง เช่น หน้ากากป้องกันสารเคมีที่ได้มาตรฐานได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี

งานวิจัยนี้มีจุดอ่อน เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาวิจัยมีจำกัด ส่งผลให้ขาดการทดสอบตัวชี้วัดทางชีวภาพ (Biomarker test) เพื่อบอกระดับของการสัมผัสสารเคมีได้จริง และการวิจัยนี้ระดับวัตถุประสงค์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่ได้วัดหรือสังเกต

พฤติกรรมจริง (Actual behaviors) ในการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของชาวนากลุ่มตัวอย่างเพื่อมาใช้ในการวิเคราะห์ผล

สรุป โปรแกรมลดการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีประสิทธิภาพต่อเกษตรกรชาวนากลุ่มทดลอง โดยภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระยะติดตามผล 1 เดือน เกษตรกรชาวนามีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมทั้งภายหลังการทดลองและระยะติดตามผล

4.6 ตารางนำเสนอการวิเคราะห์ข้อมูล 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 ถ้าไม่ได้รับระบุว่าไม่ได้รับ
- 4.10 เอกสารอ้างอิง เป็น ภาษาอังกฤษ ใน ระบบ Vancouver style ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของการอ้างอิง ภายในเนื้อหาและท้ายบท

การตีพิมพ์บทความวิชาการหรือวิจัยจะได้รับการประเมินคุณภาพอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานถูกต้อง เชื่อถือได้ และมีคุณภาพ

กองบรรณาธิการแจ้งให้ทราบถึงความคืบหน้าในการพิจารณาบทความตลอดกระบวนการผลิต การประเมินผลงานของผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นระบบไม่เปิดเผยชื่อผู้แต่ง หลังจากการประเมิน เอกสารหลักฐานจะถูกส่งไปยังผู้เขียน ผู้รับผิดชอบหลัก และจะต้องแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วน ตามข้อเสนอแนะจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วส่งคืนให้ทันที เพื่อให้กองบรรณาธิการตรวจสอบก่อนส่งโรงพิมพ์หรือเผยแพร่ออนไลน์

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.

ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ**1. การตีพิมพ์เผยแพร่บทความ**

- | | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1.1 สำหรับสมาชิกวารสารพยาบาลสาธารณสุข | 4,000 บาท |
| 1.2 สำหรับบุคคลทั่วไป | 5,000 บาท |

หมายเหตุ: สำหรับกรณีสมาชิกวารสาร หมายถึง การเป็นสมาชิกวารสารมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

- ☐ ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเริ่มใช้ในการตีพิมพ์วารสารพยาบาลสาธารณสุข ตั้งแต่ปีที่ 38 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2567 เป็นต้นไป (วันที่ 1 มกราคม 2567)
- ☐ ค่าใช้จ่ายจะเรียกเก็บหลังจากวารสารได้แจ้งผลการตีพิมพ์แล้ว และทางวารสารไม่มียกยบายตีพิมพ์บทความแบบเร่งด่วน

2. ในกรณีที่ผู้เขียนต้องการถอนบทความจากการตีพิมพ์มีค่าธรรมเนียม 2,000 บาท**ชำระค่าธรรมเนียม**

ผ่านบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาซอยโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน

บัญชีออมทรัพย์เลขที่ 254-2-04516-0

ชื่อบัญชี “สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ”

เมื่อชำระค่าธรรมเนียมแล้วกรุณาส่งหลักฐานมาที่ :

E- mail: journal.thaiphn@gmail.com

เพื่อเป็นหลักฐานในการออกใบเสร็จรับเงิน

ส่งถึง บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาธารณสุข

สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทยฯ

420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

โดยเขียนที่อยู่พร้อมรหัสไปรษณีย์, เบอร์โทรศัพท์ และ E-mail ที่สะดวกในการติดต่อกลับ

สามารถสอบถามข้อมูลได้ที่ journal.thaiphn@gmail.com

โทรศัพท์ 095-7013182

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